

Дизартрия - нарушение
просодической и
произносительной стороны речи
вследствие органического
поражения ЦНС и (или) её
периферических отделов.

Е.Н.Винарская

Дизартрия выделяется в рамках
клинико – педагогической
классификации и относится к
категории нарушений
фонационного оформления речи

История изучения вопроса

Первое упоминание о нарушениях речи типа псевдобульбарной дизартрии дает **Литтль (Германия)** в 1853 г. Он описывает речевые расстройства, связанные с нарушением речевых мышц. Позднее **Оппенгейм и Зажиерлинг** (1886 - 1895), описывая клинику псевдобульбарного паралича, указывали на речевые нарушения, расстройства дыхания и сердечной деятельности. В одной из первых классификаций речевой патологии (**Куссмауль, 1879**) все расстройства артикуляции выделил в отдельную группу и обозначил термином «дизартрия». Но уже в 1888 г. **Говерс** подразделил дизартрические расстройства речи на церебральную и бульбарную формы.



- В дальнейшем делались попытки дать более подробные нейроанатомические классификации.
- **Хицбер Фрёшельс** (1885 – 1976 гг) (1943) выделил 4 формы дизартрии:
 - пирамидную
 - экстрапирамидную, лобно-понтинную
 - cerebellarную

- Однако малая изученность вопроса привела к тому, что **нейроанатомический принцип классификации** форм не всегда строго выдерживался.
- В 1948 г. Браин на ряду с дизартрией, обусловленной очаговыми поражениями центрального двигательного нейрона, периферического двигательного нейрона и полосатого тела, выделяет также координаторную и миопатическую дизартрию.

Одной из самых подробных классификаций форм дизартрии преимущественно по **нейроанатомическому принципу** является классификация Пичера.

Исследователь выделяет следующие формы дизартрии:

- субкортикальная
- педункулярная
- супрануклеарная (псевдобульбарная)
- бульбарная нуклеарная

- церебеллярная
- диэнцефальная
- мезэнцефальная
- периферическая, связанная с поражением черепных нервов

- дизартрия, связанная с расстройствами глубокой чувствительности
- дизартрия при диффузных поражениях мозга (токсикозы, постконтузионные состояния)
- дизартрия при эпилепсии
- дизартрия при миастении
- дизартрия при субкортикальной экспрессивной афазии (апраксическая)

- * Автор этой классификации понимает её несовершенство, что обусловлено нечеткостью самого определения «дизартрия».

Клиническое понятие дизартрии значительно шире самого термина. Термин должен означать только дефекты артикуляции при периферическом или центральном поражении нервной системы, однако в клинической практике он применяется ко всем моторным нарушениям речи (Пичер1950).

- Не все перечисленные этим автором формы дизартрии относятся к расстройствам артикуляции, нередко они оказываются дефектами голосообразования, речевого дыхания, просодической организации речи: ритмической, темповой, мелодической.

- * Пичер считает, что все эти описательные характеристики речи больных полезны для диагноза, но они субъективны и не позволяют поставить проблему дизартрии на научную основу.
- Некоторые авторы полагают, что при современном состоянии проблемы не следует идти по линии выделения большого числа форм дизартрии на основе еще плохо изученных клинико-анатомических корреляций. **Различают чистую дизартрию и дизартрию ассоциированную**, при которой моторные расстройства речи комбинируются с нарушениями процессов внимания и памяти. **Среди чистых форм дизартрии** ими выделяются лишь три подгруппы, обусловленные поражением периферического двигательного нейрона, поражением центрального двигательного нейрона и различные другие формы дизартрии, в основе которых лежит дистония, координаторные расстройства.

- В 1957 году **Гревелл** подчеркивает первостепенную важность умения отличать прежде всего языковые расстройства (афазию) от расстройств технических функциональных средств, с помощью которых категории языка реализуются в акте речи.
- В своей классификации речевых расстройств Гревелл указывает место дизартрии среди других нарушений процесса говорения.
- Для Гревелл дизартрия - это расстройство говорения вследствие различных очаговых поражений мозга, поэтому она включает в себя расстройства не только артикуляции, но и речевого дыхания, голосообразования и просодики.
- Расстройства артикуляции, обусловленные факторами, лежащими вне моторного аппарата головного мозга, по мнению этого автора к дизартрии не относятся.

- Еще более ограничивает содержание понятия «дизартрия» **Хазард-Худот** (1964).
- К дизартрии он относит нарушения артикуляции, обусловленные расстройствами общей моторики пирамидного, экстрапирамидного или cerebellarного характера.
- Расстройства специальной речевой моторики, развивающейся у человека параллельно с формированием категорий языка, автор исключает из числа дизартрических и называет анартрией.

- В советской литературе вопрос о дизартрии был также мало разработан.
- **М.С. Маргулис** (1924) относил к дизартрии все двигательные расстройства за исключением тех, которые связаны с поражением «кортикальной области двигательных образов слова» и которые клинически проявляются в виде моторной афазии и апраксии.
- Все формы дизартрии он подразделял на бульбарную и церебральную, при этом церебральная делилась им на кортикальную и субкортикальную.
- К субкортикальной М.С. Маргулис относил разные варианты капсулярных, экстрапирамидных и мозжечковых форм дизартрии.
- Кортикальная дизартрия по мнению автора, тождественна субкортикальной капсулярной дизартрии и клинически проявляется псевдобульбарными расстройствами.

- В 1959 году **Л.Б. Литвак** заостряет внимание на локально-диагностическом значении дизартрических расстройств речи. **Под дизартрией** автор понимает расстройства артикуляции, которые трактуются им нечетко: в их число включается различные нарушения темпа, ритма и интонации речи. Специфические особенности невнятного произношения звуков автором упоминается только при избирательных поражениях двигательных черепно-мозговых нервов.

- Оживление интереса к дизартрии наметилось в середине XX века, но лишь в 1982 году состоялась первая тематическая научная конференция, посвященная клиническим аспектам проблемы дизартрии.
- Первым результатом того возросшего интереса к проблеме дизартрии стали работы Дарлей, Аронсона и Бровн.

- * Авторы использовали метод экспертного ранжирования таких выявленных ими звуковых симптомов дизартрии, как неточная артикуляция согласных и гласных звуков, колебания темпа речи и наличие в ней ненормативных пауз, монотония, резкость и напряженность голоса, отсутствие колебаний громкости голоса или, наоборот, ее чрезмерные колебания, равноударенность слогов, подчеркнутая или ослабленная акцентуация речи.
- Полученные шкалы относительной значимости отдельных симптомов для клинических форм дизартрии: бульбарной, псевдобульбарной, атаксической (церебеллярной), гипокинетической (при паркинсонизме) и других были положены в основу дифференциальной синдромологической диагностики.

- *На Западе дальнейшее развитие исследований по проблеме дизартрии шло по линии более широкого инструментально-фонетического изучения дизартричной речи.
- По мере накопления фактов все исследователи дизартрии стали уделять все большее внимание диспросодическим компонентам клинических синдромов дизартрии. Появились дискуссионные работы относительно понимания терминов «суперсегментный» и «просодический», связи суперсегментных и просодических расстройств дизартричной речи с сегментами первичного и вторичного генеза просодических расстройств речи.

- *Изучение природы дизартрии нашло известное отражение в практике отечественной логопедии.
- В учебнике О.В. Правдиной (1969) понятие дизартрия, определяется уже с неврологических позиций представляются отдельные синдромы соответствующих звуковых расстройств.

В работе И.И. Панченко И.И. делается серьезная попытка разобраться в патогенезе клинических проявлений дизартрии у детей с детским церебральным параличом и создать патогенетически обоснованную методику логопедической работы.



- доктор философии Инна Ивановна Панченко

Важным этапом в развитии проблемы дизартрии является изучение локально-диагностических проявлений дизартрических расстройств, это отражено в работах Л.Б. Литвака (1959) и Е.Н. Винарской (1973). Е.Н. Винарской впервые было проведено комплексное нейролингвистическое изучение дизартрий при очаговых поражениях мозга у взрослых больных.



- *
- Теоретическими и методическими аспектами дизартрии занимались исследователи: О. В.Правдина, К.А.Семенова, М.Б. Эйдинова, Л.И. Белякова Е.Н. Винарская, Р.И.Мартынова, Л.А. Чистович, Е.Ф. Соботович, Э.Я. Сизова, А.Н. Корнев, Г.В.Чиркина, Е.М. Мастюкова, И.И.Панченко, Л.А.Данилова, М.В. Ипполитова, Л.В.Лопатина, Е.Ф. Архипова и другие.
- В настоящее время проблема дизартрии детского возраста интенсивно разрабатывается в клиническом плане, нейролингвистическом, психолого-педагогическом направлениях.





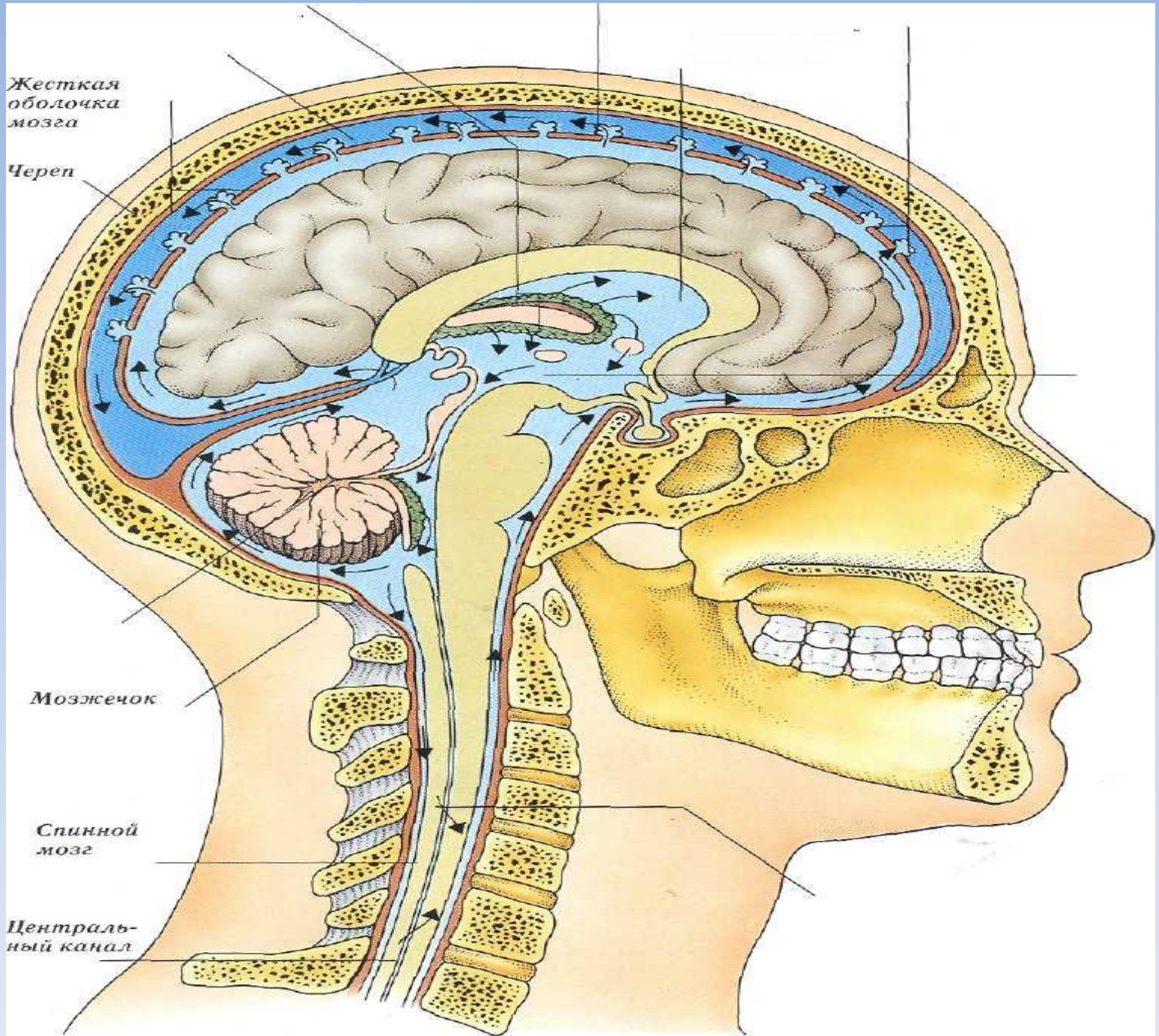
Жесткая
оболочка
мозга

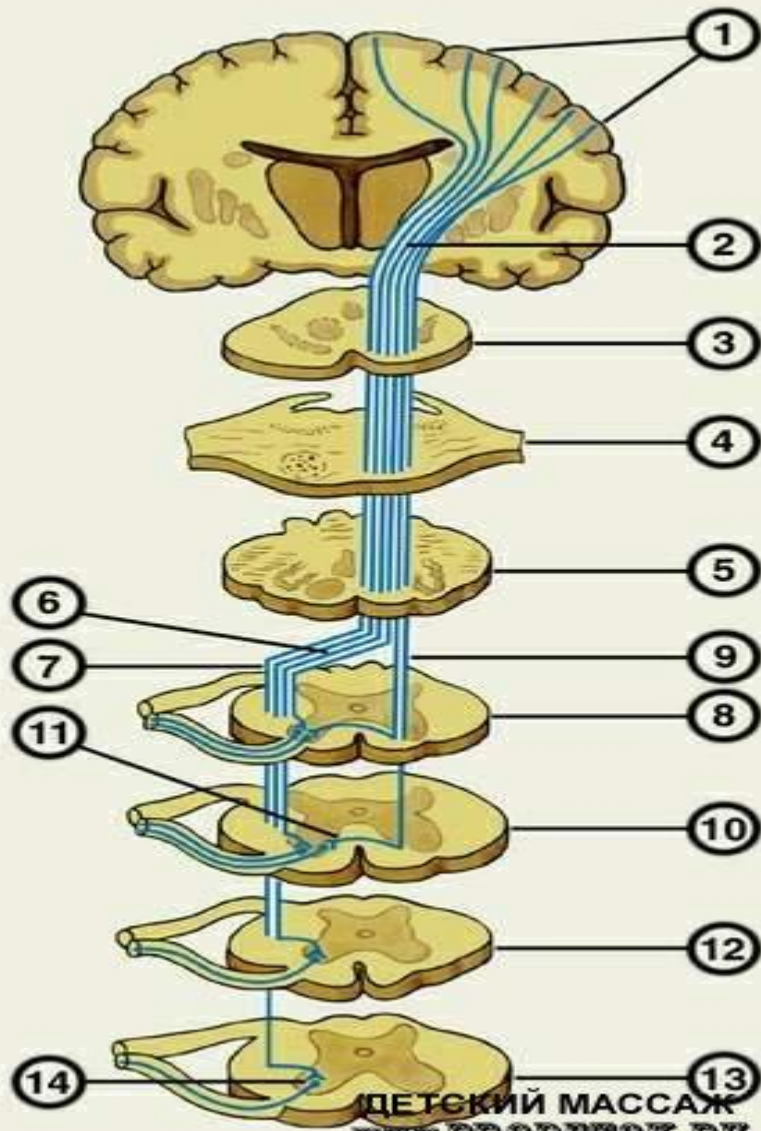
Череп

Мозжечок

Спинной
мозг

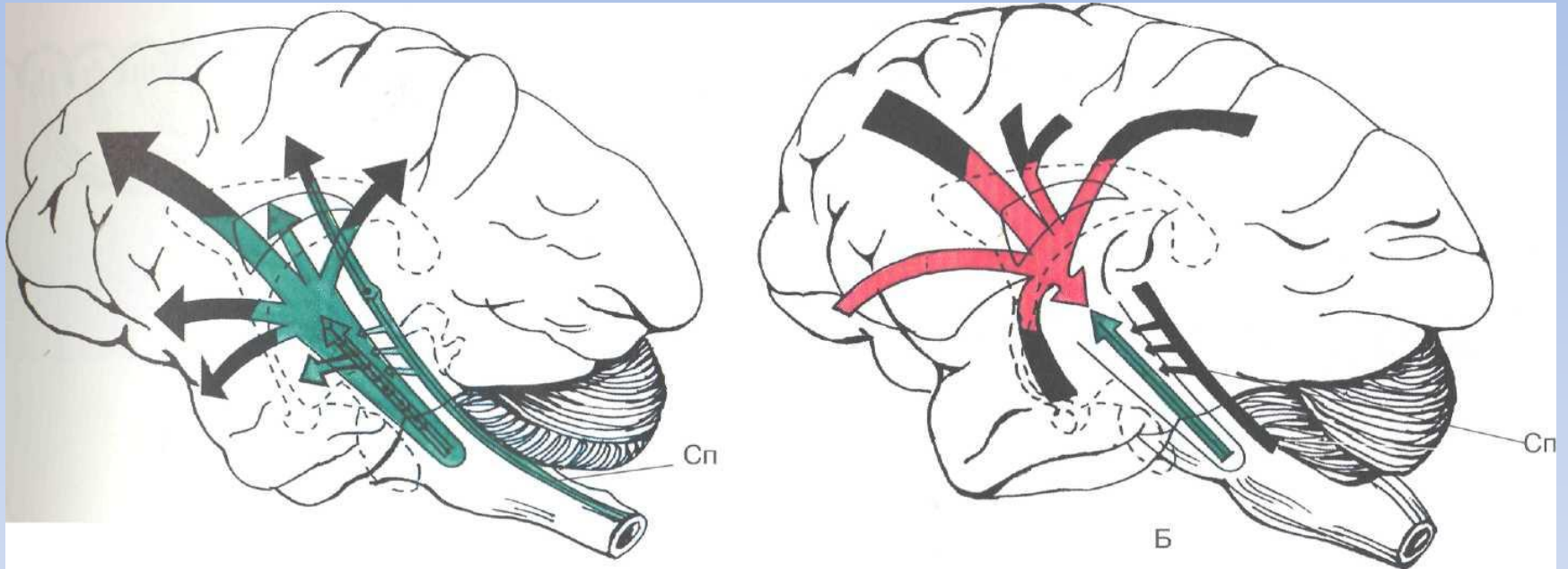
Централь-
ный канал



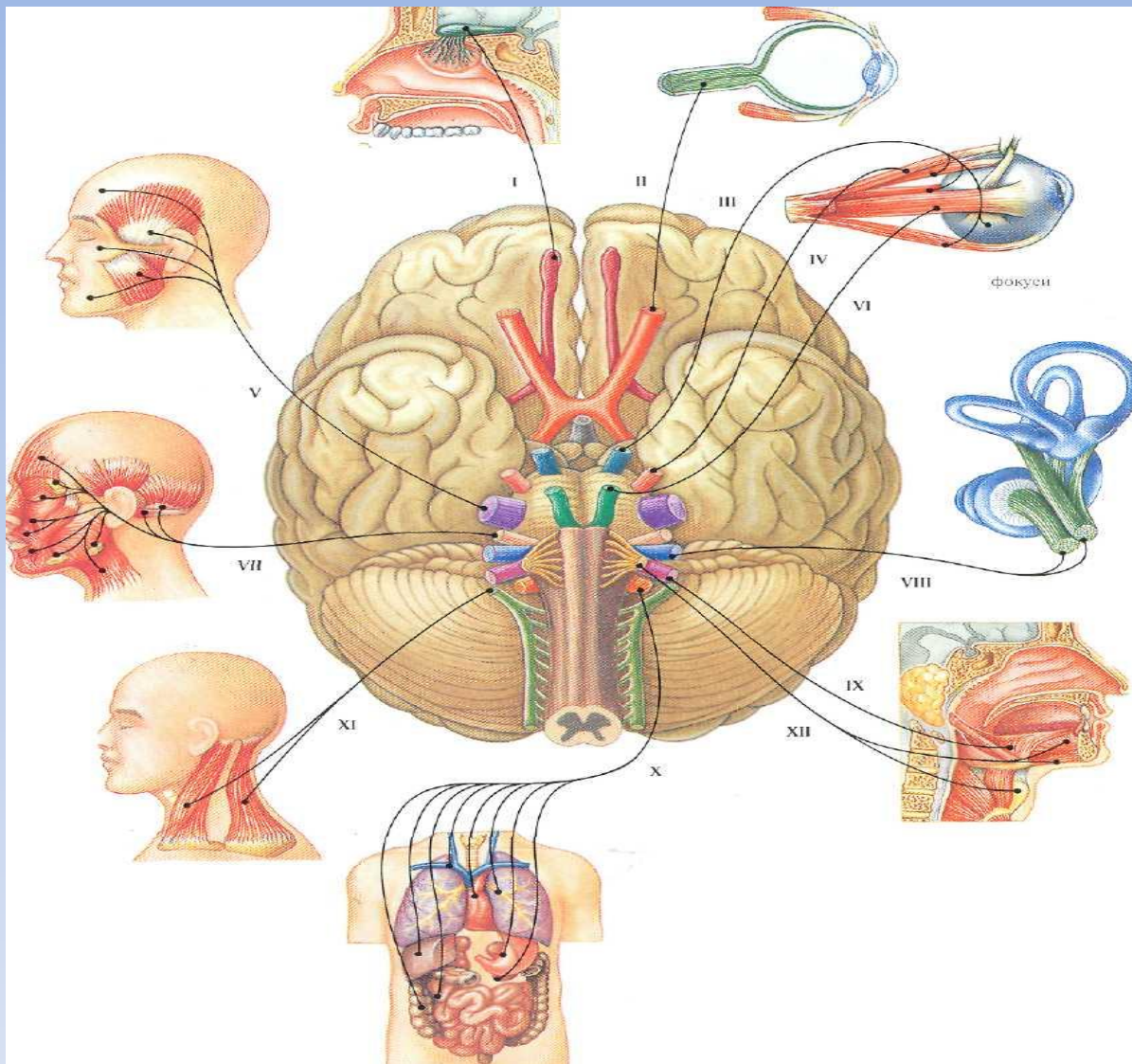


ДЕТСКИЙ МАССАЖ
WWW.PRODETOK.RU

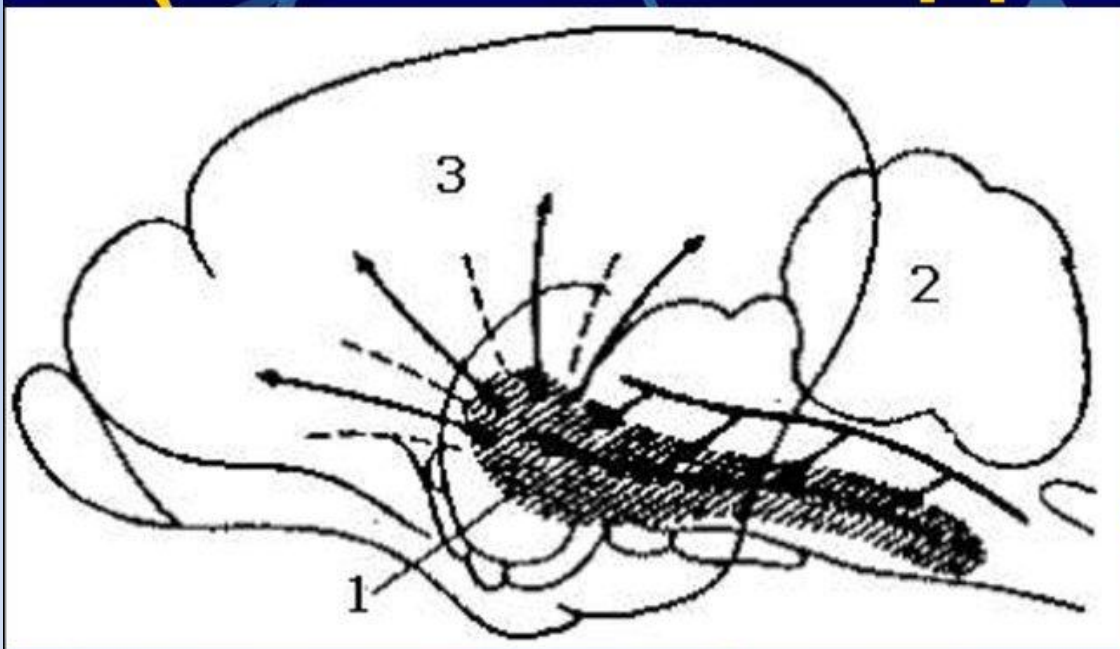
Проводящие пути



А — схема путей восходящих активизирующих влияний;
Б — схема нисходящих влияний коры;
Сп — специфические афферентные пути к коре с коллатералью к ретикулярной формации.
(По Мэгуну)



Ретикулярная формация ствола мозга (скопление полиморфных нейронов)



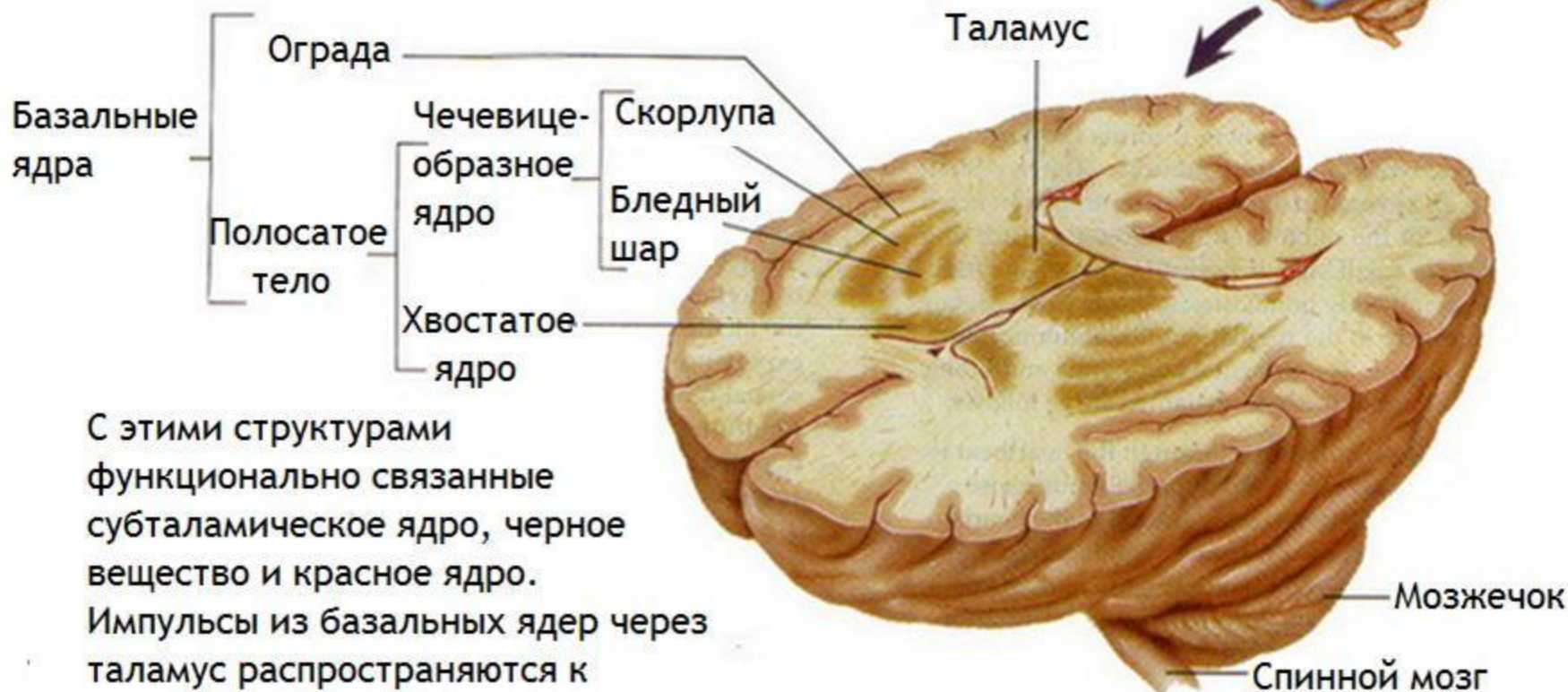
Оказывает
восходящее
активирующее и
тормозное влия-
ние на структуры
мозга.

- 1 - ретикулярная формация;
- 2 - мозжечок;
- 3 - кора.

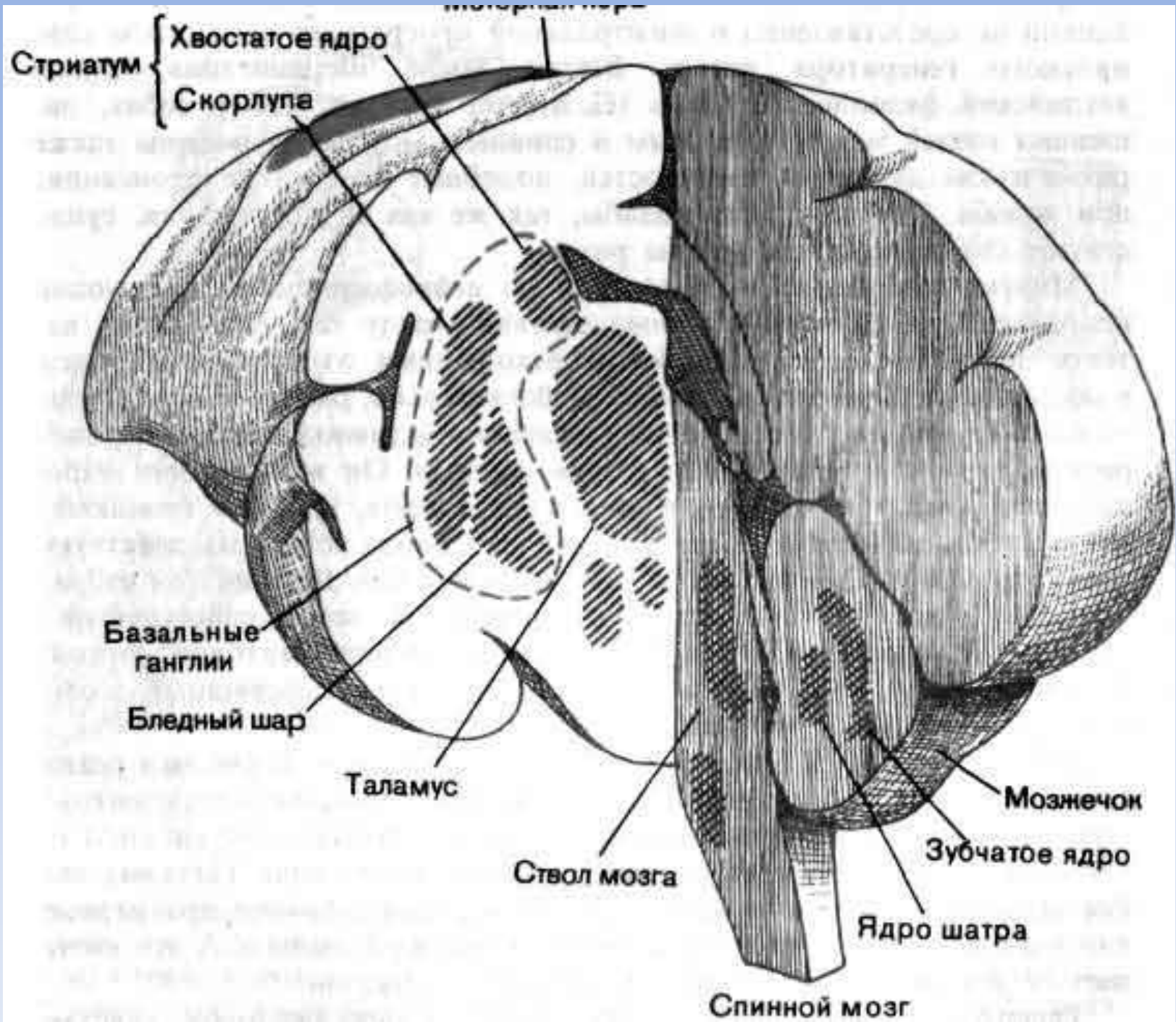
Базальные ядра больших полушарий ГОЛОВНОГО МОЗГА

Функции базальных ядер: первичный контроль произвольных двигательных программ, их вегетативного обеспечения и дополнительных движений, контроль двигательных программ для выражения эмоций, хранения в памяти двигательных навыков, которые требуют предварительного обучения

Двигательная зона коры

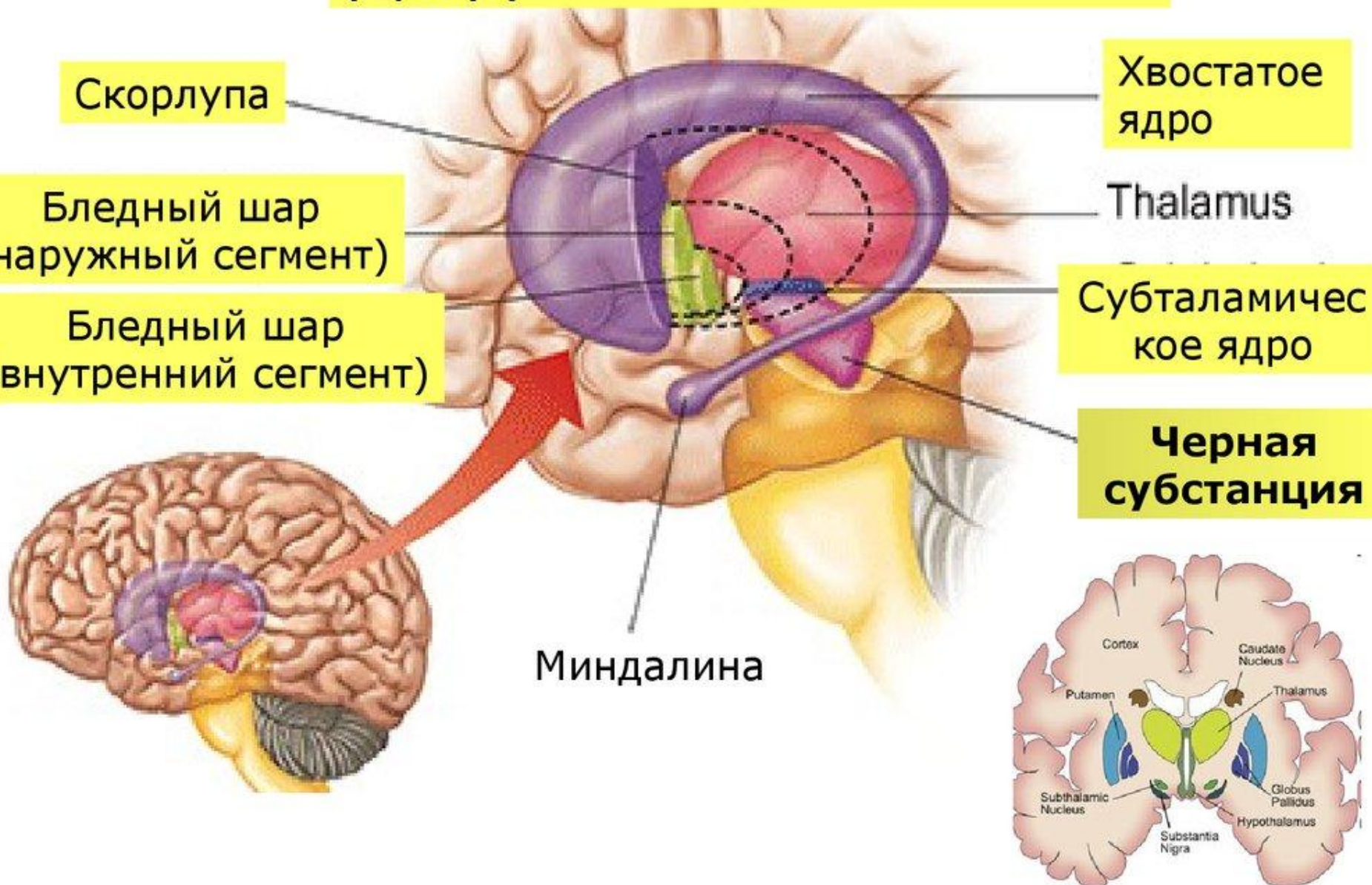


С этими структурами функционально связанные субталамическое ядро, черное вещество и красное ядро. Импульсы из базальных ядер через таламус распространяются к двигательной коре, а оттуда - к мотонейронам спинного мозга



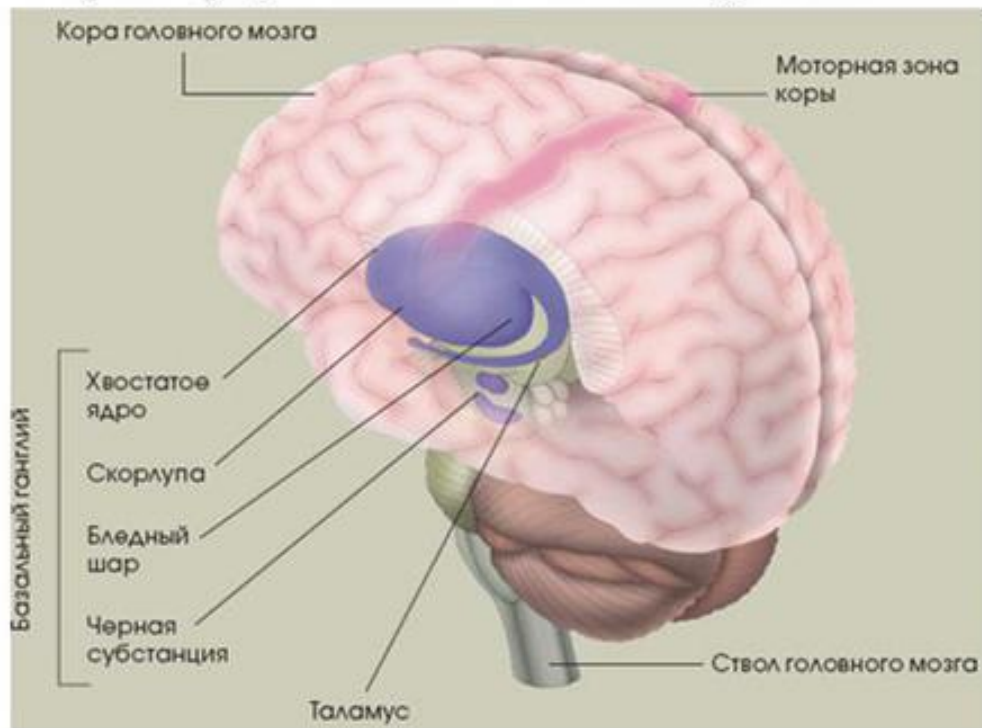
БАЗАЛЬНЫЕ ЯДРА

Скорлупа + Хвостатое Ядро = Полосатое тело (Стриатум)



Базальные (подкорковые) ядра ГОЛОВНОГО МОЗГА

располагаются под белым веществом внутри переднего мозга, преимущественно в лобных долях.



- ✓ **хвостатое ядро (nucleus caudatus), скорлупа (putamen), ограда (claustrum),**
- ✓ **бледный шар (globus pallidus).**

Полосатое тело (corpus striatum) - хвостатое ядро и скорлупа и бледный шар (globus pallidus) образуют стриопаллидарную систему.

Скорлупа

Таламус

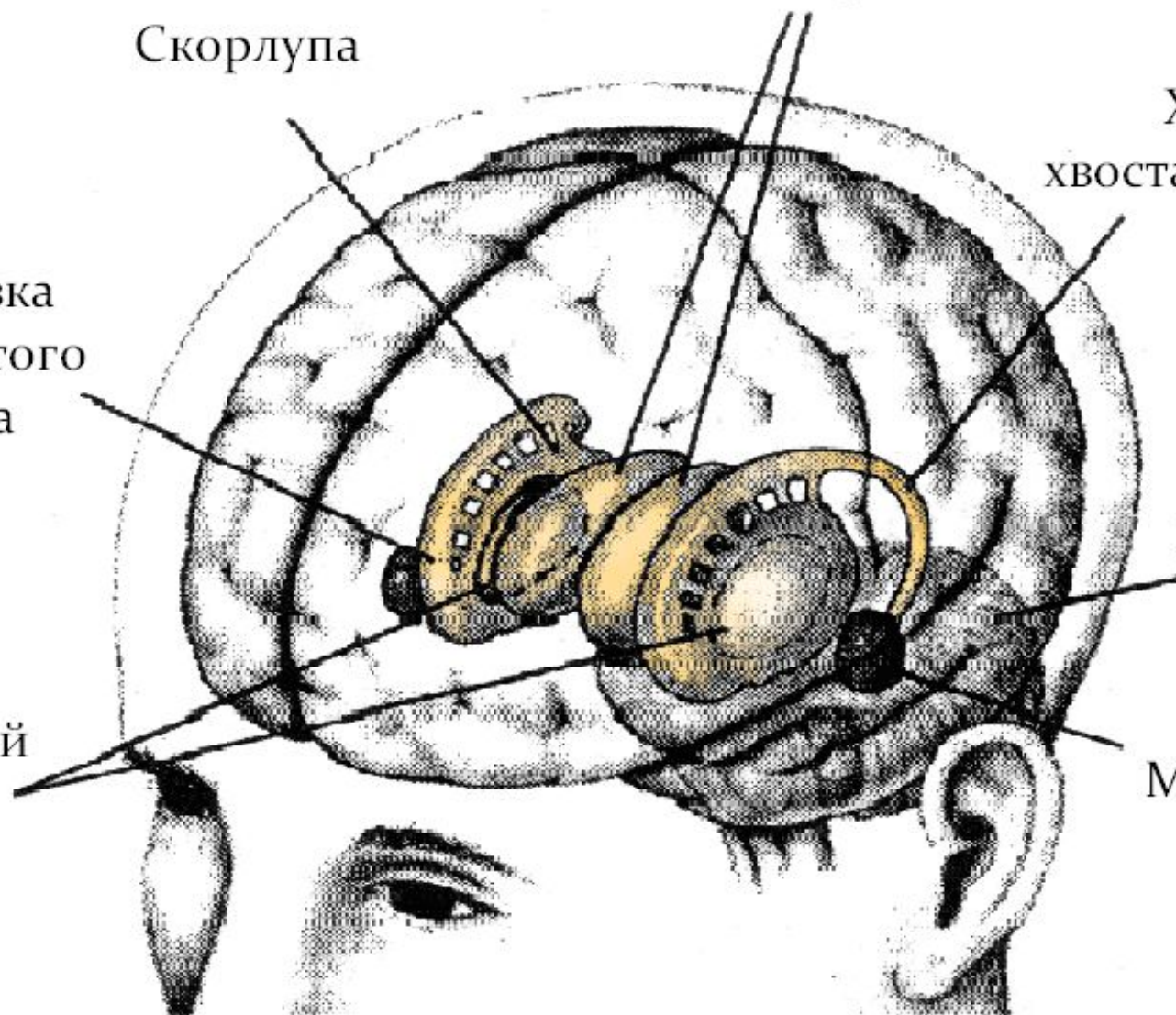
Хвост
хвостатого ядра

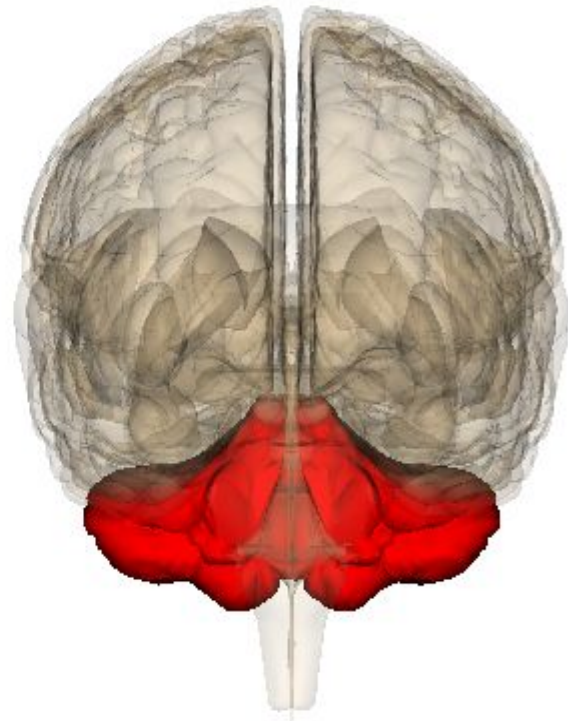
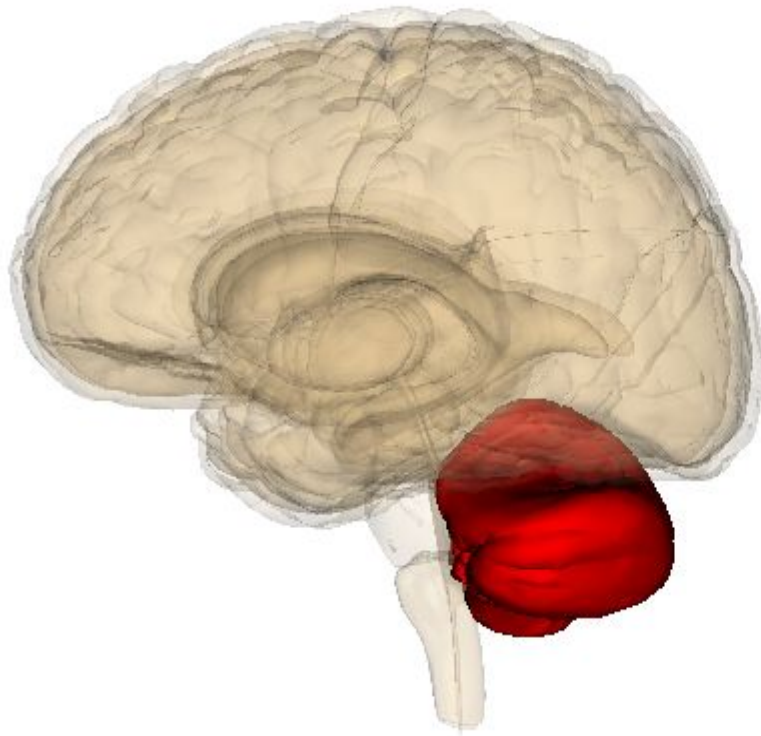
Головка
хвостатого
ядра

Мозжечок

Бледный
шар

Миндалины

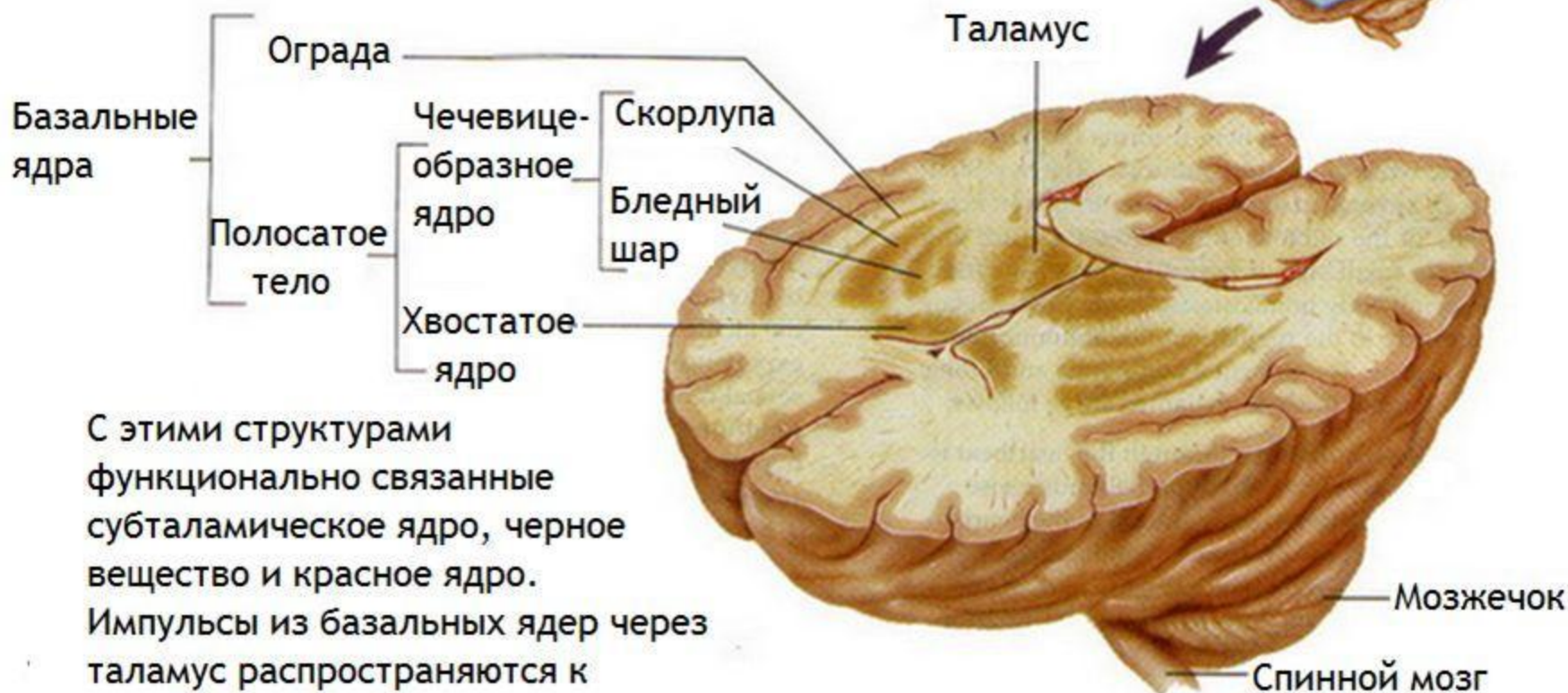




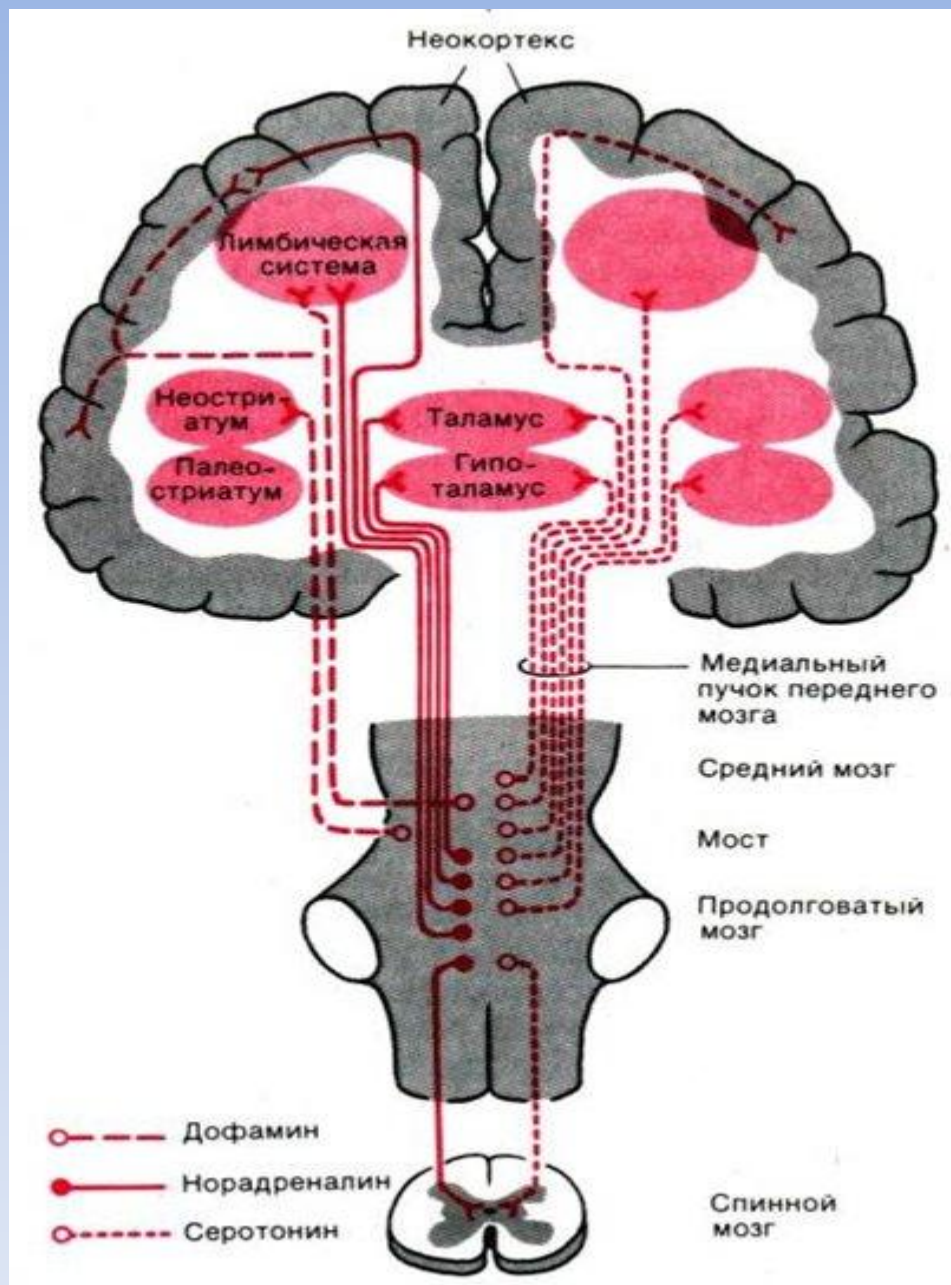
Базальные ядра больших полушарий ГОЛОВНОГО МОЗГА

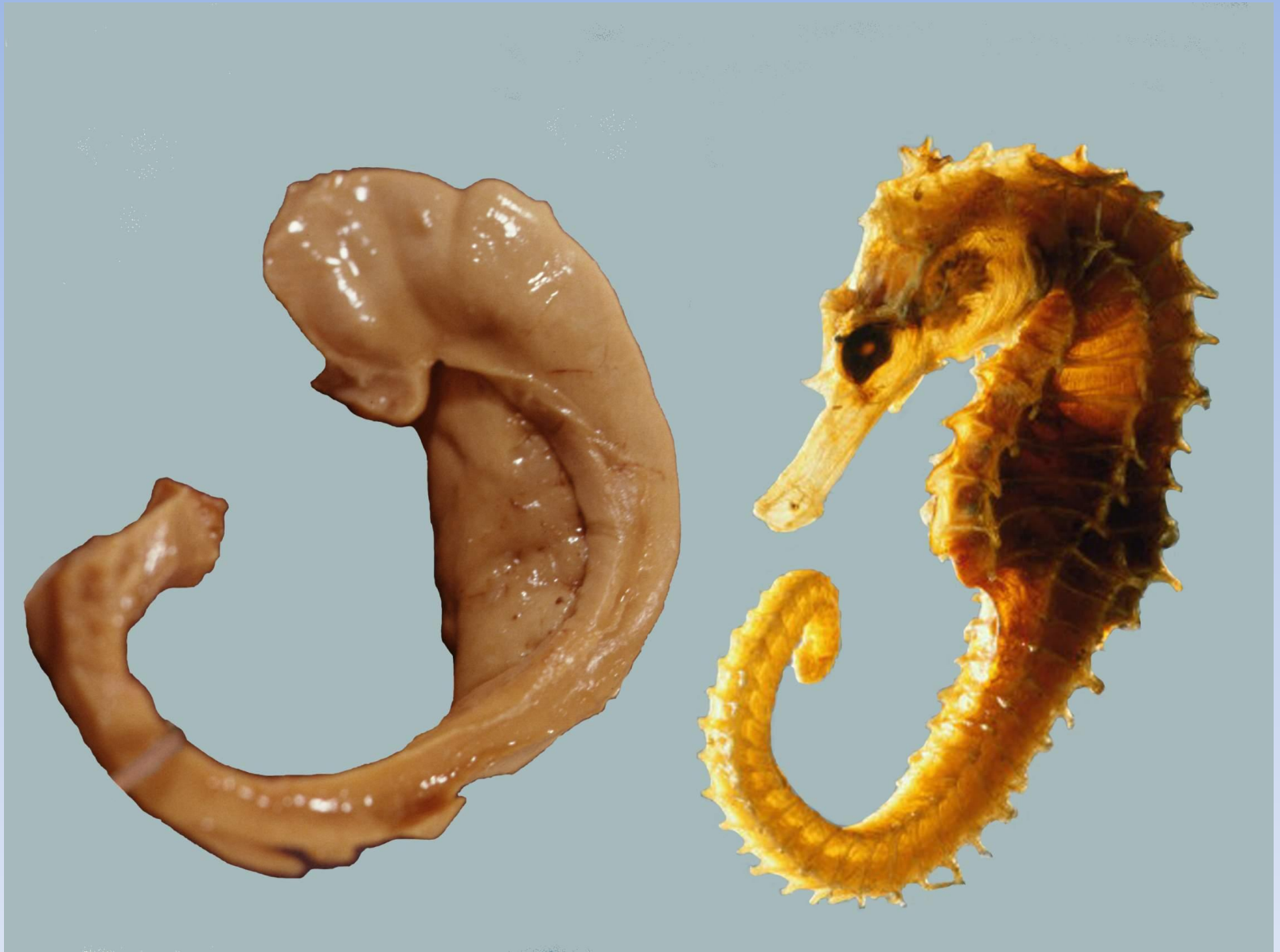
Функции базальных ядер: первичный контроль произвольных двигательных программ, их вегетативного обеспечения и дополнительных движений, контроль двигательных программ для выражения эмоций, хранения в памяти двигательных навыков, которые требуют предварительного обучения

Двигательная зона коры



С этими структурами функционально связанные субталамическое ядро, черное вещество и красное ядро. Импульсы из базальных ядер через таламус распространяются к двигательной коре, а оттуда - к мотонейронам спинного мозга





**Кора головного мозга
(неокортекс)**

Мозолистое тело

Базальные ядра

**Лимбическая
система**

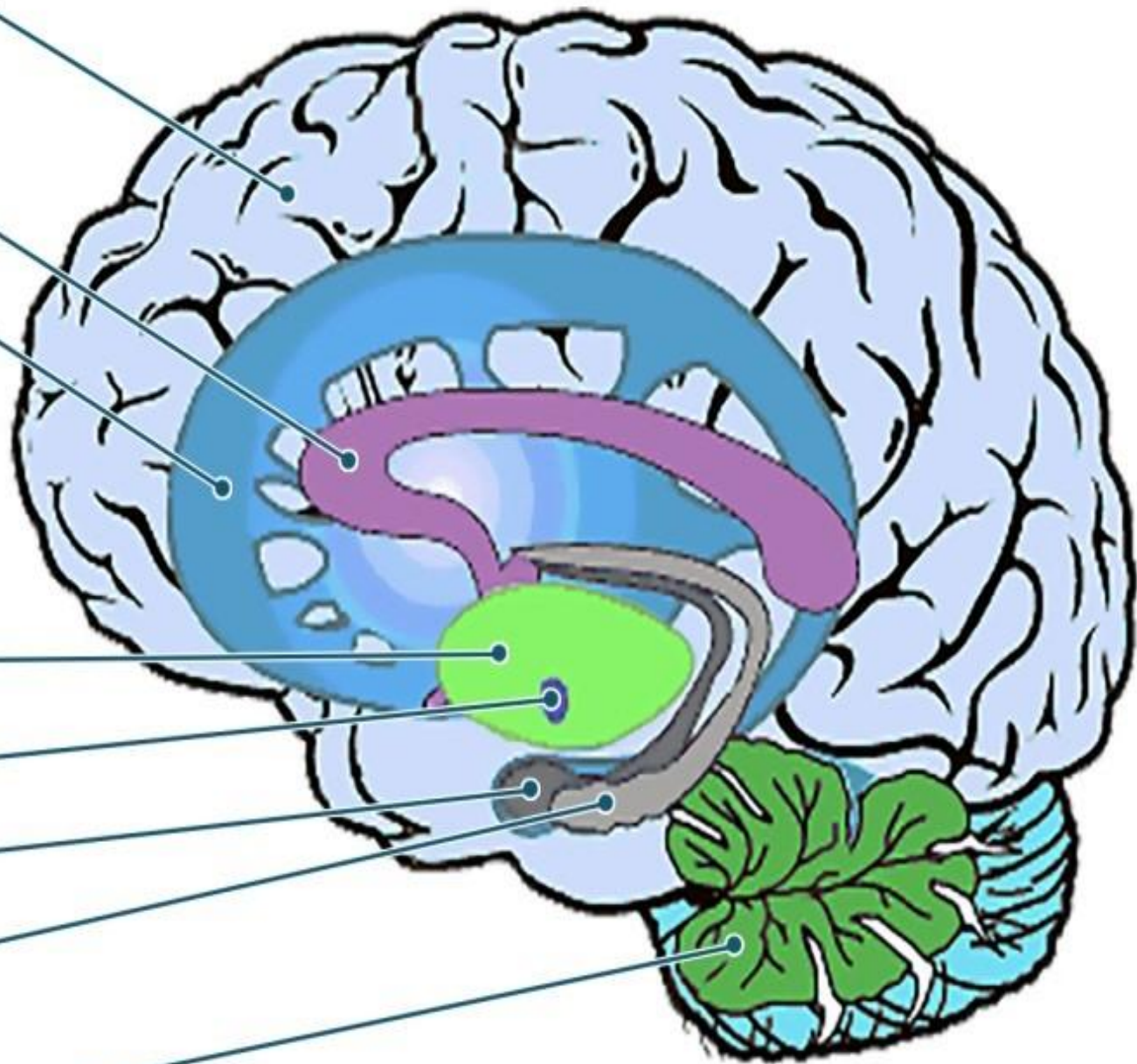
Таламус

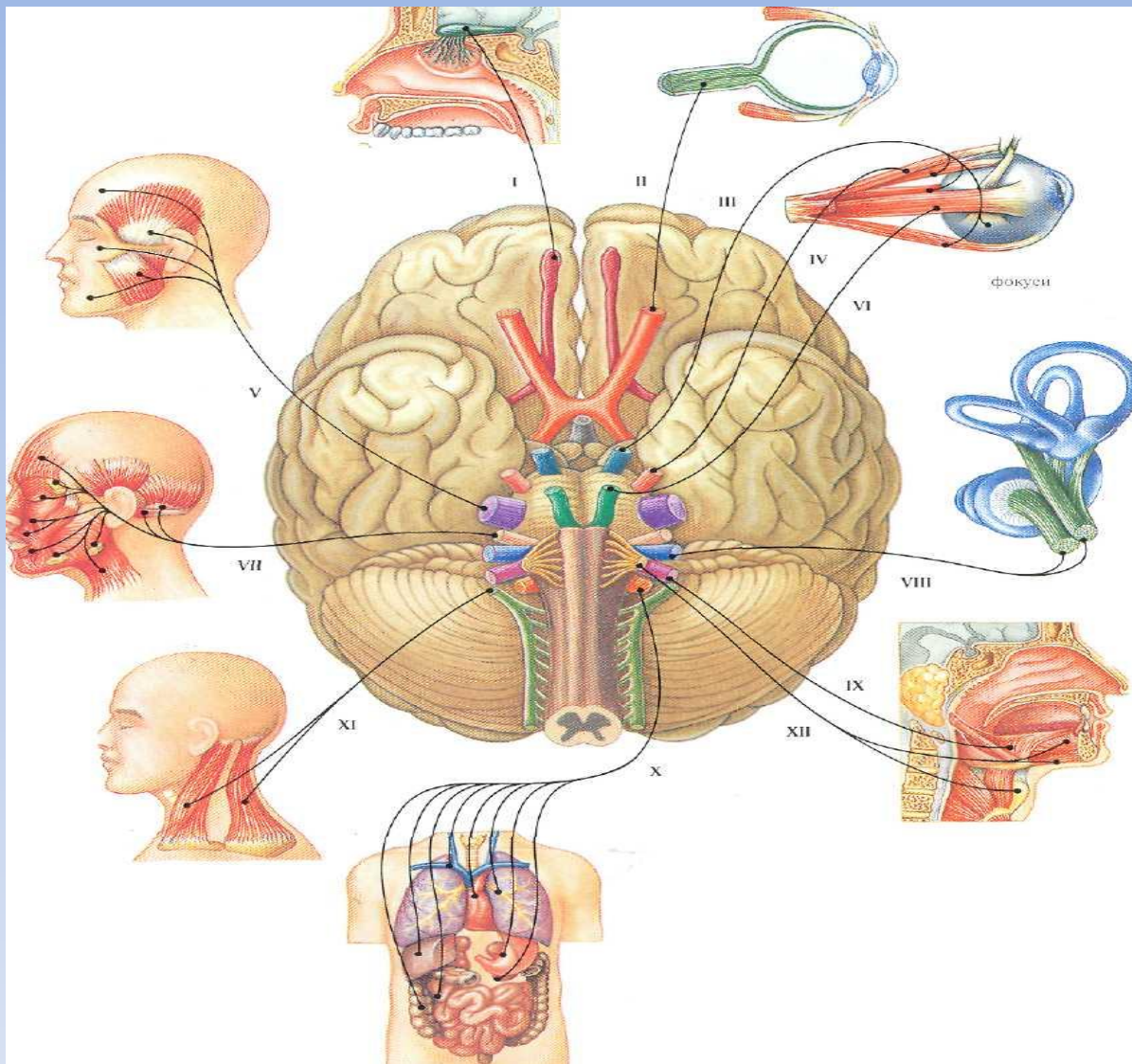
Гипоталамус

Миндалина

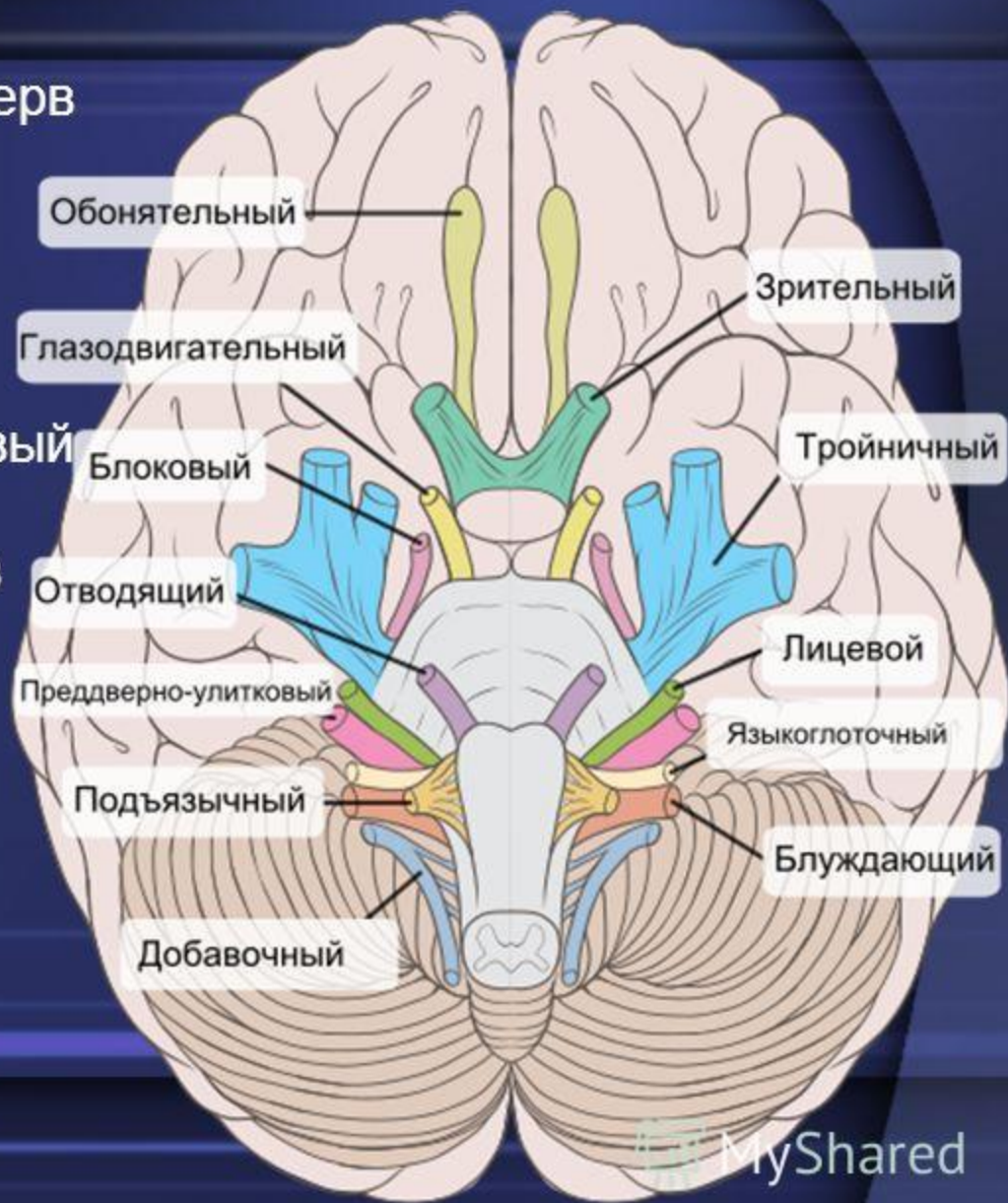
Гиппокамп

Мозжечок





- I пара — обонятельный нерв
- II пара — зрительный нерв
- III пара — глазодвигательный нерв
- IV пара — блоковый нерв
- V пара — тройничный нерв
- VI пара — отводящий нерв
- VII пара — лицевой нерв
- VIII пара — преддверно-улитковый нерв
- IX пара — языкоглоточный нерв
- X пара — блуждающий нерв
- XI пара — добавочный нерв
- XII пара — подъязычный нерв



Название и № нерва(тип нерва)	Расположение ядер в головном мозге (название и их тип)	Место выхода корешков из головного мозга	Область иннервации
9. Языкоглатательный (смешанный)	Все ядра (двойное; ядро одиночного пути Э вегетативное) расположены в продолговатом мозге	Продолговатый мозг позади оливы (сзади от предверно-улиткового нерва)	Мускулатура глотки, язык, слизистая оболочка барабанной полости слуховой трубы, околоушная слюнная железа парасимпатич. ядро)
10. Блуждающий (смешанный)	Ему принадлежит двойное ядро одиночного пути и дорсальное ядро в продолговатом мозге	Выходит позади оливы продолговатого мозга	Сердце ,органы дыхания, пищеварения, наружный слуховой проход, ушная раковина, гортань, мягкое небо, глотка
12.Подъязычный (двигательный)	Ядро подъязычного нерва лежит в глубине одноименного треугольника в нижнем углу ромбовидной ямки	Выходит из продолговатого мозга между пирамидой и оливой	Мышцы языка

- * Смешанные виды К этой группе относят тройничные, лицевые, языкоглоточные и блуждающие нервы. В смешанных нервах есть ганглии, похожие на те, что имеются у спинномозговых, но у них нет передних и задних корешков. У них волокна двигательного и чувствительного типов соединяются в общий ствол. Также они могут просто находиться рядом.

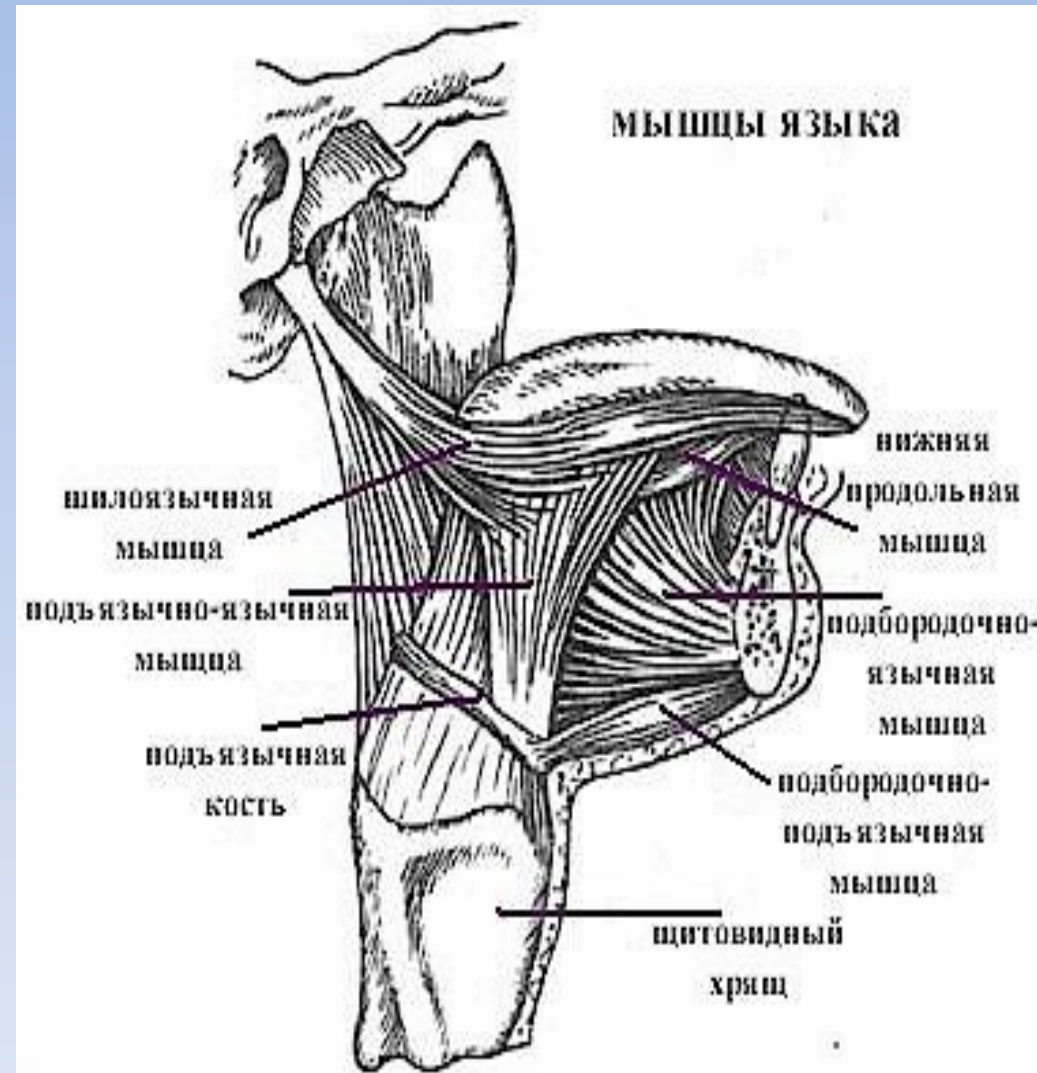
МИМИЧЕСКИЕ МЫШЦЫ ЛИЦА



1. Затылочно-лобная мышца
2. Височная мышца
3. Надбровная сморщивающая мышца
4. Мышца гордецов
5. Мышца, сморщивающая бровь
6. Круговая мышца глаза
7. Носовая мышца
8. Мышца, поднимающая верхнюю губу и крыло носа
9. Мышца, поднимающая верхнюю губу
10. Малая скуловая мышца
11. Большая скуловая мышца
12. Круговая мышца рта
13. Модииолус (узел угла рта, обеспечивает взаимодействие мышц вокруг рта и придаёт форму нижней трети лица)
14. Мышца смеха
15. Край подкожной мышцы шеи
16. Мышца, опускающая угол рта
17. Мышца, опускающая нижнюю губу
18. Подбородочная мышца

Основные мышцы, иннервируемые подъязычным нервом

- **Язык** – массивный мышечный орган. Мышцы языка делятся на две группы. Сокращение мышц первой группы обеспечивает движение языка как целого;
- при сокращении мышц второй группы изменяются форма и положение отдельных частей языка. Все мышцы языка парные.
К первой группе мышц относятся:
Подбородочно-язычная мышца – тянет язык кпереди и вниз (высовывать язык изо рта).
Подъязычно-язычная мышца. Назначение – осаживать язык книзу.
Шилоязычная мышца. Она является антагонистом подбородочно-язычной. Втягивает язык в рот, т.е. тянет язык, особенно его корень вверх и назад.
- **Хрящезычная мышца** – тянет язык назад и вниз.



Ко второй группе относятся **собственные мышцы языка**, не имеющие сухожильной части (не прикрепляются к костям, расположены в теле языка):

• **Верхняя продольная мышца** – располагается под слизистой оболочкой верхней поверхности языка. При сокращении укорачивает язык и загибает кончик его вверх.

Нижняя продольная мышца - сокращаясь, укорачивает язык, сгорбливает его и загибает кончик книзу.

Поперечная мышца - начинается от срединной перегородки языка и оканчивается в слизистой боковых краев языка. Уменьшает поперечный размер языка (суживает и заостряет его)

Вертикальная мышца – берет начало от слизистой оболочки нижней поверхности языка и оканчивается в области спинки языка, уплощает язык.

Веерная мышца – «веер» расходится от подъязычной уздечки в разные стороны

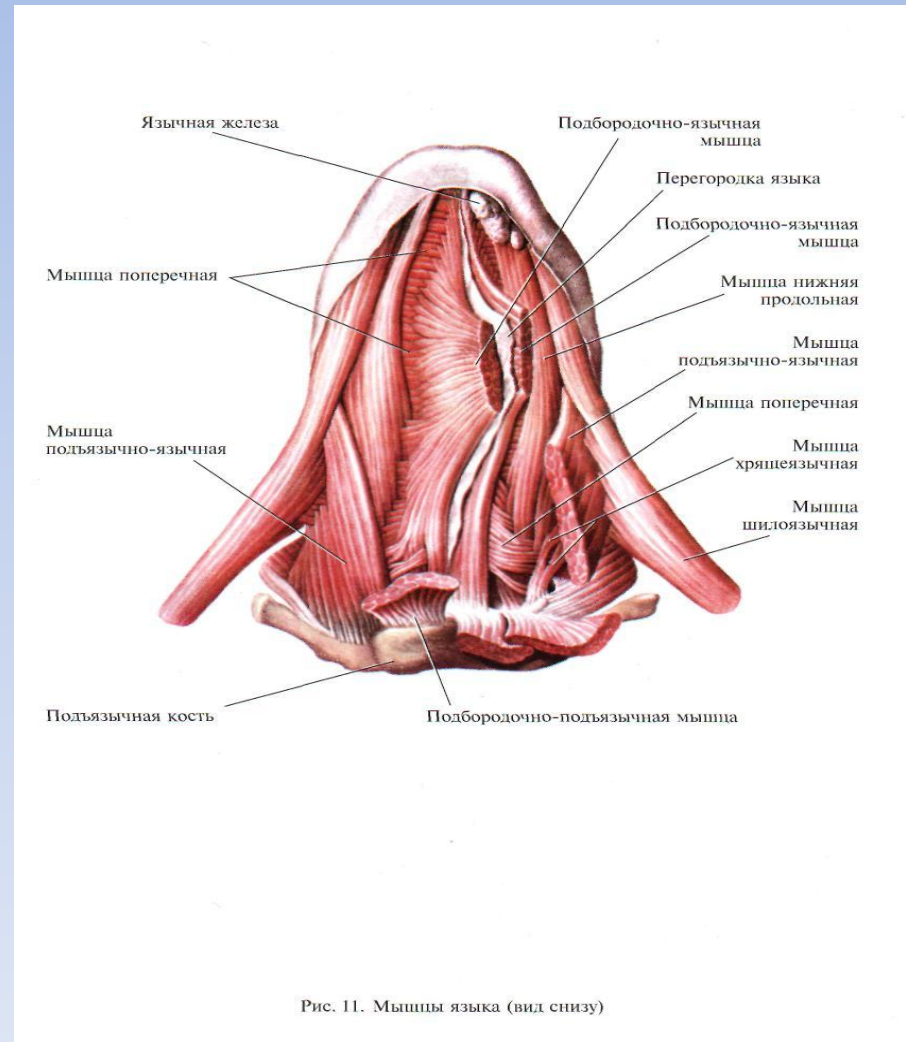


Рис. 11. Мышцы языка (вид снизу)

Этиология дизартрии

- ▼ патология беременности и родов – 67% (ДЦП);
- ▼ интоксикации (алкоголизм, наркомания и другие заболевания родителей) – 8%;
- ▼ заболевания ребенка первого года жизни;
- ▼ ухудшение экологической обстановки: врожденный гипотиреоз, расщелины губы и неба
- ▼ хромосомные и генетические заболевания: синдром Мартина-Белла, синдром Прадера-Вилли, синдром Дауна, синдром Денди-Уокера, синдром Ангельмана и т.д.

Патология беременности и родов

Наиболее известными типами поражений в антенатальный, натальный и постнатальный периоды являются: *гипоксический, токсический, инфекционный, механический.*

Типы поражений ЦНС:

гипоксический тип преимущественно связан с такими осложнениями, как неправильная имплантация яйца, анемия и пороки сердца матери, артериальная гипотония или гипертония у матери во время беременности, пороки сердца плода, пороки развития плода и плаценты, дефекты плаценты, преждевременная частичная отслойка плаценты, аномалия развития пуповины, затяжные роды, обтурация дыхательных путей после родов, асфиксия в родах;

механический тип встречается при
плодоизгоняющих манипуляциях,
амниотомической отшнуровке,
близнецовости, опухолях таза и узком тазе,
двурогой матке, стремительных родах, при
применении инструментальных пособий в
родах; черепно-мозговой травме в
постнатальном периоде

токсический тип поражения наблюдается при интоксикации медикаментами, нефропатии (преэклампсии и др.), диабете, гипотиреозе, алкоголизме и наркомании матери, нарушениях обмена веществ, несовместимости крови матери и плода в Rh- и ABO-системах, гипербилирубинемии и других состояниях;

инфекционный тип поражения в эмбриональном периоде (от 2-й недели до 4-го месяца беременности) наблюдается при краснухе, кори, цитомегалии, герпесе, ветряной оспе, эпидемическом паротите, гриппе; начиная с 5–7 месяцев – при бактериальных инфекциях у матери, риккетсиозах – заболеваниях, вызванных простейшими; в постнатальном периоде – при вирусных и бактериальных нейроинфекциях;

Этиология дизартрии

- 1. Острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт)**
- 2. Нейротравма**
- 3. Нейроинфекционные заболевания**
- 4. Опухоли головного мозга**
- 5. Демиелинизирующие заболевания**

Патогенез (механизм) дизартрических расстройств речи обуславливается различными очаговыми поражениями мозга:

- стволовыми, вызывающими вялый и спастический паралич (бульбарная и псевдобульбарная дизартрия)
- пирамидными со спастическим параличом (псевдобульбарная дизартрия)
- стволочно-подкорковыми с нарушениями мышечного тонуса и гиперкинезами (различные подкорковые формы дизартрии)
- подкорково-мозжечковыми с расстройствами речевой просодии (подкорковые и мозжечковые формы дизартрии)
- корковыми с артикуляторной апраксией («кинестетическая» и «кинетическая» артикуляторная апраксия). Нередко наблюдаются сложные полипатогенетические формы дизартрии.

- *Каждая клиническая форма дизартрии требует специфических приемов логопедической коррекции, а для этого необходима их патогенетическая диагностика.
- К сожалению, ни врачи, ни нейропсихологи помочь патогенетически дифференцированной диагностике дизартрии не могут, и в лучшем случае они ставят описательный синдромологический диагноз.
- Логопедам приходится разбираться в структуре дизартрического расстройства самостоятельно.
- Овладев основами невропатологии и фонетики, педагог-логопед сможет свободно справиться и с патогенетической диагностикой дизартрии, и с выбором патогенетически обусловленных оптимальных форм ее коррекции.

- *Если перечисленные дизартрические расстройства развиваются после завершения формирования у ребенка речи, то они проявляются только дизартрией, если же развитие речи еще не закончено, то дизартрия становится базой для системных задержек развития восприятия и понимания речи, навыков чтения и письма, а также общего психического развития ребенка.
- Разнообразные системные нарушения речи и психики нередко сочетаются с педагогической запущенностью ребенка. Такой «букет» разнообразных факторов усугубляет трудности детского развития и препятствует обучению детей в массовой школе.

- *Отдельные речевые расстройства познаются в сравнении. Чтобы хорошо понимать дизартрию, логопед должен знать и дислалию, и алалию, и афазию, и заикание, и разного рода задержки речевого и психического развития, и нарушения речи при глухоте и тугоухости, и при умственной отсталости.

- Так как очаговые поражения мозга весьма разнообразны, то у больных могут быть сложные сочетания речевых расстройств различных форм дизартрии:
- дизартрии и дислалии
- дизартрии и афазии
- дизартрии и умственной отсталости
- дизартрии, задержки психического развития и педагогической запущенности и пр.

- *Логопед должен разбираться в этих сложных речевых ситуациях, чему поможет его логопедический кругозор и общая педагогическая культура.

- Для дизартрии характерна невнятная смазанная артикуляция звуков с искажением их звучания, то есть фонетические нарушения.
- В случае дизартрии с системным недоразвитием коры головного мозга, а также при сложных речевых расстройствах фонетические нарушения могут комбинироваться с фонематическими.

- *Поэтому дефектолог, и прежде всего логопед, должен хорошо ориентироваться в фонетике.
- Только это поможет перейти от количественного к качественному описанию фонетико-фонематической недостаточности речи в детском возрасте и к патогенетически обоснованной коррекции этой недостаточности.
- Желательно, чтобы логопед обращал внимание на тренировку своего фонетического слуха и овладеть навыками как фонетической, так и фонематической транскрипции звуковой стороны речи.
- Такие навыки дадут ему возможность фиксировать свои наблюдения, объективно прослеживать их динамику и обсуждать с коллегами встретившиеся случаи дизартрии, которые еще далеко не полностью изучены.

Степень выраженности дизартрии

Анартрия — это утрата способности образовывать речевые звуки, при этом способность понимать написанное, услышанное, письмо не страдают.

Дизартрия грубая (тяжелая степень речевого расстройства) – речь малопонятная окружающим.

Дизартрия средней степени выраженности – речь с очевидными нарушениями просодии и произношения, но понятная окружающим.

Дизартрия лёгкой степени выраженности (стёртая дизартрия) – речь с минимальными дизартрическими нарушениями.

КЛАССИФИКАЦИИ ДИЗАРТРИИ

- Маргулиса М.С. (1926г.) **этиопатогенетическая**
- Панченко И.И., Щербаковой Л.А.(1975)
– **неврологическая**
- Винарской Е. Н. (1978 г.)- **нейролингвистическая**
- Мастюковой Е.М. (1977 г.) - **клинико-психологическая**

Нейролингвистическая классификация Винарской Е. Н. (1978 г.)

- Бульбарная дизартрия
- Псевдобульбарная дизартрия
- Так называемые псевдобульбарные дизартрия и анартрия у детей
- Экстрапирамидная дизартрия
- Мозжечковая дизартрия
- Кортиковая дизартрия
- *Постцентральная апраксическая дизартрия*
- *Премоторная апраксическая дизартрия*
- Мезэнцефально-диэнцефальная дизартрия

БУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ

ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ

Одностороннее или двустороннее поражение периферических двигательных нейронов IX (языкоглоточный), X (блуждающий), XII (подъязычный) черепно-мозговых нервов, или в соответствующих им ядрах ствола головного мозга (в продолговатом мозге)

ПАТОГЕНЕЗ

Избирательные вялые параличи мышц языка, губ, мягкого неба, гортани, глотки, поднимающих нижнюю челюсть, дыхательных мышц; снижение глоточного рефлекса, дисфагия, гиперсаливация
Атрофия и атония этих мышц – язык вялый, дряблый; снижены или отсутствуют рефлексы, расстройство произвольных и произвольных движений в соответствующих группах мышц

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Голос слабый, тихий, истощающийся, гласные и звонкие согласные оглушены. Тембр изменен по типу открытой ринофонии.

Артикуляция гласных звуков приближена к нейтральному звуку «Э».

Артикуляция согласных звуков упрощена, смычные и «Р» заменяются щелевыми. Речь замедленная, неплавная, монотонная, характерна «смазанность», псевдоскандированность, нарушение интонационно-мелодического оформления.

*Клинические проявления периферического паралича — атрофия, атония и арефлексия — в случае бульбарного паралича обнаруживаются в мышцах, иннервируемых IX, X и XII черепно-мозговыми нервами (языкоглоточными, блуждающими и подъязычными), то есть в мышцах глотки, гортани, нёба, языка.

Функционально вялый паралич этих мышц выражается в:

- расстройствах глотания (дисфагия или афагия) с поперхиванием и закашливанием во время еды и питья
- глухом (дисфония или афония) или гнусавом голосе
- ограничении подвижности языка во время еды, невнятной и «смазанной» речи.

Синдром просодических и фонетических расстройств

Характерные для этой патогенетической формы дизартрии избирательные параличи мышц определяют и картину речевого расстройства. Паралич мышц голосовых связок обнаруживается слабым глухим истощающимся голосом с нечеткой частотной структурой звуков, приближающейся к звучанию нейтрального гласного, звонкие звуки оглушены. Субъективная зонная структура, свойственная тем или иным чувствам и волеизъявлениям, становится нечеткой. Параличи глотки обуславливают открытую гнусавость. Паралич или парез мышц, поднимающих нижнюю челюсть и напряжение в работе дыхательных мышц вызывают замедление речи, ее монотонию, псевдоскандированность и нарушение плавности. Параличи мышц артикуляционного аппарата приводят к изменениям звучания согласных звуков речи. Прежде всего, ослабляются речевые смычки; смычные звуки, а также аффрикаты заменяются на щелевые. Затем упрощается характер щелевых звуков, а также Р и Л – начинают доминировать плоскощелевые звуки. Речь в целом приближается к невнятному вялому шепоту, больной резко устает и отказывается говорить.

- Наиболее выраженная форма бульбарной дизартрии наблюдается при двусторонних поражениях ядер корешков или периферических нервов.
- Односторонние (безразлично, левые или правые) поражения продолговатого мозга или исходящих из него черепно-мозговых нервов бульбарной группы (IX, X и XII) тоже ведут к развитию симптомов бульбарной дизартрии, но менее тяжелых, чем при двусторонних поражениях.

Избирательный вялый парез мышц языка

• У **больного Ц.**, 42 лет (химик, правша), после тотального удаления невриномы правого слухового нерва клинически выявила вялые парезы VII, IX, X, XII нервов справа. Больной поперхивался при глотании, говорил тихим хриплым голосом, имелаась легкая бульбарная дизартрия с нарушением артикуляции только губных звуков и гнусавым тембром речи. Язычные звуки больной произносил более или менее правильно, но жаловался на то, что «язык устает говорить». При осмотре языка обнаружена легкая двусторонняя атрофия мышц лишь по передней части, несколько больше справа. На передней поверхности языка отмечались и фибриллярные подергивания. Язык лежал на дне полости рта, слегка уклоняясь от средней линии вправо. Такое положение языка сохранялось и при его активных движениях. При этом обращало на себя внимание, что движения кончика языка вверх, столь необходимые для артикуляции переднеязычных согласных, у больного сохранены. Он свободно загибает кончик языка к носу. Более легкое движение загибания кончика языка к подбородку больной сделать не может. Этот парез мышечных пучков, загибающих кончик языка книзу, являясь малозначимым для артикуляции, в речи практически не выявляется.



- У больного К., 30 лет (инженер, правша), после удаления невриномы слухового нерва справа наблюдались нарушения функций V, VII, VIII, IX, X и XII черепномозговых нервов справа.
- Наиболее тяжело была расстроена функция лицевого нерва.
- У больного имелся и полный периферический паралич мимической мускулатуры правой половине лица с перетянутостью рта влево.
- Произношение губных звуков было субъективно затруднено, звуки — слабы и недостаточно вняты.
- Язычные звуки и голос были сравнительно сохранены.
- Мягкое нёбо сокращалось вяло с перетягиванием влево, при этом наблюдалась резкая открытая гнусавость, исчезающая почти полностью, если губы пассивно удерживались рукой врача в правильном положении.
- Это свидетельствовало об относительной функциональной недостаточности паретичной нёбной занавески: выдыхаемая во время речи воздушная струя свободно проходила через рот.
- Когда же на пути воздушной струи оказывалась преграда в виде губ перетянутого влево рта больного и, следовательно, повышалось давление выдыхаемого воздуха на паретичную нёбную занавеску, ее функциональная недостаточность становилась резко выраженной, воздух проходил в носовые ходы, и речь приобретала грубый гнусавый оттенок.

Псевдобульбарная дизартрия

наиболее часто встречающаяся форма детской дизартрии

Псевдобульбарная дизартрия является **следствием перенесенного** в раннем детстве, во время родов или во внутриутробном периоде **органического поражения мозга** в результате энцефалита, родовых травм, опухолей, интоксикации и др.

У ребенка **возникает** псевдобульбарный **паралич или парез**, обусловленный поражением проводящих путей, идущих от коры головного мозга к ядрам языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов.



ПСЕВДОБУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ

ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ

Двустороннее (может быть неравномерно латерализованное) поражение центральных двигательных кортико-ядерных путей, пирамидных нейронов, идущих от коры головного мозга к продолговатому мозгу и к передним рогам шейно-грудного уровня. Псевдобульбарные параличи двусторонние, исключение составляют мышцы нижней части лица и языка – их иннервация носит односторонний характер.

ПАТОГЕНЕЗ

Пирамидные спастические параличи мышц речевого аппарата

Мышечной атрофии нет. Гипертония мышц – язык напряжен, отодвинут кзади. Гиперметрия, тремор, синкинезии. Глоточный и нижнечелюстной рефлекс усилены. Гиперсаливация. Дисфагия.

Паралич всегда двусторонний, хотя возможно преобладание с одной стороны, что приводит к нарушению реципрокной иннервации (девиации языка). Нарушены произвольные, произвольные движения, тонкие движения языка.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Голос слабый, сиплый, хриплый. Тембр речи изменен по типу ринофонии. Артикуляция гласных приближена к звуку «Э», согласных - сдвинута назад. Щелевые согласные преобразуются в плоско-щелевые. Страдают согласные, в артикуляции которых принимают участие мышцы кончика и краев языка. В большей степени нарушается произношение твердых согласных, чем мягких. Усилия, направленные на преодоление расстройств, ведут к нарастанию гипертонии мышц: замедляется темп речи, усиливается псевдоскандированность, охриплость, гнусавость. Нарушение интонационно-мелодической выразительности речи.

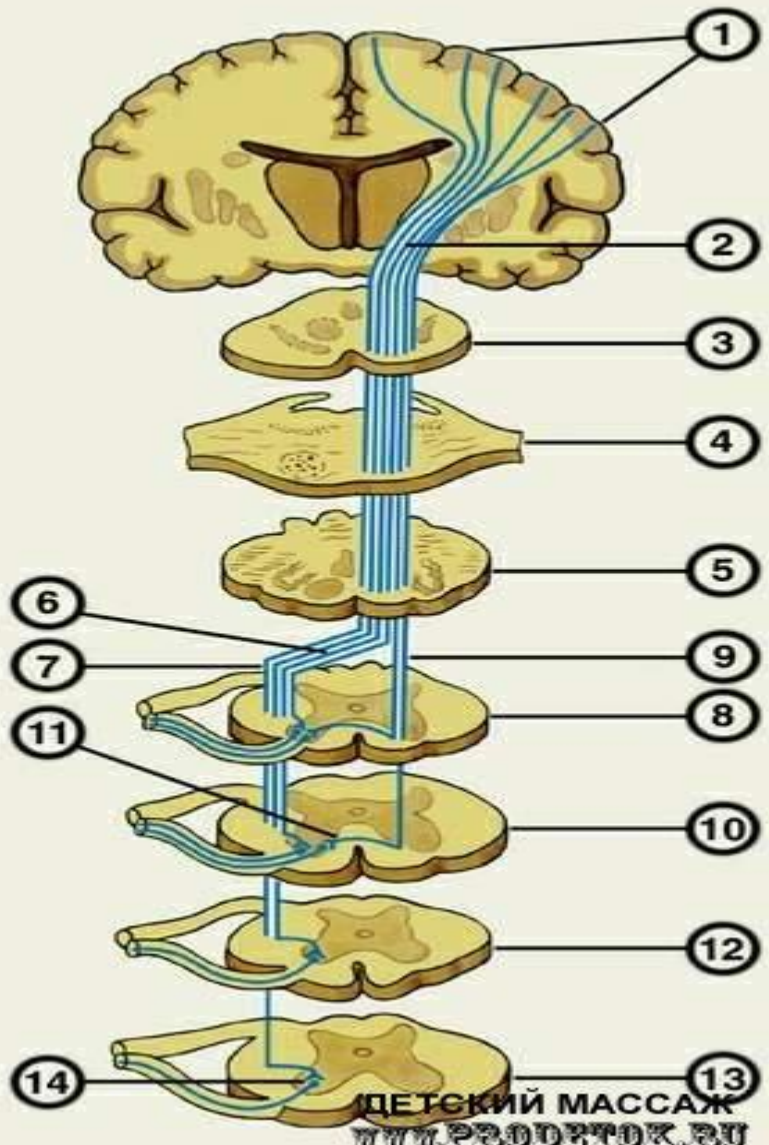
СТЕРТАЯ ДИЗАРТРИЯ

Та же симптоматика, но выраженная в умеренной степени.

Синдромы просодических и фонетических

расстройств Патогенез фонетических расстройств при этой форме дизартрии тоже определяют параличи мышц аппарата речи, но на этот раз не избирательные вялые, а распространяющиеся на половину тела, преимущественно со спастическим повышением мышечного тонуса. Голос сохранен, но он слабый сиплый, хриплый, не способный выразить сложные по зонной структуре эмоционально-выразительные комплексы. Кроме того, тембр речи изменен в силу повышения мышечного тонуса по типу гнусавости.

Артикуляция звуков страдает, прежде всего, там, где требуется сложная координация мышечных пучков кончика и краев языка, т. е. переднеязычных звуков и звука Р. Смычные согласные и аффрикаты превращаются в щелевые, сложные щели упрощаются, твердые согласные преобразуются в их мягкие пары. Больной под контролем слуха старается преодолеть описанные расстройства, но его усилия обычно ведут к нарастанию гипертонии мышц и, следовательно, к усилению хриплости голоса, гнусавости, дефектов артикуляции, недоговариванию концов слов, замедлению темпа речи, нарушениям ее плавности и модулированности.



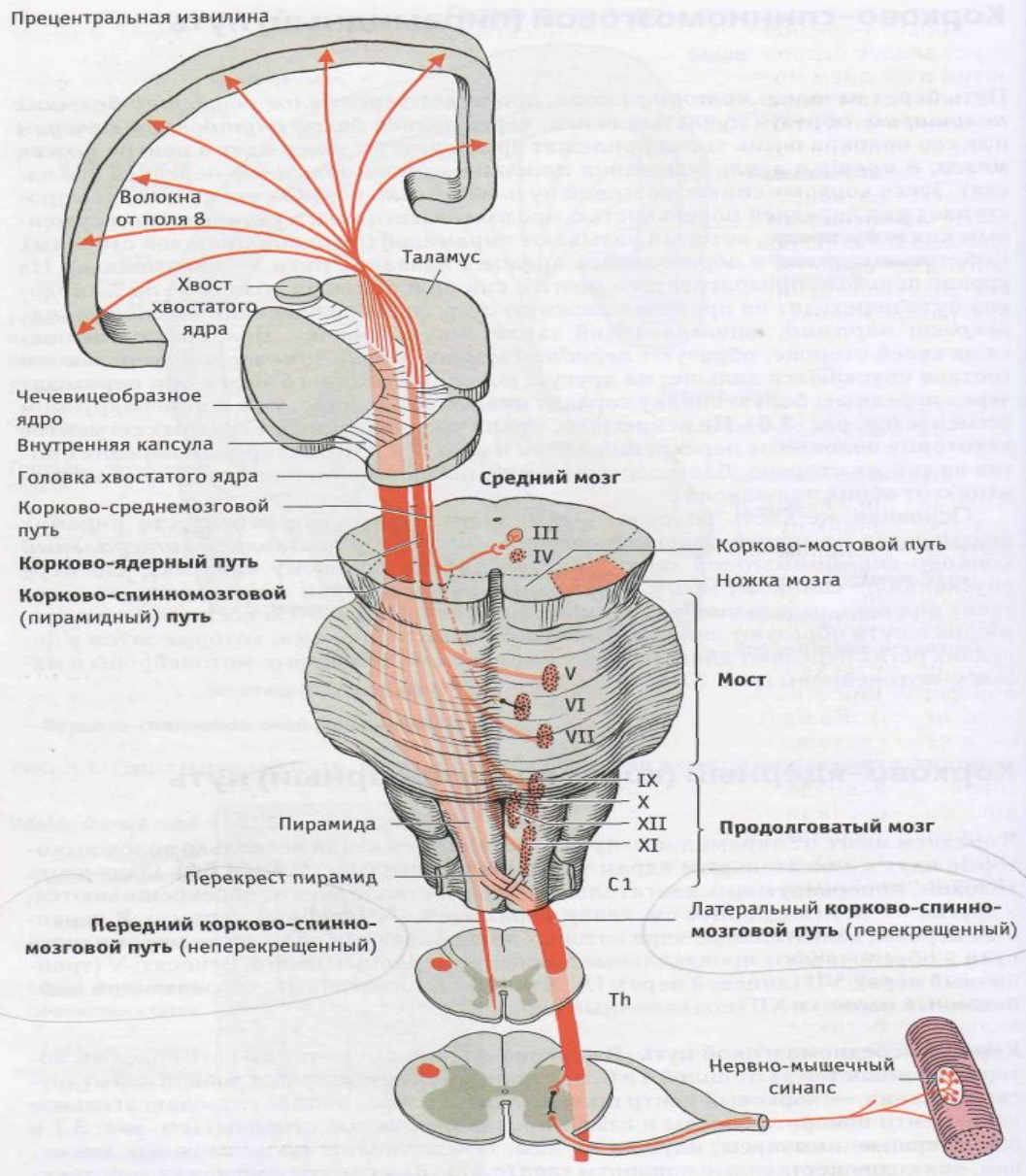


Рис. 3.4. **Пирамидный путь**

- *Нет атрофии мышц с фибриллярными подергиваниями в них. Нет и атонии мышц. Наоборот, сегментарные аппараты спинного мозга растормаживаются, и возникает повышение тонуса мышц — их спастичность (центральный паралич — это спастический паралич). При этом в руке преобладает повышение тонуса мышц-сгибателей, в ноге — разгибателей. Наряду с гипертонией мышц развивается гиперрефлексия — сухожильные рефлексy повышаются, и появляются патологические рефлексy.

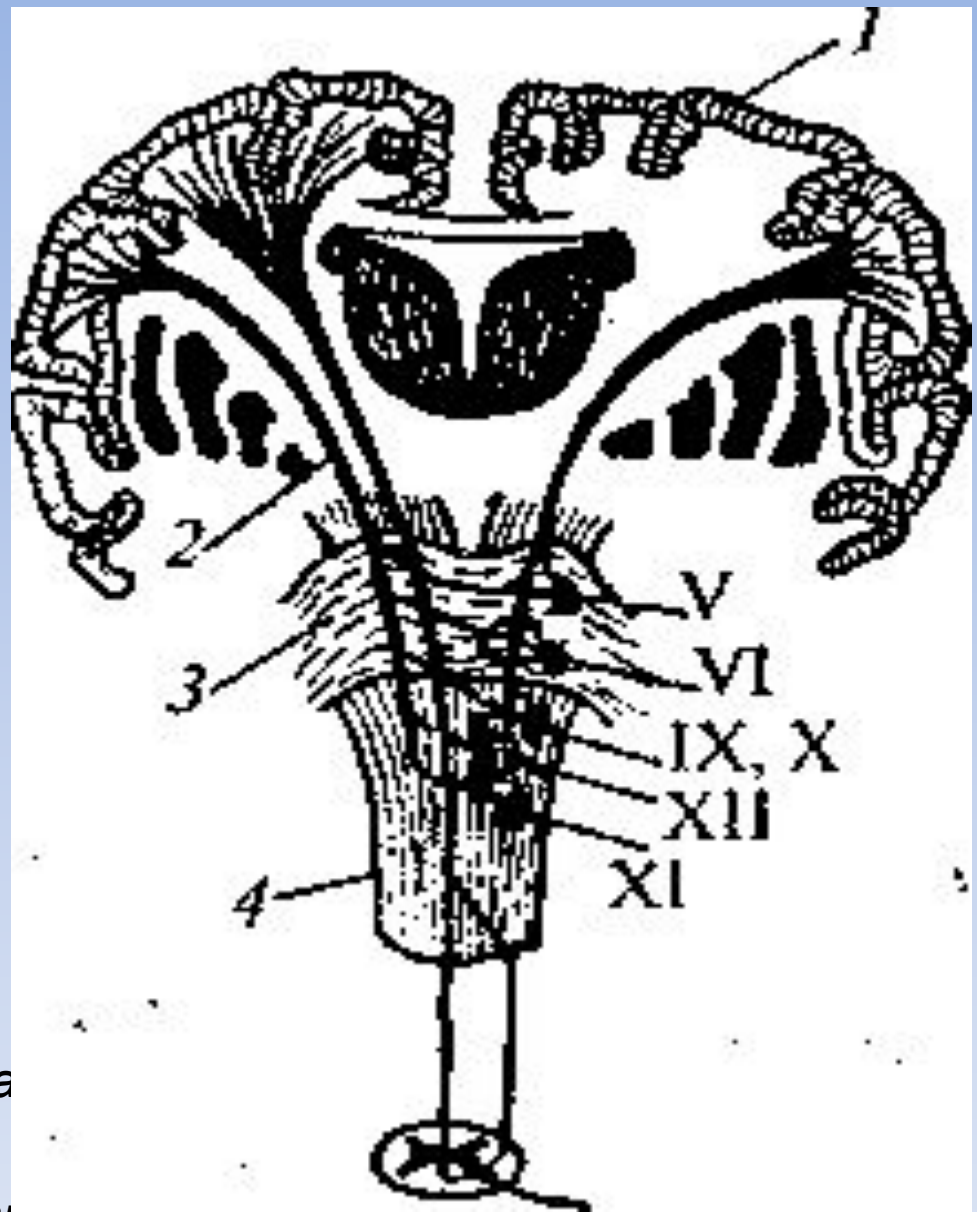
- *Если при периферическом вялом параличе нарушаются все движения — произвольные и непроизвольные, то при центральном спастическом параличе страдают прежде всего произвольные движения, а непроизвольные могут сохраняться. Пирамидные пути образуют компактные пучки волокон, поэтому при их поражении обычно расстраиваются движения одной или даже чаще обеих конечностей половины тела, противоположной очагу. При этом особенно нарушаются самые тонкие и дифференцированные движения пальцев руки.
- Те волокна пирамидного пути, которые несут корковые импульсы к двигательным ядрам черепно-мозговых нервов, называются кортико-нуклеарными, или кортико-бульбарными. Паралич мышц, возникающий при их поражении, имеет все черты описанных типов центрального спастического паралича. В отличие от вялого бульварного паралича этот паралич называют псевдобульбарным.

Кортико-бульбарный
двигательный путь
(по Э. Виллигеру).

1 — передняя центральная извилина

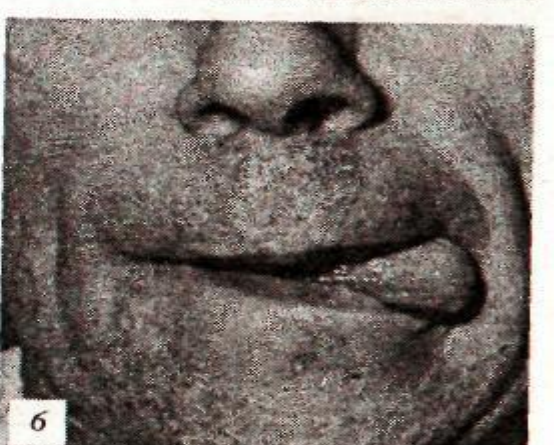
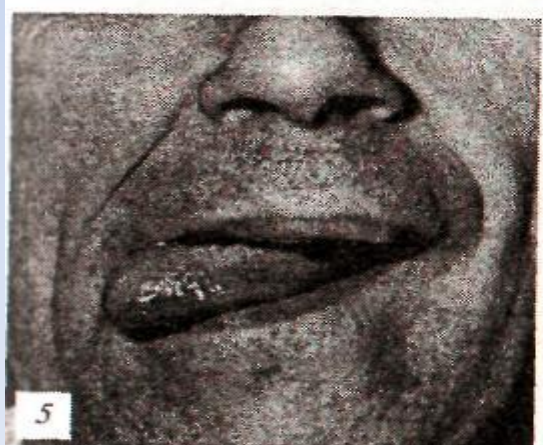
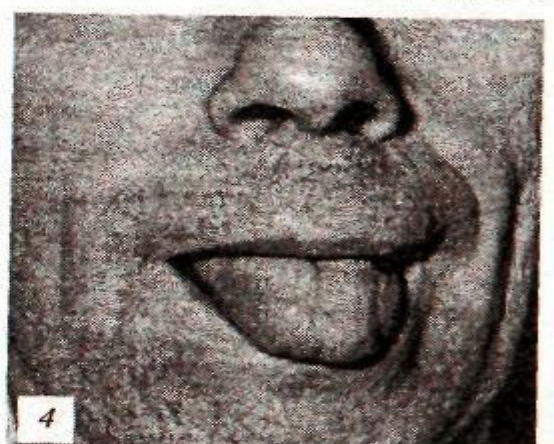
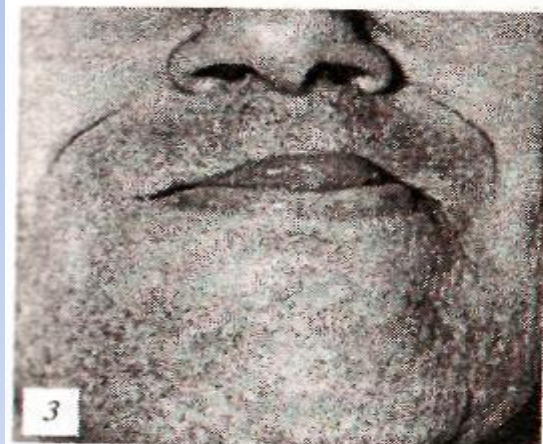
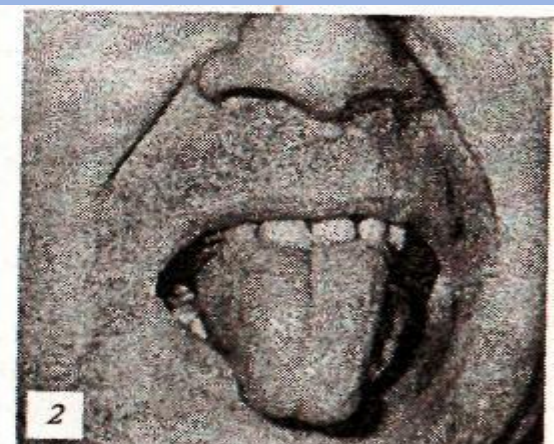
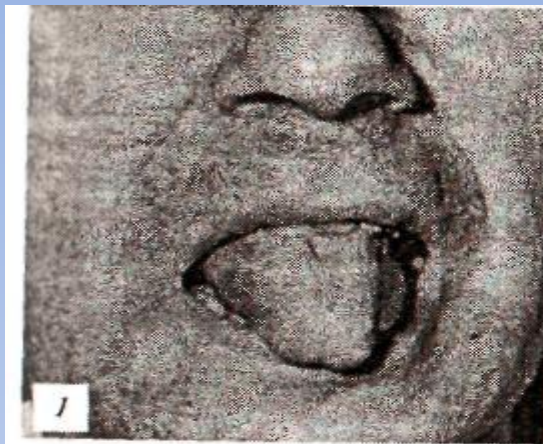
2 — кортико-нуклеарный путь

3 — варолиев мост; 4 — продолговатый мозг



- Больной П., 53 лет (часовщик). Диагноз: нарушение мозгового кровообращения преимущественно в системе левой средней мозговой артерии. Правосторонний гемипарез, сенсомоторная афазия. Псевдобульбарная дизартрия.
- Язык при открывании рта напряжен, по мере наблюдения напряжение его нарастает, и язык все больше подтягивается кзади.
- Амплитуда движения высовывания языка из полости рта уменьшена, при этом чем больше больной старается высунуть язык, тем сильнее он опускается.
- Возникает отчетливое уклонение языка вправо за счет более энергичной работы мышц левой половины языка.
- Положить язык на верхнюю губу больной не может: язык ложится на нижнюю губу, ею подается вверх и прижимается к верхней губе.
- При этом движении язык тоже слегка уклоняется вправо, кончик его напряжен и направлен вперед; наблюдается напряжение мышц шеи, надплечий и рук.
- В то же время опустить язык на нижнюю губу больной может, хотя амплитуда этого движения неполная.
- Боковые движения языка затруднены в обе стороны, сопровождаются синкинетическим движением нижней челюсти в те же стороны.
- Язык перемещается в стороны всей своей массой, боковые движения кончиком языка невозможны.
- Удержание языка в правом боковом положении также невозможно.

Спастический парез мышц языка справа у больного П. с псевдобульбарной дизартрией.
1 — легкое движение языка вперед; 2 — сильное движение языка «перед»; 3 — попытка загибания высунутого языка вверх; 4 — загибание высунутого языка вниз; 5 — движение высунутого языка вправо; 6 — движение высунутого языка влево.

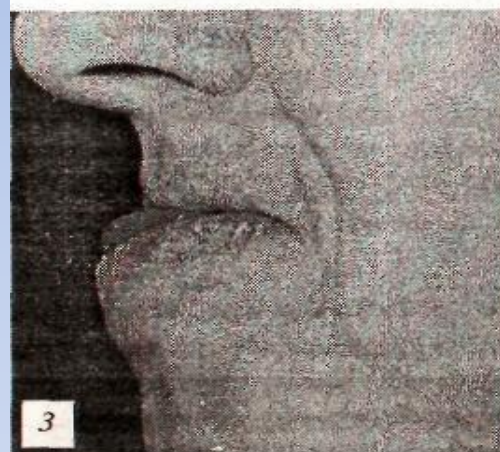
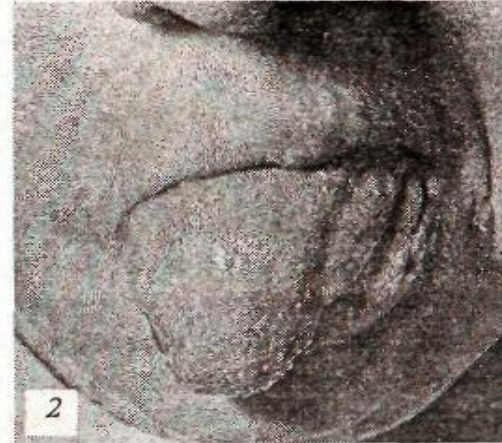
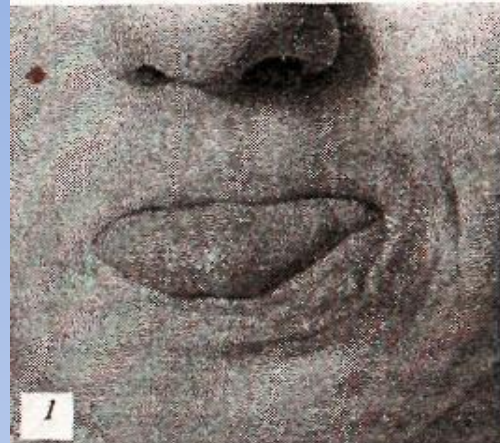


- Больная Ч., 28 лет, служащая. Диагноз: болезнь Реклингхаузена. Диагноз: состояние после удаления невриноом обоих слуховых нервов. Смешанная бульбарно-псевдобульбарная дизартрия.
- При обследовании определяется очаговое поражение мозгового ствола на уровне варолиева моста с полным периферическим параличом лицевого нерва справа и двусторонним центральным парезом мышц языка.
- Когда больная открывает рот, видно, что язык лежит смещенный несколько вправо и по мере раскрытия рта тонически «уходит» к задней стенке глотки. Атрофии нет. Амплитуда движения языка вперед из полости рта уменьшена, язык опускается на нижнюю губу, и попытка удержать его в горизонтальном положении реализуется за счет движения нижней губы вверх. Движение языка вверх отсутствует, тогда как движение вниз совершается сравнительно хорошо. Боковые движения языка ограничены, особенно вправо. Во всех движениях языка кончик его пассивен



Двусторонний спастический парез мышц языка больной Ч. с псевдобульбарной дизартрией.

1 — легкое движение языка вперед;
2 — сильное движение языка вперед — попытка движения высунутого языка вверх; 4 — движение высунутого языка вниз; 5 — движение высунутого языка вправо; 6 — движение высунутого языка влево.



Критерии	Бульбарная	Псевдобульбарная
Характер пареза, или паралича речевой мускулатуры	Периферический	Центральный
Характер нарушения речевой моторики	Произвольные и непроизвольные движения	Преимущественно страдают произвольные движения
Характер поражения артикуляционной моторики	Диффузный	Избирательный, с нарушением тонких дифференцированных артикуляционных движений
Специфика нарушения звукопроизношения	Гласные приближаются к нейтральному, гласные и звонкие согласные — оглушены	Артикуляция гласных отодвинута назад, наряду с оглушением наблюдается озвончение
В неврологической симптоматике	Мышцы органов артикуляции паретичны	Даже при паретичности в отдельных мышцах отмечается спастичность

**Так называемые
псевдобульбарная
дизартрия и анартрия у
детей**

- *Частота диагноза «псевдобульбарная дизартрия» в детской речевой патологии заставляет остановиться на этой клинической форме.
- Детская, или инфантильная, форма псевдобульбарного паралича, впервые выделенная и описанная Оппенгеймом (1895), встречается очень часто при диплегической форме церебрального паралича, то есть как остаточный синдром раннего поражения мозга (внутриутробные вредности, родовые травмы, энцефалит в грудном возрасте).
- Считается, что детская псевдобульбарная дизартрия больше, чем у взрослых, связана с очагами поражения коры головного мозга а, а именно нижней трети передних центральных извилин.
- Во многих случаях одновременно имеются очаги поражения лобных долей, подкорковых ядер и кортико-бульбарных путей различного уровня.
- Поэтому наименование дизартрии псевдобульбарной недостаточно корректно в латогенетическом и топическом отношениях.
- Выделяемые варианты такой «псевдобульбарной» дизартрии — паралитический, спастический гиперкинетический, рудиментарный — имеют всего лишь описательный характер. Кстати, при динамическом наблюдении у детей обнаружена изменчивость преимущественных клинических признаков синдрома.

- *Выявление «псевдобульбарной» дизартрии у детей, страдающих детским церебральным параличом, имеет практическую значимость даже при ее незначительной выраженности. Монотонность речи, нарушение ее плавности и невнятное произнесение звуков могут мешать в ряде случаев развитию навыков письма и чтения и задержанному формированию интеллектуальных функций (Эйдинова М.Б., Правдина-Винарская Е.Н., 1959).
- Для выявления легких форм детской «псевдобульбарной» дизартрии имеет значение хорошо собранный ранний анамнез
- предвестниками будущей дизартрии являются расстройства сосания: дети поздно, на 7—20-й день брали грудь, сосали слабо, поперхивались. Они мало и слабо кричали, голос у некоторых уже в крике имел носовой тембр. Дети смеялись и плакали не так, как их сверстники. С возрастом выявлялись расстройства жевания и слюнотечение.

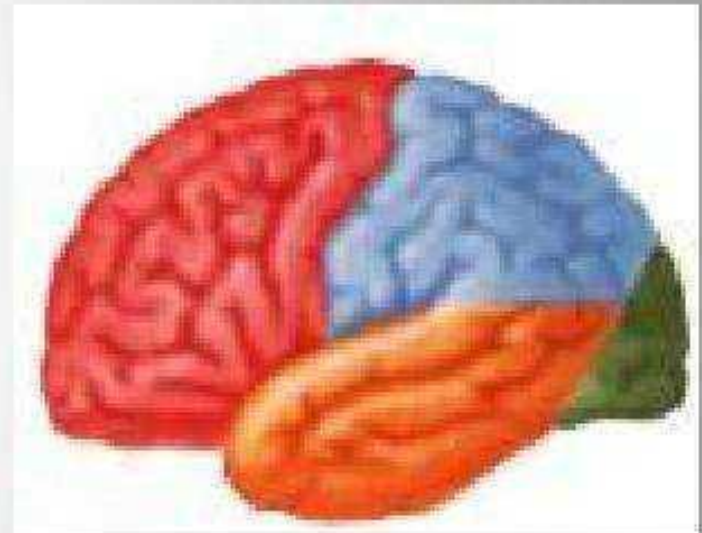
- *нарушение произвольных, в том числе речевых, движений при сохранности двигательных автоматизмов более низких функциональных уровней (например, плача, кашля, облизывания испачканных губ и т.п.); трудности произвольного расслабления мышц и произвольного дыхания с изменениями по речевой инструкции длительности вдоха и выдоха, направления воздушной струи то через рот, то через нос. Пирамидный спастический паралич при «псевдобульбарной» дизартрии у большинства детей сочетается с разнообразными гиперкинезами, обостряющимися в процессе речи.
- На слух такая речь звучит невнятно, монотонно и невыразительно, нередко она характеризуется повышенной громкостью и напряженной замедленностью.
- Иногда дизартрия в клинике детского церебрального паралича достигает степени анартрии. В этих случаях связывание речевой патологии детей с псевдобульбарным синдромом становится еще условнее.

Корковая дизартрия

представляет большие трудности для выделения и распознавания.

При этой форме нарушается произвольная моторика артикуляционного аппарата - затрудняется динамика переключения от одного звука к другому, от одной артикуляционной позы к другой.

- *В отличие от детей с **моторной алалией**, у детей с этой формой дизартрии не наблюдается нарушений в развитии лексико-грамматической стороны речи. Корковую дизартрию следует также отличать от **дислалии**. Дети с трудом воспроизводят артикуляционную позу, их затрудняет переход от одного звука к другому.*



Критерии	Бульбарная	Псевдобульбарная
Характер пареза, или паралича речевой мускулатуры	Периферический	Центральный
Характер нарушения речевой моторики	Произвольные и непроизвольные движения	Преимущественно страдают произвольные движения
Характер поражения артикуляционной моторики	Диффузный	Избирательный, с нарушением тонких дифференцированных артикуляционных движений
Специфика нарушения звукопроизношения	Гласные приближаются к нейтральному, гласные и звонкие согласные — оглушены	Артикуляция гласных отодвинута назад, наряду с оглушением наблюдается озвончение
В неврологической симптоматике	Мышцы органов артикуляции паретичны	Даже при паретичности в отдельных мышцах отмечается спастичность

ЭКСТРАПИРАМИДНАЯ ДИЗАРТРИЯ

ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА

Поражения экстрапирамидных подкорковых ядер (стриопаллидарной системы) и нарушение их связей с другими субкортикальными и кортикальными структурами.

ПАТОГЕНЕЗ

Вопросы патогенеза подкорковой дизартрии связаны с распадом или с расстройством использования врожденных синергий в акте речи, что делает ее напряженной, неплавной, «рваной», эксплозивной.

При обследовании орально-артикуляционного праксиса выявляется неустойчивость неврологической симптоматики, гиперкинез, ригидность.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Грубые расстройства речевой просодии, темпа, плавности, громкости речи, высоты и тембра голоса, акцентуации и мелодики.

Диспросодические расстройства взаимосвязаны с расстройствами произносительной стороны речи.

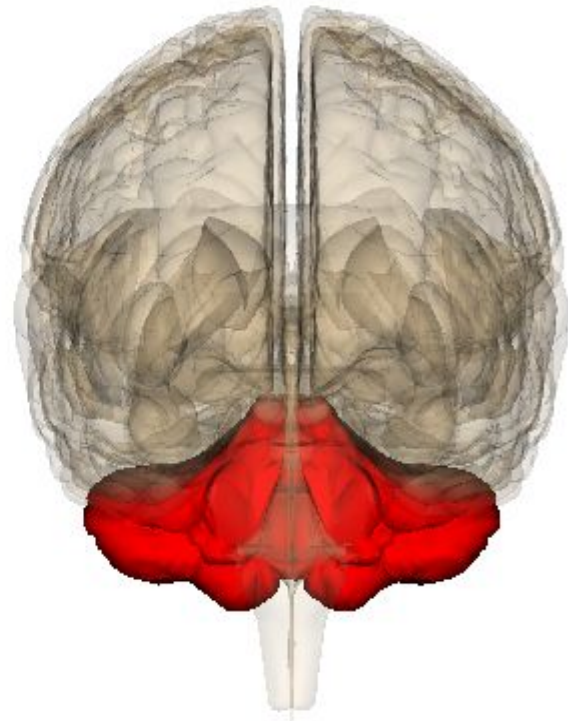
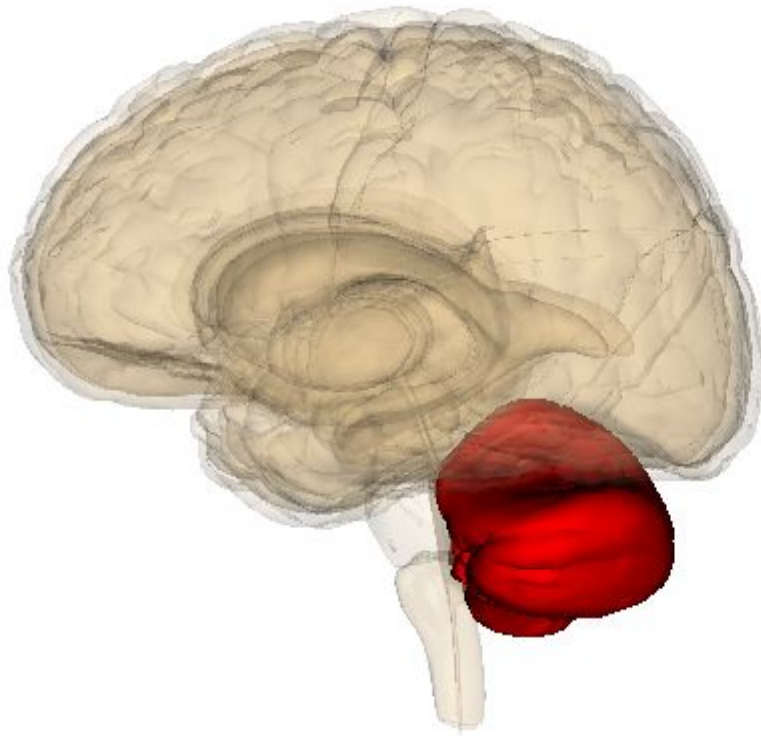
Нарушена внятность и членораздельность речи в целом.

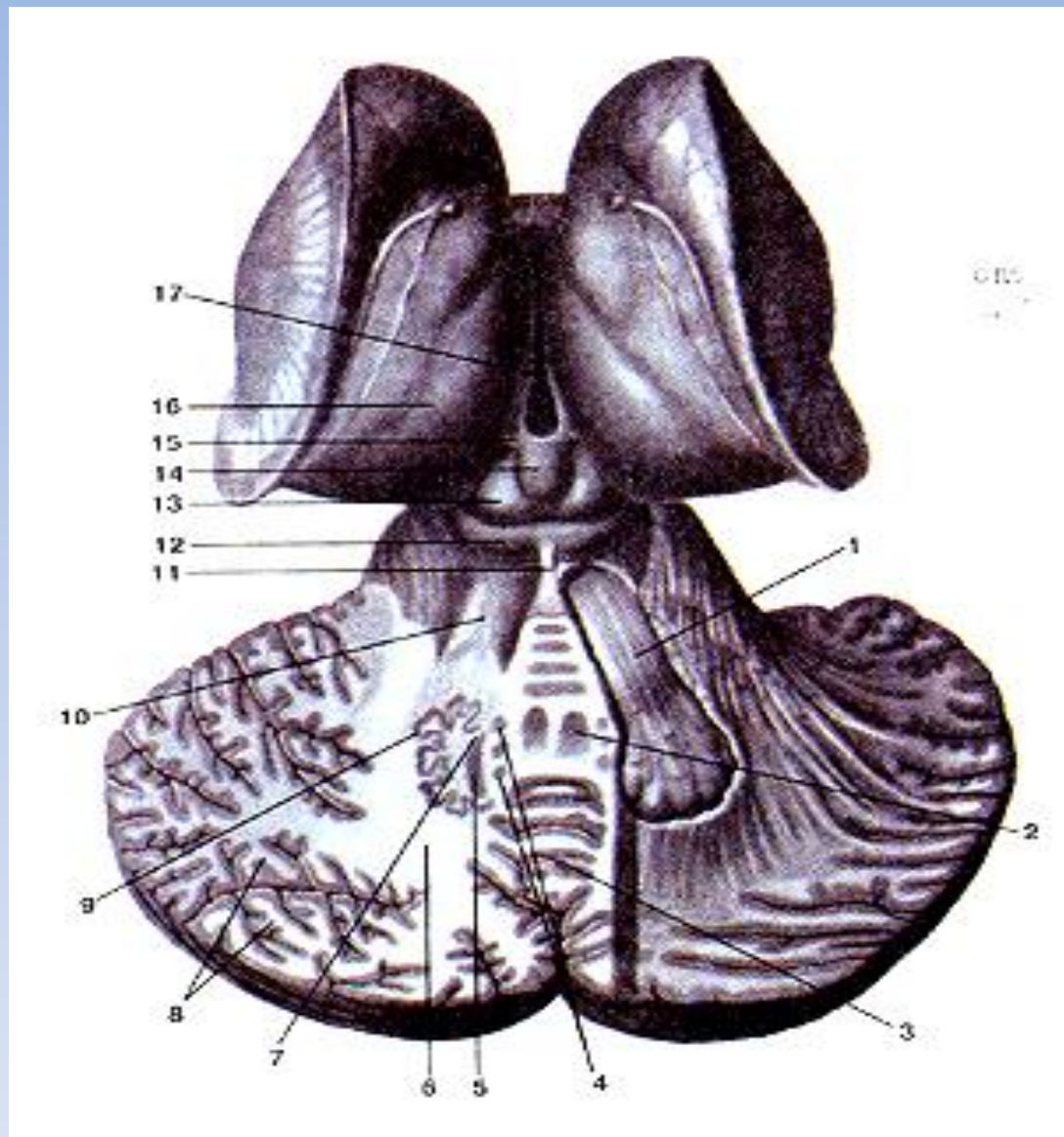
Синдромы просодических и фонетических расстройств Особенности тонических нарушений в мышцах речи (гипертония, гипотония, дистония) и гиперкинезов (атетоз, хореоатетоз и пр.) определяют характер произносительных расстройств речи с ее постоянной или периодически возникающей невнятностью и эмоциональной невыразительностью. Эмоциональная напряженность больного, как правило, способствует просодическим и фонетическим расстройствам, в состоянии эмоционального покоя они значительно ослабляются.

МОЗЖЕЧКОВАЯ ДИЗАРТРИЯ

ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА

Поражения мозжечка и нарушение его связей с другими структурами мозга





ПАТОГЕНЕЗ

Статическая и динамическая атаксия речевых движений проявляются в явлениях интенции (направленности) при голосообразовании, а характерная мозжечковая дискоординация компонентов двигательного акта, носящая наименование явлений ассинергии, гипо- и гиперметрии, обнаруживается в речевом акте дискоординацией его дыхательных, тонических, фонических и артикуляторных двигательных компонентов в виде яркой диспросодии .

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Статическая и динамическая атаксия речевых движений обнаруживается в орально-артикуляционном праксисе явлениями гиперметрии, синкинезиями, нарушением акцентации, диссинергиями.

Характерна скандированность в речевом потоке. При длительной речевой нагрузке – «бормотание»

Синдромы просодических и фонетических расстройств

При произнесении гласных голос вибрирует, «дрожит». Нарушена плавность и потока речи, возникает так называемая скандированная речь, при которой ударения не нормативны для русской эмоционально-выразительной культуры и напоминают ритмику греческих гекзаметров. Также просодически не нормативны резкие колебания тембра, высоты, звучности, мелодики и громкости речи, внезапно возникающие паузы или колебания длительности шумовых и вокальных сегментов речи. Большое или меньшее отсутствие просодической регламентации издаваемого звукового потока лишает его не только зонной организации, но и эмоциональной выразительности и фонетической структуры.

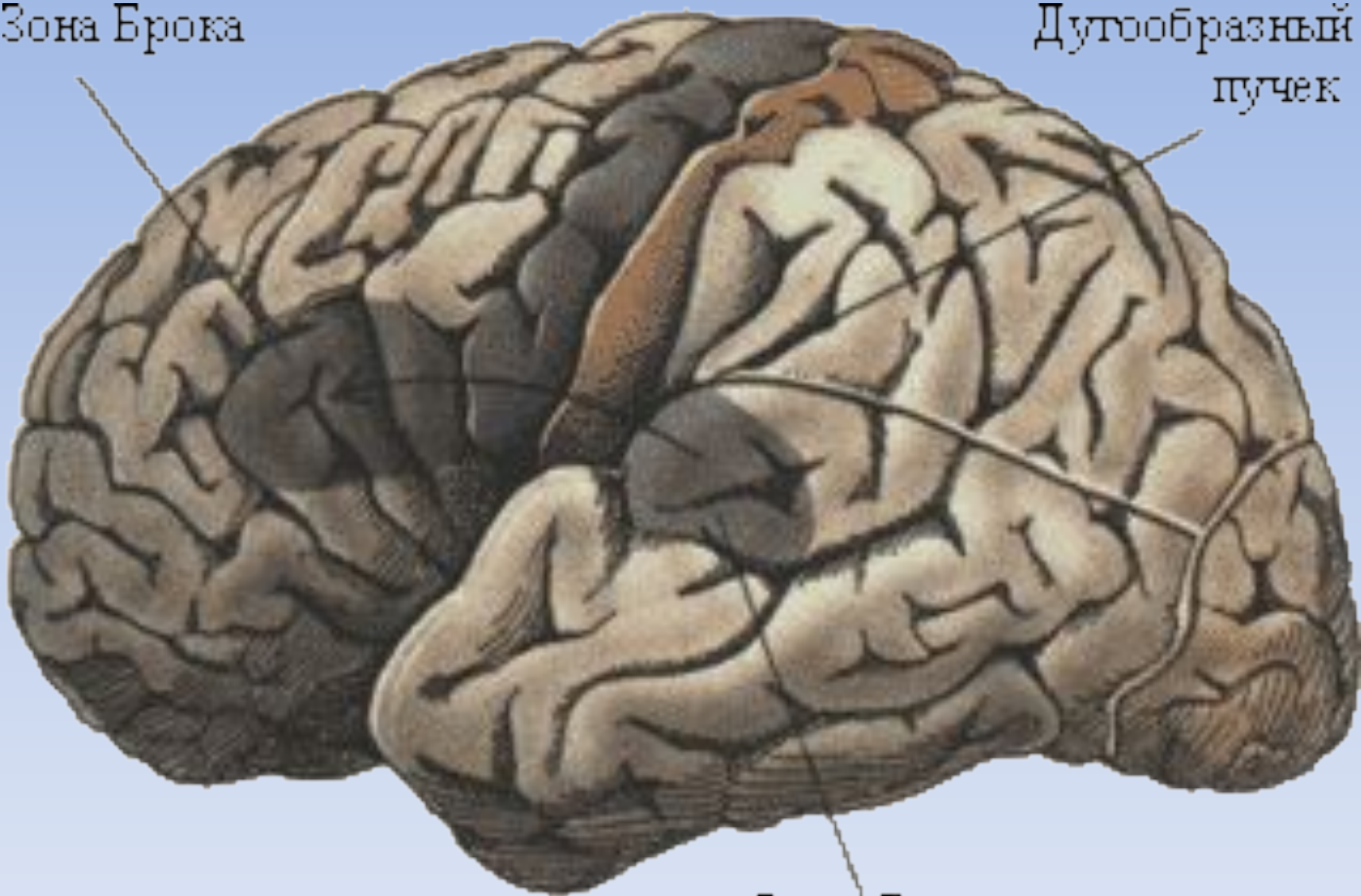
Корковая апраксия кинестетическая дизартрия

Очаг поражения мозга

Одностороннее поражение коры доминантного (обычно левого) полушария головного мозга, а именно нижних отделов постцентральных полей.

Зона Брока

Дугообразный
пучек



Зона Вернике

Патогенез

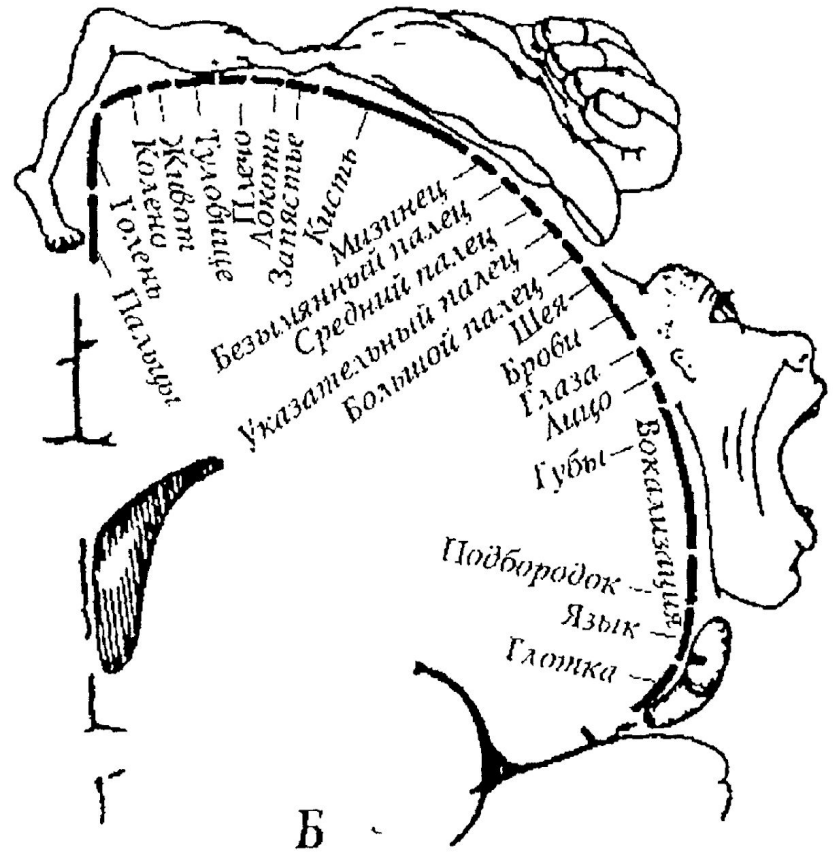
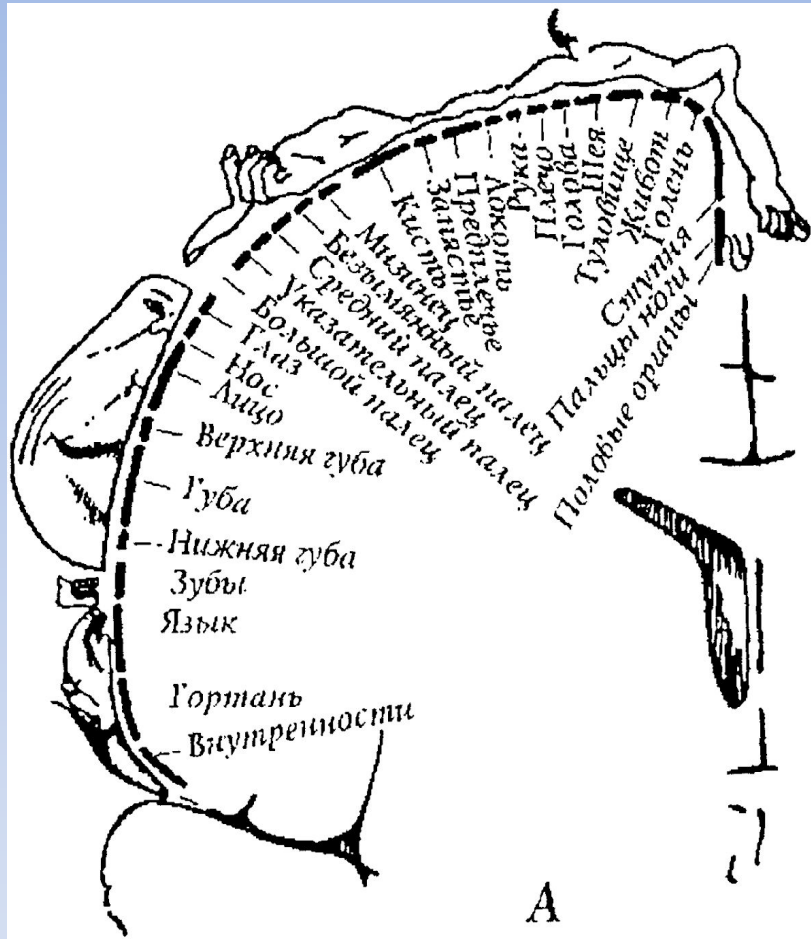
Кинестетическая артикуляторная
апраксия с недостаточным
развитием или распадом, по А.Р.
Лурия, топологических
пространственных схем
артикуляции

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Расстройство в звучащей русской речи нормативных слоговых единиц типа СГ со смещениями прежде всего шумовых признаков слоговых согласных: способа образования, места образования, глухости-звонкости и твердости-мягкости. Эти расстройства непостоянны, зависят от контекста, замены согласных могут быть как полными, так и частичными, лишь искажающими звучание согласных и делающих речь невнятной. Даже в тяжелых случаях апраксии тот или иной признак слогового контраста воспроизводится неверно не всегда; больной под контролем слуха, зрения и тактильно-кинестетических ощущений активно «ищет» нужное звучание, что приводит к нарушению плавности речи и ее замедлению.

Синдромы просодических и фонетических расстройств.

Расстройство в звучащей русской речи нормативных слоговых единиц типа СГ со смещениями, прежде всего, шумовых признаков слоговых согласных: способа образования, места образования, глухости-звонкости и твердости-мягкости. Эти расстройства непостоянны, зависят от контекста, замены согласных могут быть как полными, так и частичными, лишь искажающими звучание согласных и делающих речь невнятной. Даже в тяжелых случаях апраксии тот или иной признак слогового контраста воспроизводится неверно не всегда; больной под контролем слуха, зрения и тактильно-кинестетических ощущений активно «ищет» нужное звучание, что приводит к нарушению плавности речи и ее замедлению.



Корковая апраксия киннетическая дизартрия

Очаг поражения мозга

Одностороннее поражение коры доминантного (обычно левого) полушария головного мозга, а именно нижних отделов премоторных полей.

Патогенез

Кинетическая артикуляторная апраксия с недостаточным развитием или распадом, по А.Р.Лурия, топологических временных схем артикуляций (кинетических мелодий) или, по Е.Н.Винарской, слоговых ритмических структур слов и их цепей.

Клинические проявления

Недостаточное развитие или распад ритмических слоговых структур слов с превращением их в цепи открытых ударных слогов. При этом возрастает напряженность речи и степень ее вокализации («встреча» - ФЭ-СЭ-ТЭ-РЕ-ЧА и пр.); темп речи замедляется, появляются персеверации и замены щелевых согласных в составе слога на смычные, звонких на глухие, мягких на твердые; стечения согласных нередко упрощаются, а аффрикаты Ч' и Ц расщепляются на соответствующие смычные и щелевые согласные. Больной старается под контролем слуха исправить звучание своей речи, в силу чего она становится еще более напряженной монотонной и громкой.

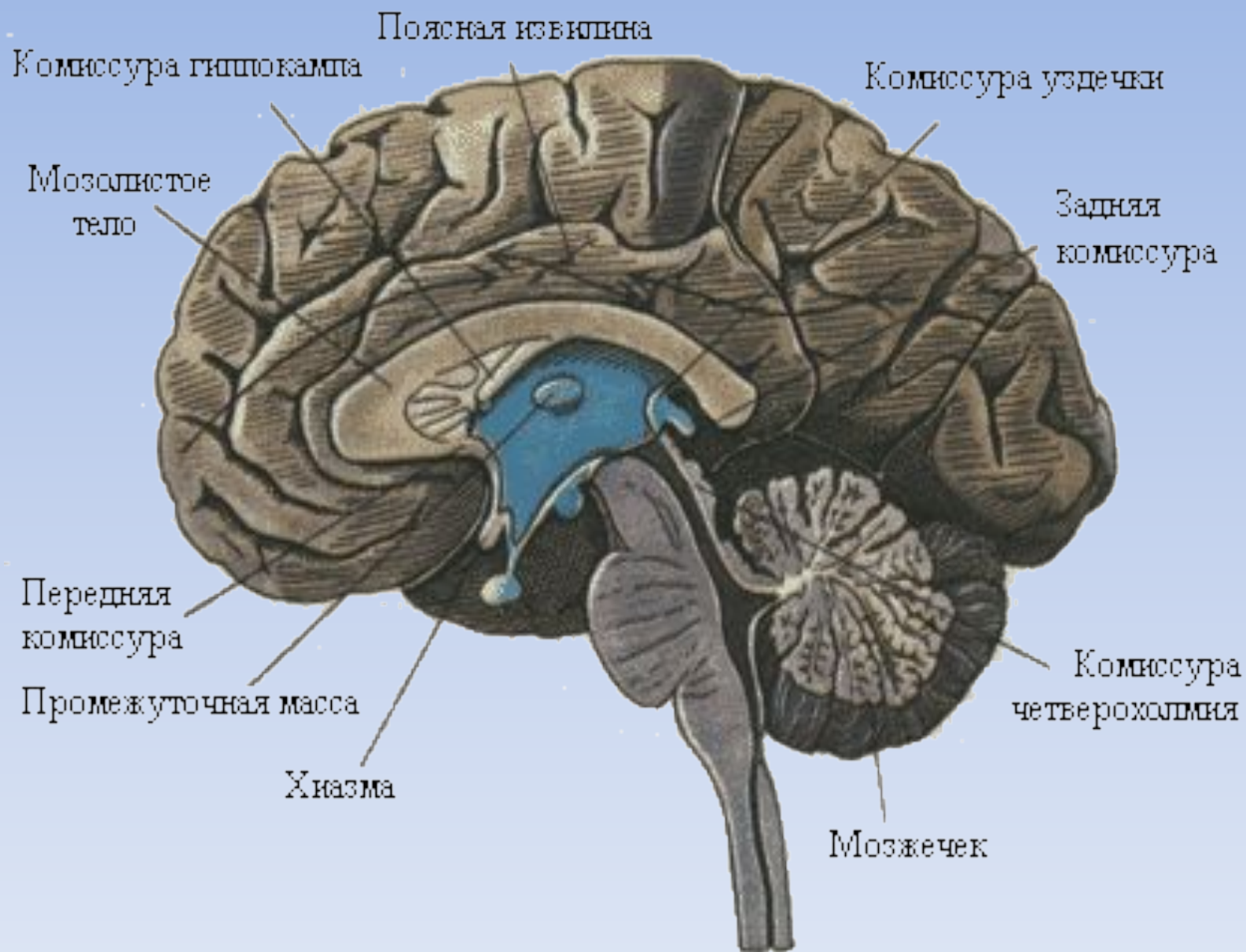
Синдромы просодических и фонетических расстройств

Недостаточное развитие или распад ритмических слоговых структур слов с превращением их в цепи открытых ударных слогов. При этом возрастает напряженность речи и степень ее вокализации («встреча» – ФЭ-СЭ-ТЭ-РЕ-ЧА и пр.); темп речи замедляется, появляются персеверации и замены щелевых согласных в составе слога на смычные, звонких на глухие, мягких на твердые; стечения согласных нередко упрощаются, а аффрикаты Ч' и Ц расщепляются на соответствующие смычные и щелевые согласные. Больной старается под контролем слуха исправить звучание своей речи, в силу чего она становится еще более напряженной монотонной и громкой.

Мезэнцефально-диэнцефальная дизартрия

Очаг поражения мозга

Поражения структур лимбико-ретикулярной системы, в первую очередь мезэнцефально-диэнцефальных



Патогенез

Нарушения неспецифической активности корково-подкорковых структур, обеспечивающих двигательную реализацию высказывания.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Снижение речевой активности имеет пять условно выделяемых степеней, наиболее тяжелая из них – акинетический мутизм с полной анартрией. По мере развития акинетического мутизма речь становится все более лаконичной и все менее эмоционально выразительной, внятной и членораздельной.

Синдромы просодических и фонетических расстройств

Нарушения неспецифической активности корково-подкорковых структур, обеспечивающих двигательную реализацию высказывания. Характерно снижение речевой активности, наиболее тяжелая степень – акинетический мутизм с полной анартрией. По мере развития акинетического мутизма речь становится все более лаконичной и все менее эмоционально-выразительной, внятной и членораздельной.

Дифференциальные характеристики дизартрии

Формы дизартрии	Очаг поражения	Патогенез	Клинические проявления	Направл. кор. работы
Бульбарная	<p>Одностороннее (правое или левое) или двустороннее поражение периферических двигательных нейронов V, VII, IX, X, XII черепно-мозговых нервов, а также спинальных нервов шейно-грудного уровня.</p>	<p>Избирательные вялые (право-, лево- или двусторонние) параличи мышц языка, губ, мягкого нёба, гортани, глотки, поднимающих нижнюю челюсть, дыхательных. Атрофия и атония этих мышц (язык вялый, дряблый), снижены или отсутствуют глоточный и нижнечелюстной рефлекс. Расстройства любых (непроизвольных и произвольных) движений в соответствующих группах мышц.</p>	<p>Голос слабый, глухой, истощающийся; гласные и звонкие согласные оглушены (а → хх^а; б → п, д → т и др.). Тембр речи изменен по типу открытой гнусавости (б → м, д → н, и др.). Артикуляция гласных приближена к нейтральному звуку э. Артикуляция согласных упрощена»; смычные и р заменяются щелевыми (и → ф, т → с). Упрощается характер щели у щелевых. и речи доминируют глухие плоскощелевые звуки. Нередко избирательные расстройства артикуляции в соответствии с избирательным распределением вялых параличей. Речь замедленна, неплавна, монотонна, резко утомляет больного.</p>	<p>Устранение вялого паралича.</p>

Формы дизартрии	Очаг поражения	Патогенез	Клинические проявления	Направл. кор. работы
Псевдобульбарная	Двустороннее, хотя нередко неравномерно латерализованное, поражение центральных двигательных кортико-бульбарных нейронов, а также пирамидных нейронов, идущих к передним рогам шейно-грудного уровня.	<p>Пирамидные спастические параличи мышц речевого аппарата. Мышечной атрофии нет. Гипертония мышц (язык напряжен, отодвинут кзади), глоточный и нижнечелюстной рефлекс усилены.</p> <p>Нередки насильственный смех и плач. Паралич всегда двусторонний, хотя возможно его значительное преобладание. С одной стороны, страдают, во-первых, произвольные движения и, во-вторых, самые тонкие движения кончиком языка</p>	<p>Голос слабый, сиплый и хриплый. Тембр речи изменен по типу закрытой гнусавости, особенно гнусавы гласные заднего ряда (у, о) и твердые согласные со сложным артикуляционным укладом (р, л, ш, ж, ц). Артикуляция гласных и согласных сдвинута назад. Смычные согласные и р заменяются на щелевые (п → ф, т → с, р → р'), Щелевые согласные со сложной формой щели превращаются в плоскощелевые. В первую очередь страдает артикуляция согласных со сложными укладами, в артикуляции которых принимают участие мышцы кончика и краев языка (р, л, ш, ж, с, з, ц, ч). Артикуляция твердых согласных страдает больше, чем мягких. Больной старается преодолеть описанные расстройства под контролем слуха, однако его усилия обычно ведут к нарастанию гипертонии мышц и, следовательно, к усилению хриплости голоса, гнусавости, дефектов артикуляции, а также к упрощению стечений согласных, недоговариванию концов слов, замедлению темпа речи, нарушениям ее плавности и модулированности.</p>	Устранение пирамидного спастического паралича.

Формы дизартрии	Очаг поражения	Патогенез	Клинические проявления	Направл. кор. работы
Экстапирамидная	Разнообразные поражения экстрапирамидных ядер и их связей с другими структурами мозга, в частности с корой.	Вопросы патогенеза этой дизартрии мало разработаны, однако несомненна его связь с распадом или с расстройствами использования врожденных синергии в акте речи, что делает ее напряженной и неплавной.	Расстройства речевой просодии: темпа, плавности, громкости речи, высоты и тембра голоса, акцентуации и мелодики. Диспросодические суперсегментные расстройства взаимосвязаны с расстройствами сегментными: звуковая сторона речи нарушена. Нарушены внятность и членораздельность речи в целом. Могут быть выделены несколько еще мало изученных клинических синдромов.	Преодоление экстрапирамидной дистонии и гиперкинезов, в том числе медикаментозное
Мозжечковая	Поражения мозжечка и его связей с другими структурами мозга.	Статическая и динамическая атаксия речевых движений.	Статическая и динамическая атаксия речевых движений обнаруживается и фонетической структуре речи явлениями интенции, адиадохокинезии, гипо- и гиперметрии, асинергии, что делает речь недостаточно внятной и искажает ее нормативные просодические характеристики.	Коррекция статической и динамической атаксии

Формы дизартрии	Очаг поражения	Патогенез	Клинические проявления	Направл. кор. работы
Корковая апраксия постцентральная	Одностороннее поражение коры доминантного (обычно левого) полушария головного мозга, а именно нижних отделов постцентральных полей.	«Кинестетическая» артикуляторная апраксия.	Расстройство выбора слогов со смешением прежде всего шумовых признаков слоговых согласных: способа образования, места образования, глухости — звонкости, твердости — мягкости. Эти расстройства непостоянны (мост, пост, "пост, ноет, п ^ф оет, тост и пр.) и зависят от контекста. Даже в тяжелых случаях тот или иной при так воспроизводится неверно далеко не в 100% случаев. Под контролем слуха, зрения и тактильно-кинестетических ощущений больной активно «ищет» слоговые артикуляционные обобщения, что приводит к нарушению плавности речи и ее замедлению.	Формирование слоговых единиц устной речи.
Корковая апраксия премоторная	Одностороннее поражение коры доминантного (обычно левого) полушария головного мозга, а именно нижних отделов премоторных полей.	«Кинетическая» артикуляторная апраксия	Распад ритмических слоговых структур слов с превращением их в цепи открытых ударных слогов (бабушка по-б ^н у-шка; встреча фэ-сэ-тэ-ре-ча и пр.). При этом возрастает напряженность речи и степень ее вокализации; темп речи замедляется, появляются персеверации и имени щелевых согласных в составе слога на смычные, тонких на глухие, мягких на твердые; стечения согласных нередко упрощаются, а аффрикаты ч' и ц расщепляются (ч' → т' + ш, ц → т + с).	Коррекция формирования слоговой структуры слов

Формы дизартрии	Очаг поражения	Патогенез	Клинические проявления	Направл. кор. работы
Мезэнцефальная дизартрия	Поражения структур лимбико-ретикулярной системы, в первую очередь мезэнцефальных.	Нарушения неспецифической активности корково-подкорковых структур, обеспечивающих двигательную реализацию высказывания.	Снижение речевой активности имеет 5 условно выделяемых степеней, наиболее тяжелая из них — акинетический мутизм с полной анартрией. По мере развития акинетической анартрии речь становится более лаконичной, все менее внятной и членораздельной. Эмоциональная стимуляция нормализует речевые возможности больных.	Коррекция формирования коммуникативной мотивации

ЭТАПЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ ДИЗАРТРИИ

1.Подготовительный этап

- нормализация мышечного тонуса (логопедический массаж)
- артикуляционная гимнастика (пассивная и активная)
 - работа над дыханием (формирование навыка нижнериберного диафрагмального дыхания, координация процесса дыхания и голосоуедения)
 - работа над голосом (формирование навыка «мягкого» голосоуедения, развитие силы, высоты, громкости, тембральной окраски голоса)
 - развитие навыков невербальной коммуникации

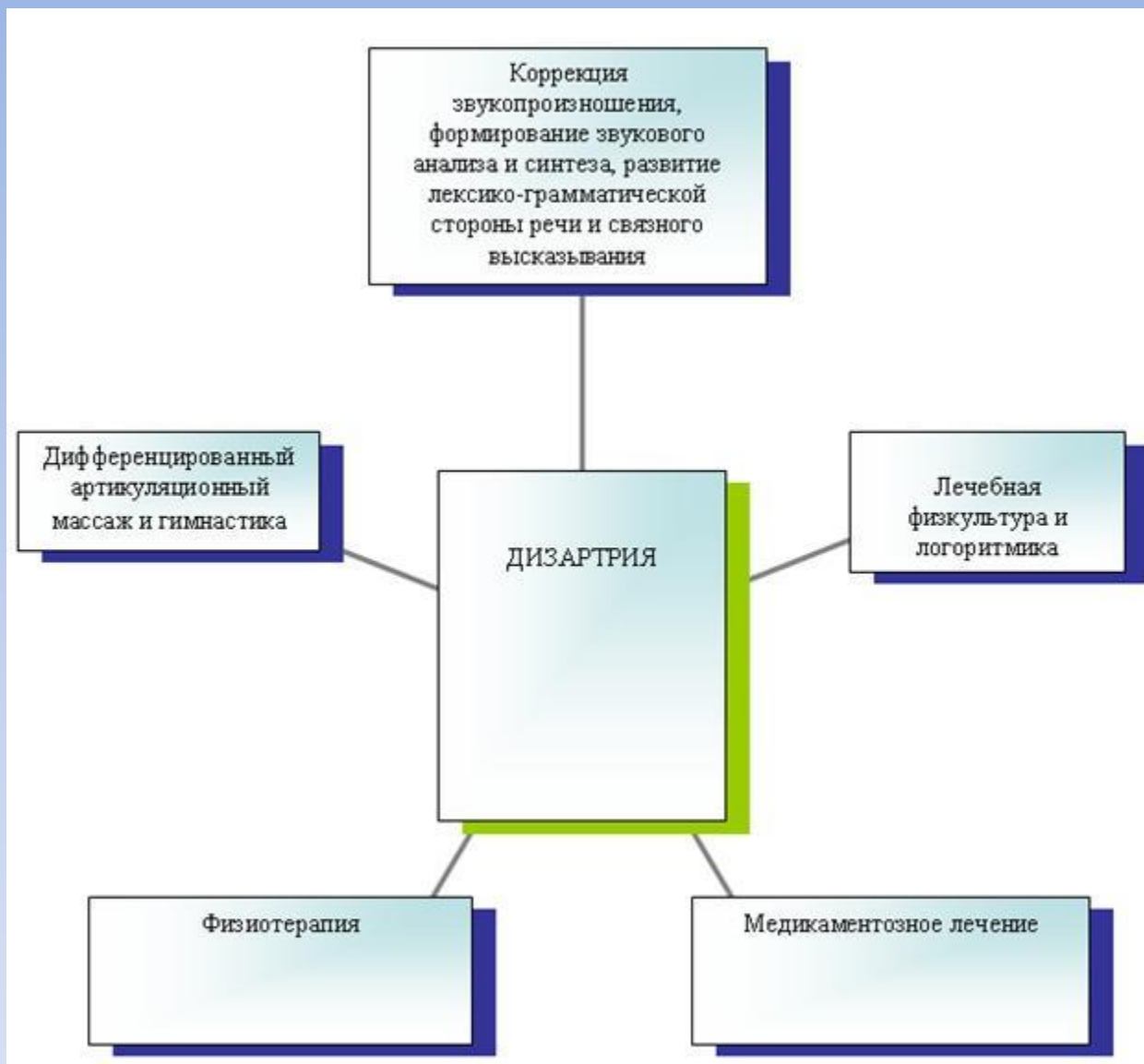
ЭТАПЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

2. Этап постановки и начальной автоматизации звуков

3. Автоматизация поставленных звуков в слоговых рядах, словах, словосочетаниях, предложениях, чистоговорках, пословицах и поговорках

4 Дифференциация поставленных звуков.

5. Формирование просодических характеристик: темпо-ритмической организации речи, её интонационно-мелодической выразительности, дикционного качества речи.



Формы дизартрии – классификация И.И.Панченко

- СПАСТИКО-ПАРЕТИЧЕСКАЯ
- СПАСТИКО-РИГИДНАЯ
- СПАСТИКО-АТАКТИЧЕСКАЯ
- СПАСТИКО-ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ
- АТАКТИКО-ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ