

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство образования Калининградской области
Государственное автономное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
(повышения квалификации специалистов)
«Институт развития образования»

Логопедия

Дизартрия

Ведущий лектор
Ларина
Александра Борисовна

2014 г.

Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Ведущий дефект — нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связан с органическим поражением центральной и периферической нервной систем.

Краткие исторические сведения

Термин дизартрия в переводе с латинского означает расстройство членораздельной речи (дис – нарушение, артрон –сочленение)

Первые научные описания дизартрии появились в печати более 150 лет тому назад. Это были наблюдения известного немецкого невролога Литтля (1853)

Впервые термин «дизартрия» был использован в 1879 году Куссмаулем.

С середины XX века исследователи начинают считать, что нарушения речи при дизартрии носят сложный характер

Статистические сведения

Многие отечественные и зарубежные исследователи доказали, что из общего количества детей с речевой патологией на долю дизартрических нарушений приходится 60-70%.

В большинстве случаев дизартрия наблюдается при детском церебральном параличе (от 65 до 85%).

В группах для детей с общим недоразвитием речи до 50% детей, а в группах с фонетико-фонематическим недоразвитием — до 35% детей имеют стертую дизартрию

Этиология

Причинами дизартрии являются органические поражения центральной и периферической нервной системы под влиянием различных неблагоприятных экзогенных (внешних) факторов:

- преднатальных (во внутриутробном периоде развития),
- натальных (во время родов),
- постнатальных (после рождения).

Наиболее неблагоприятными для мозга являются: асфиксия, родовые травмы, гемолитическая болезнь, инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, наследственные заболевания.

На сегодняшний день прослеживается четкая тенденция к увеличению числа больных детей с резидуально-органическими поражениями центральной нервной системы (ЦНС).



По статистическим данным детей и подростков с нарушениями речи с 2000 г. увеличилась на 58,9%. Ведущими факторами являются:



- патология беременности и родов – 67%;
- интоксикации (алкоголизм, наркомания и другие заболевания родителей) – 8%;
- заболевания ребенка первого года жизни;
- ухудшение экологической обстановки.

ЭТИОЛОГИЯ ДИЗАРТРИИ

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

Типы поражений ЦНС:

а) ***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;

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;

Механический тип

встречается при плодизгоняющих манипуляциях, близнецовости, опухолях таза и узком тазе, двурогой матке, стремительных родах, при применении инструментальных пособий в родах; черепно-мозговой травме в постнатальном периоде.

Подходы к изучению дизартрии:

- **клинический
(неврологический),**
- **лингвистический,**
- **нейропсихологический,**
- **психолого-педагогический**

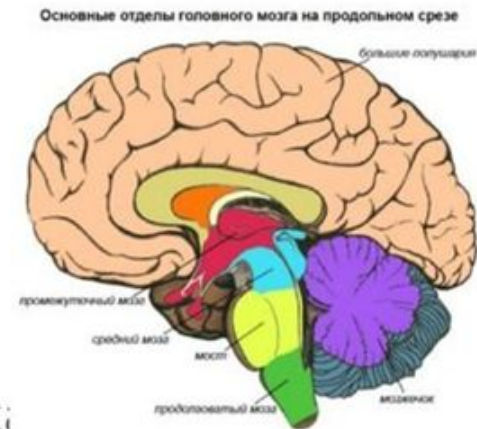
Клинические формы дизартрии

В основу данной классификации положен принцип локализации поражения (О.В.Правдина).

При всем разнообразии причин и уровней поражения мозга можно проследить «родовую» общность дизартрии. Прежде всего все формы дизартрии представляют собой нарушение двигательной реализации устной речи, которые обусловлены патологией нейромышечной регуляции.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ДИЗАРТРИИ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ

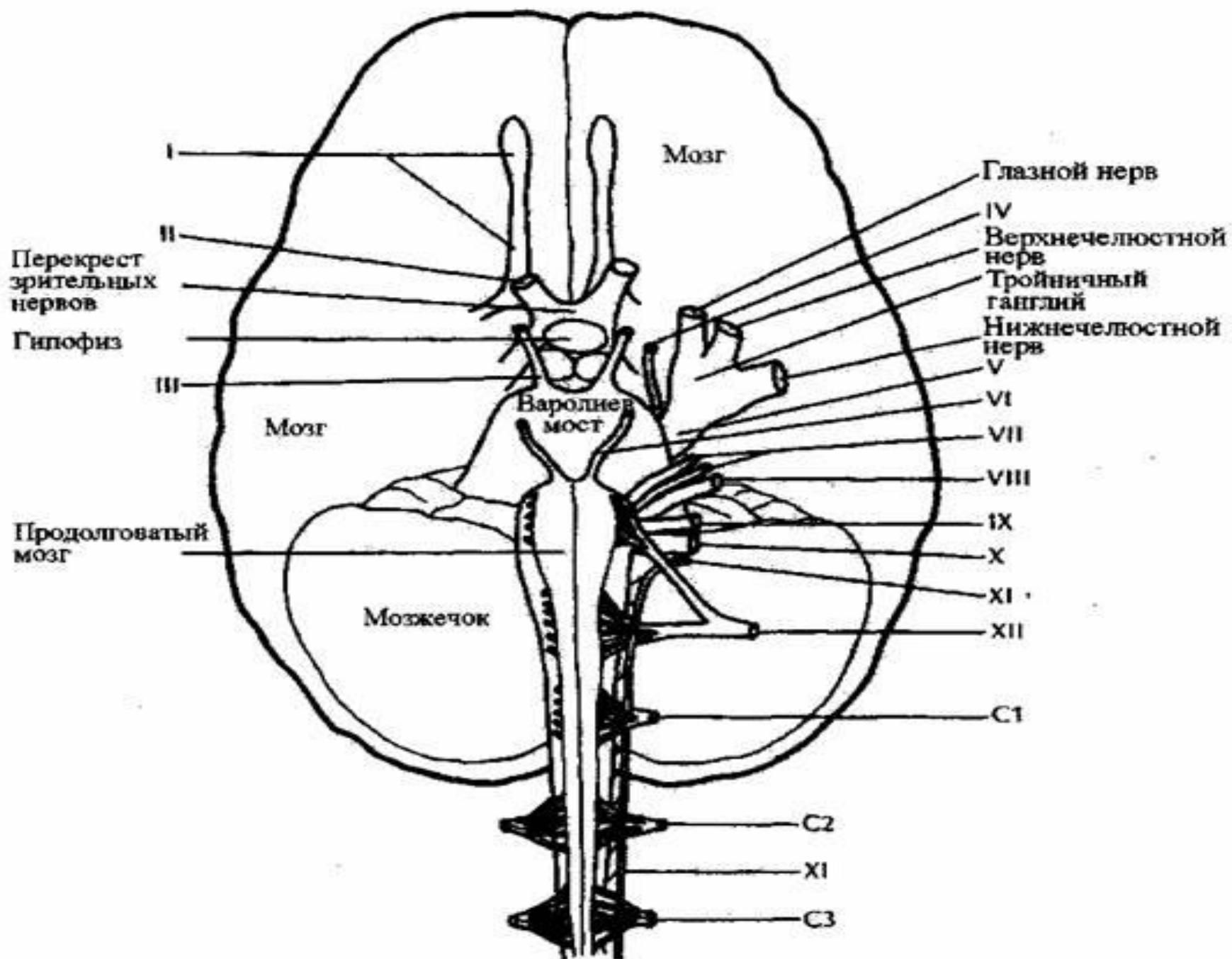
- * Подкорковая (экстрапирамидная)
- * Мозжечковая - поражение мозжечка
- * Бульбарная - поражение ядер в продолговатом мозгу
- * Кортиковая - очаговые поражения двигательных зон коры мозга
- * Псевдобульбарная - поражение пирамидных путей от коры до продолговатого мозга



БУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ

Очаг поражения

Одностороннее или двустороннее поражение периферических двигательных нейронов V, VII, IX, X, XII черепно-мозговых нервов, а также спинальных нейронов шейно-грудного уровня.



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».

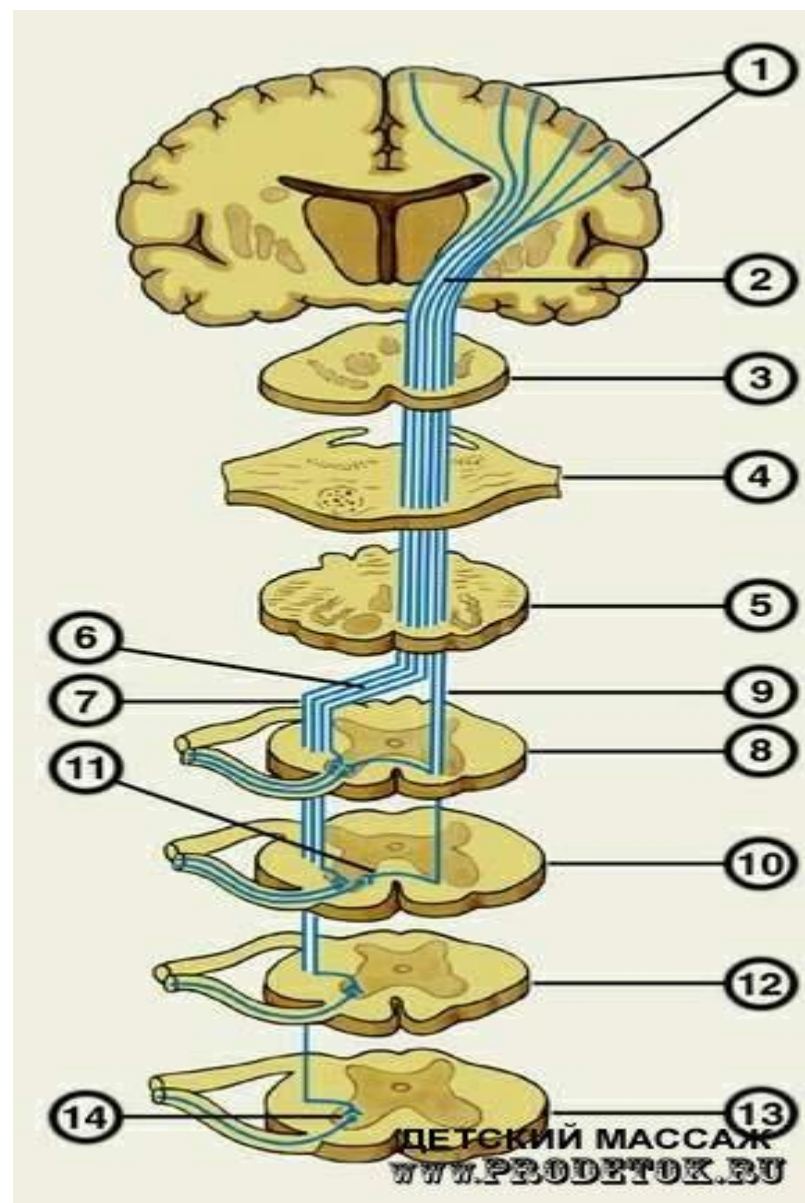
Артикуляция согласных звуков упрощена, смычные и «Р» заменяются щелевыми.

Речь замедленная, неплавная, монотонная, характерна «смазанность», псевдоскандированность, нарушение интонационно-мелодического оформления.

ПСЕВДОБУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ

Очаг поражения

Двустороннее (может быть неравномерно латерализованное) поражение центральных двигательных кортико-бульбарных нейронов, а также пирамидных нейронов, идущих от коры головного мозга к передним рогам шейно-грудного уровня.



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 закрытой 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 тонуса мышц: замедляется темп речи, усиливается псевдоскандированность, охриплость, гнусавость. Нарушение интонационно-мелодической выразительности речи.

СТЕРТАЯ ДИЗАРТРИЯ

Та же симптоматика, но выраженная в умеренной степени.

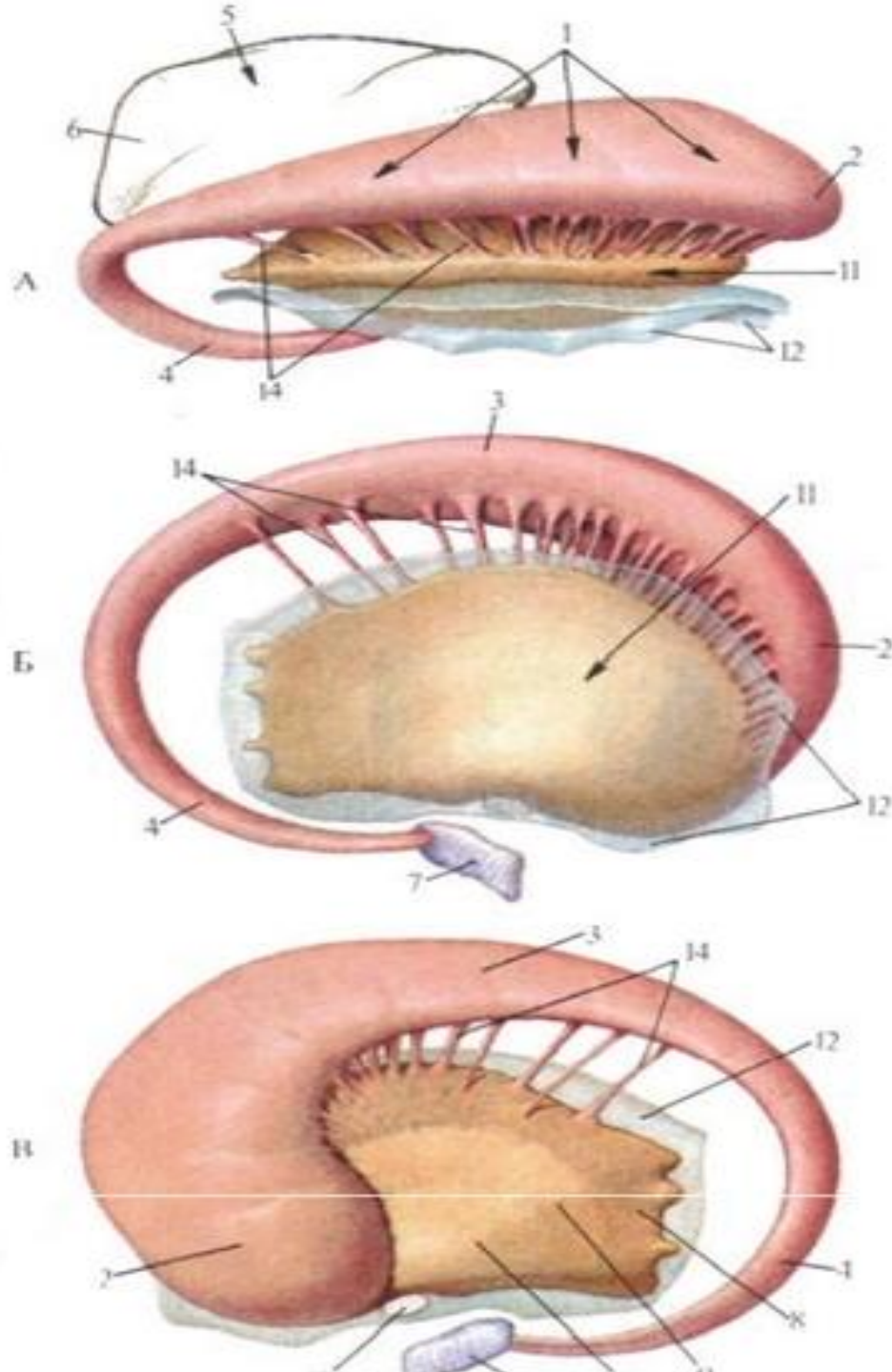
ЭКСТРАПИРАМИДНАЯ ДИЗАРТРИЯ

Очаг поражения

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

Базальные ядра конечного мозга (полусхематично).

А — вид сверху. Б — вид снаружи. В — вид изнутри. 1 — nucleus caudatus; 2 — caput nuclei caudati; 3 — corpus nuclei caudati; 4 — cauda nuclei caudati; 5 — thalamus; 6 — pulvinar thalami; 7 — corpus amygdaloideum; 8 — putamen; 9 — globus pallidus lateralis; 10 — globus pallidus medialis; 11 — nucleus lentiformis; 12 — claustrum; 13 — commissura rostralis; 14 — перемычки серого вещества между хвостатым и чечевичеобразным ядрами.



ПАТОГЕНЕЗ

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

При обследовании орально-артикуляционного праксиса выявляется неустойчивость неврологической симптоматики.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

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

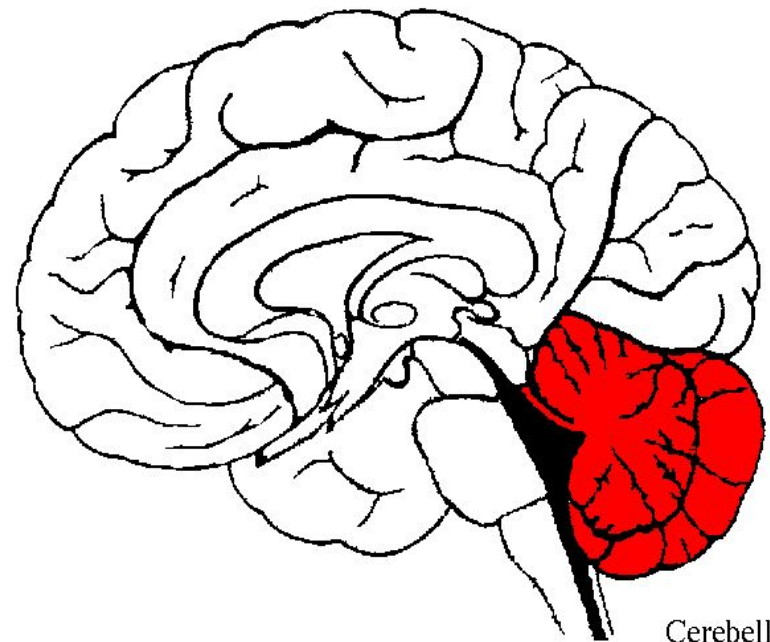
Диспросодические расстройства взаимосвязаны с расстройствами произносительной стороны речи.

Нарушена внятность и членораздельность речи в целом.

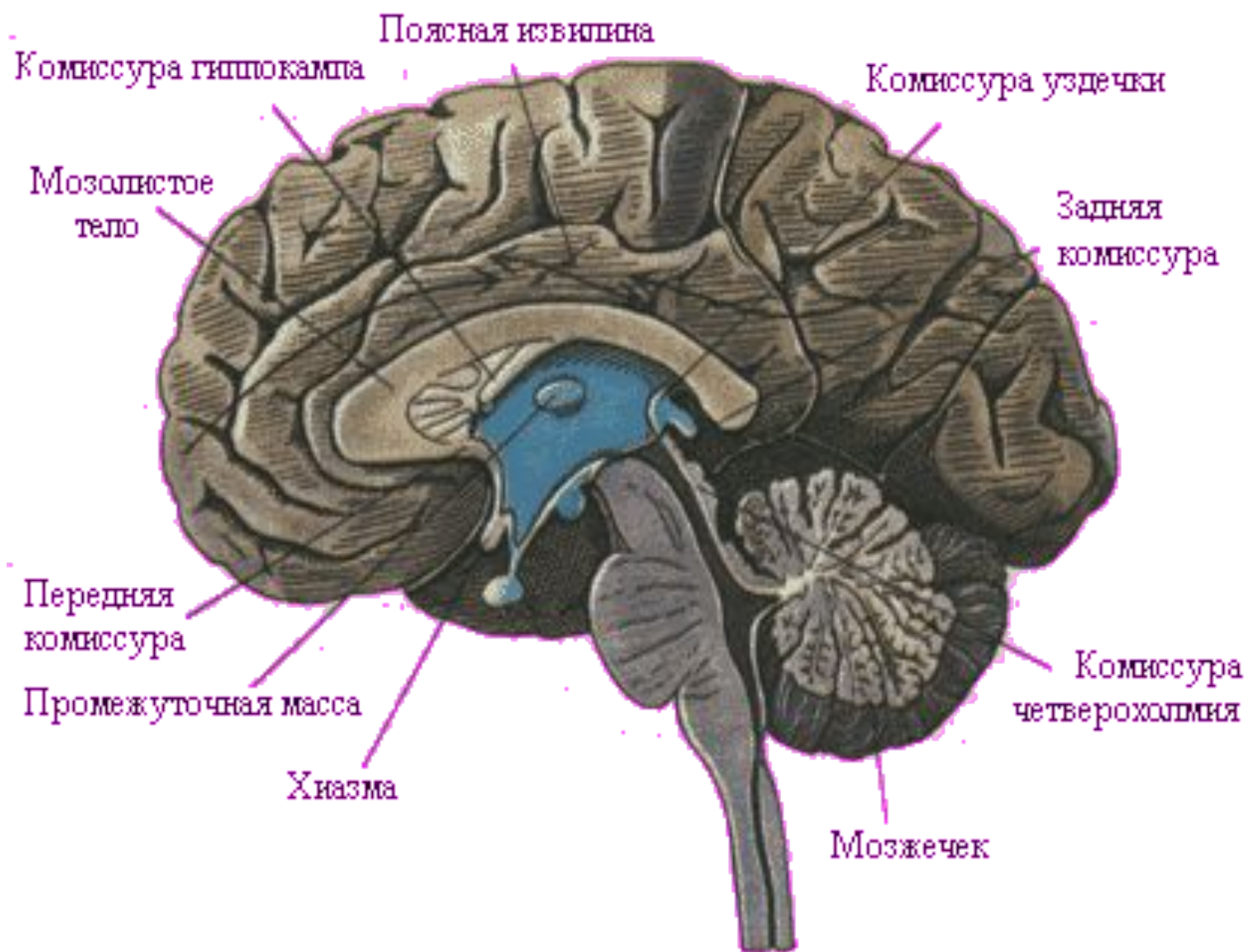
МОЗЖЕЧКОВАЯ ДИЗАРТРИЯ

Очаг поражения

Поражения
мозжечка и
нарушение его
связей с другими
структурами
мозга.



Cerebellum



ПАТОГЕНЕЗ

Статическая и динамическая атаксия речевых движений проявляются в явлениях интенции 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».

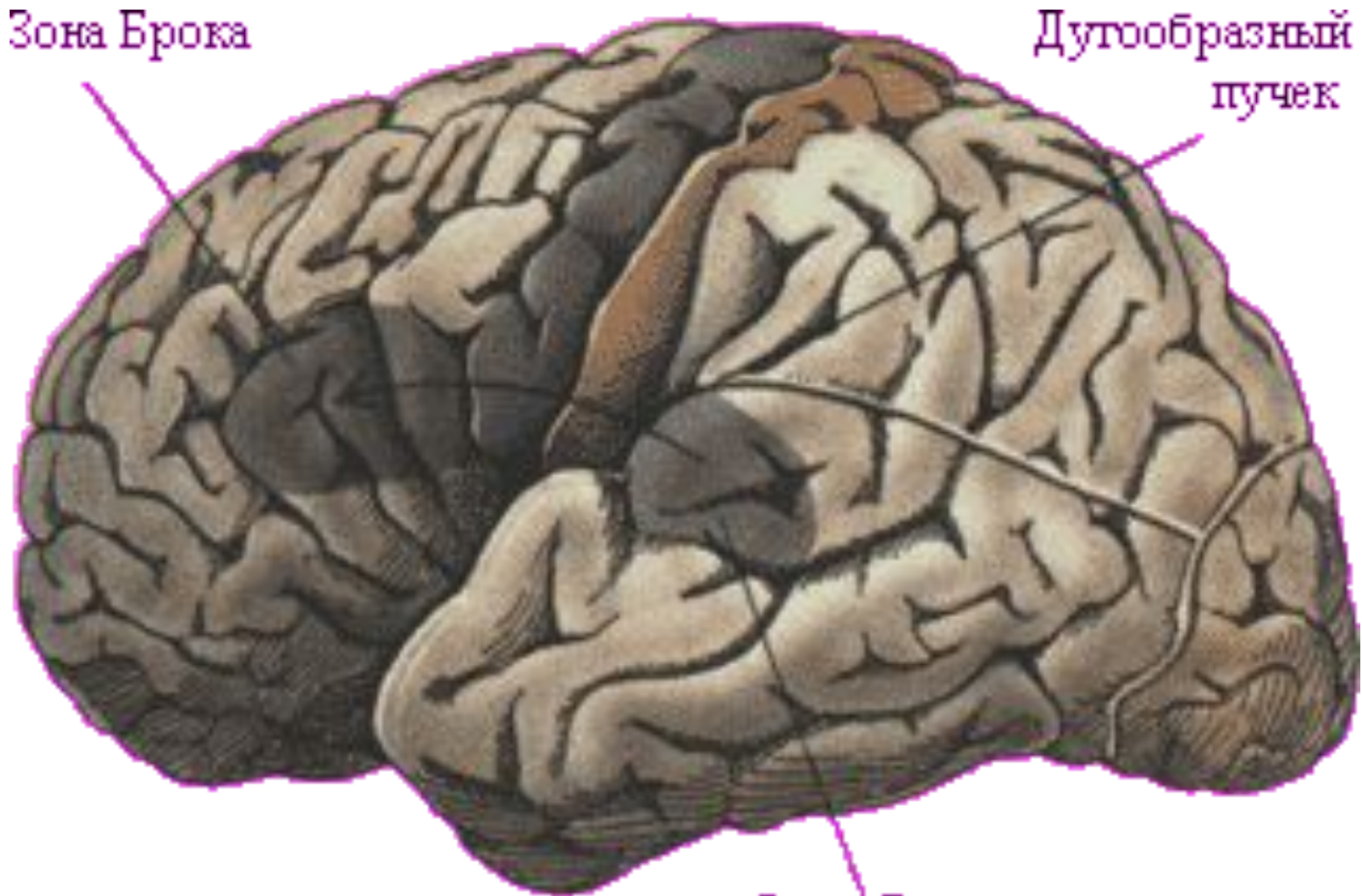
Корковая дизартрия

Очаг поражения мозга

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

Зона Брока

Дугообразный
пучек



Зона Вернике

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Расстройство в звучащей русской речи нормативных слоговых единиц типа СГ со смешениями 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 апраксическая кинетическая дизартрия

Очаг поражения мозга

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

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.

Общие клинические признаки дизартрии у детей

- нарушение мышечного тонуса;
- нарушение артикуляционной моторики;
- нарушение голосообразования;
- нарушение дыхания.

Классификации дизартрий у детей

Клинико-психологическая (Е.М. Мастюкова (1966), Л.С.Волкова) систематизируют дизартрию у детей в зависимости от клинического фона, на котором выявляется речевая патология. Дается характеристика дизартрии у детей разных клинических групп:

- у детей с нормальным психофизическим развитием,
- с минимальной мозговой дисфункцией,
- с задержкой психического развития,
- с олигофренией,
- с церебральным параличом.

Классификации дизартрий у детей

Синдромологический подход освещен в работах И.И. Панченко (1974, 1979).

- спастико-паретическая,
- атактическая,
- гиперкинетическая,
- атактико-гиперкинетическая
- другие формы дизартрии

Степени выраженности дизартрии у детей

Дизартрия у детей классифицируется также по степени ее тяжести:

- **стертая дизартрия**, или минимальные проявления дизартрии;
- **тяжелая степень выраженности дизартрических явлений — анартрия**, при которой совсем не имеются, либо имеются лишь слабовыраженные звукопроизносительные возможности.

Классификация дизартрии у детей по степени понятности речи для окружающих (G.Tardier, 1968):

- нарушения звукопроизношения незаметны, выявляются только специалистами в ходе обследования ребенка;
- нарушения произношения заметны для всех, но в целом речь ребенка понятна окружающим;
- речь ребенка понятна близким и только отчасти окружающим;
- речь непонятна даже близким ребенка.

Дизартрические пробы:

1. Показать язык и следить глазами за колпачком ручки, которая передвигается вправо-влево, при этом устанавливаются скрытые нарушения тонуса – содружественные движения, язык уходит в сторону более высокого тонуса.
2. Предлагаем вывести язычок кпереди, рукой контролируем мышцы на задней стороне шеи: при скрытых нарушениях задней части языка и в области подъязычной косточки – ощущается напряжение мышц шеи.

Этапы логопедического воздействия при дизартрии

Подготовительный этап:

- Подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов
- Развитие слухового восприятия и сенсорных функций
- Формирование потребности в речевом общении
- Развитие и уточнение пассивного и активного словаря
- Коррекция дыхания
- Коррекция голоса

На фоне:

- Медикаментозного воздействия
- Физиотерапии
- Лечебной физкультуры
- Артикуляционного массажа и артикуляционной гимнастики
- Логопедической ритмики
- Нетрадиционных форм воздействия (аромотерапия, криотерапия, арттерапия и др.)