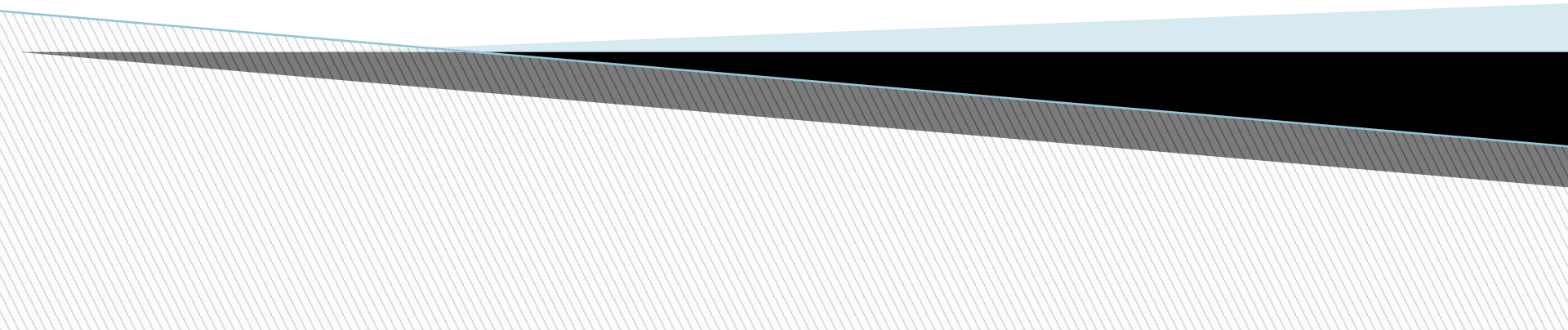


# ДИЗАРТРИЯ



# Онтогенез речи

## КАК РЕБЕНОК УЧИТСЯ ГОВОРИТЬ

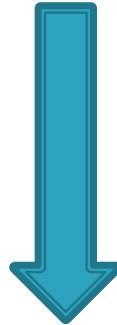


# Онтогенез звуков

0 - 1 год	1 - 2 года	2 - 3 года	3 - 4 года	4 – 5 лет
[а] [у] [э] [и] [п] [б] [к] [г] [м] и их мягкие пары	[м] [п] [б] [т] [д] [н] [к] [в] [ф] [й] и их мягкие пары	[с] [с'] [з] [з'] [ц]	[л] [л']	[ш] [ч] [ж] [щ] [р] [р']



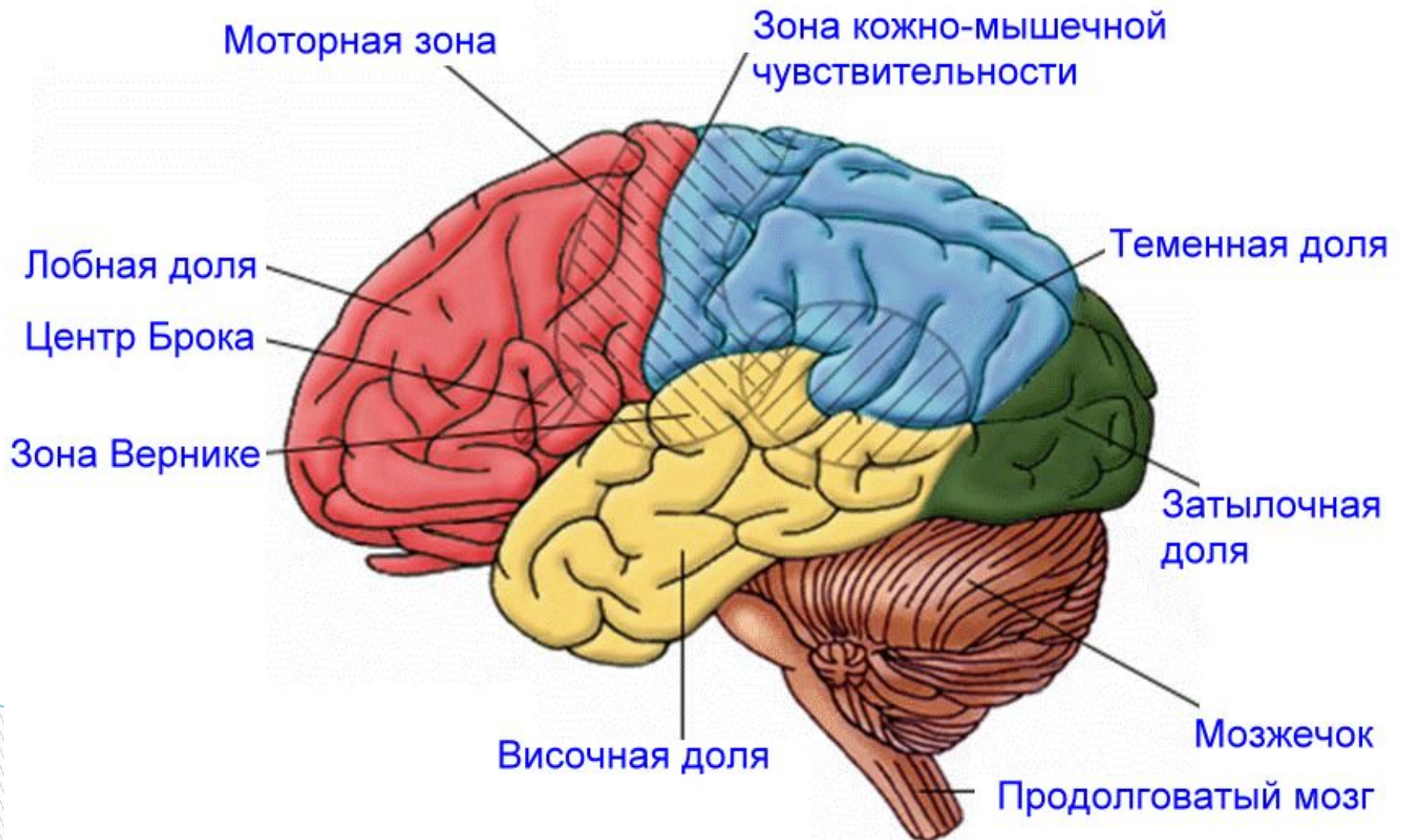
# Функциональная организация речевой деятельности



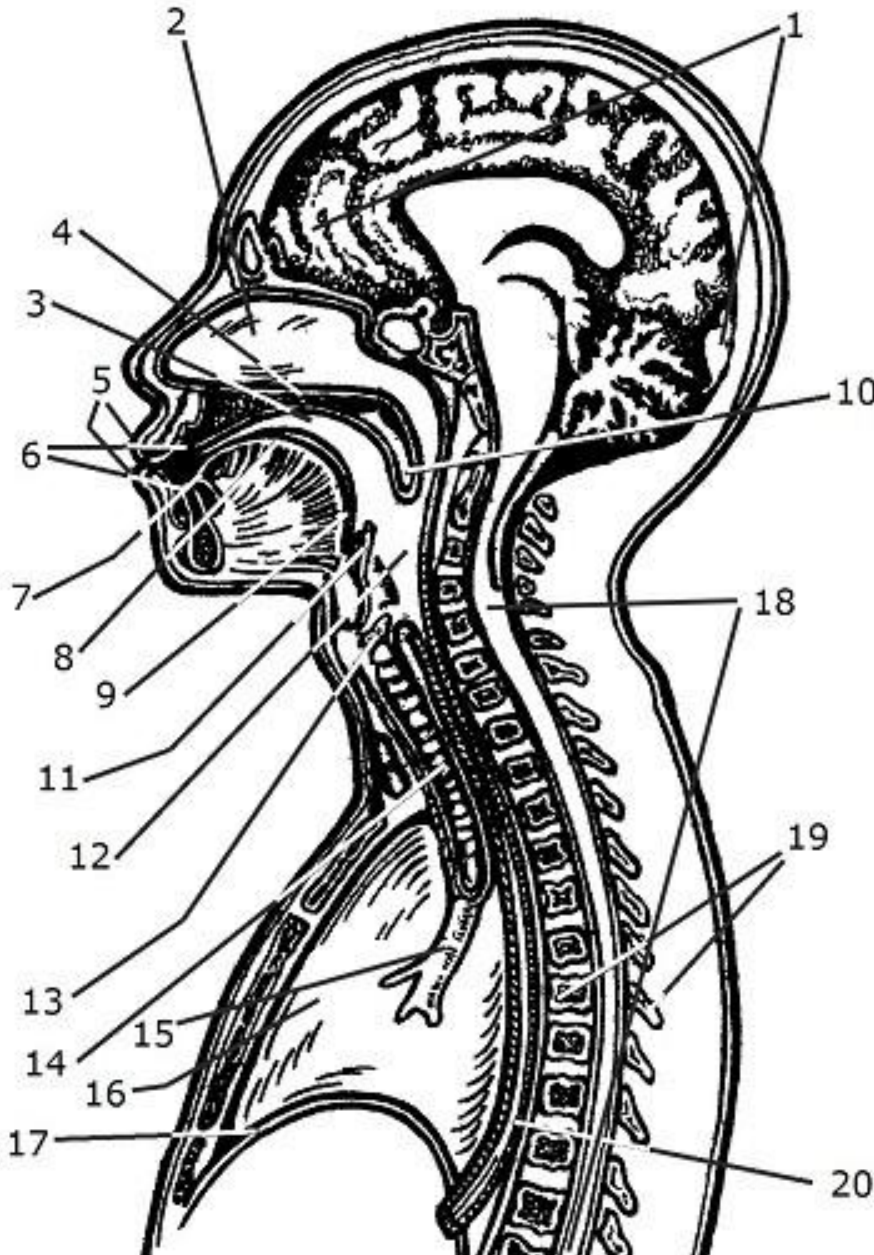
- Представление о сложном механизме речи в норме
- Дифференцированный анализ речевой патологии
- Определение путей коррекционного воздействия

# Строение речевого аппарата (центральный и периферический)

- Центральный отдел (регулирующий)



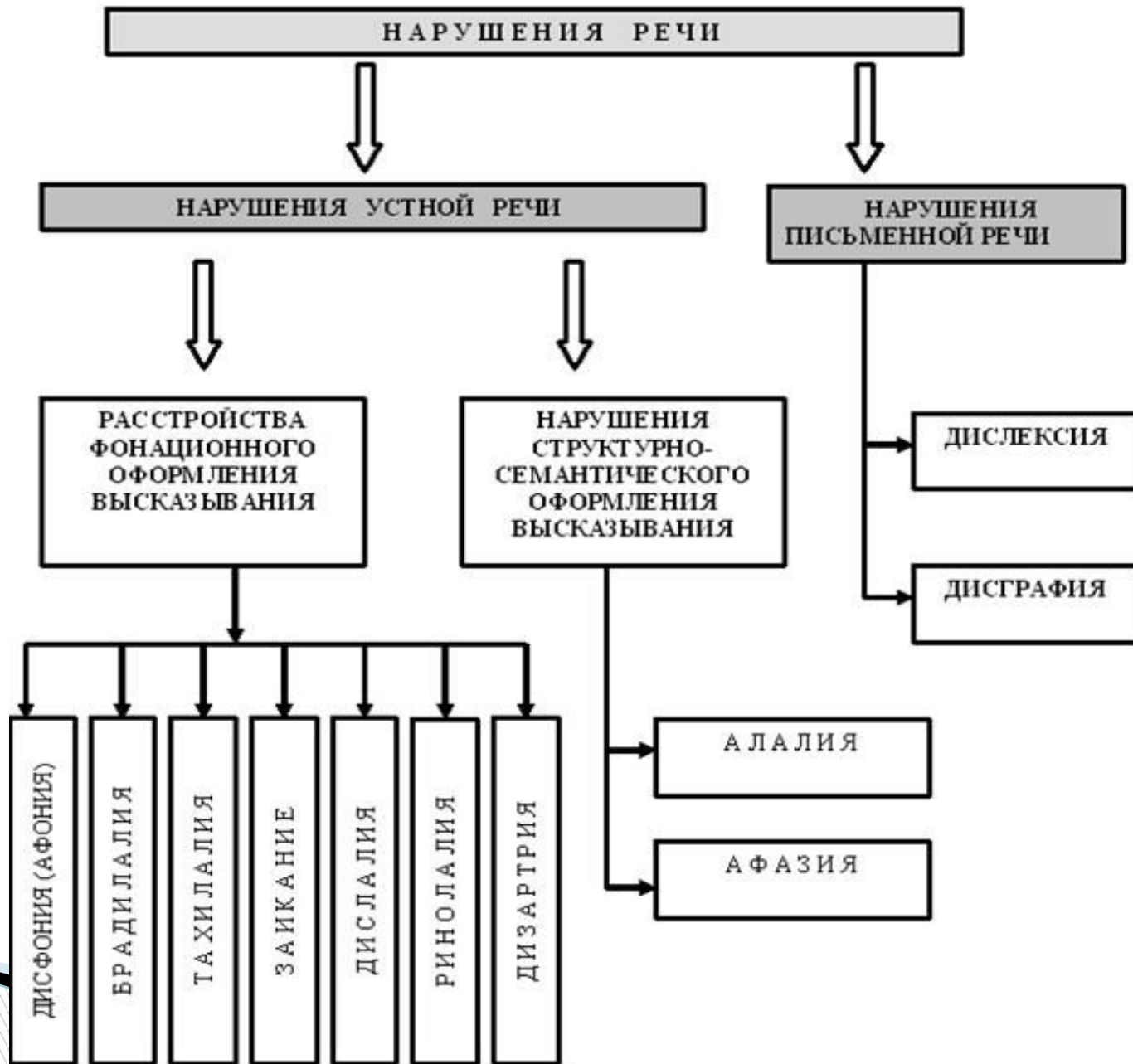
# Периферический отдел (исполнительный)



Строение речевого аппарата:

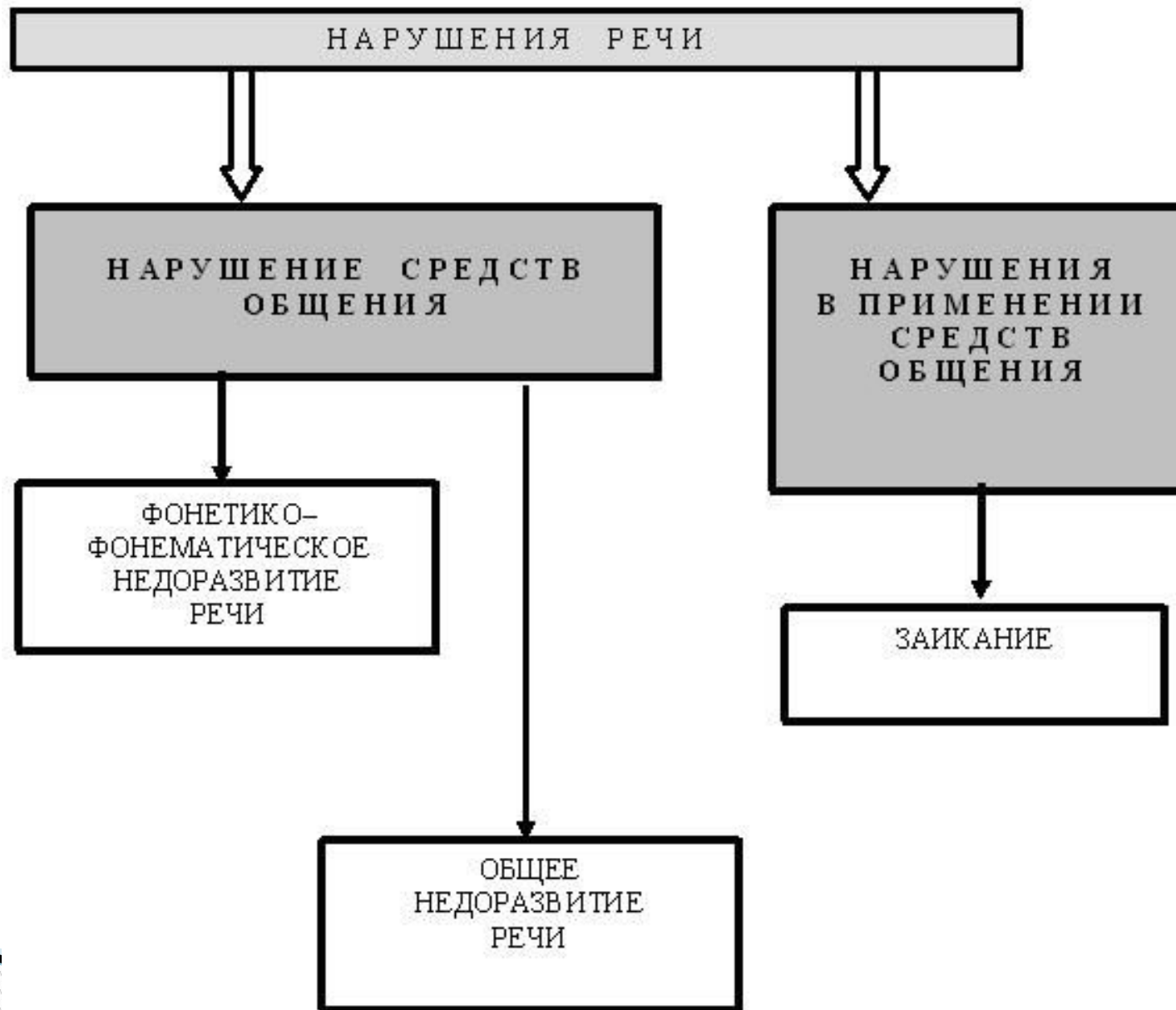
- 1 - головной мозг
- 2 - носовая полость
- 3 - ротовая полость
- 4 - твёрдое нёбо
- 5 - губы
- 6 - резцы
- 7 - кончик языка
- 8 - спинка языка
- 9 - корень языка
- 10 - мягкое нёбо
- 11 - надгортанник
- 12 - глотка
- 13 - гортань
- 14 - трахея
- 15 - правый бронх
- 16 - правое легкое
- 17 - диафрагма
- 18 - спинной мозг
- 19 - позвоночник
- 20 - пищевод

# Клинико-педагогическая классификация





# Психолого-педагогическая классификация



# Дизартрия

(из др.-греч. дис- — приставка, означающая затруднённость, расстройство + артрон — «сочленяю, соединяю» - расстройство членораздельной речи)

— Нарушение произношения вследствие нарушения иннервации речевого аппарата, возникающее в результате поражения нервной системы.

- Нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата (Волкова Л.С.)

## Поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи:

- - периферические двигательные нервы к мышцам речевого аппарата (языка, губ, щек, челюсти, глотки, диафрагмы, неба, гортани)
- - ядра этих периферических нервов, расположенных в стволе головного мозга
- - ядра, расположенные в стволе и в подкорковых отделах мозга, осуществляющие элементарные эмоциональные безусловнорефлекторные реакции (плач, смех и т.д.)

# Основные нарушения при дизартрии:

- Нарушения произношения: антропофонические (искажение звука) и фонологические (отсутствие, замена, смешение звука)
- Нарушения дыхания (ритм учащенный, присутствуют судорожные вздохи, активный выдох укорочен и через нос, тенденция говорить на вдохе)
- Нарушения голосообразования (голос слабый, тихий, тембр глухой, хриплый, монотонный, назализованный, сдавленный, прерывистый, форсированный; слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций)
- Нарушения артикуляционной моторики (спастичность, гипотония, гиперметрия, тремор, насильственные движения, диспраксии, синкинезии)

# Этиология дизартрии

1) 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;

2) ТОКСИЧЕСКИЙ ТИП - поражения наблюдаются при интоксикации медикаментами, нефропатии, диабете, гипотиреозе, алкоголизме и наркомании матери, нарушениях обмена веществ, несовместимости крови матери и плода в Rh- и АВО-системах, гипербилирубинемии и других состояниях;

3) **ИНФЕКЦИОННЫЙ ТИП** - поражения в эмбриональном периоде (от 2-й недели до 4-го месяца беременности) наблюдается при краснухе, кори, цитомегаловирусе, 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;

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

# Классификации дизартрии

- ▣ Неврологический подход (бульбарная, псевдобульбарная, экстрапирамидная (подкорковая), мозжечковая, корковая) (О.В. Правдина)
- ▣ Синдромологический подход (спастико-паретическая, спастико-гиперкинетическая, спастико-атактическая, спастико-ригидная, атактико-гиперкинетическая) (И.И.Панченко)
- ▣ Степень тяжести речевого нарушения (легкая; нарушения заметны, но речь понятна; речь понятна только близким; анартрия) (Ж.Тардые)

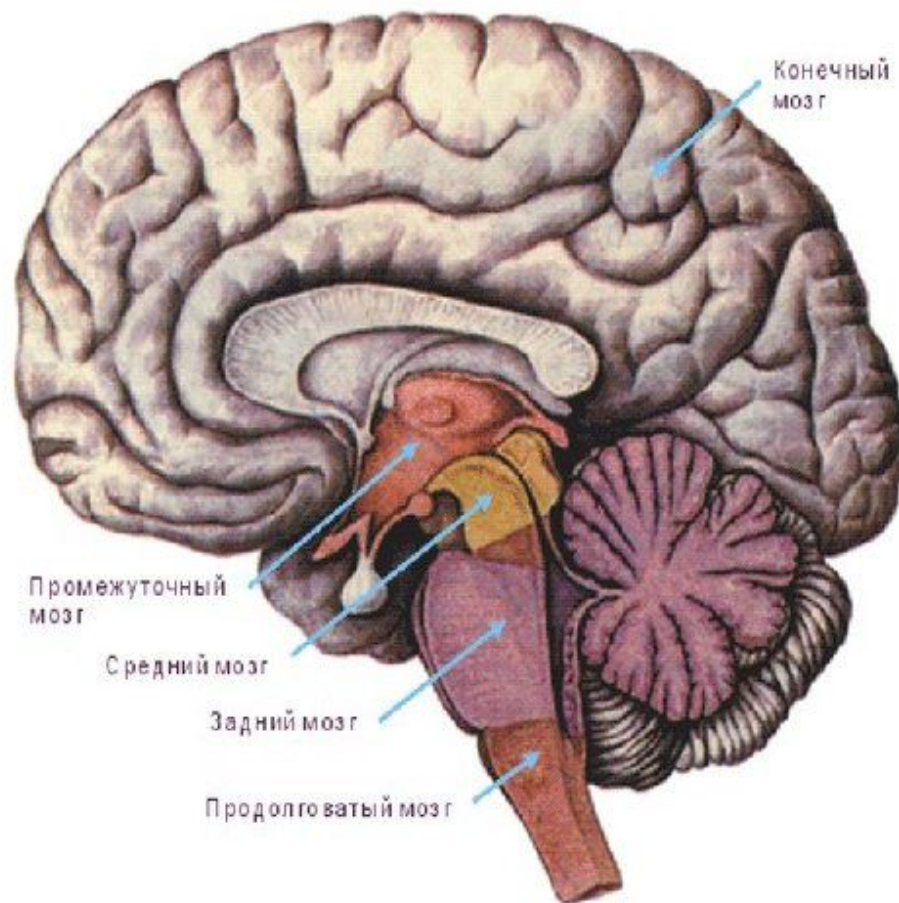
# 1. Бульбарная дизартрия

## Характер поражения мозга.

Поражение вещества продолговатого мозга и ядер черепно-

мозговых нервов

(V, VII, IX,  
X, XII)





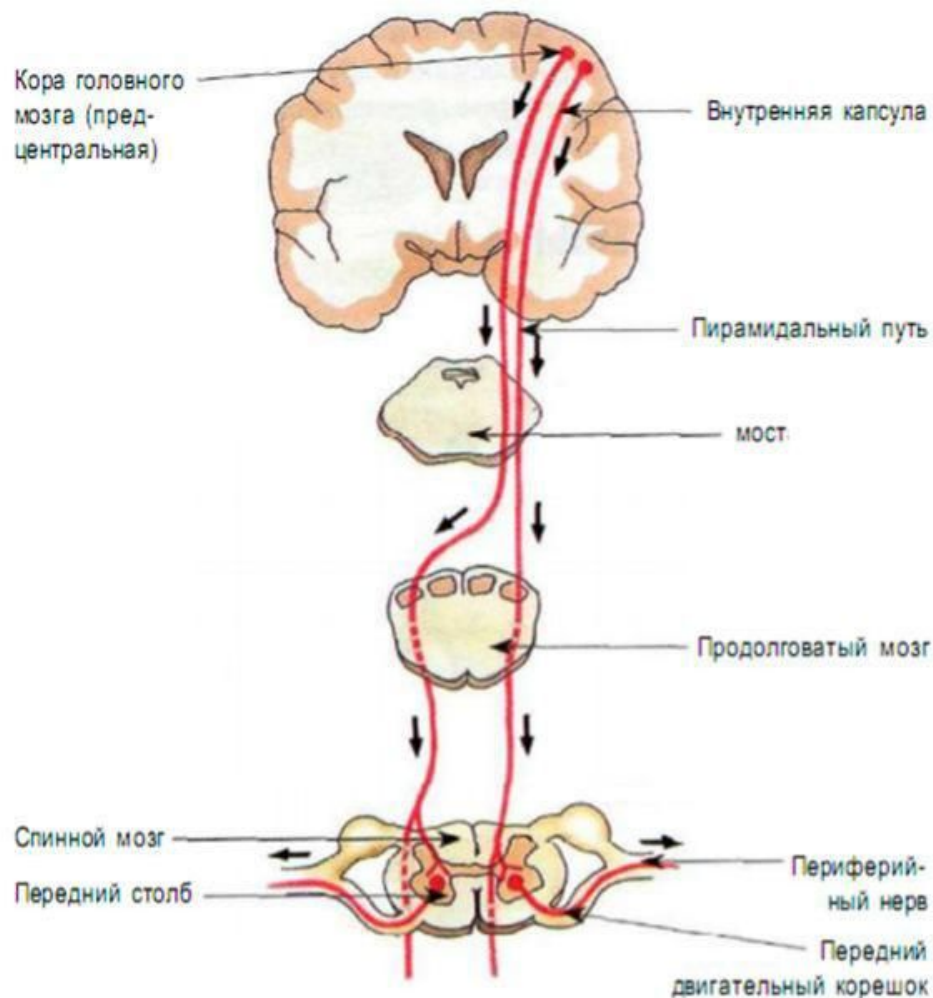
Патогенез: Избирательные вялые параличи мышц языка, губ, мягкого нёба и глотки, гортани, мышц, поднимающих нижнюю челюсть, дыхательных. Атрофии этих мышц, их атония (язык вялый, дряблый). Снижены или отсутствуют глоточный и нижнечелюстной рефлекс. Расстройства любых движений в соответствующих группах мышц.

Клинические симптомы. Голос слабый, глухой, истощающийся. Гласные и звонкие согласные звуки оглушены. Тембр речи изменен по типу открытой гнусавости. Артикуляция гласных приближена к нейтральному гласному звуку. Артикуляция согласных упрощена. Речь замедлена, монотонна, резко утомляет больного.

## 2. Псевдобульбарная дизартрия

### Характер поражения мозга.

Обязательно двусторонние поражения центральных двигательных корково-ядерных путей, идущих от головного мозга к ядрам черепных нервов ствола.

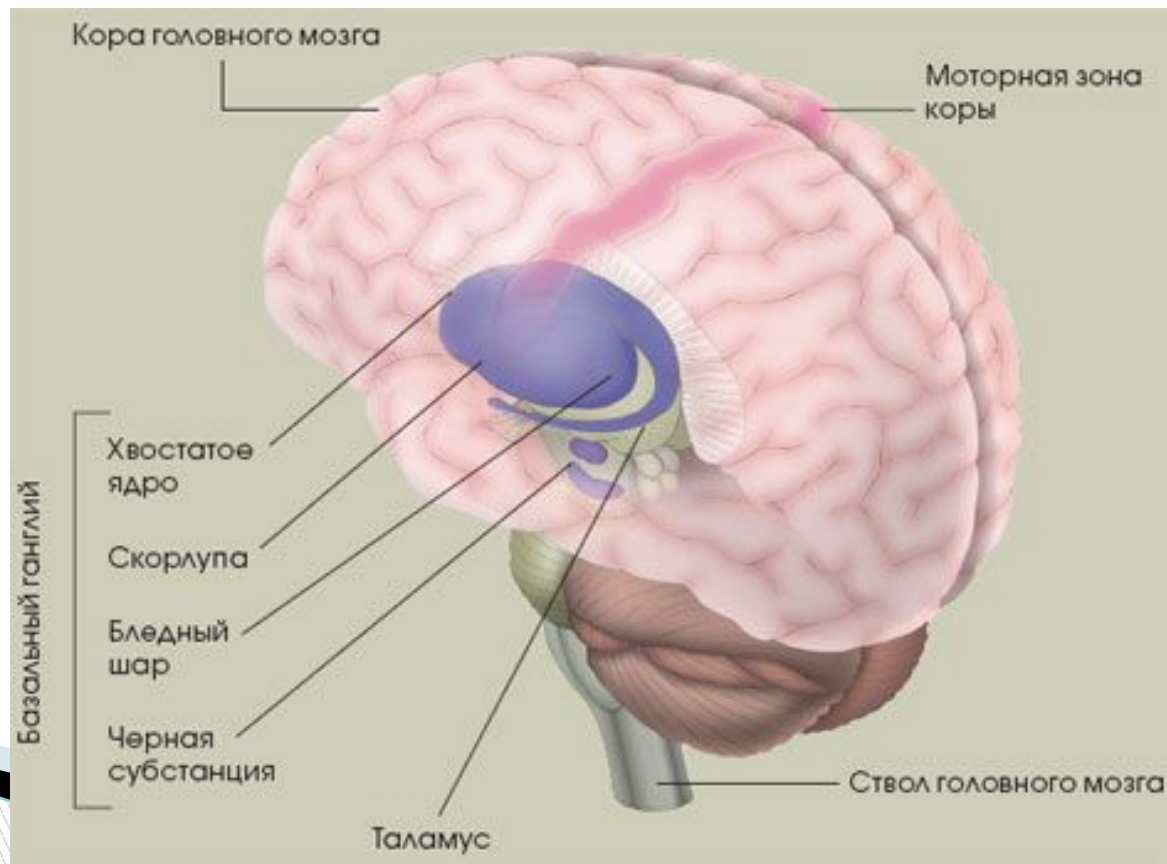


**Патогенез** Пирамидные спастические параличи мышц речевого аппарата. Мышечных атрофии нет. Тонус мышц повышен по типу спастической гипертонии (язык напряжен, отодвинут назад). Глоточный и нижнечелюстной рефлекс усилены. Не редки насильственные смех и плач. Параличи всегда двусторонние, хотя возможно их значительное преобладание справа или слева. Наиболее расстроены: 1) произвольные движения и 2) самые тонкие движения кончика языка.

**Клинические симптомы.** Голос слабый, сиплый, тембр речи гнусавый. Артикуляция гласных сдвинута назад. Артикуляция согласных упрощена и тоже сдвинута назад. Смычные согласных заменяются на щелевые. Артикуляция твердых согласных нарушается больше, чем мягких. Больной слышит свои дефекты произношения и активно старается их преодолеть. Однако его усилия приводят, как правило, к нарастанию гипертонии в парализованных группах мышц и, следовательно, к усилению патологических особенностей артикуляции.

# 3. Подкорковая (экстрапирамидная) дизартрия

Характер поражения мозга. Различные поражения подкорковых ядер, а также их связей с другими структурами мозга.



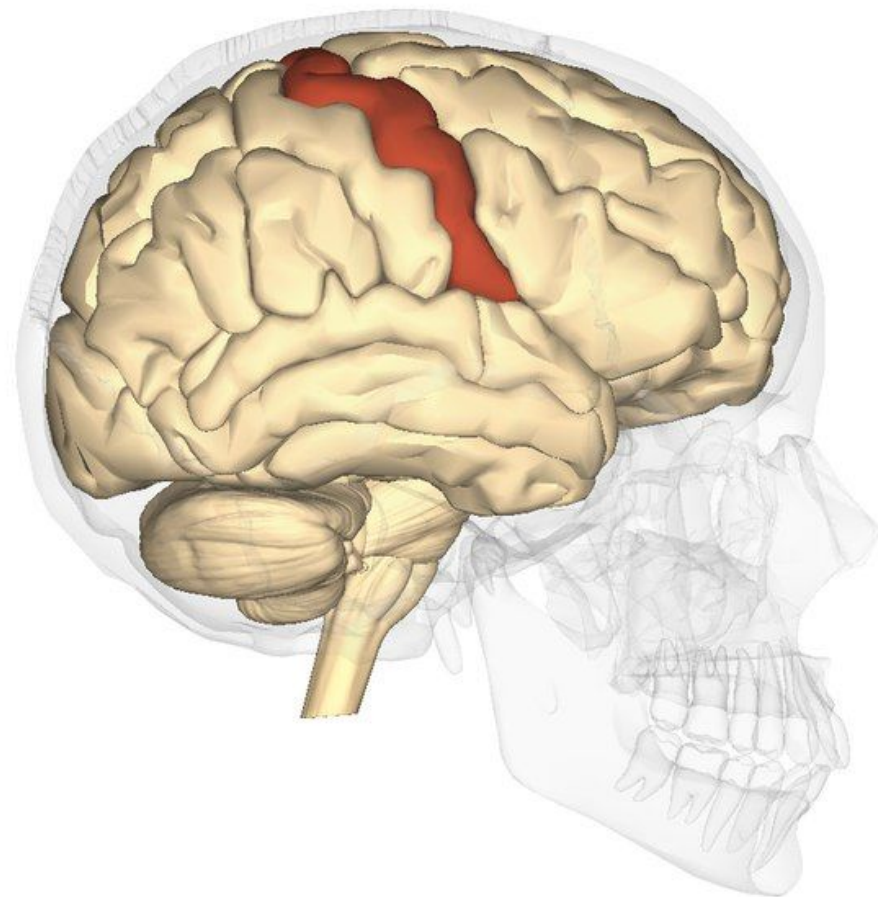
**Патогенез.** Экстрапирамидные расстройства мышечного тонуса в виде гипертонии, гипотонии или дистонии. Изменение мышечного тонуса; нарушение степени напряженности мышц при воспроизведении оральной позы.

**Клинические симптомы.** Расстройства речевой просодии: темпа, плавности, громкости речи, высоты и тембра; звуковая сторона; нарушается внятность и членораздельность речи в целом.

# 4. Кортиковая дизартрия

**Кинестетическая постцентральный корковая  
дизартрия  
(афферентная).**

Характер поражения  
мозга. Одностороннее  
поражение  
постцентральных  
полей коры (их нижних  
отделов) доминантного,  
обычно левого полушария



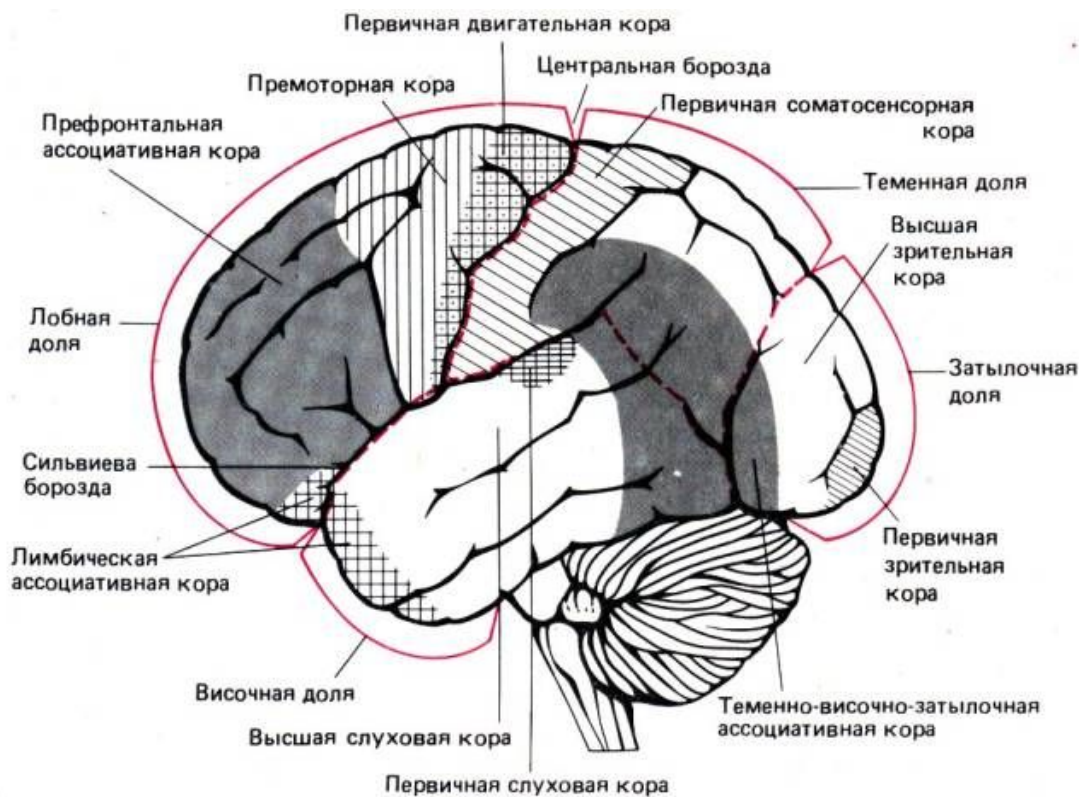
**Патогенез.** Апраксия кинестетического типа (трудности ощущения и воспроизведения определенных артикуляционных укладов). Распад кинестетических обобщенных схем артикуляции, шумовых признаков звуков в структуре слога с трудностями различения соответствующих артикуляционных укладов.

**Клинические симптомы.** Голос и тембр речи не расстроены. В процессе речи заменяются шумовые признаки звуков признаки места образования (особенно язычных согласных), признаки способа образования (особенно аффрикат и шипящих), признаки твердости и мягкости. Эти нарушения артикуляции непостоянны, лабильны, вследствие чего замены звуков бывают неоднозначны (п— м, б - п, п - ф, п — т и др. ). Даже в тяжелых случаях кинестетической дизартрии тот или иной шумовой артикуляционный признак может искажаться не в 100% случаев. Ребенок слышит свои ошибки, артикуляции и активно (под контролем слуха и кинестетических ощущений) пытается их исправить, что приводит к нарушениям плавности и замедлению речи.

# Кинетическая премоторная корковая дизартрия (эфферентная)

## Характер поражения мозга.

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





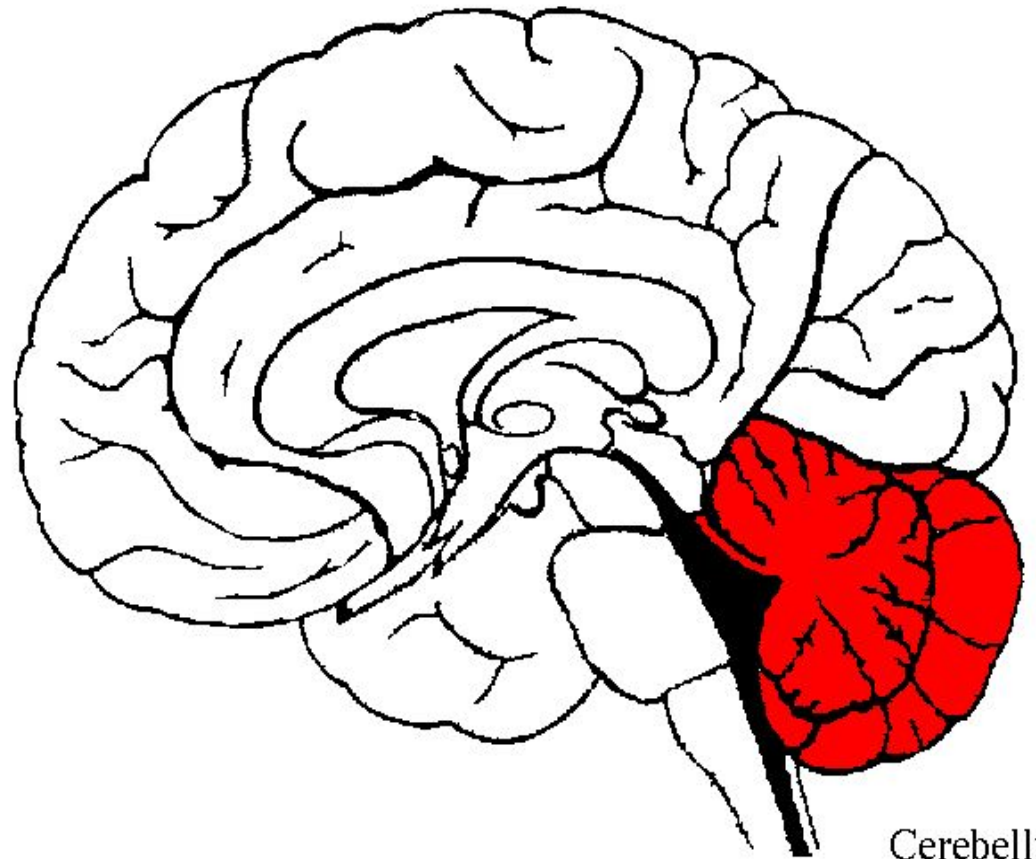
**Патогенез.** Апраксия кинетического типа. Распад временных обобщенных схем артикуляторного действия с напряженностью, замедленностью отдельных движений, распадом артикуляторных действий на составляющие их элементы; трудности переключения с одного элемента на другой, персеверации.

**Клинические симптомы.** Голос звучный, тембр речи не нарушен. Ритмические структуры слов имеют тенденцию к превращению в цепочки открытых ударных слогов. Артикуляция согласных напряжена, начальные и конечные согласные нередко удлинены или толчкообразны. Характерны замены щелевых звуков на смычные. Переходные фазы артикуляции часто превращаются в самостоятельные звуки-вставки. Чрезмерная напряженность артикуляции косвенно приводит к усилению громкости голоса избирательному оглушению звонких смычных и реже щелевых согласных.

# 5. Мозжечковая дизартрия

## Характер поражения мозга.

Поражение мозжечка и его связей с другими структурами.



Cerebellum

**Патогенез:** статическая и динамическая атаксия речевых движений. Статическая - трудность удержания артикуляторных укладов; динамическая - избыточность или недостаточность объема движений.

**Клинические симптомы:** Речь замедленная, толчкообразная, скандированная, с затуханием голоса к концу фразы. Пониженный тонус в мышцах языка и губ, язык тонкий, распластаный. Темп движений замедленный, движения языка неточные, с проявлениями гипер- или гипометрии. Выражена назализация большинства звуков.

# **Стертая дизартрия (минимальные проявления дизартрии, минимальные дизартрические расстройства)**

- речевая патология, проявляющаяся в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой системы и возникающая вследствие невыраженного микроорганического поражения ГОЛОВНОГО МОЗГА.

# Этиология стертой дизартрии

Анализ анамнестических сведений показывает, что имеют место: отклонения во внутриутробном развитии, асфиксия новорожденных, стремительные или затяжные роды. В первый год жизни наблюдались у невролога, назначалось медикаментозное лечение, массаж. В диагнозе до года стояло «ПЭП» (перинатальная энцефалопатия).

# Симптоматика стертой дизартрии

**Общая моторика.** Дети со стертой дизартрией моторно неловки, ограничен объем активных движений, мышцы быстро утомляются при функциональных нагрузках. Особенно заметна моторная несостоятельность на физкультурных и музыкальных занятиях, где дети отстают в темпе, ритме движений, а также при переключаемости движений.

**Мелкая моторика рук.** Дети со стертой дизартрией поздно и с трудом овладевают навыками самообслуживания: не могут застегнуть пуговицу, развязать шарф и т.д. На занятиях по рисованию плохо держат карандаш, руки бывают напряжены. Многие не любят рисовать. Особенно заметна моторная неловкость рук на занятиях по аппликации и с пластилином. Нарушение тонких дифференцированных движений рук проявляется при выполнении проб-тестов пальцевой гимнастики. У детей школьного возраста в первом классе отмечаются трудности при овладении графическими навыками.

## Особенности артикуляционного аппарата.

**Паретичность** мышц органов артикуляции проявляется в следующем: лицо гипомимично, мышцы лица при пальпации вялые; позу закрытого рта многие дети не удерживают; губы вялые, углы их опущены; во время речи губы остаются вялыми и необходимой лабилизации звуков не производится, что ухудшает просодическую сторону речи. Язык при паретической симптоматике тонкий, находится на дне полости рта, вялый, кончик языка малоактивный. При функциональных нагрузках мышечная слабость увеличивается.

**Спастичность** мышц органов артикуляции проявляется в следующем: лицо амимично, мышцы лица при пальпации твердые, напряженные. Губы постоянно находятся в полуулыбке, во время речи губы не принимают участие в артикуляции звуков. Многие дети, у которых отмечается подобная симптоматика не умеют выполнять артикуляционное движение «трубочка», т. е. вытянуть губы вперед, и др. Язык при спастическом симптоме чаще изменен по форме: толстый, без выраженного кончика, малоподвижный.

**Гиперкинезы** проявляются в виде дрожания, тремора языка и голосовых связок. Гиперкинезы чаще всего сочетаются с повышенным тонусом мышц артикуляционного аппарата.



**Апраксия** при стертой дизартрии выявляется одновременно в невозможности выполнения каких-либо произвольных движений руками и органами артикуляции. В артикуляционном аппарате апраксия проявляется в невозможности выполнения определенных движений или при переключении от одного движения к другому.

**Девияция**, т.е. отклонение языка от средней линии. Сочетается с асимметрией губ при улыбке со сглаженностью носогубной складки.

**Гиперсаливация** определяется лишь во время речи.



## Звукопроизношение при стертой дизартрии:

смешения, искажения, замены и отсутствие звуков, т. е. те же варианты, что и при дислалии. Звуки при стертой дизартрии ставятся теми же способами что и при дислалии, но долго не автоматизируются и не вводятся в речь. Наиболее распространенным дефектом звукопроизношения являются нарушения свистящих и шипящих. Достаточно часто отмечается межзубное произнесение, боковые призвуки. Дети испытывают трудности при произношении слов со сложной слоговой структурой, упрощают звуконаполняемость, опуская некоторые звуки при стечении согласных (*митионей* вместо *милиционер*).

## Просодика

Интонационно-выразительная окраска речи детей со стертой дизартрией резко снижена. Страдает голос, голосовые модуляции по высоте, силе, ослаблен речевой выдох. Нарушается тембр речи и появляется носовой оттенок. Темп речи чаще ускорен. При рассказывании стихотворений речь ребенка монотонна, постепенно становится менее разборчива, голос угасает. Голос детей во время речи тихий, не удаются модуляции по высоте, по силе голоса (ребенок не может по подражанию менять высоту голоса, имитируя голоса животных: коровы, собаки и пр.) У некоторых детей речевой выдох укорочен, и они говорят на вдохе. В этом случае речь становится захлебывающейся. Довольно часто выявляются дети (с хорошим самоконтролем), у которых при обследовании речи отклонений в звукопроизношении не проявляется, т. к. произносят слова они скандировано, т.е по слогам, а на первое место выступает только нарушение просодики.

# Задание:

