


# Классификация дизартрии по локализации и патогенезу

Николаева Л.М.




Дизартрия – это расстройство произносительной стороны речи, при которой страдает просодическая сторона звукового потока, фонетическая окраска звуков или неправильная реализация фонемных сигнальных признаков звукового строя речи (пропуски, замены звуков). (Л.С. Волкова, В.И. Селиверстова.)

Дизартрия — термин латинский, в переводе означает расстройство членораздельной речи — произношения (*дис* — нарушение признака или функции, *артрон* — сочленение).

Дизартрия – это нарушение координации речевого процесса, которое является симптомом повреждения моторного анализатора и эфферентной системы. При этом нарушена способность членения речи и артикуляции в целом. (К. Беккер, М. Совак).

**Дизартрия – это нарушение звукопроизношения и просодической стороны, обусловленное органической недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата. В этом определении раскрывается прежде всего симптоматика этого нарушения и его механизм. (современное определение дизартрии)**




Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи

Патогенез дизартрии определяется органическим поражением центральной и периферической нервной системы под влиянием различных неблагоприятных внешних (экзогенных) факторов, воздействующих во внутриутробном периоде развития, в момент родов и после рождения.

Среди причин важное значение имеют:

- асфиксия и родовая травма,
- поражение нервной системы при гемолитической болезни,
- инфекционные заболевания нервной системы,
- черепно-мозговые травмы,
- реже — нарушения мозгового кровообращения,
- опухоли головного мозга,
- пороки развития нервной системы, например врожденная аплазия ядер черепно-мозговых нервов (синдром Мебиуса),
- а также наследственные болезни нервной и нервно-мышечной систем.



Клинико-физиологические аспекты дизартрии определяются локализацией и тяжестью поражения мозга. Анатомическая и функциональная взаимосвязь в рас положении и развитии двигательных и речевых зон и проводящих путей определяет частое сочетание дизартрии с двигательными нарушениями различного характера и степени выраженности. Нарушения звукопроизношения при дизартрии возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи.

К таким структурам относятся:

- периферические двигательные нервы к мышцам речевого аппарата (языка, губ, щек, нёба, нижней челюсти, глотки, гортани, диафрагмы, грудной клетки);
- ядра этих периферических двигательных нервов, расположенных в стволе головного мозга;
- ядра, расположенные в стволе и в подкорковых отделах мозга и осуществляющие элементарные эмоциональные безусловнорефлекторные речевые реакции типа плача, смеха, вскрикивания, отдельных эмоционально-выразительных восклицаний и др.

Поражение перечисленных структур дает картину периферического паралича (пареза): нервные импульсы к речевым мышцам не поступают, обменные процессы в них нарушаются, мышцы становятся вялыми, дряблыми, наблюдается их атрофия и атония, в результате перерыва спинальной рефлекторной дуги рефлексы с этих мышц исчезнут, наступает арефлексия.

Двигательный механизм речи обеспечивается также более высоко расположенными следующими мозговыми структурами:

- *подкорково-мозжечковыми ядрами и проводящими путями*, которые осуществляют регуляцию мышечного тонуса и последовательность мышечных сокращений речевой мускулатуры, синхронность (координированность) в работе артикуляционного, дыхательного и голосового аппарата, а также эмоциональную выразительность речи.

При поражении этих структур наблюдаются отдельные проявления центрального паралича (пареза) с нарушениями мышечного тонуса, усилением отдельных безусловных рефлексов, а также с выраженным нарушением просодических характеристик речи — ее темпа, плавности, громкости, эмоциональной выразительности и индивидуального тембра;

- *проводящими системами*, обеспечивающими проведение импульсов от коры мозга к структурам нижележащих функциональных уровней двигательного аппарата речи (к ядрам черепно-мозговых нервов, расположенных в стволе головного мозга).

Поражение этих структур вызывает центральный парез (паралич) речевой мускулатуры с повышением мышечного тонуса в мышцах речевого аппарата, усилением безусловных рефлексов и появлением рефлексов орального автоматизма с более избирательным характером артикуля-торных расстройств;

- *корковыми отделами головного мозга*, обеспечивающими как более дифференцированную иннервацию речевой мускулатуры, так и формирование речевого праксиса. При поражении этих структур возникают различные центральные моторные расстройства речи.

# КЛАССИФИКАЦИЯ ДИЗАРТРИИ

## I. На основе уровня локализации поражения двигательного аппарата речи (О. В. Правдина)

Различают следующие формы дизартрии:

- бульбарную,
- псевдобульбарную,
- мозжечковую,
- подкорковую (экстрапирамидную),
- кинестетическую постцентрально-корковую,
- кинетическую премоторную корковую.

Наиболее сложной и спорной в этой классификации является корковая дизартрия.

### 1. Бульбарная дизартрия.

Характер поражения мозга. Одностороннее (безразлично, право- или левостороннее) или двустороннее поражение периферических двигательных нейронов (тройничного, лицевого, языко-глоточного, блуждающего и подъязычного).

Патогенез (особенности двигательных расстройств). Избирательные вялые, преимущественно право- или левосторонние параличи мышц речевого аппарата (языка, губ, мягкого нёба и глотки, гортани, поднимающих нижнюю челюсть, дыхательных).

Атрофии этих мышц, их атония (язык вялый, дряблый). Снижены или отсутствуют глоточный и нижнечелюстной рефлекс.

Расстройства любых произвольных и произвольных движений в соответствующих группах мышц.

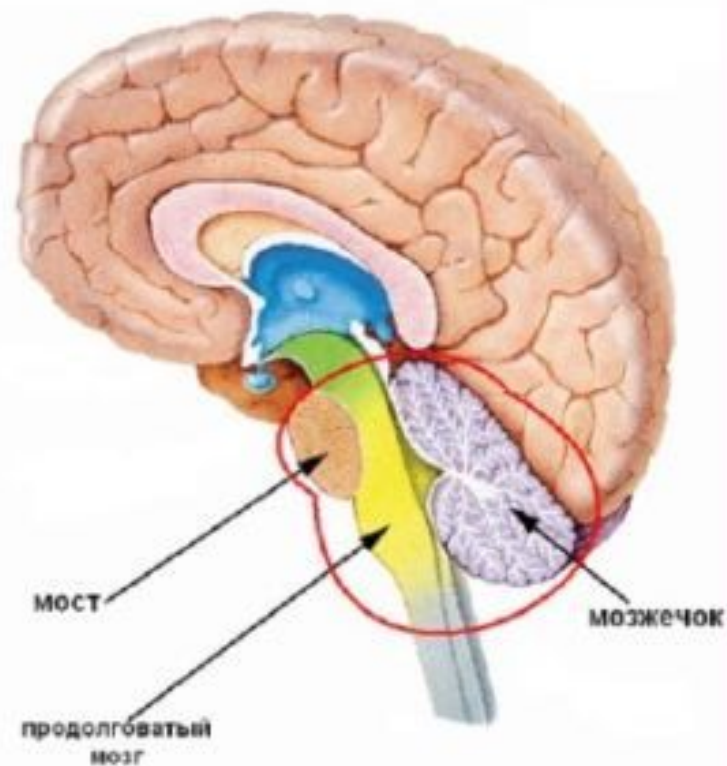
Клинические симптомы. Голос слабый, глухой, истошающийся. Гласные и звонкие согласные звуки оглушены. Тембр речи изменен по типу открытой гнусавости. Артикуляция гласных приближена к нейтральному гласному звуку. Артикуляция согласных упрощена. Смычные согласные и вибрант /p/ заменяются соответствующими щелевыми. Характер щели у щелевых звуков тоже упрощается. В результате в речи доминируют глухие плоскощелевые звуки. Нередки избирательные расстройства артикуляции в соответствии с избирательным распределением вялых парезов. Речь замедлена, резко утомляет больного. Бульбарная дизартрия встречается только во взрослом возрасте.

# БУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ

Связана с поражением вещества продолговатого мозга и ядер черепно-мозговых нервов.

Патогенез бульбарной дизартрии имеет в своей основе вялые парезы или параличи мышц речевого аппарата :

- Атония мышц
- Гипотрофия мышц
- Атрофия мышц
- снижены или отсутствуют глоточный, нёбный и нижнечелюстной рефлекс
- расстройства лю-бых произвольных и произвольных движений, осуществляемых с участием мышц, функция которых оказалась нарушенной.
- Нарушение дыхания как общего, так и речевого.
- Гиперсаливация
- Пазализация речи из-за пареза мягкого нёба



## 2. Псевдобульбарная дизартрия.

Характер поражения мозга. Обязательно двусторонние поражения центральных двигательных кортико-бульбарных неврозов.

Патогенез (особенности двигательных расстройств). Пирамидные спастические параличи мышц речевого аппарата. Мышечных атрофий нет. Тонус мышц повышен по типу спастической гипертонии (язык напряжен, отодвинут назад). Глоточный и нижнечелюстной рефлекс усилены. Нередки 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.

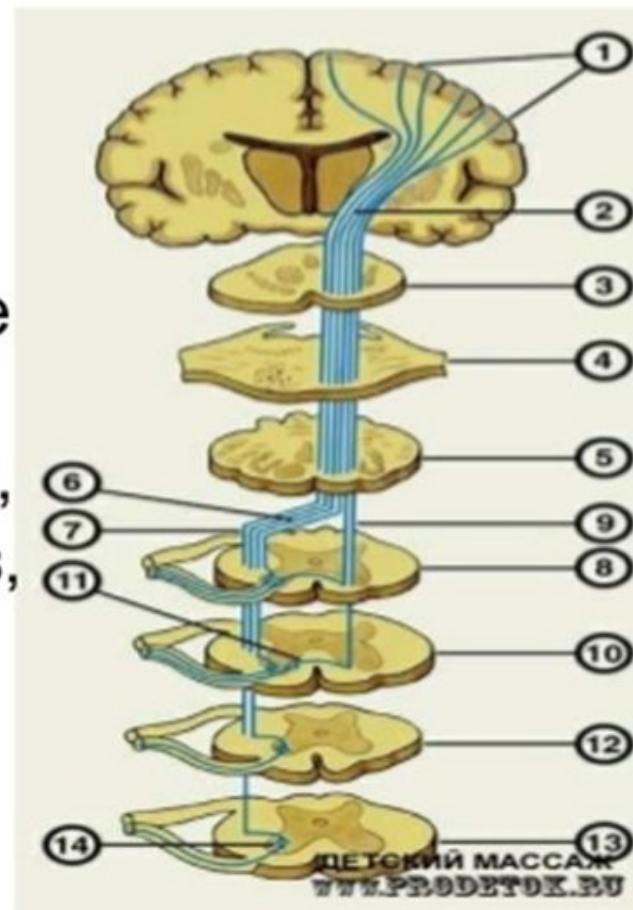
Клинические симптомы. Голос слабый, сиплый и хриплый, гласные и согласные звуки произносятся глухо, но иногда, наряду с оглушением звонких согласных, наблюдается озвончение глухих согласных. Тембр речи гнусавый, особенно гласных заднего ряда и твердых согласных со сложным артикуляционным укладом (р, л, ш, ж, ч, ц). Артикуляция гласных сдвинута назад. Артикуляция согласных упрощена и тоже сдвинута назад. Смычные согласные и вибрانت /р/ заменяются на щелевые. Щелевые согласные со сложной формой щели превращаются в плоскощелевые. 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.



## 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.



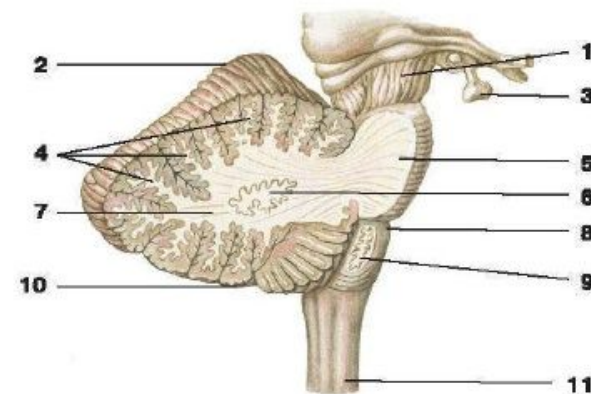
### 3. Мозжечковая дизартрия.

Характер поражения мозга. Встречается при поражении мозжечка и его связей с другими структурами мозга.

Патогенез и клинические симптомы. Отмечается выраженная асинхронность между дыханием, фонацией и артикуляцией. Вследствие этого речь замедлена по темпу, толчкообразная, с нарушенной модуляцией ударения, с затуханием голоса к концу фразы, то есть скандированная речь. Вследствие гипотонии движения артикуляционных органов воспроизводятся и удерживаются с трудом. В результате этого в фонетическом отношении нарушены звуки, которые требуют достаточно четких, дифференцированных движений и достаточной силы мышечных сокращений: сложные переднеязычные звуки, аффрикаты, смычные звуки. Развивается симптом открытой гнусавости. Просодические нарушения более выражены.

### Мозжечковая дизартрия.

Возникает при поражении мозжечка или его проводящих путей: в основном при кровоизлияниях или опухолях.



## 4. Подкорковая дизартрия (экстрапирамидная)

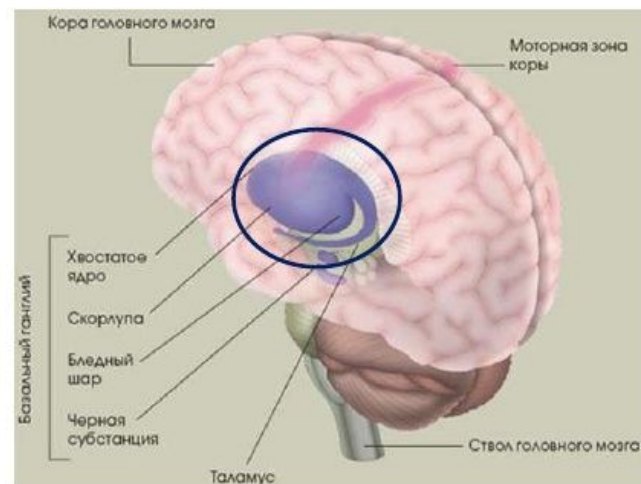
Характер поражения мозга. Различные поражения подкорковых ядер мозга и их нервных связей.

Патогенез (особенности двигательных расстройств). Экстрапирамидные расстройства мышечного тонуса в виде гипертонии, гипотонии или дистонии. Насильственные движения (гиперкинезы) в мышцах речевого аппарата в виде дрожания (например, интонационный тремор), медленных червеобразных сокращений мышц (например, при двойном атетозе), быстрых внезапных сокращений разных мышечных групп (например, при хорее), быстрых ритмических сокращений одних и тех же мышц (например, при миоклонии).

Клинические симптомы. Расстройства произношения чрезвычайно разнообразны, часто непостоянны. Голос бывает напряженным, резким, хриплым, колеблющимся в тембре и громкости. Иногда голос в процессе речи затухает и переходит в шепот. Иногда артикуляция гласных бывает нарушена больше, чем согласных. Отдельные слова и звуки могут произноситься правильно, но в момент гиперкинеза они оказываются резко искаженными и невнятными. Как правило, расстраиваются темп, ритм и мелодика речи. Больной замечает свои расстройства артикуляции.

## Экстрапирамидная дизартрия.

Обусловлена поражением образований экстрапирамидной системы: хвостатое, чечевичное, таламус, субталамическое ядро, красное и черное ядро; связей этих структур с другими структурами.



## 5. Кинестетическая постцентральная корковая дизартрия.

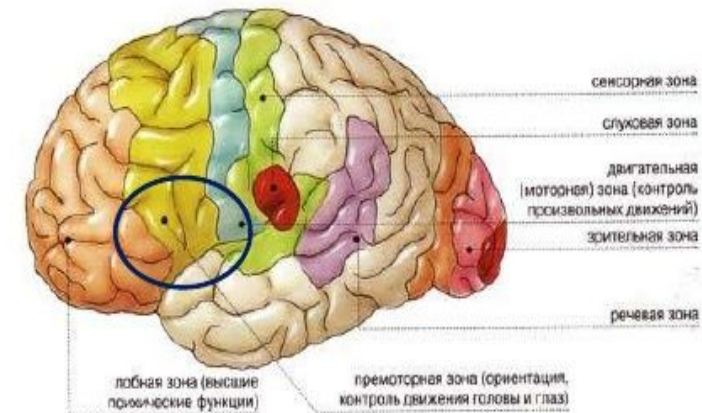
Характер поражения мозга. Одностороннее поражение постцентральных полей коры (их нижних отделов) доминантного, обычно левого полушария мозга.

Патогенез. Апраксия кинестетического типа. 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 признаками 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-дизартрик слышит свои ошибки артикуляции и активно (под контролем слуха и кинестетических ощущений) пытается их исправить, что приводит к нарушениям плавности и замедлению речи.

## Корковая дизартрия.

Связана с поражением нижней премоторной или нижней постцентральной зон коры больших полушарий головного мозга.



## 6. Кинетическая премоторная корковая дизартрия

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 переключении 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. Наблюдаются пропуски звуков в стечениях согласных и упрощения аффрикат (ц - с, т, те). Чрезмерная напряженность артикуляции косвенно приводит к усилению громкости голоса избирательному оглушению звонких смычных и реже щелевых согласных.

*Таким образом, основными симптомами дизартрии являются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушениями речевой, прежде всего артикуляционной моторики и речевого дыхания.*



## II. На основе синдромологического подхода следующие формы дизартрии

применительно к детям с церебральным параличом:

- спастико-паретическую,
- спастико-ригидную,
- спастико-гиперкинетическую,
- спастико-атактическую,
- атактико-гиперкинетическую (И. И. Панченко, 1979).

Такой подход частично обусловлен более распространенным поражением мозга у детей с церебральным параличом и в связи с этим преобладанием осложненных ее форм.

Синдромологическая оценка характера нарушений артикуляционной моторики представляет значительную сложность для неврологической диагностики, особенно когда эти нарушения проявляются без четких двигательных расстройств.

Поскольку в основе этой классификации лежит тонкая дифференциация различных неврологических синдромов, она не может быть проведена логопедом. Кроме того, для ребенка, в частности для ребенка с церебральным параличом, характерна смена неврологических синдромов под влиянием терапии и эволютивной динамики развития, в связи с чем классификация дизартрии по синдромологическому принципу представляет определенные трудности.

### III. По степени понятности речи для окружающих

Эта классификация была предложена французским невропатологом. G.Tardier (1968) применительно к детям с церебральным параличом. Автор выделяет четыре степени тяжести речевых нарушений у таких детей.

Первая, самая легкая степень, когда нарушения звуко-произношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка.


Вторая — нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих.

Третья — речь понятна только близким ребенка и частично для окружающих.

Четвертая, самая тяжелая — отсутствие речи или речь почти непонятна даже близким ребенка (анартрия).



**Жан Тардьё**



Под *анартрией* понимается полное или частичное отсутствие возможности звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц.

По тяжести проявлений анартрия может быть различной:  
тяжелая — полное отсутствие речи и голоса;  
среднетяжелая — наличие только голосовых реакций;  
легкая — наличие звукослоговой активности (И. И. Панченко, 1979).

### **Классификация по степени тяжести дизартрического расстройства:**

**Легкая** (есть отдельные нарушения звукопроизношения, смазанность речи, отмечается в основном на фразах или связной речи утомлении)

**Средняя** ( сложные нарушения звукопроизношения, смазанность речи отмечается на всех уровнях , речь носит невнятный малоразборчивый характер, но в целом понятным для окружающих).

**Тяжелая** ( грубые нарушения звукопроизношения, речь не разборчива, не понятна для окружающих).