

# ПАТОЛОГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

# Причины нервных заболеваний и основные формы нарушений нервной системы.

Факторы, являющиеся причинами нервных расстройств:

- Изменение климатических условий
- Биологические факторы
- Изменение жилищных условий
- Изменение характера питания
- Тревога
- Волнение
- Испуг
- Семейные конфликты



## В детском возрасте к таким факторам относятся:

- Ссоры родителей
- Пьянство родителей
- Разводы
- Раннее курение
- Употребление алкоголя, плохое и неравномерное питание



## Нейроинфекции (инф., специфичные для нервной системы):

- Энцефалиты - воспаление головного мозга
- Менингиты - воспаление мозговых оболочек
- Полиомиелит - воспаление вещества спинного мозга
- Невриты - воспаление периферических нервов

## Химические яды:

- Соединения свинца и ртути
- Алкоголь
- Гербициды
- Пестициды
- Некоторые лекарственные средства (хинин, стрептомицин)





## Общие инфекции (оказ. отрицат. воздействие на все отделы нервной системы):

- Корь
- Коклюш
- Краснуха
- Скарлатина
- Эпидемический паротит



# Функциональные нарушения, возникающие при поражении ЦНС.

## Расстройства двигательных функций

Связаны с поражением ЦНС, т.е. определенных отделов головного и спинного мозга, а также периферических нервов.

Наиболее частой формой двигательных нарушений как у взрослых, так и у детей являются параличи и парезы.

**Параличи** – полное отсутствие движений в соответствующем органе, в частности в руках или ногах.

**Парезы** – расстройства, при котором двигательная функция только ослаблена, но не исключена совсем.

Причины параличей (парезов): инфекционные, травматические или обменные (склероз) поражения, вызывающие непосредственно нарушение нервных путей и центров или расстраивающие сосудистую систему, в результате чего нормальное питание этих областей кровью прекращается, например при инсультах.

# Параличи (парезы)

## Центральные:

- повышенный тонус мышц (гипертония)
- повышение сухожильных и периостальных рефлексов (гиперрефлексия)
- наличие патологических рефлексов Бабинского, Россолимо и др.
- похудание мышц отсутствует

## Периферические:

- падение мышечного тонуса (атония или гипотония)
- снижение или отсутствие сухожильных рефлексов (гипо- или арефлексия)
- резкое похудание мышц (атрофия)

**Гиперкинезы** (насильственные нецелесообразные, лишние движения):

1. судороги (непроизвольные сокращения мышц):
  - клонические – быстро следующие друг за другом то сокращения, то расслабления мышц
  - тонические – характеризуются длинным сокращением мышечных групп
2. миоклония – периодически возникающие подергивания отдельных мелких мышц
3. атетоз – насильственные движения, чаще в пальцах рук и ног, напоминающие движения червя
4. тремор – насильственные ритмические колебания мышц, приобретающие характер дрожания
5. тики – повторяющиеся подергивания в определенных мышцах
6. атаксия – нарушение координации



## Особенности двигательных нарушений у аномальных детей:

1. глухие дети – при ходьбе шаркают подошвой, движения порывисты и резки, неуверенны, неустойчивое равновесие. Помощь: ЛФК, дозированная трудотерапия, спорт.
2. слепые дети – нерешительны и боязливы в движениях, протягивают руки вперед, чтобы не наткнуться, волочат ноги, ощупывая почву, идут согнувшись, движения угловаты и неловки. Помощь: спец. занятия по физическому воспитанию, спец. корригирующие мероприятия.
3. олигофрены – параличи и парезы, чаще спастические гемипарезы или различные формы гиперкинезов. В более легких случаях олигофрении локальные нарушения редки, но есть заторможенность, неуклюжесть, неловкость в движениях. Помощь: спец. корригирующие мероприятия (ЛФК, ритмика, ручной труд).

# Расстройства зрительных функций

## Причины и формы зрительных нарушений.

Причины зрительных нарушений:

1. местные и общие инфекции, в том числе и нейроинфекции
2. нарушения обмена веществ
3. травматические поражения глаза
4. аномалии развития глазного яблока

Формы:

1. амавроз – слепота на один глаз при поражении зрительного нерва
2. гемианопсия – выпадение половины зрения при нарушении функции зрительного тракта
3. скотома – частичное выпадение зрения при поражении коры головного мозга в затылочной области
4. зрительная агнозия – больной не узнает знакомые предметы

К расстройствам зрения относится также потеря цветоощущения: больной не различает некоторые цвета или видит все в сером цвете.

## Выделяют две группы детей

```
graph TD; A[Выделяют две группы детей] --> B[Слепые дети:]; A --> C[Слабовидящие дети:];
```

### **Слепые дети:**

- обладают слабым светоощущением
- различают свет и тьму
- некоторые имеют незначительные остатки зрения
- граница зрения 0,03 – 0,04  
(нормальное зрение принимается за единицу)

### **Слабовидящие дети:**

- сохранились некоторые остатки зрения
- граница зрения от 0,04 до 0,2

## Особенности нервной деятельности.

**У слепых.** В случаях наступления слепоты, обусловленной причинами, **не** связанными с **мозговыми поражениями**, нервная деятельность в процессе роста и развития будет сопровождаться формированием компенсаторных приспособлений, облегчающих такому человеку участие в общественно полезном труде. В случаях слепоты, возникшей в результате перенесенного мозгового заболевания (менингит, энцефалит, мозговые опухоли и т.д.), описанный путь выработки компенсаторных приспособлений может быть осложнен влиянием других последствий, которые могли иметь место после **мозгового поражения**. Речь идет о возможных нарушениях в области других анализаторов (кроме зрения), а также интеллекта и эмоционально – волевой сферы. Следует иметь в виду и влияние на характер нервной деятельности временного фактора. У слепорожденных или утративших зрение в раннем возрасте отсутствие его чаще не вызывает тяжелых изменений со стороны психики. У потерявших зрение в более позднем возрасте (школьном, подростковом) утрата сопровождается определенными нарушениями со стороны невропсихической сферы в форме острых астенических состояний, тяжелой депрессии, выраженных истерических реакций.

**У слабовидящих.** Преодолевают первичную беспомощность и постепенно вырабатывают в себе ряд свойств, которые позволяют им учиться, работать и активно участвовать в общественно полезном труде.

## Особенности педагогического процесса при обучении слепых и слабовидящих детей.

Развитие у слепого ребенка пространственных представлений (ориентировки в окружающей среде), развитие моторики, навыков самообслуживания. Применение в обучении точечного шрифта Л. Брайля. Использование приборов, с помощью которых слепые ориентируются в пространстве, создание приспособлений, позволяющих слепому пользоваться книгой с обычным шрифтом и т.д. При обучении слабовидящих, педагогический процесс в основном строится на использовании остатков зрения. Задача: усиление зрительного гнозиса. Достигается подбором соответствующих очков, использованием луп, обращением особого внимания на хорошую освещенность класса, усовершенствование парт и т.д. в помощь созданы контактные линзы, контактные ортостатические лупы, специальные станки для чтения обычного типографского шрифта.

## Особенности зрительного анализатора у глухих детей.

Глухие обладают повышенной остротой зрения за счет утраченного слуха. Зрительная адаптация глухонемых – это развитие компенсаторных процессов в коре больших полушарий, т.е усиленное формирование специализированных связей, в существовании которых в таком объеме не нуждается человек, обладающий нормальным слухом и зрением.

## Особенности зрительного анализатора у умственно отсталых детей.

Умственно отсталые дети недостаточно четко воспринимают особенности тех предметов и явлений, которые возникают перед их взором. В основе умственной отсталости лежит не избирательная дефектность отдельных органов чувств, а недоразвитие центральной нервной системы, в частности коры больших полушарий. Меньший процент близорукости сравнительно с нормальными школьниками и высокий процент астигматизма. Встречаются случаи прогрессирующего ослабления зрения в связи с атрофией зрительного нерва (в результате перенесенных менингоэнцефалитов).



# Расстройства слуховых функций.

## Выделяют:

1. глухота
2. тугоухость
3. слуховая агнозия

## Причины нарушения слуха:

1. поражение ЦНС (слуховых нервов, реже – слуховых путей и коры головного мозга в височной доле)
2. менингиты
3. ранние отиты
4. инфекции
5. интоксикации
6. аномалии развития слуховых органов
7. травмы
8. передача по наследству предрасположенности к возникновению глухоты

## Классификация глухоты

### Врожденная глухота:

Недоразвитие или поражение органов слуха еще во внутриутробном периоде

### Приобретенная глухота:

Наступает в результате различных причин, на разных возрастных этапах.

## Локализация

### Периферическая:

Первично пострадал периферический рецептор – улитка, слуховой нерв.

### Центральная (корковая):

Поражение слуховых областей в височной доле мозга или слуховых путей

## Влияние глухоты на развитие нервной системы и психики ребенка.

Повышенная возбудимость нервной системы, в отдельных случаях определяются клинические признаки органического поражения центральной нервной системы, асимметрия черепно – мозговых нервов, неравномерность сухожильных рефлексов, патологические рефлексы, нарушение координации, нередко нарушения работы со стороны сердечно – сосудистой и дыхательной системы (учащенный пульс, изменение дыхательного ритма).

### Слабослышащие дети (тугоухость).

Характеризуется тем, что у ребенка имеется более или менее стойкое понижение слуха на оба уха, в той или иной мере препятствующее нормальному общению с окружающей средой.

Причины:

1. последствие заболеваний среднего уха, вызванных общими или местными инфекциями или врожденным недоразвитием слуховых органов
2. заболевания ЦНС (последствие менингоэнцефалита)
3. заболевания носа и горла

## Влияние тугоухости на речь и психику детей:

1. речь неполноценна
2. неправильное произношение шипящих и свистящих звуков, замена их другими звуками (кошка – котка; собака - табака), замена звонких согласных глухими (дом - том)
3. неправильное произношение окончаний
4. речь глуховата, невыразительна
5. снижение уровня познавательной деятельности
6. снижение успеваемости
7. растерянность
8. замкнутость
9. недоверчивость
10. раздражительность

## Слуховая агнозия.

Особый вид расстройства акустического анализа и синтеза, возникающего в результате коркового поражения. При наличии нормального слуха больной теряет способность узнавать по характеру звучания знакомые ему предметы. В более сложных случаях полностью или частично теряется способность понимать смысл обращенной к больному речи. При слуховой агнозии обычно нарушается фонематический слух, больной не понимает сигнального значения отдельных звуков или слов человеческой речи. Акустическая дисграфия.

## Особенности педагогической работы с глухими и слабослышащими детьми.

Главнейшая задача сурдопедагога – развитие словесной речи, используя мимико - жестикулярную речь, чтобы создать больший контакт с глухими и ближе подойти к пониманию их особенностей. Постепенно пользование мимико – жестикулярной речью ограничивается и вспомогательным приемом в обучении глухонемых становится навык чтения с губ.



## Чтение с губ.

В основе навыка считывания с губ говорящего произносимых им слов лежит механизм подражательного рефлекса. Глухой видит движение речевых органов говорящего. Оптически воспринимаются гласные, губные, губно – зубные звуки. Не воспринимаются зрением звуки, произносимые в глубине ротовой полости (заднеязычные, вибраторы и т.д.).

## Дактилология (пальцевая азбука).

Своеобразный метод общения глухих между собой или со слышащими, которые в силу каких – либо причин овладели этим методом. Звуки речи (буквы) обозначаются определенным положением пальцев. Каждая буква обозначается тем или иным дактильным знаком. Буквы пишутся в воздухе, при помощи пальцевых комбинаций.

## Упражнение слуха.

Развитие у слабослышащих детей слуховых ощущений с помощью усилителей (специальная радиоаппаратура, индивидуальные слуховые протезы). Работа над речью ребенка, которая чаще (особенно при более тяжелых формах снижения слуха) характеризуется неясностью, смазанностью произношения, снижением звучности вследствие слабости слухового самоконтроля.

## Слепоглухонемота.

### Причины:

1. инфекционные или травматические процессы, поражающие преимущественно внешние рецепторы и зрения, и слуха, т.е. сетчатку с отходящим от нее зрительным нервом, кортиева орган уха и слуховой нерв.
2. тяжелый токсикоз беременности
3. менингит и менингоэнцефалит

В этом случае выключены из активной деятельности ведущие дистантные рецепторы (слух и зрение). Механизм познания внешнего мира осуществляется на основе оставшихся анализаторов. Взамен утраченного слуха и зрения начинает действовать система заменителей – кожно – кинестетических, обонятельных, вибрационных, температурных.

Особенности педагогической работы со слепоглухонемыми детьми.

Формирование системы педагогической работы связана с деятельностью И. А. Соколянского и А. В. Ярмоленко. Педагогическое воздействие направлено на развитие у слепоглухонемых познавательной деятельности, строго сочетает методы работы с особенностями их чувственного опыта.

Педагогические мероприятия сводятся к развитию моторных навыков, в частности навыков самообслуживания, санитарно – гигиенических и др. Затем формирование дактильной речи

# Расстройства речи.

## Афазии.

Афазии – формы распада сформированной речи, возникающие вследствие поражений головного мозга.

### Причины афатических расстройств:

1. опухоль мозга
2. сосудистые нарушения (спазмы кровеносных сосудов, кровоизлияния, тромбы)
3. травмы черепа
4. воспалительные процессы (энцефалиты)

### В зависимости от преимущественной локализации процесса выделяют формы:

1. экспрессивную (моторную) - связанная с поражением лобной области
2. импрессивную (сенсорную) - связанная с поражением височной области коры доминантного полушария

## Экспрессивная (моторная) афазия.

Выделяют:

1. динамическую (первую и вторую)
2. эфферентную
3. афферентную экспрессивную афазию

1.

Синдром **динамической** афазии развивается при поражении лобного конуса области лобной коры, расположенной впереди от “зоны Брока”. Степень выраженности симптомов может быть различной (от легких, еле заметных форм до резко выраженных нарушений). Характерным симптомом **первой** формы являются затруднения в составлении плана целого высказывания (при необходимости рассказать прочитанное или увиденное). При этом у больных сохраняется словарный запас и понимание речи: они отвечают на вопросы грамматически правильно построенными фразами. Наряду с речевыми расстройствами наблюдается изменение поведения (больные не знают, что им нужно делать, совершают асоциальные поступки) и легкая смена настроения (от эйфории к депрессии). При хроническом течении болезни нарастают речевые и психические расстройства.

**Второй** формой динамической афазии являются речевые расстройства в форме распада грамматических структур. Больным оказывается все сложнее и сложнее составить фразу, они теряют знакомые слова, исчезают дополнения, предлоги. Больные затрудняются в выполнении изолированных и грамматических операций (образование родственных слов и окончаний существительных, спряжение глаголов), в согласовании и управлении, в порядке слов, в употреблении видовременных форм глаголов.

## 2.

**Эфферентная** моторная афазия возникает при поражении задней трети нижней лобной извилины доминантного полушария, что соответствует классической “зоне Брока”. В речи больных лексико – грамматические расстройства, проявляющиеся в распаде грамматических структур и ограничении словаря. Аграмматизмы, отсутствие окончаний слов. В общей и речевой моторике проявляется заторможенность, больные с большим трудом поддерживают контакт с окружающими. При нарастании симптоматики у больных наблюдается распад структуры слова (лексико – грамматические расстройства). В этих случаях больные повторяют изолированные звуки или слоги, не могут произнести серийно организованный комплекс звуков, составляющих слово. Больных затрудняет произнесение не отдельных звуков, а их позиционные варианты, зависящие от предыдущих и последующих звуков в слове.



### 3.

**Афферентная** моторная афазия возникает при поражении нижних отделов задней центральной извилины левого полушария и нижних отделов теменной области. У больных расстраивается автоматизированный процесс нахождения необходимого артикулем для произнесения того или другого звука. Учитывая постоянный слуховой контроль за произнесением звука или слова, у больных появляются поиски правильной артикуляции, многократные повторы слоговых или литературных элементов. Затруднение в произвольном повторении отдельных звуков свидетельствует о нарушении не самих программ, а их исполнения. В процессе реализации речи большое значение приобретает звено выбора звуков (артикулем) по кинестетическим признакам.

## Импрессивная афазия.

Выделяют:

1. семантическую
2. акустико – мнестическую
3. сенсорную

1.

**Семантическая** форма афазии возникает при поражении теменно – височно – затылочной области левого полушария. Нарушения речи проявляются в дефектах понимания логико – грамматических отношений. Больной не может вовремя найти нужное слово, не в состоянии выразить в словах свою мысль, испытывает мучительные трудности, пытаясь понять сложные грамматические отношения, не может считать, возникают различные пространственные затруднения. У больных затруднен выбор слов по значению, отмечаются выраженные пространственные нарушения (в слове, в деятельности, в рисунке).

2.

**Акустико – мнестическая** афазия возникает при поражении средних отделов наружной поверхности височной области левого полушария. Характерным признаком является слабость слухо – речевых следов, в связи с чем больные не могут удержать в памяти длинную фразу или ряд слов. Значительное затруднение они испытывают и в нахождении нужных слов, особенно при назывании предметов и явлений. При дифференциальной диагностике семантической и акустико – мнестической афазии особенности затруднений в названии слов можно выявить с помощью подсказки. При семантической афазии больной использует помощь и вспоминает нужное слово, в то время как больные с акустико – мнестическими расстройствами (височная область) не могут использовать подсказку для вспоминания слова. Нередко в этих случаях наблюдается “отчуждение” смысла слова, когда больной теряет его значение. Таким образом, для данной формы афазии ведущим является нарушение выбора слова на основе звуковых следов.

3.

**Сенсорная** афазия возникает при поражении задней трети верхневисочной извилины и проявляется в распаде фонематического слуха (непонимание речи окружающих, отчуждение смысла слова). В легких случаях больные недостаточно дифференцируют отдельные оппозиционные звуки, в тяжелых случаях понимание речи недоступно.

Больные слышат речь как шум, но звуки теряют свое сигнальное значение. Экспрессивная речь больных страдает вторично из – за потери контроля, становится неразборчивой и превращается в “словесный салат”. Некоторые хорошо усвоенные слова больные самостоятельно произносят правильно. Таким образом, ведущим в данной форме афатических расстройств является нарушение слухового контроля за выбором слов и звуков.

### Алалия

Алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

Причины:

1. родовые черепно – мозговые травмы
2. асфиксии новорожденных с последующими кровоизлияниями в различные отделы мозга
3. гипоксия матери

## Особенности развития экспрессивной речи у детей с моторной и сенсорной алалией.

У детей с **моторной** алалией отсутствует или ограничено гуление, поздно появляющийся и очень бедный лепет. Лепет появляется на втором или третьем году жизни, их называют “безречевыми”. К концу третьего года и позже у детей появляются отдельные звукоподражания или слоговые элементы, которые также сохраняются на длительный срок. Накопление словаря идет медленно. В возрасте 4 – 5 лет происходит некоторая активизация речи, обогащение словаря за счет наиболее простых по структуре слов. Начинает формироваться фраза, структура которой резко нарушена (отмечаются выраженные аграмматизмы). Бедность словаря сохраняется. После 5 – летнего возраста отмечается активизация речи.

У детей с **сенсорной** алалией на фоне сохраненного слуха (достаточного для развития речи) отмечается нарушение восприятия речи. В одних случаях дети слышат слова, повторяют их, но не соотносят с предметом, его обозначающим. Связи “слово - предмет” и при многократных повторениях не формируются. Поведение детей правильное, интерес к окружающей обстановке достаточный, экспрессивная речь развивается. В этих случаях предполагается затруднение оптико – акустических связей.



Другим вариантом сенсорных нарушений являются собственно сенсорные расстройства, когда дети не понимают речи окружающих и не могут повторить слово вслед за педагогом. Дети с сенсорными нарушениями лучше воспринимают тихие звуки или звуки средней громкости, в то время как громкие звуки их раздражают. Они лучше воспринимают речь человека, постоянно общающегося с ними, а речь незнакомого человека не воспринимают вовсе.

### Фонетико – фонематические расстройства.

1. дислалия
2. дизартрия

**Дислалия** – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Отмечаются искажения, замещения, пропуски и перестановки отдельных звуков. Дислалии подразделяют на механические, проявляющиеся в результате неправильного строения артикуляционного аппарата, анатомического дефекта органов артикуляции и т.п., и функциональные, при которых отмечают многочисленные формы неправильного произнесения шипящих, свистящих, р – л, не обусловленные аномалиями артикуляционного аппарата и отклонениями со стороны нервной системы.

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

Представляет собой речевое нарушение, вызванное поражением центральной нервной системы, которое проявляется в расстройстве артикуляции, фонации и дыхания.

Выделяют:

1. бульбарную
2. псевдобульбарную
3. корковую
4. смешанную
5. мозжечковую дизартрии

**Бульбарная** дизартрия. При развитии у больных опухоли в области ствола мозга в процесс вовлекаются ядра черепно – мозговых нервов: тройничного, лицевого, языкоглоточного, блуждающего, подъязычного, которые иннервируют определенную группу мышц артикуляционного аппарата, участвующих в звукообразовании, фонации и дыхании. При поражении ядер черепно – мозговых нервов (паралич) носит характер периферического, т.е. нарушается проведение нервного импульса и мышцы атрофируются. Особенно заметны дизартрические расстройства при поражении подъязычного нерва с одной стороны, при этом кончик языка отклоняется в сторону пареза, при хронических процессах на стороне пареза могут появиться трофические язвы.

Более распространенными являются **псевдобульбарные** дизартрии, развивающиеся на фоне детского церебрального паралича (пареза). ДЦП имеет пренатальную (внутриутробную) и натальную (родовую) этиологию, ведущую роль играют черепно – мозговые травмы с кровоизлияниями в мозг. Для ДЦП характерна преимущественна локализация поражения во внутренней капсуле (между двумя ядрами подкорки), где проходит пирамидный путь (корково – стволковой и корково – спинальный пути). Поражение пирамидного пути именно в этой области обуславливает паралич (парез) противоположной части тела и всей артикуляционной мускулатуры. Характеризуется задержкой период гуления и лепета. Звуки оказываются однообразными, тихими, редкими, кратковременными, без интонационной выразительности. Дети плохо берут грудь, молоко при сосании попадает в полость носа или отмечаются поперхивания, что указывает на слабость мышц, иннервируемых лицевым и языкоглоточным нервами. С возрастом лексическое развитие речи ребенка задерживается. Многие звуки отсутствуют, что затрудняет контакт с окружающими. В последующем некоторые звуки формируются, но речь остается смазанной, невнятной. Дети не различают звуки на слух, затрудняются в повторении звукового ряда, выделении звуков в словах. Неврологическая симптоматика характеризуется недостаточной подвижностью рук и ног с одной или с обеих сторон. Выявляется косоглазие, недостаточная выраженность носогубной складки, плохая подвижность лицевой мускулатуры, слабая смычка губ, повышенное слюноотделение, невозможность надувания щек, слабый, истощаемый хриплый голос, плохая подвижность языка, короткое поверхностное дыхание. Ограничение объема движений (паретичность), повышение мышечного тонуса (гипертония) и сухожильных рефлексов (гиперрефлексия), вызываются патологические рефлексов (Бабинского, Россолимо и др.).

У одних детей преобладает слабость **кинестетического** праксиса – вариант **корковой** афферентной апраксической дизартрии, обусловленный односторонним поражением коры доминантного полушария в нижних постцентральных отделах коры. В этих случаях расстраивается произнесение согласных звуков, причем нарушения артикуляции непостоянны. Отмечается поиск определенного артикуляционного уклада в момент речи, что замедляет ее темп и нарушает плавность. При обследовании наблюдаются поиски необходимой артикуляции, больные с трудом находят заданную позу.

У других детей преобладает недостаточность динамического **кинестетического** праксиса – кинестетический вариант **корковой** афферентной апраксической дизартрии, возникающий при поражении нижних отделов премоторной области левого полушария. Характеризуется затруднениями произнесения сложных аффрикат, которые могут распадаться на составные части. Речь ребенка напряженная, замедленная. При исследовании артикуляционного праксиса отмечаются трудности воспроизведения серии последовательных движений по заданию.

При **смешанной** дизартрии наблюдается мышечная дистония в общей и артикуляционной моторике. Дистония искажает артикуляцию, возникает непостоянство, замена и пропуск звуков. Дистония артикуляционных мышц обычно сочетается с гиперкинезами мышц лица, языка, губ, диафрагмы, межреберных мышц, в связи с чем дизартрические нарушения сочетаются с расстройством дыхания и фонации. Особенность смешанной дизартрии состоит в отсутствии стабильных нарушений звукопроизношения, а также в сложности автоматизации звуков. Смешанная дизартрия нередко сочетается с нарушениями по типу нейросенсорных расстройств, прежде всего слуха.

Для **мозжечковой** формы дизартрии характерны гипотония артикуляционных мышц, а также десинхронизированное дыхание, фонация и артикуляция. Речь замедленная, толчкообразная. С нарушенной модуляцией, затуханием голоса к концу фразы (скандированная речь). В неврологическом статусе больных – атаксия, расстройство координации движений.

## Темпо – ритмические расстройства.

Выделяют формы:

1. несудорожные (тахилалия, брадилалия, спотыкание)
2. судорожные (заикание)

**Тахилалия** – патологически ускоренный темп речи. Центральным звеном в патогенезе тахилалии является расстройства темпа внешней и внутренней речи за счет патологического преобладания процессов возбуждения. В клинике наряду с ускоренным темпом внешней и внутренней речи наблюдается ускоренный темп общей моторики и всех психических процессов, повышенная поверхностная эмоциональность, гиперактивность. Движения недостаточно координированы как в общей, так и в артикуляционной моторике, что выражается в расстройстве темпа, ритма, и плавности речевого высказывания. При резком возбуждении (в споре или волнении) речь становится еще более ускоренной и на высоте торопливости появляются запинки, повторения, проглатывания или перестановки слогов, слов, неясность произношения, смазанность, что затрудняет восприятие речи окружающими. Осложненная психогенией и развивающейся в связи с этим астенизацией тахилалия может способствовать развитию заикания.

**Брадилалия** – патологически замедленная речь. Наблюдается у больных, перенесших энцефалит с поражением одного из ядер подкорки (паллидума) и преобладанием другого ядра подкорки (стриатума). Наряду с брадилалией у людей перенесших энцефалит наблюдается маскообразность лица, замедленность общей моторики. специфическая поза (руки согнуты в суставах и приведены к груди, ноги присогнуты, больной передвигается маленькими шажками), речь растянутая, монотонная, немодулированная. Замедленность темпа внешней и внутренней речи, замедление психических процессов приводит к инвалидизации больного.

**Спотыкание** – тяжелое расстройство темпа и ритма речи, которое часто сочетается с другими формами речевых расстройств. У больного со спотыканием нет осознания своего дефекта, его речь улучшается при напряжении и привлечении внимания; чтение хорошо известного текста удаётся хуже, чем знакомого; письмо торопливое, повторяющееся, с неясным почерком.



**Заикание** – характеризуется судорожными сокращениями в мышцах артикуляции, фонации и дыхания.

Предрасполагающие факторы:

1. незначительные посттравматические или постинфекционные мозговые дисфункции, проявляющиеся в слабости нервных клеток, их повышенной утомляемости и истощаемости
2. острые шоковые или субшоковые психические травмы (испуг, разлука с родителями, изменение привычного жизненного стереотипа (помещение в дошкольное учреждение, стационар))
3. длительные травмирующие психику ситуации
4. конфликтные отношения в семье
5. неправильное воспитание
6. перегрузка информацией
7. попытка формировать темп речевого высказывания
8. резкая смена требований к речевой деятельности
9. двуязычие в семье

Заикание чаще возникает в возрасте 3 – 4 лет , в период наиболее активного пользования речью. Проявляется в форме судорог тонического или клонического характера. При тонической судороге отмечается спазм в артикуляционной мускулатуре и больной не может произнести нужный звук. При клоническом заикании наблюдаются ритмические повторения отдельных звуков или слоговых элементов и затруднения при переключении к следующему слоговому элементу. Локализация судорог возможна как в артикуляционной мускулатуре, так и в дыхательной и фонационной.

Выделяют две формы заикания:

1. невротическое заикание
2. неврозоподобное заикание

**Невротическое** заикание возникает после перенесенных ребенком с неокрепшей нервной системой психологических травм, на фоне общей и вегетативной недостаточности. Ребенок произносит отдельные слова, меняется темп и плавность речи, появляются первые запинки. При неправильном отношении (замечания, наказания) и продолжающемся воздействии травмирующих психику факторов запинки усиливаются, формируются различные невротические реакции, в том числе страх речи. С возрастом могут сформироваться стойкие невротические реакции: навязчивые действия, страхи, мысли. Усиление заикания в осложнение невротических реакций чаще всего наблюдается в пубертатном периоде (15 – 17 лет). В этом возрасте резко усиливается логофобия (страх речи), появляются субдепрессивные сдвиги настроения, возникают различные астенические и сомато – вегетативные расстройства.

**Неврозоподобное** заикание возникает на фоне резидуально – органических и соматогенных нарушений головного мозга. Развивается на фоне запаздывающего речевого формирования (полное отсутствие речи до 3 лет или начало речевого развития с выраженными дизартрическими трудностями). Запинки появляются медленно, отсутствуют указания на испуг или другие травмирующие психику обстоятельства. Преобладают клонно – тонический компонент в мышцах артикуляции и тикозные подергивания в лицевой мускулатуре. Нет выраженных личностных реакций на дефект – больные многоречивы, не стесняются своего речевого расстройства, не используют логопедические приемы, маскирующие запинки в речи. У детей: рассеянная неврологическая симптоматика, астеническое состояние, тика, энурез. Отмечаются ограничение речевого словаря и выраженные аграмматизмы или расстройства звукопроизношения. Лечебные мероприятия: развитие общей и мелкой моторики, работа над дыханием. фонацией, артикуляцией, темпом, ритмом и плавностью речи.

## Расстройства письменной речи.

1. дислексия – нарушение чтения
2. дисграфия – нарушение письма

**Дислексия.** В зависимости от локализации поражения могут возникать различные формы расстройства чтения. В одних случаях имеет место потеря уже сформированного навыка; больной престаёт узнавать некоторые буквы, они кажутся ему непонятными знаками. При формировании этого навыка впервые такие ученики никак не могут удержать в памяти образ буквы. Отсюда при чтении сигнальное значение отдельных букв теряется и возникает полная невозможность прочесть слово, или оно при чтении извращается. В других случаях образ букв у таких лиц сохраняется, но крайне затруднен синтез, т.е. слияние букв в слоги и слова. Нередко эти нарушения сочетаются.

**Дисграфия.** Выделяют: акустические, оптические, моторные дисграфии. При акустической дисграфии ослабление фонематического слуха вследствие различных причин может обусловить неправильное письмо – перестановку букв и слогов в слове, замена звонких звуков глухими, пропуски, неправильные окончания, слияние двух слов в одно. При оптической дисграфии письмо невозможно (больной утратил после болезни оптический образ букв), иногда эти способности недоразвиты от рождения, в более легких случаях письмо возможно, но учащиеся путают буквы по оптическому сходству (н – п, п – и, с – о, и – т, у – д). Могут нарушаться пространственные соотношения (неодинаковые размеры букв, различное расстояние между ними). Зеркальное письмо (буквы пишутся в форме их зеркального отражения). При моторной дисграфии письмо больных приобретает крайне неряшливый вид: буквы неправильной формы, отмечается их неодинаковый размер, вначале строки пишут крупно, а в конце – мелко. Имеет место стереотипия, редупликация (повторение одних и тех же букв). Дети с ОНР с трудом запоминают буквы, затрудняются в написании слов под диктовку. У детей с ДЦП и дизартрией нарушение чтения и письма связано с недостаточным движением глаз, отсутствием синхронности их движений вдоль строки, сужением полей зрения, специфическими оптико – гностическими расстройствами. Зеркальность письма.