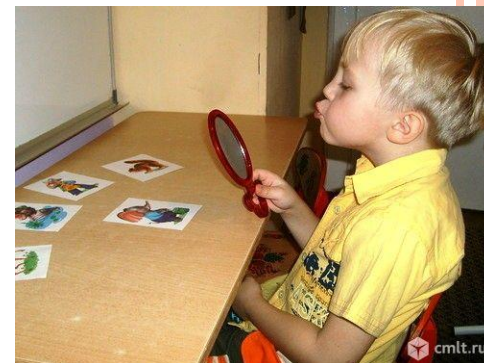




ДИЗАРТРИЯ



ДИЗАРТРИЯ — НАРУШЕНИЕ
ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ,
ОБУСЛОВЛЕННОЕ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
ИННЕРВАЦИИ РЕЧЕВОГО АППАРАТА.



- Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем.
- Дизартрия — термин латинский, в переводе означает расстройство членораздельной речи — произношения (дис — нарушение признака или функции, артрон — сочленение).



АНАРТРИЯ

- Нарушения звукопроизношения при дизартрии проявляются в разной степени и зависят от характера и тяжести поражения нервной системы.
- В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, «смазанная речь»,
- в более тяжелых наблюдаются искажения, замены и пропуски звуков, страдает темп, выразительность, модуляция, в целом произношение становится невнятным.
- При тяжелых поражениях центральной нервной системы речь становится невозможной из-за полного паралича речедвигательных мышц.
- Такие нарушения называются анартрией
- (а — отсутствие данного признака или функции, артрон — сочленение).



ДИЗАРТРИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ НАБЛЮДАЮТСЯ

- при различных органических поражениях мозга, которые у взрослых имеют более выраженный очаговый характер.



- у детей при перинатальной патологии, (поражением нервной системы плода и новорожденного).
- Наиболее часто дизартрия наблюдается при детском церебральном параличе, по данным различных авторов, от 65 до 85% (М.Б. Эйдинова и Е.Н. Правдина-Винарская, Е.М. Мастюкова).



ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ И ХАРАКТЕРОМ ПОРАЖЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ, ЧАСТОТОЙ И ТЯЖЕСТЬЮ ДИЗАРТРИИ.

- При наиболее тяжелых формах детского церебрального паралича, когда отмечается поражение верхних и нижних конечностей и ребенок практически остается обездвиженным (двойная гемиплегия), дизартрии (анартрии) наблюдаются практически у всех детей.
- Е. М. Мастюкова (1971, 1977) установила взаимосвязь между тяжестью поражения верхних конечностей и поражением речевой мускулатуры.
- Менее выраженные формы дизартрии могут наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших легкую асфиксию или родовую травму или имеющих в анамнезе влияние других нерезко выраженных неблагоприятных воздействий во время внутриутробного развития или в период родов.
- В этих случаях легкие (стертые) формы дизартрии сочетаются с другими признаками минимальной мозговой дисфункции (Л. Т. Журба и Е. М. Мастюкова, 1980).



ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ДИЗАРТРИИ

- Клиническая картина дизартрии впервые была описана более ста лет назад у взрослых в рамках псевдобульбарного синдрома (Lepine, 1977; A. Oppenheim, 1885; G. Pezitz, 1902, и др.).
- В дальнейшем в 1911 г. Н. Gutzmann определил дизартрию как нарушение артикуляции и выделил две ее формы: центральную и периферическую.
- Начальное изучение данной проблемы проводилось в основном невропатологами в рамках очаговых поражений мозга у взрослых больных.



История изучения дизартрии

□ .



- Большое влияние на современное понимание дизартрии оказали работы М. С. Маргулиса (1926), который впервые четко отграничил дизартрию от моторной афазии и разделил ее на бульбарную и церебральную формы.
- Автор предложил классификацию церебральных форм дизартрии на основе локализации очага поражения головного мозга, что в дальнейшем нашло отражение в неврологической литературе, а затем в учебниках логопедии (О.В. Правдина, 1969).



ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ДИЗАРТРИИ

- Важным этапом в развитии проблемы дизартрии является изучение локально-диагностических проявлений дизартрических расстройств (работы Л. Б. Литвака, 1959 и Е.Н. Винарской, 1973).
- Е.Н. Винарской впервые было проведено комплексное нейролингвистическое изучение дизартрии при очаговых поражениях мозга у взрослых больных.
- Наиболее подробно дизартрия описана у детей с церебральным параличом (М.Б. Эйдинова, Е.Н. Правдина-Винарская, 1959; К. А. Семенова, 1968; Е.М. Мастюкова, 1969, 1971, 1979, 1983 и др.).
- В зарубежной литературе она представлена работами G. Bohme, 1966; M. Climent, T. E. Twitchell, 1959; R.D. Neilson, N.O. Dwer, 1984.



ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ДИЗАРТРИИ

- ▣ В настоящее время проблема дизартрии детского возраста интенсивно разрабатывается в клиническом, нейролингвистическом, психолого-педагогическом направлениях.

Установлено, что клинко-физиологические аспекты дизартрии определяются локализацией и тяжестью поражения мозга.


Анатомическая и функциональная взаимосвязь в расположении и развитии двигательных и речевых зон и проводящих путей определяет частое сочетание дизартрии с двигательными нарушениями различного характера и степени выраженности.



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.

Причины дизартрии

- 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),
 - наследственные болезни нервной и нервно-мышечной систем.
 -
- 

Нарушения звукопроизношения при дизартрии возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи:



- 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 СТРУКТУР МОЗГА, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ РЕЧИ, 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 артикуляторных 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.



Особенностью дизартрии у детей является ее смешанный характер с сочетанием различных клинических синдромов (задержкой речевого развития, общим недоразвитием речи, моторной алалией, заиканием).



- Это связано с тем, что при воздействии вредоносного фактора на развивающийся мозг повреждение чаще имеет более распространенный характер, и тем, что поражение одних мозговых структур, необходимых для управления двигательным механизмом речи, может способствовать задержке созревания и нарушать функционирование других.
- У детей поражение отдельных звеньев речевой функциональной системы в период интенсивного развития может приводить к сложной дезинтеграции всего речевого развития в целом.
- В этом процессе определенное значение имеет поражение не только собственно двигательного звена речевой системы, но и нарушения кинестетического восприятия артикуляционных поз и движений.



РОЛЬ РЕЧЕВЫХ КИНЕСТЕЗИЙ В РАЗВИТИИ РЕЧИ И МЫШЛЕНИЯ



- впервые была показана И. М. Сеченовым и в дальнейшем развита в исследованиях И.П. Павлова, А.А. Ухтомского, В.М. Бехтерева, М.М. Кольцовой, А.Н. Соколова и других авторов.
- Большую роль кинестетических ощущений в развитии речи отмечал Н.И. Жинкин (1958): «Управление речевыми органами никогда не наладится, если сами они не будут сообщать в управляющий центр, что ими делается, когда воспроизводится ошибочный, не принимаемый слухом звук... Таким образом, кинестезии есть не что иное, как обратная связь, по которой центральное управление осведомляется, что выполнено из тех приказов, которые посланы на исполнение... Отсутствие обратной связи прекратило бы всякую возможность накопления опыта для управления движением речевых органов. Человек не смог бы научиться речи. Усиление обратной связи (кинестезии) ускоряет и облегчает выучку речи» (Жинкин Н.И. Механизмы речи. - М.: 1958. - С. 63).
- Кинестетическое чувство сопровождает работу всех речевых мышц. Так, в полости рта возникают различные дифференцированные мышечные ощущения в зависимости от степени мышечного напряжения при движении языка, губ, нижней челюсти. Направления этих движений и различные артикуляционные уклады ощущаются при произнесении тех или иных звуков.



При дизартрии четкость кинестетических ощущений часто нарушается



- и ребенок не воспринимает состояние напряженности, или, наоборот, расслабленности мышц речевого аппарата, насильственные непроизвольные движения или неправильные артикуляционные уклады.
- Обратная кинестетическая афферентация является важнейшим звеном целостной речевой функциональной системы, обеспечивающей постнатальное созревание корковых речевых зон.
- Поэтому нарушение обратной кинестетической афферентации у детей с дизартрией может задерживать и нарушать формирование корковых мозговых структур: премоторно-лобной и теменно-височной областей коры — и замедлять процесс интеграции в работе различных функциональных систем, имеющих непосредственное отношение к речевой функции.
- Таким примером может быть недостаточное развитие взаимосвязи слухового и кинестетического восприятия у детей с дизартрией.
- Аналогичная недостаточность интеграции может отмечаться в работе двигательного-кинестетической, слуховой и зрительной систем.



КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ

- Дети с дизартрией по своей клинико-психологической характеристике представляют крайне неоднородную группу.
- При этом нет взаимосвязи между тяжестью дефекта и выраженностью психопатологических отклонений.
- Дизартрия, и в том числе наиболее тяжелые ее формы, могут наблюдаться у детей с сохранным интеллектом, а легкие «стертые» проявления могут быть как у детей с сохранным интеллектом, так и у детей с олигофренией.



Дети с дизартрией по клинико-психологической характеристике могут быть условно разделены на несколько групп в зависимости от их общего психофизического развития:

- **дизартрия у детей с нормальным психофизическим развитием;**
- **дизартрия у детей с церебральным параличом** (клинико-психологическая характеристика этих детей описали Е.М. Мастюкова, М. В. Ипполитова и др.);
- **дизартрия у детей с олигофренией** (Г.Е. Сухарева, 1965; М.С. Певзнер);
- **дизартрия у детей с гидроцефалией** (М.С. Певзнер, 1973; Е.М. Мастюкова, 1983);
- **дизартрия у детей с задержкой психического развития** (М.С. Певзнер, 1972; К.С. Лебединская, 1982; В.И. Лубовский, 1972, и др.);
- **дизартрия у детей с минимальной мозговой дисфункцией** - встречается наиболее часто среди детей специальных дошкольных и школьных учреждений. У них наряду с недостаточностью звукопроизносительной стороны речи наблюдаются обычно нерезко выраженные нарушения внимания, памяти, интеллектуальной деятельности, эмоционально-волевой сферы, легкие двигательные расстройства и замедленное формирование ряда высших корковых функций.

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

- обычно проявляются в более поздних сроках формирования двигательных функций, особенно таких, как
- развитие возможности самостоятельно садиться,
- ползать с попеременным одновременным выносом вперед руки и противоположной ноги и с легким поворотом головы и глаз в сторону вперед вынесенной руки,
- ходить,
- захватывать предметы кончиками пальцев и манипулировать с ними.



ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ

проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы. На первом году жизни такие дети беспокойны, много плачут, требуют к себе постоянного внимания. У них отмечаются нарушения сна, аппетита, предрасположенность к срыгиванию и рвотам, диатезу, желудочно-кишечным расстройствам. Они плохо приспосабливаются к изменяющимся метеорологическим условиям.



В дошкольном и школьном возрасте они двигательны беспокойны, склонны к раздражительности, колебаниям настроения, суетливости, часто проявляют грубость, непослушание. Двигательное беспокойство усиливается при утомлении, некоторые склонны к реакциям истероидного типа: бросаются на пол и кричат, добиваясь желаемого.

Другие пугливы, заторможены в новой обстановке, избегают трудностей, плохо приспосабливаются к изменению обстановки.



ОБЩАЯ И МЕЛКАЯ МОТОРИКА



- ❑ Несмотря на то, что у детей не наблюдаются выраженные параличи и парезы, моторика их отличается общей неловкостью, недостаточной координированностью,
- ❑ они неловки в навыках самообслуживания,
- ❑ отстают от сверстников по ловкости и точности движений,
- ❑ у них с задержкой развивается готовность руки к письму,
- ❑ поэтому долго не проявляется интерес к рисованию и другим видам ручной деятельности,
- ❑ в школьном возрасте отмечается плохой почерк.

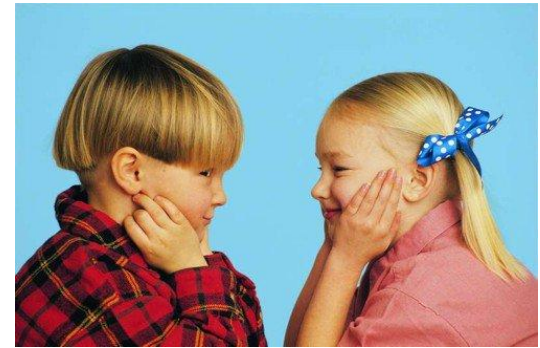


У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ

- Выражены нарушения интеллектуальной деятельности в виде низкой умственной работоспособности, нарушений памяти, внимания.
 - Для многих детей характерно
 - замедленное формирование пространственно-временных представлений,
 - оптико-пространственного гнозиса,
 - фонематического анализа,
 - конструктивного праксиса.
- Клинико-психические особенности этих детей исследовали Е. М. Мастюкова, 1977; Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова, 1978; Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова, 1980, 1985 и др.



ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИЗАРТРИИ



- Определение структуры дефекта при дизартрии на современном уровне развития науки невозможно без привлечения данных психолингвистики о процессе порождения речи.
- При дизартрии нарушается реализация двигательной программы за счет несформированности операций внешнего оформления высказывания:
 - голосовых,
 - темпо-ритмических,
 - артикуляционно-фонетических,
 - просодических нарушений.
- В последние годы внимание многих лингвистов привлекается к просодическим средствам высказывания
 - (расстановка пауз,
 - выделение отдельных элементов высказывания акцентом,
 - включение нужной интонации)
 - в аспекте изучения соотношения семантики и синтаксиса.
- При дизартрии просодические нарушения могут вызывать своеобразные семантические нарушения и затруднять коммуникацию.



ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИЗАРТРИИ

- Трудность развернутого высказывания при дизартрии может быть обусловлена не только чисто моторными затруднениями, но и нарушениями языковых операций на уровне процессов, связанных с выбором нужного слова.
- Нарушения речевых кинестезии могут приводить к недостаточной упроченности слов, и в момент речевого высказывания нарушается максимальная вероятность всплывания именно нужного слова.
- Ребенок испытывает выраженные затруднения в нахождении нужного слова.
- Это проявляется в затруднениях введения лексической единицы в систему синтагматических связей и парадигматических отношений.
- При дизартрии за счет общих нарушений мозговой деятельности могут возникать специфические трудности в выделении существенных и торможении побочных связей, что приводит к недостаточности формирования общей схемы высказывания, которые усиливаются за счет недостаточного подбора нужных лексических единиц.
- При дизартрии, сочетающейся с более локальным поражением (или дисфункцией) теменно-затылочных отделов левого полушария, отмечается недостаточная сформированность симультанных пространственных синтезов, что затрудняет формирование сложных логико-грамматических отношений.
- Это проявляется в затруднениях формирования высказывания и его декодирования.



КЛАССИФИКАЦИЯ ДИЗАРТРИИ

- В ее основу положены принцип локализации, синдромоло-гический подход, степень понятности речи для окружающих. Наиболее распространенная классификация в отечественной логопедии создана с учетом неврологического подхода на основе уровня локализации поражения двигательного аппарата речи (О. В. Правдина и др.).

Различают следующие формы дизартрии:

- бульбарную,
- псевдобульбарную,
- экстрапирамидную (или подкорковую),
- мозжечковую,
- корковую.

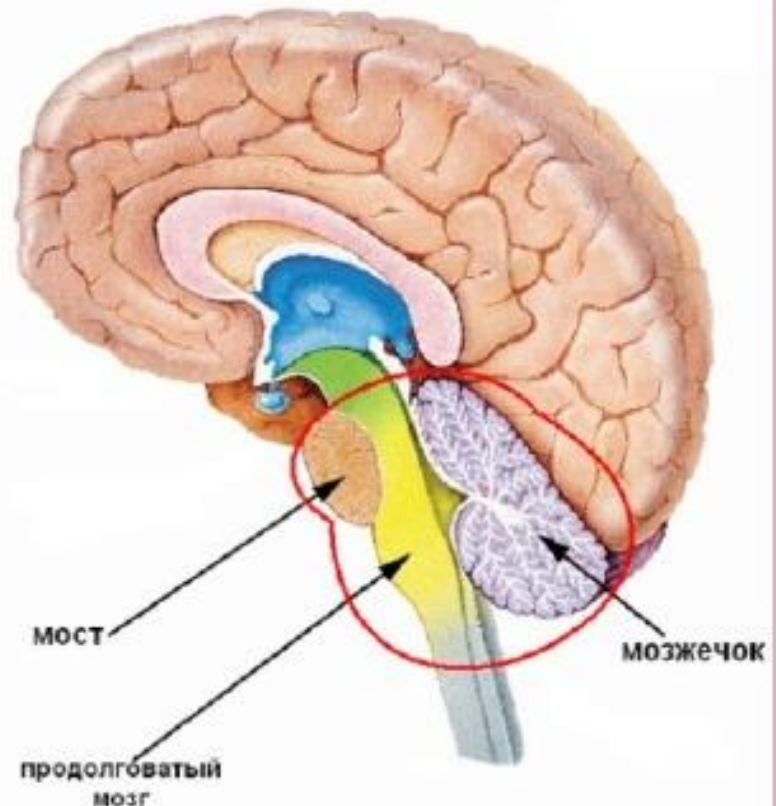


БУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ

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 любых 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



Псевдобульбарная

Очаг поражения
мозга

патогенез

Часто наблюдается поражение центральных двигательных кортко-бульбарных и пирамидных нейронов, идущих к передним рогам шейно-грудного уровня. Поражение двустороннее, неравномерно латерализованное.

Характерны пирамидные спастические параличи мышц речевого аппарата. Мышечных атрофий нет. Гипертрофия мышц (язык напряжён, отодвинут кзади), глоточный и нижнечелюстной рефлекс усилены. Нередки насильственный смех и плач. Параличи всегда двусторонние, но возможно их преобладание с одной стороны, во-первых, произвольные движения и,

Клинические проявления (синдромы фонетических расстройств и вторичной системной недостаточности)

Голос слабый, сиплый, 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 слогослогов сдвинута назад. Смычные согласные и Р заменяются на щелевые (п-ф, т-с), щелевые согласные преобразуются в плоскощелевые, страдает артикуляция согласных со сложными укладами (р, л, ш, ж, с, з, ц, ч), артикуляция твердых согласных страдает больше, чем мягких. Человек пытается преодолеть описанные расстройства под контролем слуха, однако его усилия обычно ведут к нарастанию гипертонии мышц и, следовательно, к усилению хриплости, гнусавости, дефектов артикуляции, пропуску согласных при стечении, недоговариванию концов слов, замедлению темпа речи,

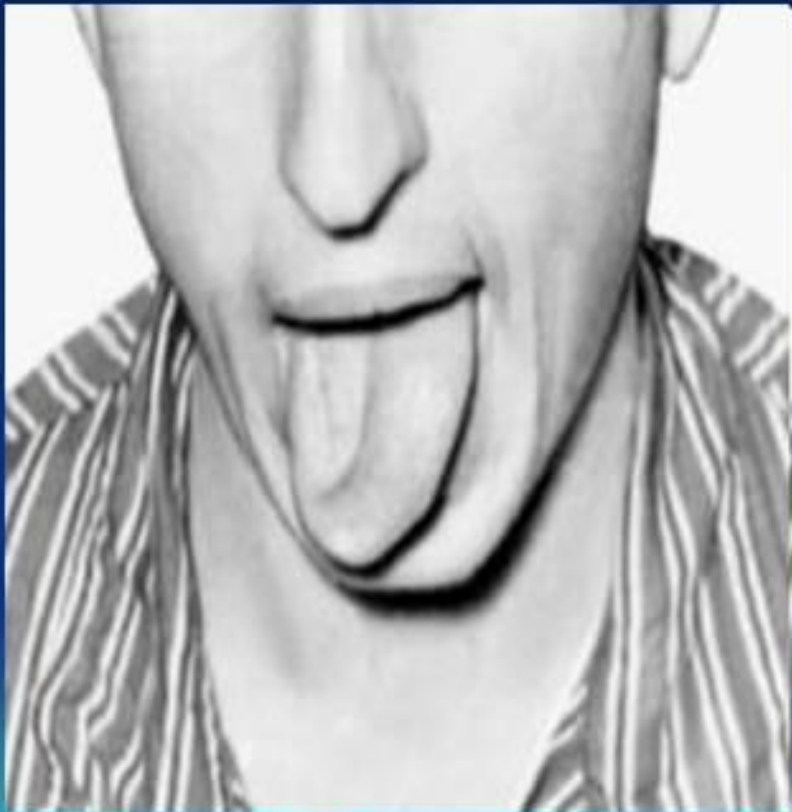
Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.

Бульбарный синдром- периферический паралич мускулатуры, иннервируемой 9, 10, 11, 12. парами черепных нервов.

Проявляется- нарушением глотания, поперхиванием, гнусавостью голоса, дизартрией, атрофией и фибрилляцией мышц языка; угасанием небного и глоточного рефлексов, парезом мягкого неба, расстройством дыхания и сердечно-сосудистой деятельности.

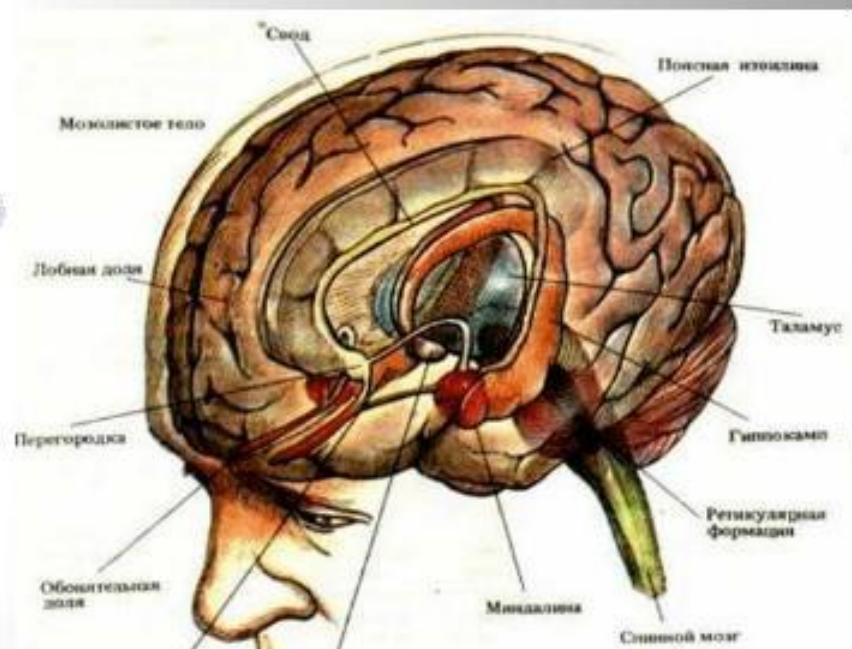
Псевдобульбарный синдром- это центральный паралич, возникающий при двустороннем поражении корково-ядерных волокон 9- 12 пары черепных нервов.

Проявляется- теми же симптомами что и бульбарный паралич, но без атрофий и фибриллярных подергиваний мышц языка. Сопровождается симптомами орального автоматизма (сосательным, назолабиальным, Маринеско- Родовичи) Возможны насильственный плач, смех, снижение психической активности. Нарушений дыхательной и сердечной деятельности не наблюдается.



Подкорковая дизартрия

- возникает при поражении **подкорковых узлов** головного мозга.



Подкорковая (экстрапирамидная)

Очаг поражения мозга

Разнообразные поражения экстрапирамидных ядер и их связей с другими структурами мозга, в частности с корой головного мозга

патогенез

Вопросы патогенеза дизартрии мало разработаны, однако несомненна связь с распадом или с расстройствами использования в акте речи врожденных синергий, что делает речь напряженной и неплавной

Клинические проявления (синдромы фонетических расстройств и вторичной системной недостаточности)

Расстройства речевой просодики: темпа, плавности, громкости речи, высоты и тембра голоса, акцентуации и мелодики.

Диспросодические суперсегментные расстройства взаимосвязаны с расстройствами сегментными, нарушены звуковая сторона речи, внятность и членораздельность. Могут быть выделены ещё

Подкорковая дизартрия (Экстрапирамидная)



- Изменение мышечного тонуса по типу дистонии
- Наличие насильственных движений (гиперкинезов)
- Нарушение эмоционально-двигательной иннервации
- Дыхательные расстройства
- Выраженные нарушения просодики



КЛАССИФИКАЦИЯ ДИЗАРТРИИ ПО СТЕПЕНИ ПОНЯТНОСТИ РЕЧИ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ

- 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).
 - 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).



СИМПТОМАТИКА

Основными признаками дизартрии являются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушениями речевой, прежде всего артикуляционной, моторики и речевого дыхания.



- Нарушения артикуляционной моторики, сочетаясь между собой, составляют **первый важный синдром дизартрии — синдром артикуляционных расстройств**, который видоизменяется в зависимости от тяжести и локализации поражения мозга и имеет свои специфические особенности при различных формах дизартрии.
- **Второй синдром дизартрии — синдром нарушений речевого дыхания.**
- При дизартрии нарушения голоса крайне разнообразны. Наиболее часто они характеризуются
 - недостаточной силой голоса (голос слабый, тихий, иссякающий в процессе речи),
 - нарушениями тембра голоса (глухой, назализованный, хриплый, монотонный, сдавленный, тусклый; может быть гортанным, форсированным, напряженным, прерывистым и т. д.),
 - слабой выраженностью или отсутствием голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона).





СИМПТОМАТИКА

- При дизартрии, в отличие от дислалии, может нарушаться произношение как согласных, так и гласных звуков.
- Нарушения гласных классифицируются по рядам и подъемам, нарушения согласных — по их четырем основным признакам: наличию и отсутствию вибрации голосовых складок, способу и месту артикуляции, наличию или отсутствию дополнительного подъема спинки языка к твердому нёбу.
- В зависимости от типа нарушений все дефекты звукопроизношения при дизартрии делятся на:
 - а) антропофонические (искажение звука) и
 - б) фонологические (отсутствие звука, замена, недифференцированное произношение, смешение).
- При фонологических дефектах наблюдается недостаточность противопоставлений звуков по их акустическим и артикуляторным характеристикам.
- Поэтому наиболее часто отмечаются нарушения письменной речи.



СИМПТОМАТИКА

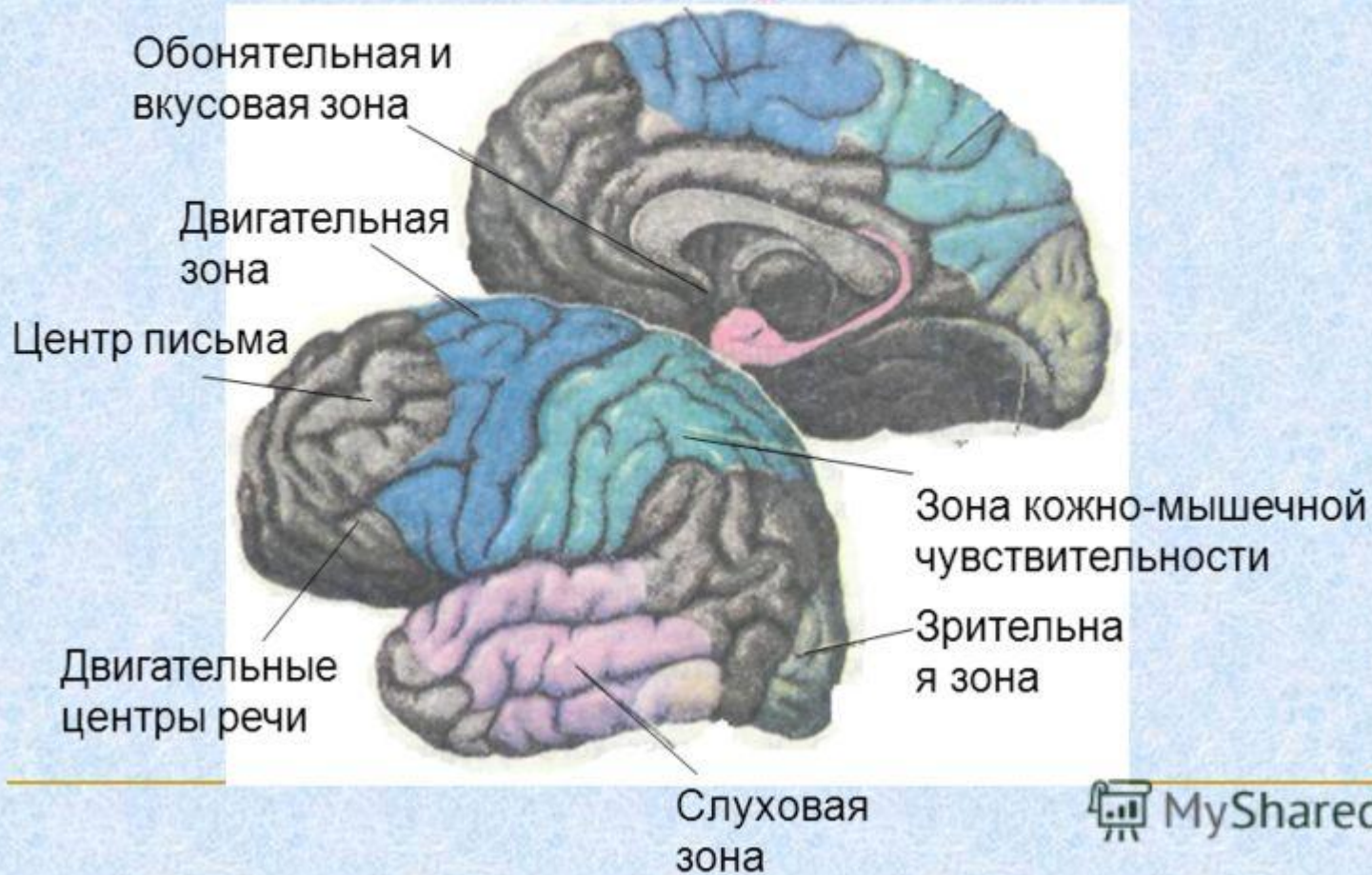
- Для всех форм дизартрии характерны нарушения артикуляционной моторики, которые проявляются рядом признаков. Нарушения мышечного тонуса, характер которых зависит прежде всего от локализации поражения мозга.
- Выделяют следующие его формы в артикуляционной мускулатуре:
- спастичность артикуляционных мышц — постоянное повышение тонуса в мускулатуре языка, губ, в лицевой и шейной мускулатуре. Повышение мышечного тонуса может быть более локальным и распространяться только на отдельные мышцы языка.







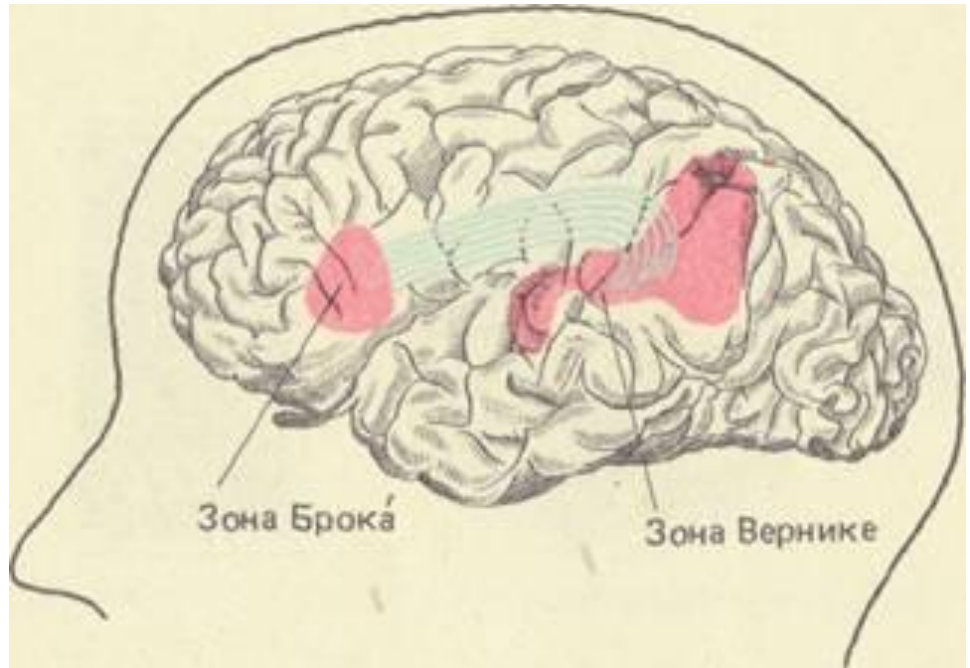
Основные зоны коры больших полушарий



Апраксия - нарушение целенаправленности и плана действий

- **Моторная апраксия** - больной не может выполнять действия по приказу и по подражанию, но выполняет их непреднамеренно
- **Идеаторная апраксия** - больной не может выполнять действия по приказу, но выполняет их по подражанию.
- **Конструктивная апраксия** - больной выполняет действия и по приказу, и по подражанию, но не способен создавать качественно новые двигательные акты

Апраксии возникают при поражении теменно-затылочной - височной области доминантного полушария (двусторонняя апраксия), субдоминантного полушария и мозолистого тела (у правшей - левосторонняя апраксия)





"Лопаточка"



"Чашечка"



"Иголочка"



"Горка"



"Трубочка"



"Часики"

