

Дифференциальная диагностика дизартрии от сходных речевых нарушений

**Нищева Н. В., учитель-логопед
высшей квалификационной категории,
Отличник народного образования,
шеф-редактор издательства
«ДЕТСТВО-ПРЕСС»**

Дизартрия возникает в результате органического поражения ЦНС, головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка и проявляется в нарушении произносительной и просодической сторон речи, обусловленных недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Основные клинические признаки дизартрии:

- нарушение мышечного тонуса в речевой мускулатуре
- ограниченная возможность произвольных артикуляционных движений из-за парезов или параличей
- нарушение голосообразования и дыхания.

Основные показатели при диагностике дизартрий по степени поражения:

- мимика
- дыхание
- голосообразование
- рефлекторные движения языка
- удержание артикуляционной позы
- произвольные движения языком и губами
- гиперкинезы (насильственные движения)
- синкинезии (сопутствующие движения)
- звукопроизношение.

В дошкольные образовательные учреждения поступают дети с III (легкой степенью) и II (средней степенью) дизартрии. Чаще всего это дети со следующими диагнозами:

- стертая псевдобульбарная дизартрия
- премоторная корковая дизартрия
- мозжечковая дизартрия
- подкорковая дизартрия средней или легкой степени.

Стертая псевдобульбарная дизартрия

характеризуется неярко выраженными нарушениями звукопроизношения, обусловленными недостаточной иннервацией органов артикуляции. Артикуляторные и общемоторные нарушения выявляются при специальном обследовании и возрастающей функциональной нагрузке.

Можно отметить слабость мышц, иннервируемых отводящим, тройничным, лицевым, языкоглоточным, блуждающим и подъязычным нервами, и ограничение объема движений в верхних и нижних конечностях с одной или обеих сторон.

Нарушения звукопроизношения всегда связаны с недостаточной подвижностью группы мышц, выполняющих тонкий дифференцированный двигательный акт.

В физическом статусе отмечаются следующие показатели:

- общая физическая слабость
- маленький рост
- узкая грудная клетка
- двигательная недостаточность

В неврологическом статусе отмечаются следующие изменения:

- микросимптоматика
- стертые, неярко выраженные парезы
- гиперкинезы
- синкинезии в мимической и речевой мускулатуре
- изменения мышечного тонуса
- асимметрия лица, рта, черепа, глазных щелей.
- сглаженность носогубных складок
- нарушение общей моторики
- нарушения ручного и орального праксиса.

В вегетативной нервной системе изменения мозаичны, фрагментарны.

Они проявляются в потливости верхних и нижних конечностей, в стойком дермографизме, в цианичности языка, повышенной саливации.

В психологическом статусе возможны нарушения эмоционально-волевой сферы, которые проявляются в пугливости, повышенной возбудимости ребенка, чрезмерной чувствительности ко всем раздражителям или наоборот в вялости, пассивности, безынициативности, двигательной заторможенности.

Известны две формы псевдобульбарной дизартрии:
спастическая и паретическая.

При спастической форме отмечается так называемый феномен перочинного ножа или пружины. Из-за повышенного тонуса отмечаются синкинезии. Все движения артикуляторных органов замедлены в темпе, отличаются малой амплитудой, истощаемостью. Акт глотания затруднен, поэтому отмечается повышенная саливация. Страдают все согласные со сложными укладами, а особенно сложные по артикуляции переднеязычные звуки: [р], [л], [ш], [ж], [ч], [ц]. Голос, дыхание, интонационная сторона речи нарушены. Голос слабый, сиплый, хриплый.

При ***паретической форме*** движения замедлены в темпе, отличаются малой амплитудой, истощаемостью из-за частичного или полного периферического вялого паралича или пареза.

Мягкое небо провисает, подвижность его ограничена. Отмечается нарушение произношения смычно-губных звуков (п, б, м), язычно-альвеолярных гласных (и, ы, у), возможны оглушение согласных и назализация звуков.

Бульбарная дизартрия возникает из-за поражений ядер, корешков или периферических стволов черепно-мозговых нервов, находящихся в продолговатом мозге. Может возникнуть при кровоизлияниях в ствол мозга.

Отмечается задержка психомоторного развития. Имеют место вялые параличи и парезы мышц артикуляционной мускулатуры. Лицо амимично, нарушено глотание твердой и жидкой пищи, затруднено дыхание. Язык вялый, дряблый.

Артикуляция сложных согласных упрощена. Речь замедленная, монотонная, нарушена ее плавность.

Корковая дизартрия возникает в следствие очаговых поражений двигательных зон коры головного мозга. Характерна дезорганизация сложных двигательных навыков. Ведущим симптомом корковой дизартрии являются апраксии, то есть потеря контроля за производством движений со стороны корковых анализаторов.

Корковые дизартрии разграничиваются на **постцентральные** и **премоторные**.

При **постцентральной корковой дизартрии** нарушается контроль за пространственной организацией движений.

При **премоторной корковой дизартрии** отмечается потеря контроля за временной организацией движений.

У детей с корковой дизартрией отмечается нарушение плавности речи и ее замедление, лицо амимично, голос затухающий, дыхание поверхностное.

Страдает вся просодическая сторона речи. Кончик языка не поднимается вверх, поэтому нарушается произношение всех переднеязычных звуков. Крайне затруднена автоматизация звуков.

Мозжечковая дизартрия в чистом виде встречается редко. Причиной считают поражение мозжечка и его связей с другими отделами центральной нервной системы. Мышечный тонус постоянно меняется, артикуляционная поза удерживается с трудом. Движения языка не точны, отмечается тремор. Язык тонкий, распластаный, напоминает блин. Мягкое небо паретично.

Подвижность, объем, темп движений артикуляторного аппарата ограничены. Возможны множественные искажения звуков, смягчение согласных. Речь невнятная, замедленная, напоминает речь пьяного человека. Отмечается затухание голоса к концу фразы.

При **подкорковой (экстрапирамидной) дизартрии** поражены подкорковые узлы головного мозга, отмечаются колебания мышечного тонуса (дистония), насильственные движения (гиперкинезы), артикуляционный спазм.

Язык собран в комок, подтянут к корню, резко напряжен. Характерно отсутствие стабильных и однотипных нарушений звукопроизношения, а также большие трудности в автоматизации звуков. Страдает вся просодическая сторона речи. Дети говорят или очень быстро, или очень медленно. Речь монотонна, не модулирована. Голос прерывистый, переходящий в неясное бормотание. Речь строится как на выдохе, так и на вдохе.