

К.С.Станиславский

- У всех звуков, из которых складывается слово, своя душа, своя природа, свое содержание, которые должен почувствовать говорящий.
- Аритмия в речи, при которой слово или фраза начинается медленно, а в середине вдруг ускоряется, для того чтоб в конце неожиданно точно шмыгнуть в подворотню, напоминает ... пьяного, а скороговорка – пляску святого Витта.

Дизартрия - нарушение
просодической и
произносительной стороны речи
вследствие органического
поражения ЦНС и (или) её
периферических отделов.

Е.Н.Винарская







Степень выраженности дизартрии

Анартрия — это утрата способности образовывать речевые звуки, при этом способность понимать написанное, услышанное, письмо не страдают.

Дизартрия грубая (тяжелая степень речевого расстройства) – речь малопонятная окружающим.

Дизартрия средней степени выраженности – речь с очевидными нарушениями просодии и произношения, но понятная окружающим.

Дизартрия лёгкой степени выраженности (стёртая дизартрия) – речь с минимальными дизартрическими нарушениями.

ДИЗАРТРИЯ

1. ПСЕВДОБУЛЬБАРНАЯ
2. КОРКОВАЯ
3. ПОДКОРКОВАЯ
4. БУЛЬБАРНАЯ
5. МОЗЖЕЧКОВАЯ

Формы дизартрии – классификация И.И.Панченко

- СПАСТИКО-ПАРЕТИЧЕСКАЯ
- СПАСТИКО-РИГИДНАЯ
- СПАСТИКО-АТАКТИЧЕСКАЯ
- СПАСТИКО-ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ
- АТАКТИКО-ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ

Этиология дизартрии

*Число обращений в ЦПРиН
с 2009 г. увеличилось на 58,9%.*

*Выявляется четкая тенденция к росту
больных детей с резидуально-
органическими поражениями центральной
нервной системы (ЦНС). Ведущими
причинами являются:*

Этиология дизартрии

- ▼ патология беременности и родов – 67% (ДЦП);
- ▼ интоксикации (алкоголизм, наркомания и другие заболевания родителей) – 8%;
- ▼ заболевания ребенка первого года жизни;
- ▼ ухудшение экологической обстановки: врожденный гипотиреоз, расщелины губы и неба
- ▼ хромосомные и генетические заболевания: синдром Мартина-Белла, синдром Прадера-Вилли, синдром Дауна, синдром Денди-Уокера, синдром Ангельмана и т.д.

Патология беременности и родов

Наиболее известными типами поражений в антенатальный, натальный и постнатальный периоды являются: *гипоксический, токсический, инфекционный, механический.*

Типы поражений ЦНС:

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;

механический тип встречается при
плодоизгоняющих манипуляциях,
амниотомической отшнуровке,
близнецовости, опухолях таза и узком тазе,
двурогой матке, стремительных родах, при
применении инструментальных пособий в
родах; черепно-мозговой травме в
постнатальном периоде

токсический тип поражения
наблюдается при интоксикации
медикаментами, нефропатии
(преэклампсии и др.), диабете,
гипотиреозе, алкоголизме и наркомании
матери, нарушениях обмена веществ,
несовместимости крови матери и плода в
Rh- и ABO-системах, гипербилирубинемии
и других состояниях;

инфекционный тип поражения в эмбриональном периоде (от 2-й недели до 4-го месяца беременности) наблюдается при краснухе, кори, цитомегалии, 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;

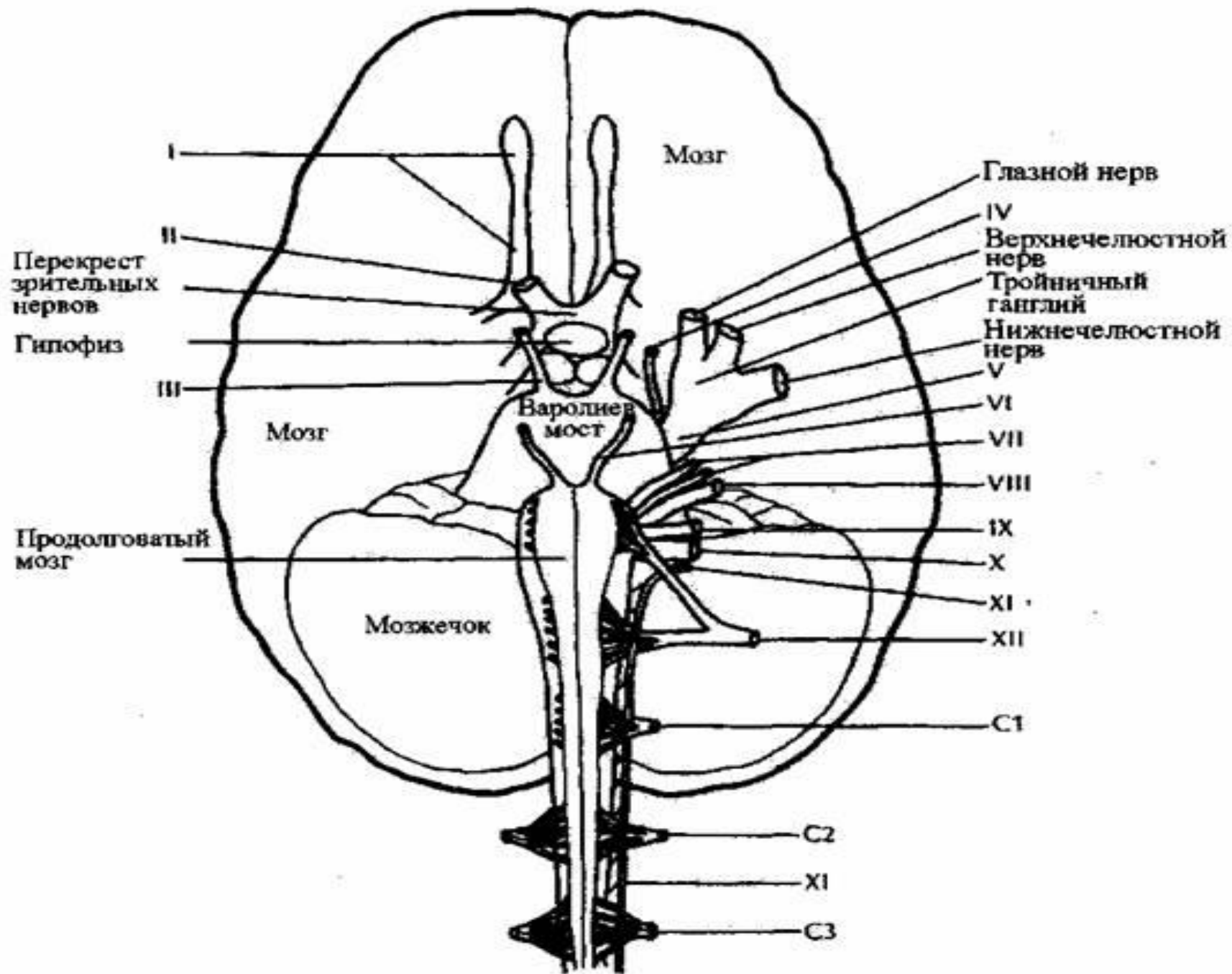
Этиология дизартрии

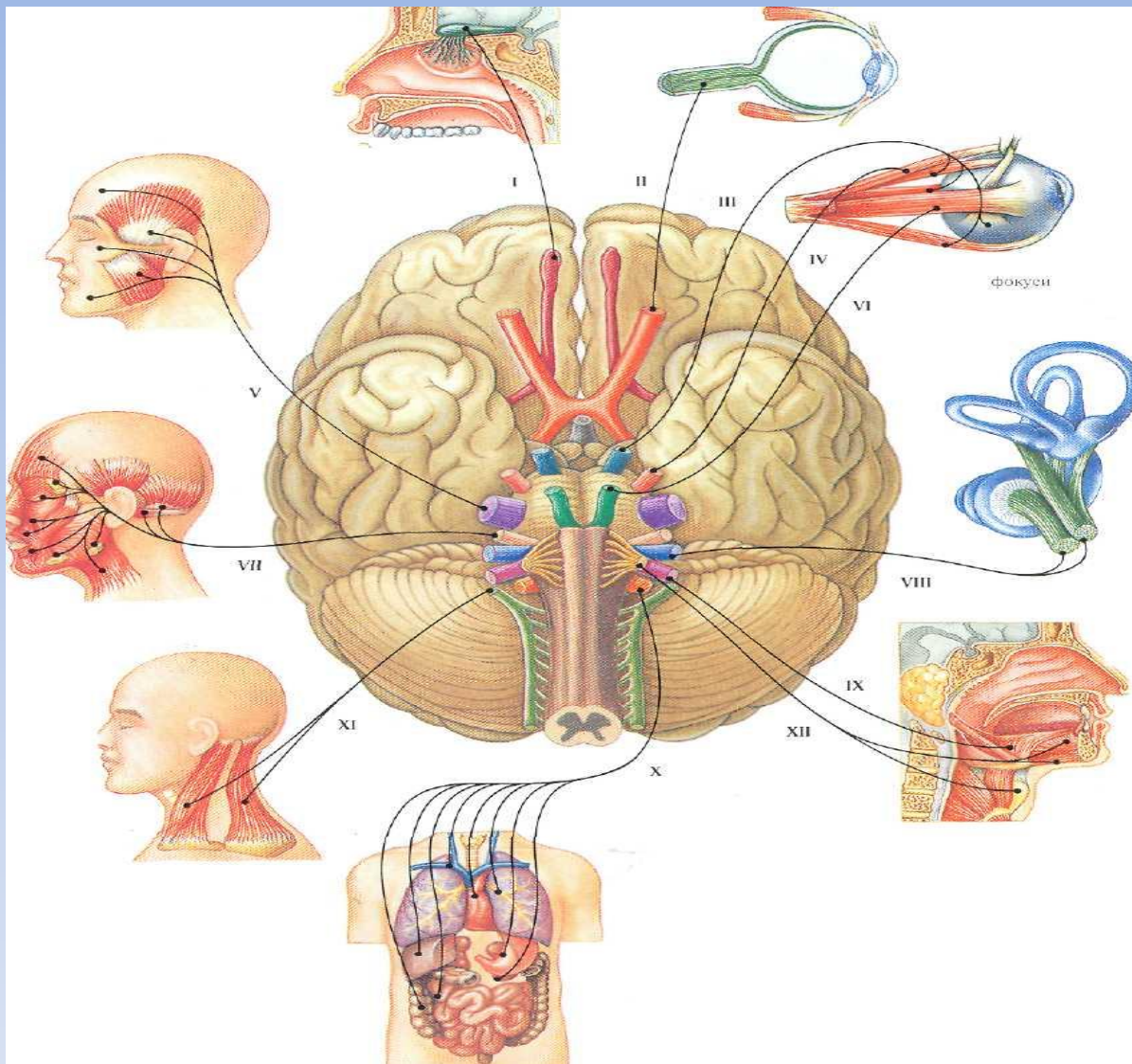
- 1. Острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт)**
- 2. Нейротравма**
- 3. Нейроинфекционные заболевания**
- 4. Опухоли головного мозга**
- 5. Демиелинизирующие заболевания**

БУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ

ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ

Одностороннее или двустороннее поражение периферических двигательных нейронов V, VII, IX, X, XII черепно-мозговых нервов, или в соответствующих им ядрах ствола головного мозга (в продолговатом мозге)







Основные мышцы, иннервируемые подъязычным нервом

Язык – массивный мышечный орган. Мышцы языка делятся на две группы.

Сокращение мышц первой группы обеспечивает движение языка как целого; при сокращении мышц второй группы изменяются форма и положение отдельных частей языка.

Все мышцы языка парные.

К первой группе мышц относятся:

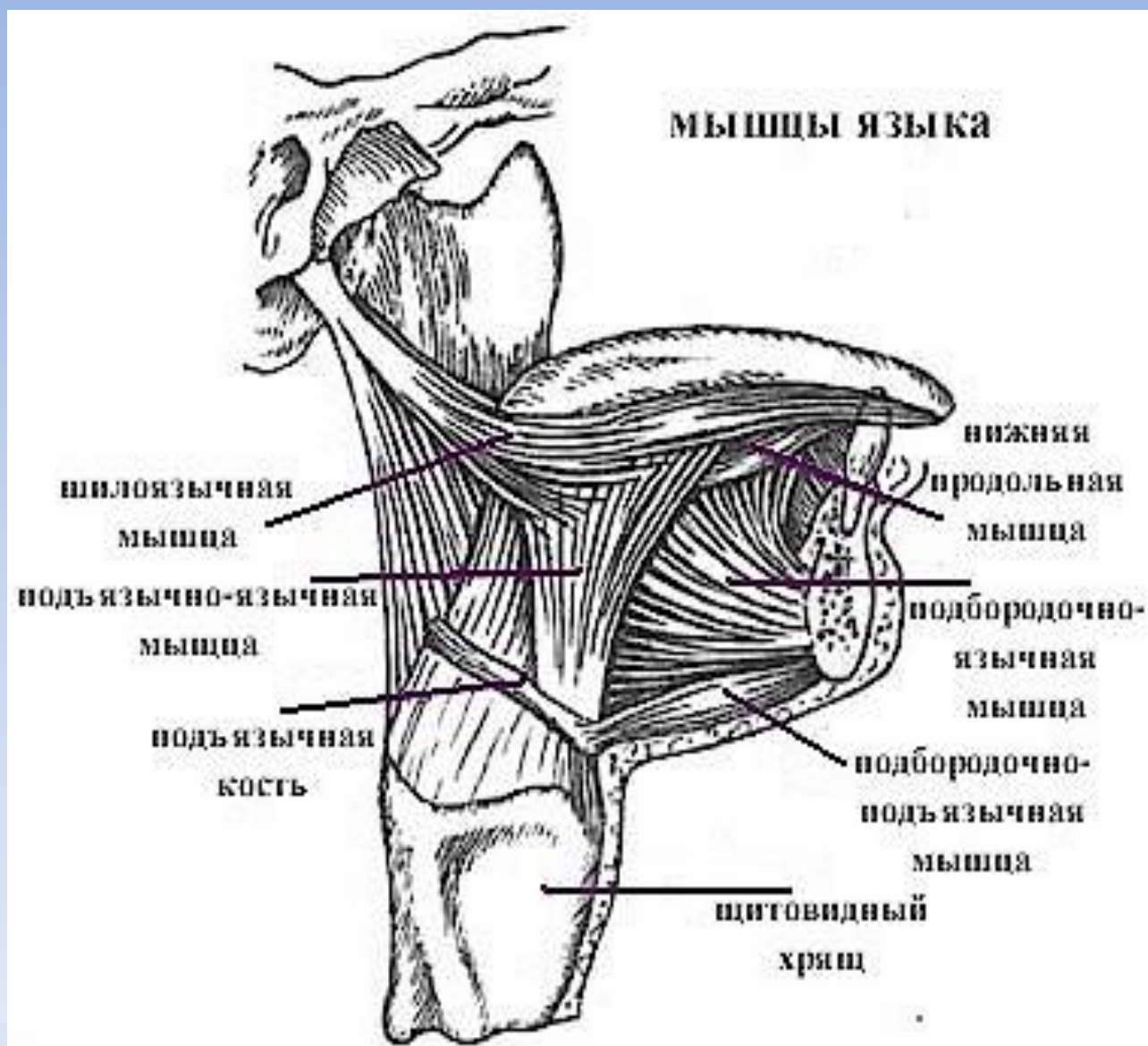
Подбородочно-язычная мышца – тянет язык кпереди и вниз (высовывать язык изо рта).

Подъязычно-язычная мышца. Назначение – осаживать язык книзу.

Шилоязычная мышца. Она является антагонистом подбородочно-язычной. Втягивает язык в рот, т.е. тянет язык, особенно его корень вверх и назад.

- **Хрящезычная мышца** – тянет язык назад и вниз.

Язык



Ко второй группе относятся **собственные мышцы языка**, не имеющие сухожильной части (не прикрепляются к костям, расположены в теле языка):

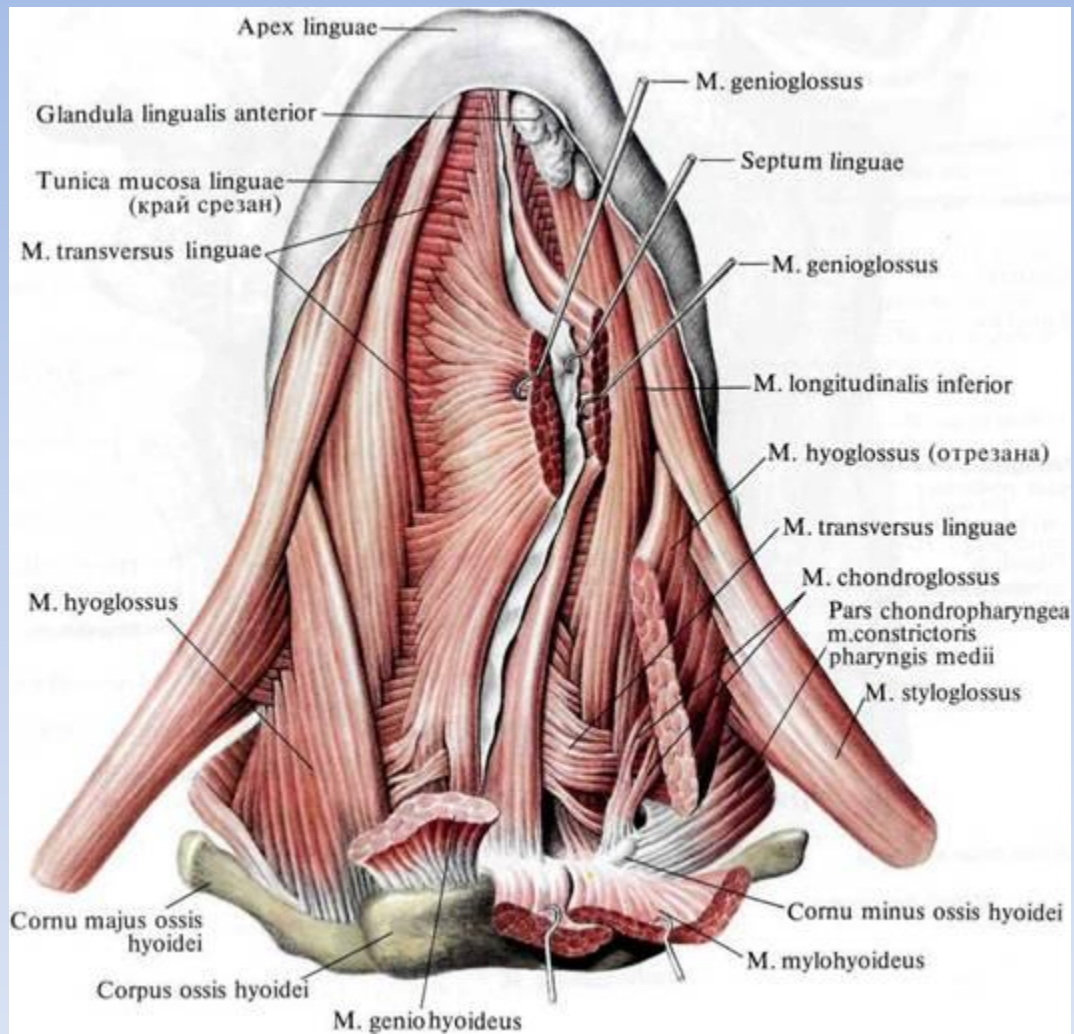
Верхняя продольная мышца – располагается под слизистой оболочкой верхней поверхности языка. При сокращении укорачивает язык и загибает кончик его кверху.

Нижняя продольная мышца - сокращаясь, укорачивает язык, сгорбливает его и загибает кончик книзу.

Поперечная мышца - начинается от срединной перегородки языка и оканчивается в слизистой боковых краев языка. Уменьшает поперечный размер языка (суживает и заостряет его)

Вертикальная мышца – берет начало от слизистой оболочки нижней поверхности языка и оканчивается в области спинки языка, уплощает язык.

Веерная мышца – «веер» расходится от подъязычной уздечки в разные стороны



ПАТОГЕНЕЗ

Избирательные вялые параличи мышц языка, губ, мягкого неба, гортани, глотки, поднимающих нижнюю челюсть, дыхательных мышц; снижение глоточного рефлекса, дисфагия, гиперсаливация
Атрофия и атония этих мышц – язык вялый, дряблый; снижены или отсутствуют рефлексы, расстройство произвольных и произвольных движений в соответствующих группах мышц

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Голос слабый, тихий, истощающийся, гласные и звонкие согласные оглушены. Тембр изменен по типу открытой ринофонии.

Артикуляция гласных звуков приближена к нейтральному звуку «Э».

Артикуляция согласных звуков упрощена, смычные и «Р» заменяются щелевыми. Речь замедленная, неплавная, монотонная, характерна «смазанность», псевдоскандированность, нарушение интонационно-мелодического оформления.

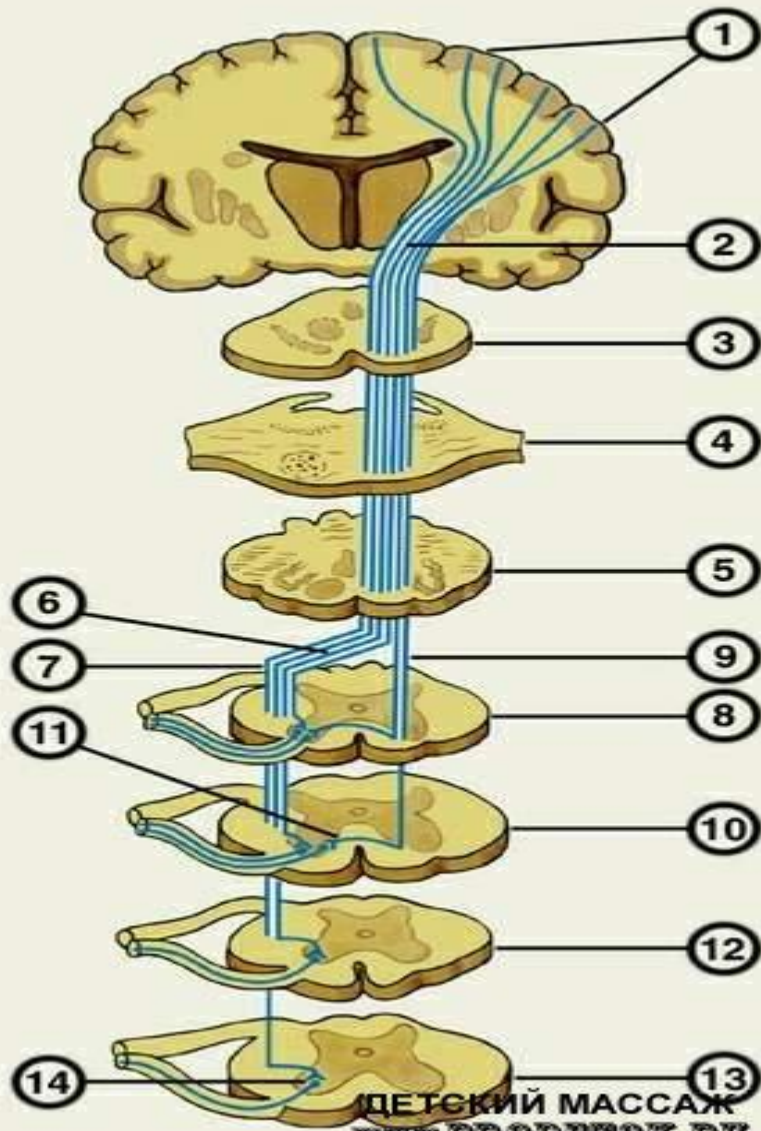
Синдром просодических и фонетических расстройств

Характерные для этой патогенетической формы дизартрии избирательные параличи мышц определяют и картину речевого расстройства. Паралич мышц голосовых связок обнаруживается слабым глухим истощающимся голосом с нечеткой частотной структурой звуков, приближающейся к звучанию нейтрального гласного, звонкие звуки оглушены. Субъективная зонная структура, свойственная тем или иным чувствам и волеизъявлениям, становится нечеткой. Параличи глотки обуславливают открытую гнусавость. Паралич или парез мышц, поднимающих нижнюю челюсть и напряжение в работе дыхательных мышц вызывают замедление речи, ее монотонию, псевдоскандированность и нарушение плавности. Параличи мышц артикуляционного аппарата приводят к изменениям звучания согласных звуков речи. Прежде всего, ослабляются речевые смычки; смычные звуки, а также аффрикаты заменяются на щелевые. Затем упрощается характер щелевых звуков, а также Р и Л – начинают доминировать плоскощелевые звуки. Речь в целом приближается к невнятному вялому шепоту, больной резко устает и отказывается говорить.

ПСЕВДОБУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ

ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ

Двустороннее (может быть неравномерно латерализованное) поражение центральных двигательных кортико-ядерных путей, пирамидных нейронов, идущих от коры головного мозга к продолговатому мозгу и к передним рогам шейно-грудного уровня. Псевдобульбарные параличи двусторонние, исключение составляют мышцы нижней части лица и языка – их иннервация носит односторонний характер.



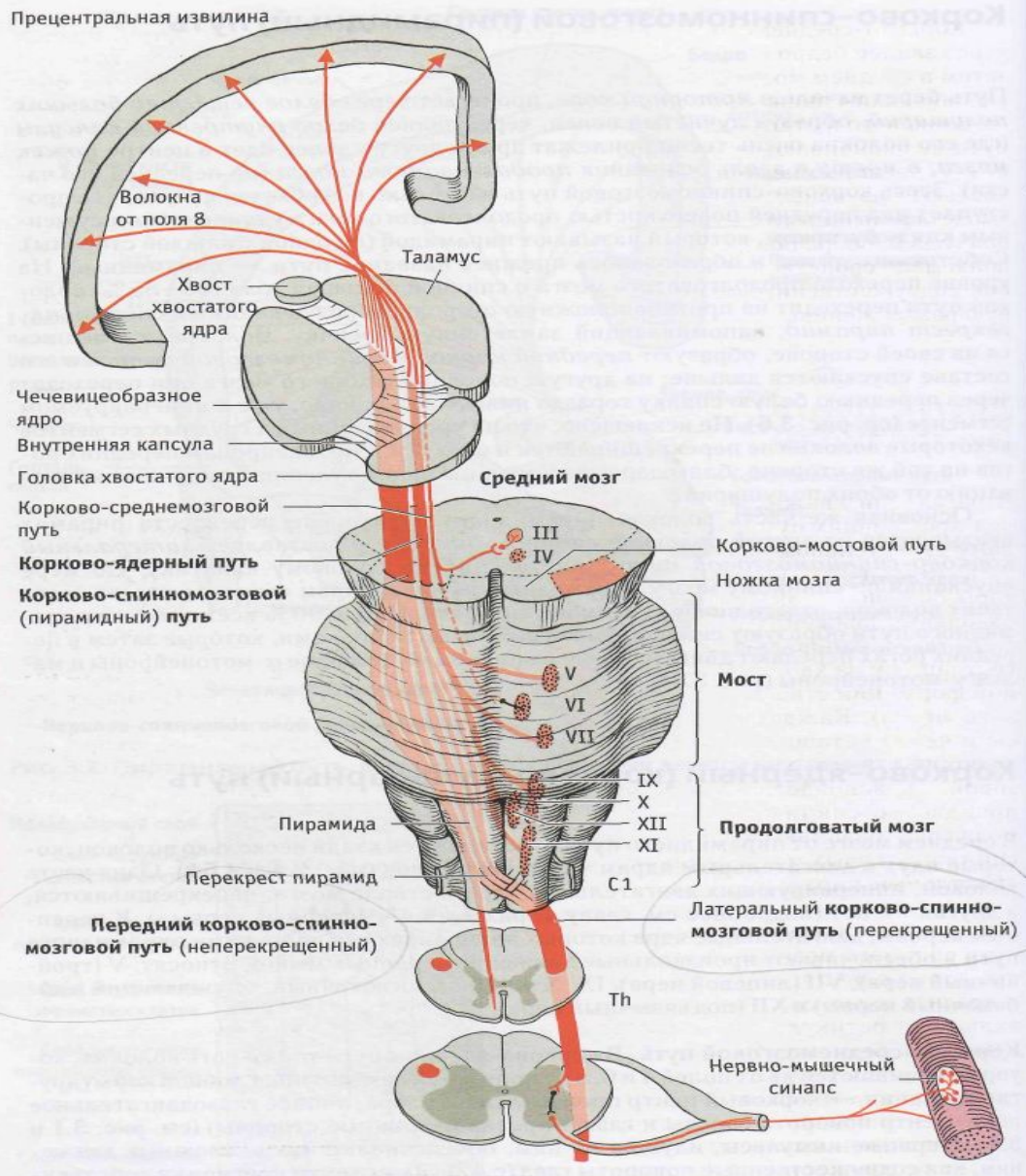
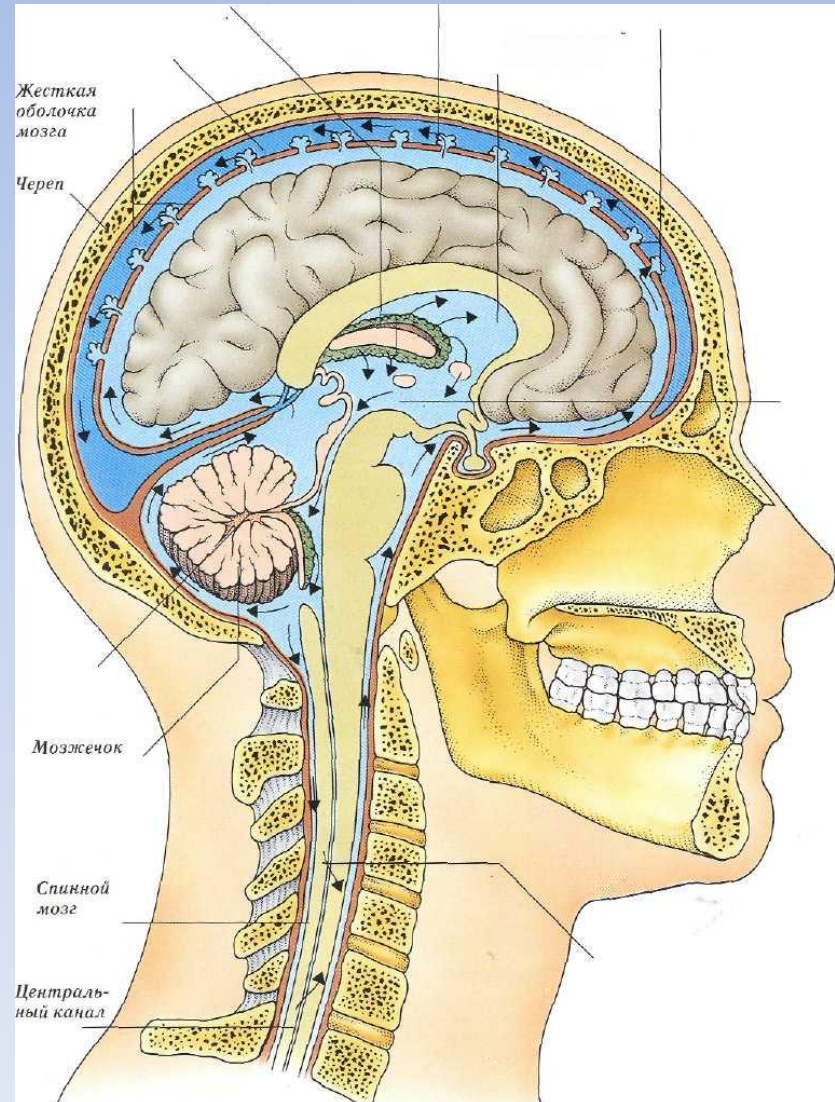


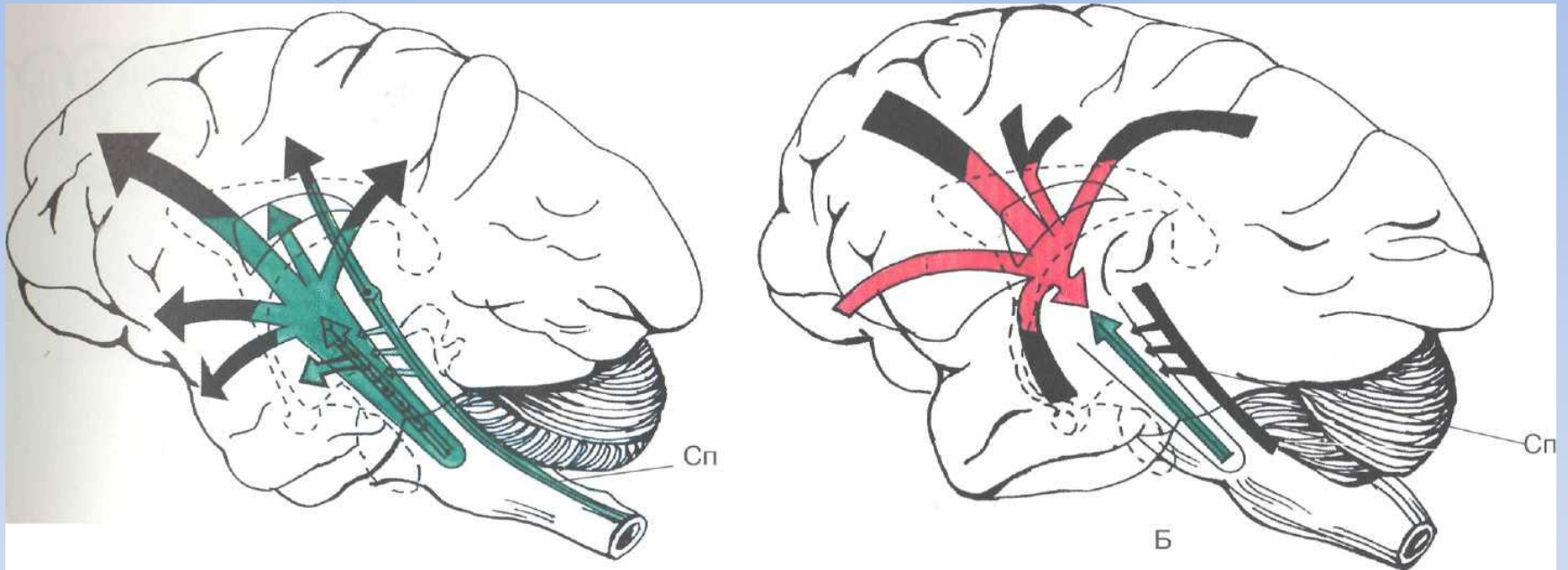
Рис. 3.4. **Пирамидный путь**

Защита мозга

В результате слишком сильного удара или сдавления спинномозговая жидкость (ликвор) внутри черепа резко увеличивается и поглощает, а также амортизирует механические воздействия, которые в противном случае могли бы привести к серьезной травме тела головного мозга. При нейроинфекционном поражении резко меняется биохимический состав ликвора.



Проводящие пути



А — схема путей восходящих активизирующих влияний;
Б — схема нисходящих влияний коры;
Сп — специфические афферентные пути к коре с коллатералью к ретикулярной формации.
(По Мэгуну)

ПАТОГЕНЕЗ

Пирамидные спастические параличи мышц речевого аппарата

Мышечной атрофии нет. Гипертония мышц – язык напряжен, отодвинут кзади. Гиперметрия, тремор, синкинезии. Глоточный и нижнечелюстной рефлекс усилены. Гиперсаливация. Дисфагия.

Паралич всегда двусторонний, хотя возможно преобладание с одной стороны, что приводит к нарушению реципрокной иннервации (девиации языка). Нарушены произвольные, произвольные движения, тонкие движения языка.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Голос слабый, сиплый, хриплый. Тембр речи изменен по типу ринофонии. Артикуляция гласных приближена к звуку «Э», согласных - сдвинута назад. Щелевые согласные преобразуются в плоско-щелевые. Страдают согласные, в артикуляции которых принимают участие мышцы кончика и краев языка. В большей степени нарушается произношение твердых согласных, чем мягких. Усилия, направленные на преодоление расстройств, ведут к нарастанию гипертонии мышц: замедляется темп речи, усиливается псевдоскандированность, охриплость, гнусавость. Нарушение интонационно-мелодической выразительности речи.

СТЕРТАЯ ДИЗАРТРИЯ

Та же симптоматика, но выраженная в умеренной степени.

Синдромы просодических и фонетических

расстройств Патогенез фонетических расстройств при этой форме дизартрии тоже определяют параличи мышц аппарата речи, но на этот раз не избирательные вялые, а распространяющиеся на половину тела, преимущественно со спастическим повышением мышечного тонуса. Голос сохранен, но он слабый сиплый, хриплый, не способный выразить сложные по зонной структуре эмоционально-выразительные комплексы. Кроме того, тембр речи изменен в силу повышения мышечного тонуса по типу гнусавости.

Артикуляция звуков страдает, прежде всего, там, где требуется сложная координация мышечных пучков кончика и краев языка, т. е. переднеязычных звуков и звука Р. Смычные согласные и аффрикаты превращаются в щелевые, сложные щели упрощаются, твердые согласные преобразуются в их мягкие пары. Больной под контролем слуха старается преодолеть описанные расстройства, но его усилия обычно ведут к нарастанию гипертонии мышц и, следовательно, к усилению хриплости голоса, гнусавости, дефектов артикуляции, недоговариванию концов слов, замедлению темпа речи, нарушениям ее плавности и модулированности.

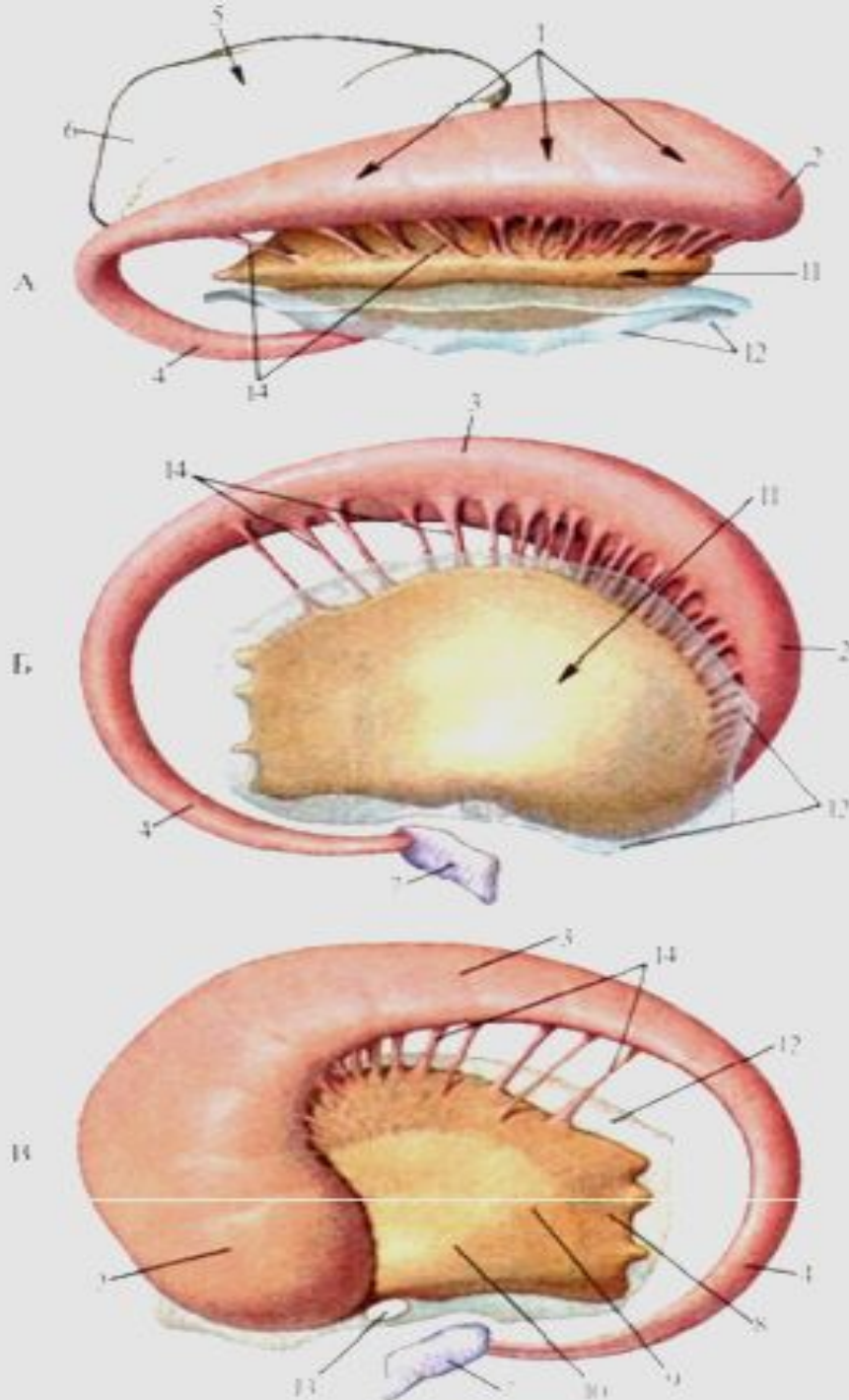
ЭКСТРАПИРАМИДНАЯ ДИЗАРТРИЯ

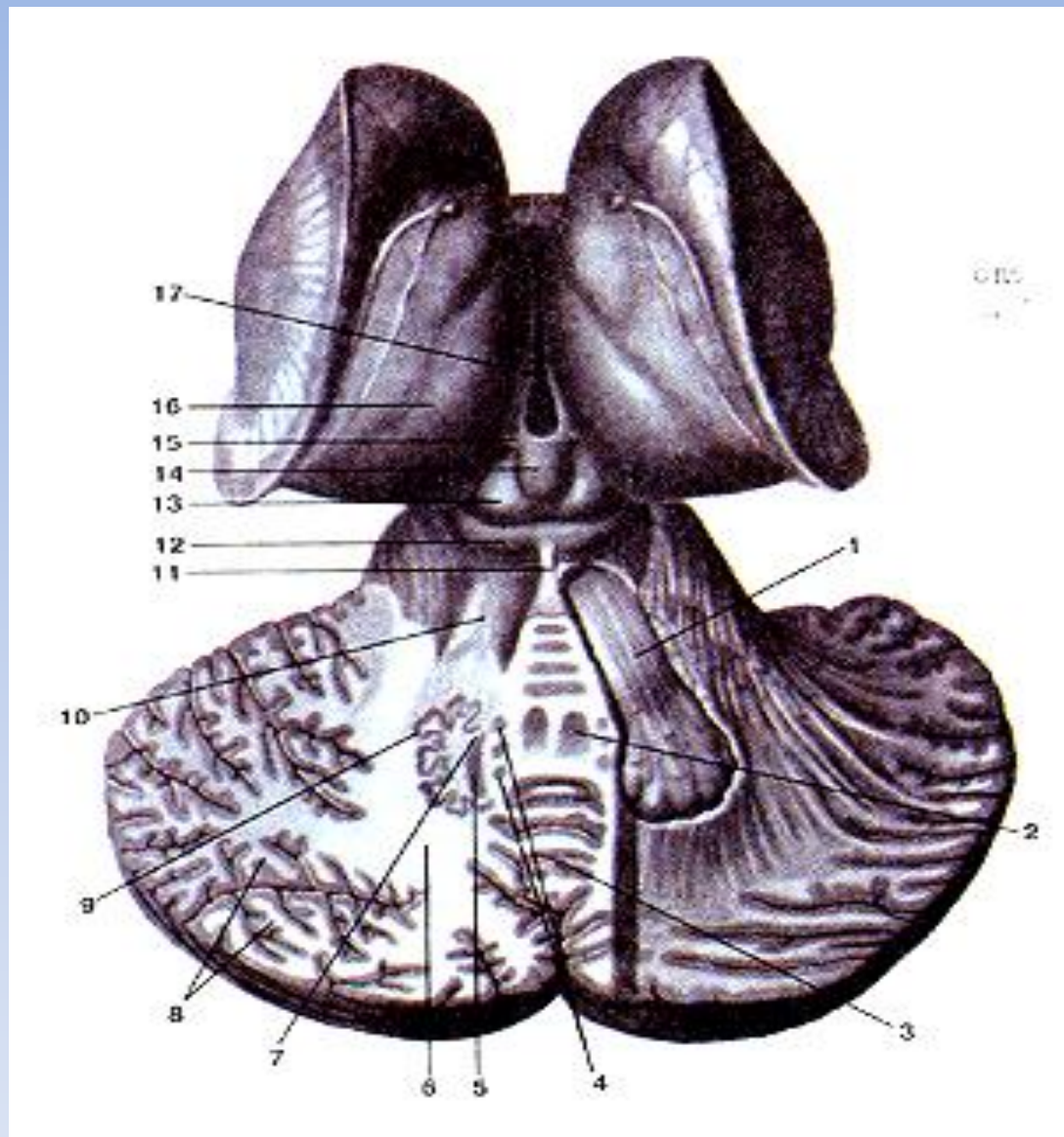
ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА

Поражения экстрапирамидных подкорковых ядер (стриопаллидарной системы) и нарушение их связей с другими субкортикальными и кортикальными структурами.

Базальные ядра конечного мозга (полусхематично).

А — вид сверху. Б — вид снаружи. В — вид изнутри. 1 — nucleus caudatus; 2 — caput nuclei caudati; 3 — corpus nuclei caudati; 4 — cauda nuclei caudati; 5 — thalamus; 6 — pulvinar thalami; 7 — corpus amygdaloideum; 8 — putamen; 9 — globus pallidus lateralis; 10 — globus pallidus medialis; 11 — nucleus lentiformis; 12 — claustrum; 13 — commissura rostralis; 14 — перемычки серого вещества между хвостатым и чечевицеобразным ядрами.





ПАТОГЕНЕЗ

Вопросы патогенеза подкорковой дизартрии связаны с распадом или с расстройством использования врожденных синергий в акте речи, что делает ее напряженной, неплавной, «рваной», эксплозивной.

При обследовании орально-артикуляционного праксиса выявляется неустойчивость неврологической симптоматики, гиперкинез, ригидность.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Грубые расстройства речевой просодии, темпа, плавности, громкости речи, высоты и тембра голоса, акцентуации и мелодики.

Диспросодические расстройства взаимосвязаны с расстройствами произносительной стороны речи.

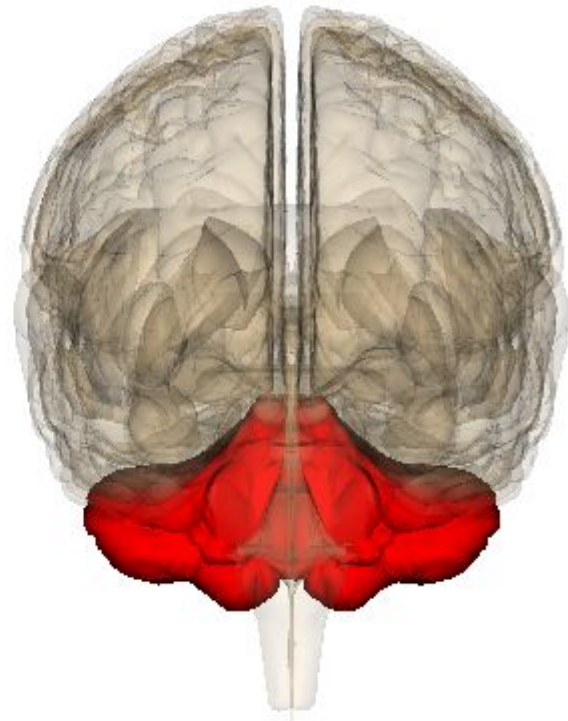
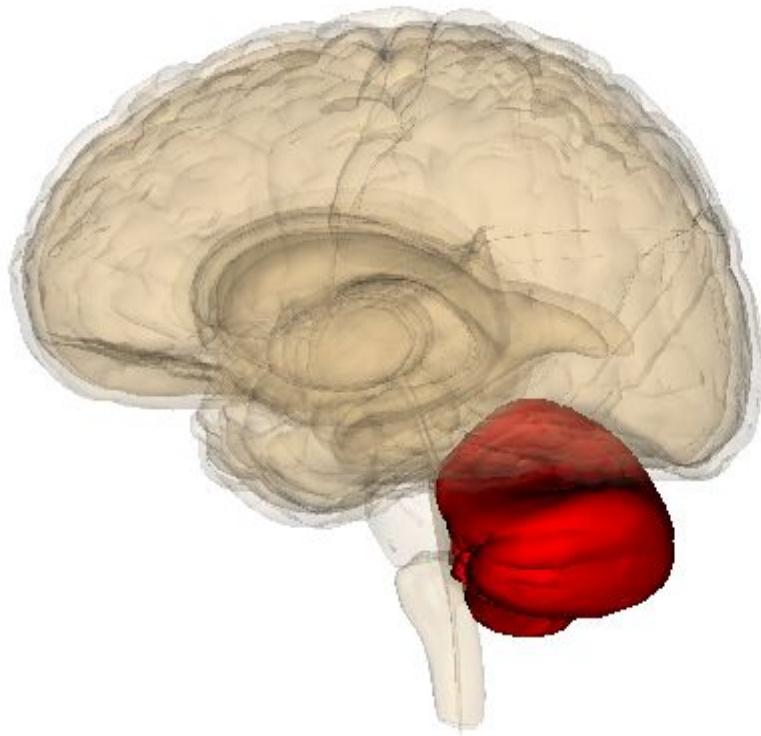
Нарушена внятность и членораздельность речи в целом.

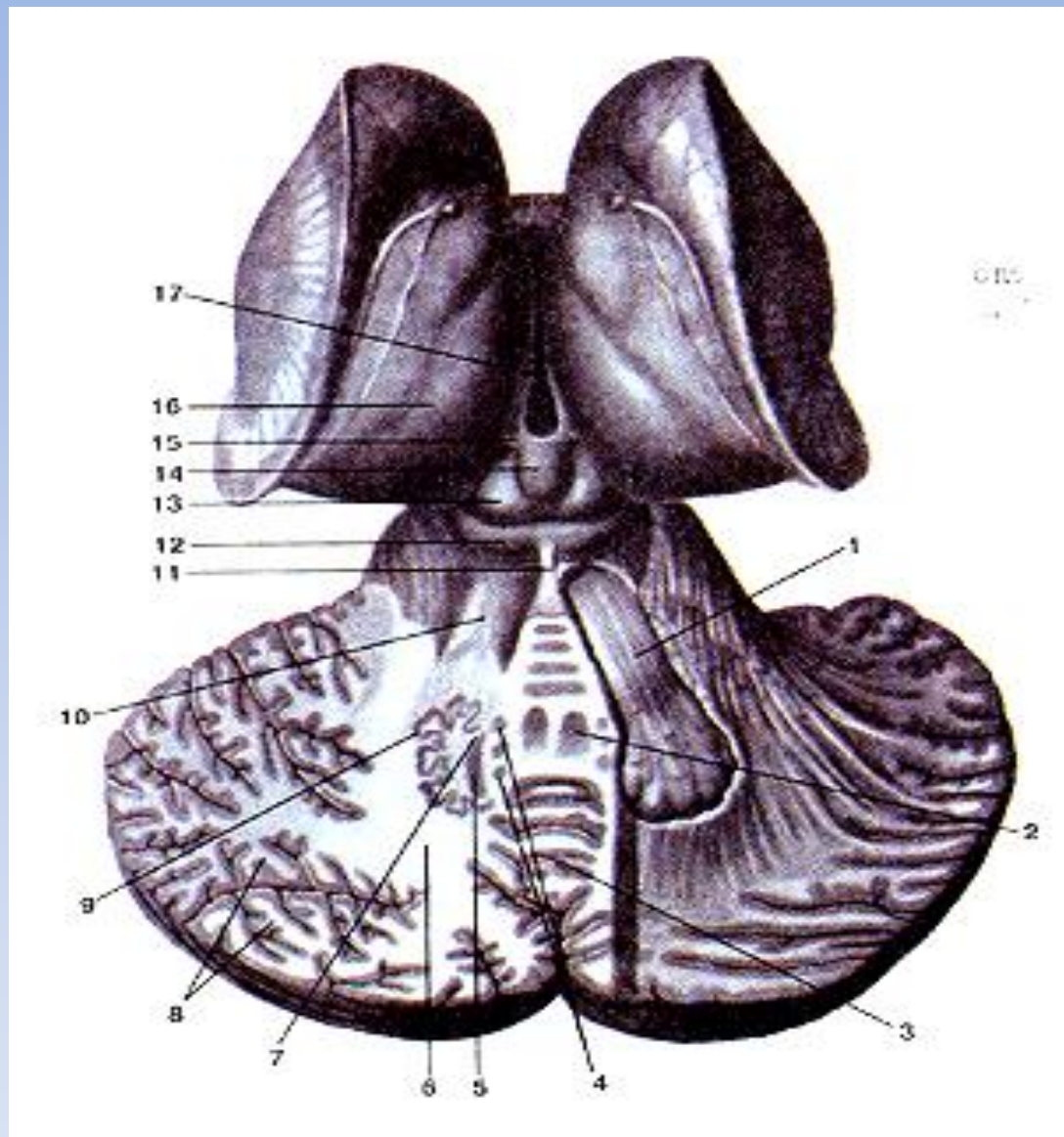
Синдромы просодических и фонетических расстройств Особенности тонических нарушений в мышцах речи (гипертония, гипотония, дистония) и гиперкинезов (атетоз, хореоатетоз и пр.) определяют характер произносительных расстройств речи с ее постоянной или периодически возникающей невнятностью и эмоциональной невыразительностью. Эмоциональная напряженность больного, как правило, способствует просодическим и фонетическим расстройствам, в состоянии эмоционального покоя они значительно ослабляются.

МОЗЖЕЧКОВАЯ ДИЗАРТРИЯ

ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА

Поражения мозжечка и нарушение его связей с другими структурами мозга





ПАТОГЕНЕЗ

Статическая и динамическая атаксия речевых движений проявляются в явлениях интенции при голосообразовании, а характерная мозжечковая дискоординация компонентов двигательного акта, носящая наименование явлений ассинергии, гипо- и гиперметрии, обнаруживается в речевом акте дискоординацией его дыхательных, тонических, фонических и артикуляторных двигательных компонентов в виде яркой диспросодии .

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Статическая и динамическая атаксия речевых движений обнаруживается в орально-артикуляционном праксисе явлениями гиперметрии, синкинезиями, нарушением акцентации, диссинергиями.

Характерна скандированность в речевом потоке. При длительной речевой нагрузке – «бормотание»

Синдромы просодических и фонетических расстройств

При произнесении гласных голос вибрирует, «дрожит». Нарушена плавность и потока речи, возникает так называемая скандированная речь, при которой ударения не нормативны для русской эмоционально-выразительной культуры и напоминают ритмику греческих гекзаметров. Также просодически не нормативны резкие колебания тембра, высоты, звучности, мелодики и громкости речи, внезапно возникающие паузы или колебания длительности шумовых и вокальных сегментов речи. Большое или меньшее отсутствие просодической регламентации издаваемого звукового потока лишает его не только зонной организации, но и эмоциональной выразительности и фонетической структуры.

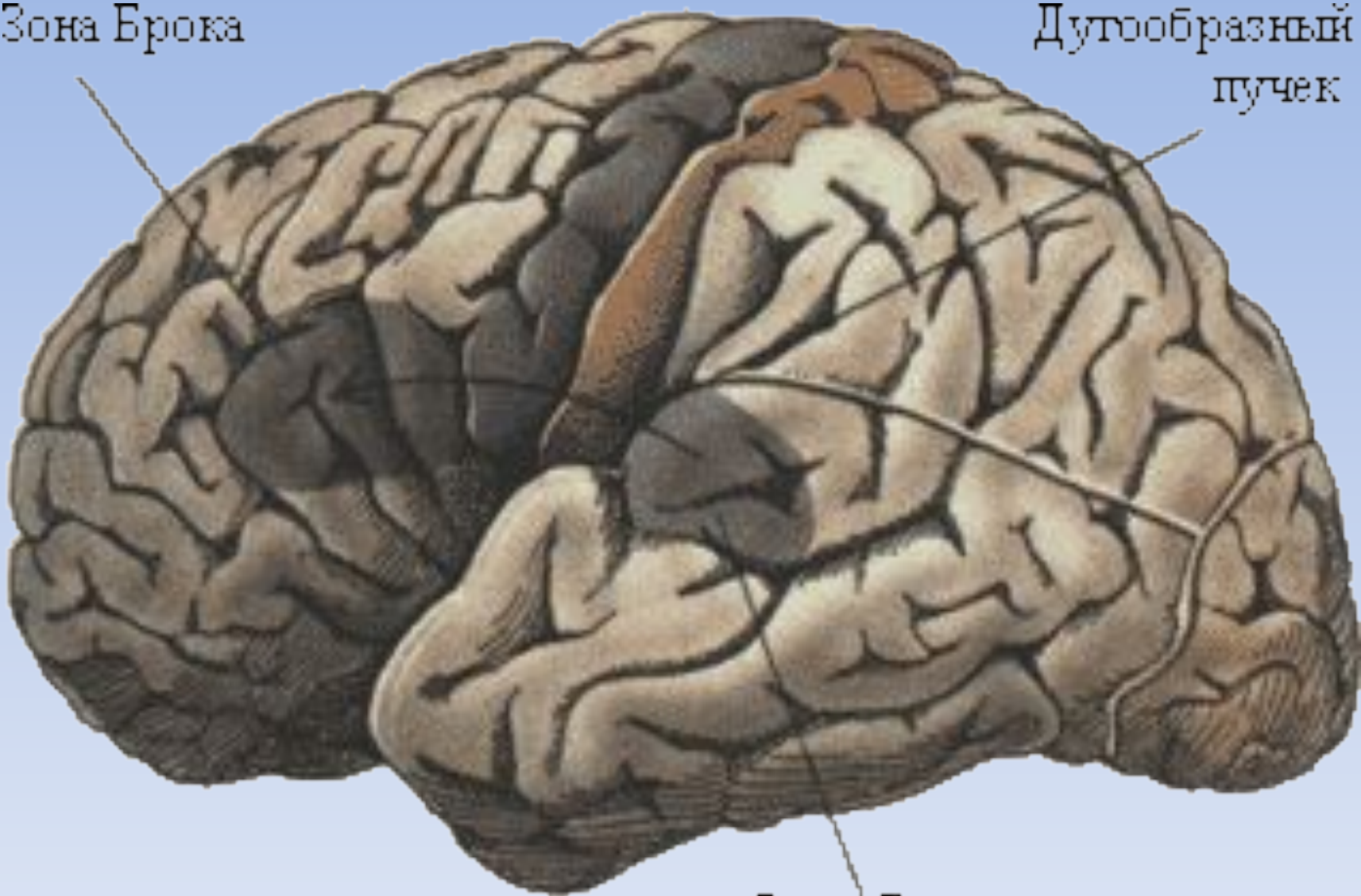
Корковая апраксия кинестетическая дизартрия

Очаг поражения мозга

Одностороннее поражение коры доминантного (обычно левого) полушария головного мозга, а именно нижних отделов постцентральных полей.

Зона Брока

Дугообразный
пучек



Зона Вернике

Патогенез

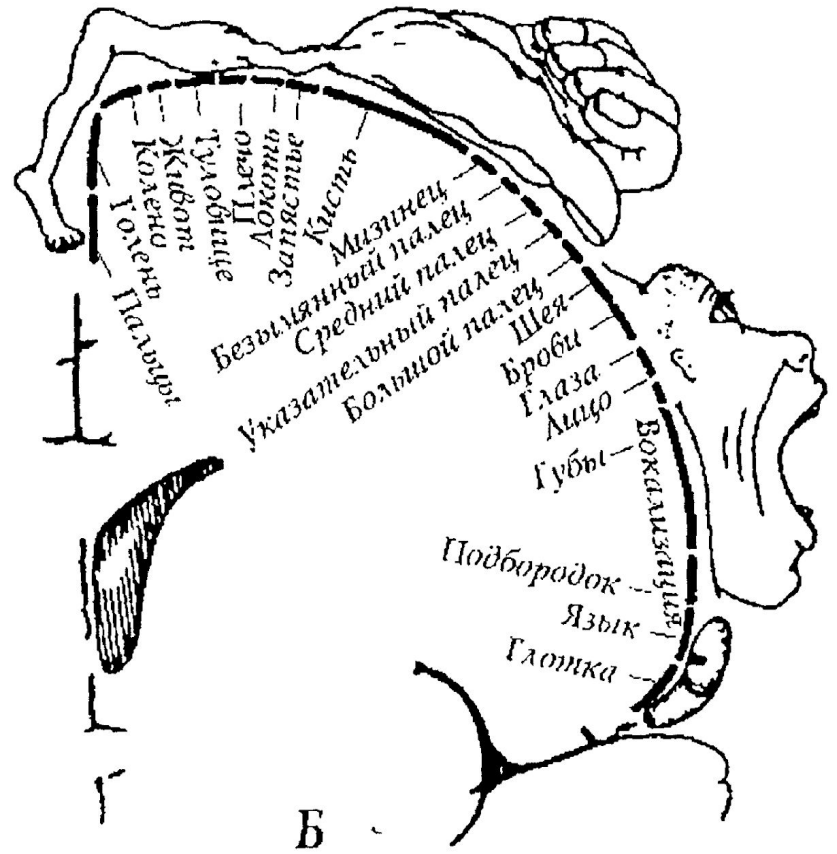
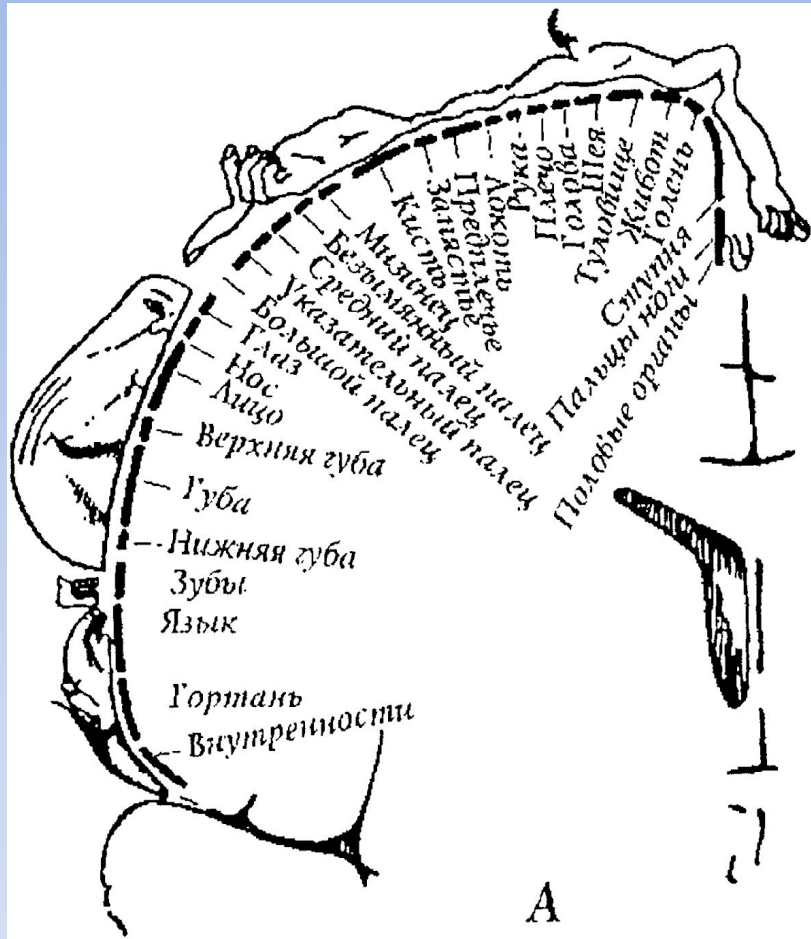
Кинестетическая артикуляторная
апраксия с недостаточным
развитием или распадом, по А.Р.
Лурия, топологических
пространственных схем
артикуляции

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Расстройство в звучащей русской речи нормативных слоговых единиц типа СГ со смещениями прежде всего шумовых признаков слоговых согласных: способа образования, места образования, глухости-звонкости и твердости-мягкости. Эти расстройства непостоянны, зависят от контекста, замены согласных могут быть как полными, так и частичными, лишь искажающими звучание согласных и делающих речь невнятной. Даже в тяжелых случаях апраксии тот или иной признак слогового контраста воспроизводится неверно не всегда; больной под контролем слуха, зрения и тактильно-кинестетических ощущений активно «ищет» нужное звучание, что приводит к нарушению плавности речи и ее замедлению.

Синдромы просодических и фонетических расстройств.

Расстройство в звучащей русской речи нормативных слоговых единиц типа СГ со смещениями, прежде всего, шумовых признаков слоговых согласных: способа образования, места образования, глухости-звонкости и твердости-мягкости. Эти расстройства непостоянны, зависят от контекста, замены согласных могут быть как полными, так и частичными, лишь искажающими звучание согласных и делающих речь невнятной. Даже в тяжелых случаях апраксии тот или иной признак слогового контраста воспроизводится неверно не всегда; больной под контролем слуха, зрения и тактильно-кинестетических ощущений активно «ищет» нужное звучание, что приводит к нарушению плавности речи и ее замедлению.



Корковая апраксия кинетическая дизартрия

Очаг поражения мозга

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

Патогенез

Кинетическая артикуляторная апраксия с недостаточным развитием или распадом, по А.Р.Лурия, топологических временных схем артикуляций (кинетических мелодий) или, по Е.Н.Винарской, слоговых ритмических структур слов и их цепей.

Клинические проявления

Недостаточное развитие или распад ритмических слоговых структур слов с превращением их в цепи открытых ударных слогов. При этом возрастает напряженность речи и степень ее вокализации («встреча» - ФЭ-СЭ-ТЭ-РЕ-ЧА и пр.); темп речи замедляется, появляются персеверации и замены щелевых согласных в составе слога на смычные, звонких на глухие, мягких на твердые; стечения согласных нередко упрощаются, а аффрикаты Ч' и Ц расщепляются на соответствующие смычные и щелевые согласные. Больной старается под контролем слуха исправить звучание своей речи, в силу чего она становится еще более напряженной монотонной и громкой.

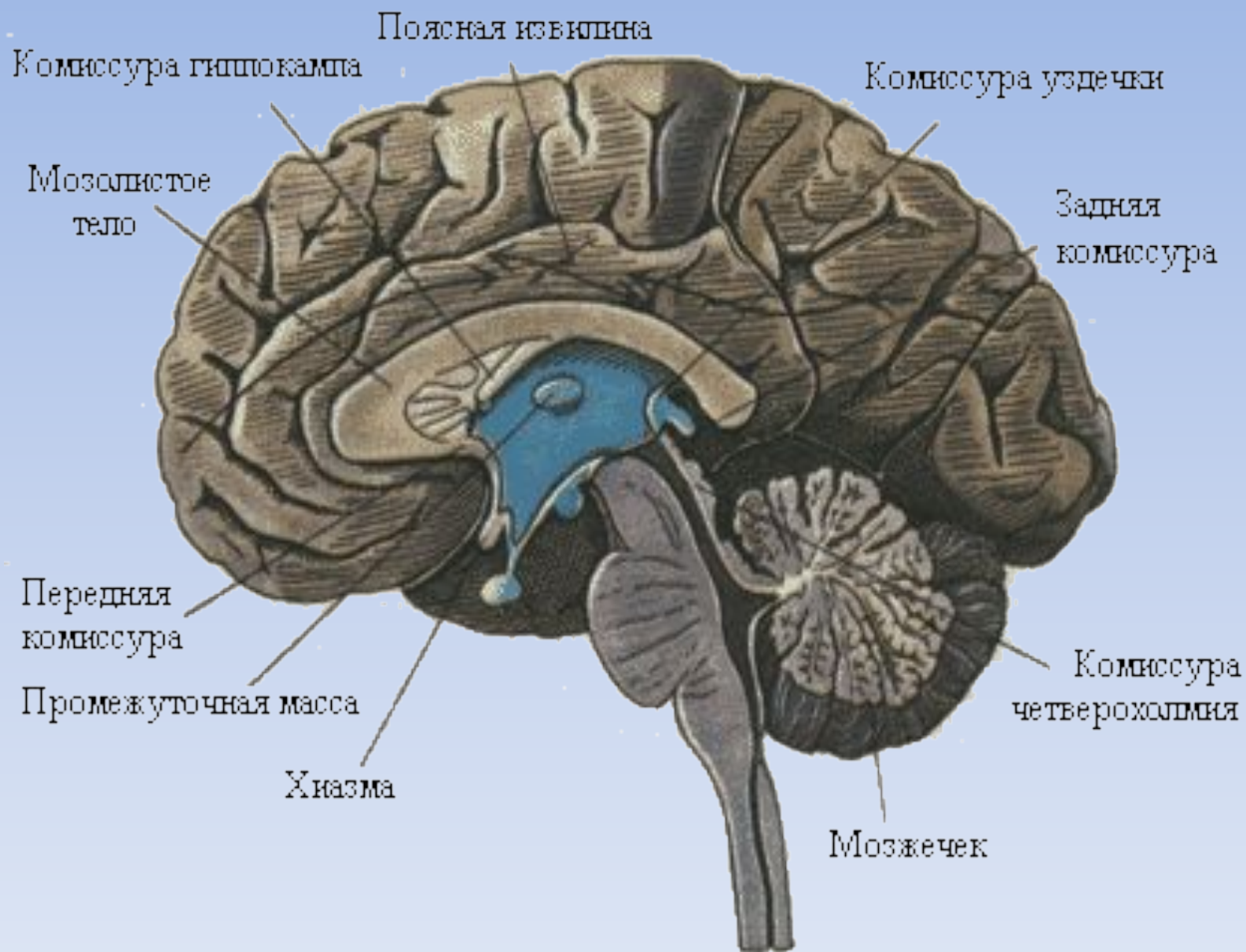
Синдромы просодических и фонетических расстройств

Недостаточное развитие или распад ритмических слоговых структур слов с превращением их в цепи открытых ударных слогов. При этом возрастает напряженность речи и степень ее вокализации («встреча» – ФЭ-СЭ-ТЭ-РЕ-ЧА и пр.); темп речи замедляется, появляются персеверации и замены щелевых согласных в составе слога на смычные, звонких на глухие, мягких на твердые; стечения согласных нередко упрощаются, а аффрикаты Ч' и Ц расщепляются на соответствующие смычные и щелевые согласные. Больной старается под контролем слуха исправить звучание своей речи, в силу чего она становится еще более напряженной монотонной и громкой.

Мезэнцефально-диэнцефальная дизартрия

Очаг поражения мозга

Поражения структур лимбико-ретикулярной системы, в первую очередь мезэнцефально-диэнцефальных



Патогенез

Нарушения неспецифической активности корково-подкорковых структур, обеспечивающих двигательную реализацию высказывания.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Снижение речевой активности имеет пять условно выделяемых степеней, наиболее тяжелая из них – акинетический мутизм с полной анартрией. По мере развития акинетического мутизма речь становится все более лаконичной и все менее эмоционально выразительной, внятной и членораздельной.

Синдромы просодических и фонетических расстройств

Нарушения неспецифической активности корково-подкорковых структур, обеспечивающих двигательную реализацию высказывания. Характерно снижение речевой активности, наиболее тяжелая степень – акинетический мутизм с полной анартрией. По мере развития акинетического мутизма речь становится все более лаконичной и все менее эмоционально-выразительной, внятной и членораздельной.

ЭТАПЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ ДИЗАРТРИИ

1.Подготовительный этап

- нормализация мышечного тонуса (логопедический массаж)
- артикуляционная гимнастика (пассивная и активная)
 - работа над дыханием (формирование навыка нижнереберного диафрагмального дыхания, координация процесса дыхания и голосообразования)
 - работа над голосом (формирование навыка «мягкого» голосообразования, развитие силы, высоты, громкости, тембральной окраски голоса)
 - развитие навыков невербальной коммуникации

ЭТАПЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

2. Этап постановки и начальной автоматизации звуков

3. Автоматизация поставленных звуков в слоговых рядах, словах, словосочетаниях, предложениях, чистоговорках, пословицах и поговорках

4 Дифференциация поставленных звуков.

5. Формирование просодических характеристик: темпо-ритмической организации речи, её интонационно-мелодической выразительности, дикционного качества речи.