Предмет «Физиология»

Тема «Понятие и классификация дизартрии»

**Содержание**

Введение

1. Общее представление о дизартрии

2. Классификация форм дизартрии

2.1 Бульбарная дизартрия

2.2 Корковая дизартрия

2.3 Псевдобульбарная дизартрия

2.4 Стертая форма дизартрии

3. Основные направления лечения и коррекционной работы

Заключение

Список литературы

**Введение**

Голос человека — явление сложное, во многом еще не разгаданное. Он связан не только с работой определенных мышц, участвующих в артикуляции (деятельности речевых органов, связанной с произнесением звуков речи и различных их комплексов, составляющих слоги, слова), но и со всем психофизическим аппаратом человека.

Наша речь — это деятельность, которая осуществляется при согласованном функционировании всего головного мозга и других отделов нервной системы. Нормальная деятельность нервных речевых зон, расположенных в коре головного мозга, обеспечивает управление речевой системой, правильный подбор слов и восприятие обращенной к нам речи.

Клинический опыт показывает, что поражение разных участков коры головного мозга приводит к качественно отличным нарушениям речи. В связи с этим, выделяются различные области, поражение которых вызывает те или иные расстройства речи.

Дизартрия относится к группе сенсомоторных расстройств, затрагивающих артикуляторный уровень речеобразования. При дизартрии расстройства произношения звуков вызваны, прежде всего, нарушениями фонетических (моторных) операций.

**1. Общее представление о дизартрии**

Дизартрия — нарушение произношения вследствие недостаточной иннервации речевого аппарата, возникающее в результате поражений заднелобных и подкорковых отделов мозга.[9].

Термин "дизартрия" образован от греческих слов arthson - сочленение и dys - частица, означающая расстройство. Это неврологический термин, т.к. возникает дизартрия при нарушении функции черепно-мозговых нервов нижнего отдела ствола, ответственных за артикуляцию.

Черепно-мозговые нервы нижнего отдела ствола (продолговатого мозга) примыкают к шейному отделу спинного мозга, имеют сходное с ним анатомическое строение и снабжаются кровью из того же вертебробазилярного бассейна.

Продолговатый мозг ствола, так же, как и шейный отдел спинного мозга, зачастую испытывает в родах гипоксию. Это приводит к резкому уменьшению двигательных единиц в ядрах нервов, ответственных за артикуляцию. При неврологическом обследовании ребенок адекватно выполняет все пробы, но не может справиться должным образом с артикуляцией, потому что здесь необходимо выполнять сложные и быстрые движения, которые не под силу ослабленным мышцам.

Основные проявления дизартрии:

* расстройство артикуляции звуков
* нарушение голосообразования
* изменение темпа и ритма речи
* изменение интонации.[8]

Названные нарушения проявляются в разной степени и в различных комбинациях в зависимости от локализации поражения в центральной или периферической нервной системе, от тяжести нарушения, от времени возникновения дефекта. Нарушения артикуляции и фонации, затрудняющие, а иногда и полностью препятствующие членораздельной звучной речи, составляют так называемый первичный дефект, который может привести к возникновению вторичных проявлений, осложняющих его структуру. Клиническое, психологическое и логопедическое изучение детей с дизартрией показывает, что эта категория детей очень неоднородна с точки зрения двигательных, психических и речевых нарушений

**2. Классификация форм дизартрии**

Классификация клинических форм дизартрии основывается на выделении различной локализации поражения мозга. Дети с различными формами дизартрии отличаются друг от друга специфическими дефектами звукопроизношения, голоса, артикуляционной моторики, нуждаются в различных приемах логопедического воздействия и в разной степени поддаются коррекции.

Формы дизартрии:

* Дизартрия бульбарная — дизартрия, обусловленная периферическим парезом или параличом мышц, принимающих участие в артикуляции, вследствие поражения языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов и их ядер. Часто сочетается с расстройствами глотания.
* Дизартрия корковая — обусловленная поражением отделов коры головного мозга, связанных с функцией мышц, принимающих участие в артикуляции; отличается расстройством произнесения слогов при сохранении правильной структуры слова.[10]
* Дизартрия мозжечковая — дизартрия, обусловленная поражением мозжечка или его проводящих путей; характеризуется растянутой, скандированной речью с нарушением модуляции и меняющейся громкостью.
* Дизартрия экстрапирамидная (гиперкинетическая, подкорковая) — дизартрия, возникающая при поражении подкорковых узлов и их нервных связей. Речь смазанная, невнятная с носовым оттенком, резко нарушена просодика, интанационно-мелодическая структура речи, её темп.
* Дизартрия паркинсоническая — вид экстрапирамидной дизартрия, наблюдаемой при паркинсонизме, характеризующийся замедленной невыразительной речью, нарушениями модуляции голоса. Требует лечения основного заболевания.[2]
* Дизартрия псевдобульбарная — дизартрия, обусловленная центральным параличом мышц, иннервируемых языкоглоточным, блуждающим и подъязычным нервами, вследствие двустороннего поражения двигательных корково-ядерных путей; проявляется монотонностью речи.
* Дизартрия экстрапирамидная — дизартрия, обусловленная поражением стриапаллидарной системы.
* Дизартрия стертая форма — нарушение произношения свистящих и шипящих звуков по типу бокового сигматизма, впервые выделена чешским врачом М.Зееманом;. часто бывает единственным симптомом, свидетельствующим о наличии у ребенка недиагностированной дизартрия.
* Дизартрия холодовая — симптом при миастении и миастеническом синдроме, проявляющийся в затруднениях артикуляции при понижении температуры в помещении и говорении на холоде. Требует лечения основного заболевания. Часто служит единственным симптомом, свидетельствующим о скрытой или недиагностированной врожденной миопатии.

Рассмотрим более подробно некоторые из форм дизартрии.

**2.1 Бульбарная дизартрия**

Характерным является паралич или парез мышц глотки, гортани, языка, мягкого нёба. У ребенка с подобным дефектом нарушается глотание твердой и жидкой пищи, затруднено жевание. Недостаточная подвижность голосовых складок, мягкого нёба приводит к специфическим нарушениям голоса: он становится слабым, назализованным. В речи не реализуются звонкие звуки. Парез мышц мягкого нёба приводит к свободному проходу выдыхаемого воздуха через нос, и все звуки приобретают выраженный носовой (назальный) оттенок.[8]

У детей с описываемой формой дизартрии наблюдается атрофия мышц языка и глотки, снижается также тонус мышц (атония). Паретическое состояние мышц языка является причиной многочисленных искажений звукопроизношения. Речь невнятная, крайне нечеткая, замедленная. Лицо ребенка с бульварной дизартрией амимично.

**2.2 Корковая дизартрия**

Представляет большие трудности для выделения и распознавания. При этой форме нарушается произвольная моторика артикуляционного аппарата. По своим проявлениям в сфере звукопроизношения корковая дизартрия напоминает моторную алалию, так как, прежде всего, нарушается произношение сложных по звуко-слоговой структуре слов. У детей затрудняется динамика переключения от одного звука к другому, от одной артикуляционной позы к другой. Дети способны четко произносить изолированные звуки, но в речевом потоке звуки искажаются, возникают замены. Особенно трудны сочетания согласных звуков. При убыстренном темпе появляются запинки, напоминающие заикание.[4]

Однако, в отличие от детей с моторной алалией, у детей с этой формой дизартрии не наблюдается нарушений в развитии лексико-грамматической стороны речи. Корковую дизартрию следует также отличать от дислалии. Дети с трудом воспроизводят артикуляционную позу, их затрудняет переход от одного звука к другому. При коррекции обращает на себя внимание тот факт, что дефектные звуки быстро исправляются в изолированном произнесений, но с трудом автоматизируются в речи. [8]

**2.3 Псевдобульбарная дизартрия**

Наиболее часто встречающаяся форма детской дизартрии. Псевдобульбарная дизартрия является следствием перенесенного в раннем детстве, во время родов или во внутриутробном периоде органического поражения мозга в результате энцефалита, родовых травм, опухолей, интоксикации и др. У ребенка возникает псевдобульбарный паралич или парез, обусловленный поражением проводящих путей, идущих от коры головного мозга к ядрам языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов. По клиническим проявлениям нарушений в области мимической и артикуляционной мускулатуры он близок к бульбарному. Однако возможности коррекции и полноценного овладения звукопроизносительной стороной речи при псевдобульбарной дизартрии значительно выше.[3]

Степень нарушения речевой или артикуляционной моторики может быть различной. Условно выделяют три степени псевдобульбарной дизартрии: легкую, среднюю, тяжелую.

1. Легкая степень псевдобульбарной дизартрии характеризуется отсутствием грубых нарушений моторики артикуляционного аппарата. Трудности артикуляции заключаются в медленных, недостаточно точных" движениях языка, губ. Расстройство жевания и глотания выявляется неярко, в редких поперхиваниях. Произношение у таких детей нарушено вследствие недостаточно четкой артикуляционной моторики, речь несколько замедленна, характерна смазанность при произнесении звуков. Чаще страдает произношение сложных по артикуляции звуков: ж, ш, р, ц, ч. Звонкие звуки произносятся с недостаточным участием голоса. Трудны для произношения мягкие звуки, требующие добавления к основной артикуляции подъема средней части спинки языка к твердому нёбу.

Итак, основным дефектом у детей, страдающих псевдобульбарной дизартрией в легкой степени, является нарушение фонетической стороны речи.

2. Дети со средней степенью дизартрии составляют наиболее многочисленную группу. Для них характерна амимичность: отсутствие движений лицевых мышц. Ребенок не может надуть щеки, вытянуть губы, плотно сомкнуть их. Движения языка ограниченны. Ребенок не может поднять кончик языка вверх, повернуть его вправо, влево, удержать в данном положении. Значительную трудность представляет переключение от одного движения к другому. Мягкое нёбо бывает часто малоподвижным, голос имеет назальный оттенок. Характерно обильное слюнотечение. Затруднены акты жевания и глотания. Следствием нарушения функции артикуляционного аппарата является тяжелый дефект произношения. Речь таких детей обычно очень невнятная, смазанная, тихая. Характерна нечеткая из-за малоподвижности губ, языка артикуляция гласных, произносимых обычно с сильным носовым выдохом. Выдыхаемая ротовая струя ощущается очень слабо. Чаще звонкие согласные заменяются глухими. Нередко звуки в конце слова и в сочетаниях согласных опускаются. В результате речь детей, страдающих псевдобульбарной дизартрией, оказывается настолько непонятной, что они предпочитают отмалчиваться. Наряду с обычно поздним развитием речи (в возрасте 5-6 лет) данное обстоятельство резко ограничивает для ребенка опыт речевого общения.

Дети с подобным нарушением не могут успешно обучаться в общеобразовательной школе. Наиболее благоприятные условия для их обучения и воспитания созданы в специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями речи, где к этим учащимся осуществляется индивидуальный подход.

3. Тяжелая степень псевдобульбарной дизартрии - анартрия - характеризуется глубоким поражением мышц и полной бездеятельностью речевого аппарата. Лицо ребенка, страдающего анартрией, маскообразное, нижняя челюсть отвисает, рот постоянно открыт. Язык неподвижно лежит на дне ротовой полости, движения губ резко ограниченны. Затруднены акты жевания и глотания. Речь отсутствует полностью, иногда имеются отдельные нечленораздельные звуки. Дети с анартрией при хорошем умственном развитии также могут обучаться в специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями речи, где благодаря специальным логопедическим методам успешно овладевают навыками письма и программой по общеобразовательным предметам.[1]

**2.4 Стертая форма дизартрии**

Легкие (стертые) формы дизартрии могут наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших воздействие различных неблагоприятных факторов в течение пренатального, натального и раннего постнатального периодов развития. Среди таких неблагоприятных факторов можно отметить: токсикоз беременности, хроническую гипоксию плода, острые и хронические заболевания матери в период беременности, минимальное поражение нервной системы при резус-конфликтных ситуациях матери и плода, легкую асфиксию, родовые травмы, острые инфекционные заболевания детей в младенческом возрасте.[11]

Раннее речевое развитие у значительной части детей с легкими проявлениями дизартрии незначительно замедлено. Первые слова появляются к 1 году, фразовая речь формируется к 2-3 годам. При этом довольно долго речь детей остается неразборчивой, неясной, понятной только родителям. Таким образом, к 3-4 годам фонетическая сторона речи у дошкольников со стертой формой дизартрии остается несформированной.

Общая моторная сфера детей со стертой формой дизартрии характеризуется неловкими, скованными, недифференцированными движениями. Может встречаться небольшое ограничение объема движений верхних и нижних конечностей, при функциональной нагрузке возможны содружественные движения (синкенезии), нарушения мышечного тонуса. Часто при выраженной общей подвижности движения ребенка со стертой формой дизартрии остаются неловкими и непродуктивными.

У детей со стертой формой дизартрии наблюдаются также и нарушения мелкой моторики пальцев рук, которые проявляются в нарушении точности движений, снижении скорости выполнения и переключения с одной позы на другую, замедленном включении в движение, недостаточной координации.[12]

**3. Основные направления лечения и коррекционной работы**

Данные особенности речевого развития детей с дизартрией показывают, что они нуждаются в систематическом специальном обучении, направленном на преодоление дефектов звуковой стороны речи, развитие лексического запаса и грамматического строя речи, исправление нарушений письма и чтения. Такие коррекционные задачи решаются в специальной школе для детей с нарушениями речи, где ребенок получает образование в объеме девятилетней общеобразовательной школы.

Дети дошкольного возраста с дизартрией нуждаются в целенаправленных логопедических занятиях по формированию фонетического и лексико-грамматического строя речи. Проводятся такие занятия в специальных дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи. [5]

Логопедическая работа с детьми-дизартриками базируется на знании структуры речевого дефекта при разных формах дизартрии, механизмов нарушения общей и речевой моторики, учете личностных особенностей детей. Особое внимание уделяется состоянию речевого развития детей в сфере лексики и грамматического строя, а также особенностям коммуникативной функции речи. У детей школьного возраста учитывается состояние письменной речи.

Положительные результаты логопедической работы достигаются при условии соблюдения следующих принципов:

* взаимосвязанного формирования всех компонентов речи;
* системного подхода к анализу речевого дефекта;
* регуляции психической деятельности детей посредством развития коммуникативной и обобщающей функций речи.[2]

В процессе систематических и в большинстве случаев длительных занятий осуществляются постепенная нормализация моторики артикуляционного аппарата, развитие артикуляционных движений, формирование способности к произвольному переключению подвижных органов артикуляции с одного движения на другое в заданном темпе, преодоление монотонии и нарушений темпа речи; полноценное развитие фонематического восприятия. Этим подготавливается основа для развития и коррекции звуковой стороны речи и формируются предпосылки для овладения навыками устной и письменной речи.

Логопедическую работу необходимо начинать в младшем дошкольном возрасте, создавая тем самым условия для полноценного развития более сложных сторон речевой деятельности и оптимальной социальной адаптации. Большое значение имеет также сочетание логопедических мероприятий с лечебными, преодоление отклонений в общей моторике.[5]

Дети дошкольного возраста с дизартрией, не имеющие грубых отклонений в развитии опорно-двигательного аппарата, владеющие навыками самообслуживания и имеющие нормальный слух и полноценный интеллект, обучаются в специальных детских садах для детей с нарушениями речи. В школьном возрасте дети с тяжелой степенью дизартрии обучаются в специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями речи, где получают образование в объеме девятилетней школы с одновременной коррекцией речевого дефекта. Для детей с дизартрией, имеющих выраженные нарушения опорно-двигательного аппарата, в стране имеются специализированные детские сады и школы, где большое внимание уделяется лечебным и физиотерапевтическим мероприятиям.

Лечение дизартрии возможно только при применении комплексного метода, в котором сочетаются разные виды терапевтического воздействия:

* Лекарственные средства.
* Физиотерапия, лечебная физкультура, иглотерапия для нормализации тонуса мышц и увеличения объема движений органов артикуляции.
* Общее поддерживающее и закаливающее лечение для укрепления организма.
* Лечение сопутствующих заболеваний.
* Логопедическая работа по развитию и исправлению речи.[8]

Во всех видах лечения ребенка-дизартрика чрезвычайно большая роль принадлежит родителям. Прежде всего это относится к логопедическим занятиям. Родители должны знать для чего делаются те или иные упражнения, понимать их смысл и представлять ожидаемые результаты.

Логопедическое воздействие при дизартрии направлено на разработку органов артикуляции. Оно включает:

* массаж органов артикуляции;
* артикуляционную гимнастику;
* исправление произношения звуков речи;
* исправление речевого дыхания и голоса;
* работу над выразительностью речи.

Логопедическая работа при дизартрии очень трудоемка, многопланова и требует систематических занятий со специалистами и выполнения домашних упражнений с родителями.

**Заключение**

Дизартрия **-** нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной работой нервов, обеспечивающих связь речевого аппарата с центральной нервной системой, то есть недостаточной иннервацией.

Существуют несколько форм дизартрии: бульбарная, подкорковая, мозжечковая, корковая, стертая, псевдобульбарная.

В педагогической практике наиболее часто встречается псевдобульбарная форма дизартрии, которая возникает при двустороннем поражении двигательных корково-ядерных путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепных нервов ствола.

При дизартрии требуется комплексное лечебно-педагогическое воздействие. Логопедическая коррекция производится в сочетании с медикаментозным лечением и ЛФК. Особое значение приобретает использование при коррекции произносительной стороны речи логопедических инструментов. В детской логопедической практике важная роль отводится общему развитию всех сторон речи: словаря, грамматического строя, фонематического слуха, поскольку дети, страдающие дизартрией испытывают в школьные годы трудности в усвоении письменной речи. Наиболее целесообразно обучение таких детей в дошкольном периоде в логопедических группах детского сада, в школьные годы — в специальных речевых школах.

**Список литературы**

1. Беккер К.П., Совак М. Логопедия: Пер. с нем. — М.: Медицина, 1981. — 288 с.
2. Винарская Е.Н. и Пулатов А.М. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга, Ташкент, 1973.
3. Гуровец Г.В., Маевская СИ. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии // Вопросы логопедии. М., 1982. с. 75.
4. Ковшиков В.А. Понятие экспрессивной алалии и ее дифференциальная диагностика // Детская речь: норма и патология. Самара, 1996. С. 52-62.
5. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников. СПб, 2001.
6. Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики, с. 104, М., 1975.
7. Мастюкова Е.М. и Ипполитова М.В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом, с. 135, М., 1985.
8. Понятийно-терминологический словарь логопеда/Под ред. В.И. Селиверстова. — М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. — 400с.
9. Психологический словарь/Под ред. В.В. Давыдова, А.В. Запорожца, Б.Ф. Ломова и др. — М.: Педагогика, 1983. — 448с.
10. Правдина О.В. Логопедия. М., 1973.
11. Соботович Е.Ф., Чернопольская А.Ф. Проявления стертых дизартрии и методы их диагностики // Дефектология. М., 1974, №4.
12. Энциклопедический словарь медицинских терминов: В 3-х томах/Гл. ред. Б.В. Петровский. — М.: Сов. энциклопедия. — Т. 1, 1982. — С. 350