

Приходько О. Г.
Москва, Россия

**ДИЗАРТРИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ
РЕЧИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО
И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

УДК 376.37

ББК Ч 437

Аннотация:

Ключевые слова: дизартрия, синдромомолгический подход, симптомокомплекс.

Сведения об авторе: Приходько Оксана Георгиевна, доктор педагогических наук, профессор, декан факультета специальной педагогики.

Место работы: Московский городской педагогический университет.

Контактная информация: 117261 г. Москва, ул. Панферова, д.8, стр.2
Тел.: 8(499)1320562

Дизартрия (речедвигательное расстройство) — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры. Дизартрия является следствием органического поражения центральной нервной системы, при котором расстраивается двигательный механизм речи. При дизартрии нарушено не программирование речевого высказывания, а моторная реализация речи.

Ведущими дефектами при дизартрии являются нарушение звукопроизносительной стороны речи и просодики, а также нарушения речевого дыхания, голоса и артикуляционной моторики. Разборчивость речи при дизартрии нарушена, речь смазанная, нечеткая.

Prikhodko O.G.
Moscow, Russia

**DIZARTRICHESKIE
VIOLATIONS SPEECH IN
INFANTS AND PRESCHOOL**

Annotation:

Key words: dysarthria, sleep-dromolgicheskyy approach simptomokomplex

About the author: Oksana G. Prikhodko Dr., Professor, Dean of Faculty of special education

Place of work: Moscow On the urban Pedagogical University.

**Основные нарушения
(структура дефекта)
при дизартрии**

Нарушение тонуса артикуляционной мускулатуры (мышц лица, языка, губ, мягкого нёба) по типу спастичности, гипотонии или дистонии.

1. Спастичность — повышение тонуса в мускулатуре языка, губ, лица и шеи. При спастичности мышцы напряжены. Язык «комом» оттянут назад, спинка его спастически изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Приподнятая к твердому нёбу напряженная спинка языка способствует смягчению согласных звуков (палатализация), Иногда спастичный язык «жалом» вытянут вперед. Повышение мышечного тонуса в круговой

мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта (произвольное открывание рта при этом затруднено). В ряде случаев при спастическом состоянии верхней губы рот может быть, напротив, приоткрыт. При этом обычно наблюдается повышенное слюноотечение (гиперсаливация). Активные движения при спастичности артикуляционных мышц ограничены. (Спастичность мышц отмечается при спастико-паретической дизартрии.)

2. Гипотония — снижение тонуса мышц. При гипотонии язык тонкий, распластанный в полости рта; губы вялые, не могут плотно смыкаться. В силу этого рот обычно полуоткрыт, может быть выражена гиперсаливация. Гипотония мышц мягкого нёба препятствует достаточному продвижению нёбной занавески вверх и ее прижатию к задней стенке глотки; струя воздуха выходит через нос. При этом голос приобретает носовой оттенок (назализация). (Гипотония артикуляционных мышц имеет место при спастико-паретической и атактической дизартрии.)

3. Дистония — меняющийся характер мышечного тонуса. В состоянии покоя может отмечаться низкий мышечный тонус, при попытках к речи и в момент речи тонус резко нарастает. Дистония существенно искажает артикуляцию. Характерная особенность звукопроизношения при дистонии — непостоянство искажений, замен и пропусков звуков. (Дис-

тония отмечается при гиперкинетической дизартрии.)

У детей с неврологической патологией часто отмечается смешанный и вариативный характер нарушений тонуса в артикуляционной мускулатуре (так же, как и в скелетной), т. е. в отдельных артикуляционных мышцах тонус может изменяться по-разному. Например, в язычной мускулатуре может отмечаться спастичность, а в лицевой и губной — гипотония. Во всех случаях имеется определенное соответствие нарушений тонуса в артикуляционной и скелетной мускулатуре.

Нарушение подвижности артикуляционных мышц. Ограниченная подвижность мышц артикуляционного аппарата — это основное проявление пареза этих мышц. Недостаточная подвижность артикуляционных мышц языка и губ обуславливает нарушения звукопроизношения. При поражении мышц губ страдает произношение и гласных, и согласных звуков. Нарушается артикуляция в целом. Особенно грубо нарушено звукопроизношение при резком ограничении подвижности мышц языка.

Степень нарушения подвижности артикуляционных мышц может быть различной - от полной невозможности до незначительного снижения объема и амплитуды артикуляционных движений языка и губ. При этом в первую очередь нарушаются наиболее тонкие и дифференцированные движения (прежде всего поднимание языка вверх).

Специфические нарушения звукопроизношения:

- стойкий характер нарушений звукопроизношения, особая трудность их преодоления;

- специфические трудности автоматизации звуков (процесс автоматизации требует большего количества времени, чем при дислалии). При несвоевременном окончании логопедических занятий приобретенные речевые умения часто распадаются;

- нарушено произношение не только согласных, но и гласных звуков (усредненность или редуцированность гласных);

- преобладание межзубного и бокового произношения свистящих [с], [з], [ц] и шипящих [ш], [ж], [ч], [щ] звуков;

- оглушение звонких согласных (звонкие звуки произносятся с недостаточным участием голоса);

- смягчение твердых согласных звуков (палатализация);

- нарушения звукопроизношения особенно выражены в речевом потоке. При увеличении речевой нагрузки наблюдается, а иногда и нарастает общая смазанность речи.

В зависимости от типа нарушений все дефекты звукопроизношения при дизартрии делятся на две категории: антропофонические (искажения звуков) и фонологические (замены, смещения). При дизартрическом расстройстве наиболее типичным нарушением звукового строя речи является искажение звука.

Нарушения речевого дыхания.

Нарушения дыхания у детей с дизартрией обусловлены недостаточностью центральной регуляции дыхания. Недостаточна глубина дыхания. Нарушен ритм дыхания: в момент речи оно учащается. Отмечается нарушение координации вдоха и выдоха (поверхностный вдох и укороченный слабый выдох). Выдох часто происходит через нос, несмотря на полуоткрытый рот. Дыхательные нарушения особенно выражены при гиперкинетической форме дизартрии.

Нарушения голоса.

Нарушения голоса обусловлены изменениями мышечного тонуса и ограничением подвижности мышц гортани, мягкого нёба, голосовых складок, языка и губ. Наиболее часто отмечается недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий) и отклонения тембра голоса (глухой, назализованный, сдавленный, хриплый, прерывистый, напряженный, гортанный).

При различных формах дизартрии нарушения голоса носят специфический характер.

Нарушения просодики (мелодико-интонационных и темпоритмических характеристик речи).

Мелодико-интонационные расстройства часто относят к одним из наиболее стойких признаков дизартрии. Именно они в большой степени влияют на разборчивость, эмоциональную выразительность речи. Отмечается слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (ребенок не может про-

извольно менять высоту тона). Голос становится монотонным, мало- или немодулированным.

Нарушения темпа речи проявляются в его замедлении, реже - в ускорении. Иногда имеют место нарушения ритма речи (например, скандированность - «рубленая» речь, когда отмечается дополнительное количество ударений в словах).

Недостаточность кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате.

У детей с дизартрией отмечается не только ограничение объема артикуляционных движений, но и слабость кинестетических ощущений артикуляционных поз и движений.

Вегетативные расстройства.

Одним из наиболее частых вегетативных расстройств при дизартрии является гиперсаливация. Усиленное слюноотечение связано с ограничением движений мышц языка, нарушением произвольного глотания, нарезом губных мышц. Оно часто утяжеляется за счет слабости кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате (ребенок не чувствует вытекания слюны) и снижения самоконтроля.

Гиперсаливация может быть выражена в различной степени. Она бывает постоянной или усиливается при определенных условиях. Даже легкая гиперсаливация (увлажнение уголков губ во время речи, небольшое подтекание слюны) свидетельствует о наличии у ребенка неврологической симптоматики.

Реже встречаются такие веге-

тативные расстройства, как покраснение или бледность кожных покровов, повышенное потоотделение во время речи.

Нарушение акта приема пищи.

У детей с дизартрией часто затруднено, а в тяжелых случаях отсутствует жевание твердой пищи, откусывание от куска. Часто отмечаются поперхивания, захлебывания при глотании. Затруднено питье из чашки. Иногда нарушена координация между дыханием и глотанием.

Наличие синкинезий. Синкинезии — произвольные сопутствующие движения при выполнении произвольных артикуляционных движений (например, дополнительное движение нижней челюсти и нижней губы вверх при попытке поднять кончик языка).

Оральные синкинезии — открывание рта при любом произвольном движении или при попытке его выполнения.

Повышение глоточного (рвотного) рефлекса.

Нарушение координации движений (атаксия).

Атаксия проявляется в дисметрических, асинергических нарушениях и в скандированном ритме речи. Дисметрия — это несоразмерность, неточность произвольных артикуляционных движений. Она чаще всего выражается в виде гиперметрии, когда нужное движение реализуется более размашистым, утрированным, замедленным движением, чем это необходимо (чрезмерное увеличение двигательной

амплитуды). Иногда наблюдается нарушение координации между дыханием, голосообразованием и артикуляцией (асинергия). Атаксия отмечается при атактической дизартрии.

Наличие насильственных движений (гиперкинезов и тремора) в артикуляционной мускулатуре.

Гиперкинезы — непроизвольные, неритмичные, насильственные; могут быть вычурные движения мышц языка, лица (гиперкинетическая дизартрия).

Тремор — дрожание кончика языка (наиболее выражен при целенаправленных движениях). Тремор языка отмечается при атактической дизартрии.

Степени выраженности дизартрии

Степень выраженности дизартрического нарушения речи зависит от тяжести и характера поражения центральной нервной системы. Условно выделяют 3 степени выраженности дизартрии: легкую, среднюю и тяжелую.

Легкая степень выраженности дизартрии характеризуется незначительными нарушениями (речевой и неречевой симптоматикой) в структуре дефекта. Часто проявления легкой степени дизартрии называют «нерезко выраженной» или «стертой» дизартрией, имея в виду негрубые («стертые») парезы мышц артикуляционного аппарата, нарушающих процесс произношения. Иногда логопеды-практики пользуются терминами «минимальные

дизартрические расстройства» и «дизартрический компонент», при этом некоторые из них неверно считают эти проявления только элементами дизартрии или промежуточным нарушением между дислалией и дизартрией.

При легкой степени дизартрии общая разборчивость речи может быть не нарушена, но звукопроизношение несколько смазанное, нечеткое. Искажения наблюдаются чаще всего при произнесении свистящих, шипящих и/или сонорных звуков. При произнесении гласных самые большие затруднения вызывают звуки [и] и [г]. Нередко оглушаются звонкие согласные звуки. Иногда изолированно ребенок все звуки может произносить правильно (особенно если с ним занимается логопед), но при увеличении речевой нагрузки отмечается общая смазанность звукопроизношения.

Также наблюдаются недостатки речевого дыхания (учащенное, неглубокое), голоса (тихий, глуховатый) и просодики (маломодулированность).

При легкой степени дизартрии у детей отмечаются нерезко выраженные нарушения тонуса мышц языка, иногда губ и незначительное снижение объема и амплитуды их артикуляционных движений. При этом нарушены наиболее тонкие и дифференцированные движения языка (прежде всего — подъем вверх). Неречевая симптоматика также может проявляться в виде легкой саливации, затруднения же-

вания твердой пищи, редких поперхиваниях при глотании, повышении глоточного рефлекса.

При средней (умеренно выраженной) степени дизартрии нарушена общая разборчивость речи, она становится невнятной, иногда даже малопонятной для окружающих. В некоторых случаях речь ребенка трудно понять при незнании контекста. У детей отмечается общая смазанность звукопроизношения (многочисленные выраженные искажения во многих фонетических группах). Нередко звуки в конце слова и в стечении согласных опускаются. Нарушения глубины и ритма дыхания обычно сочетаются с расстройствами силы (тихий, слабый, иссякающий) и тембра голоса (глухой, назализованный, напряженный, сдавленный, прерывистый, хриплый). Отсутствие голосовых модуляций делает голос немодулированным, а речь детей монотонной.

У детей выражены нарушения тонуса язычной, губной и лицевой мускулатуры. Лицо гипомимичное, артикуляционные движения языка и губ замедлены, строго ограничены, неточные (не только верхний подъем языка, но и его боковые отведения). Значительные трудности представляют удержание языка в определенном положении и переключение от одного движения к другому. Для детей со средней степенью дизартрии характерна гиперсаливация, нарушения акта приема пищи (затруднение или отсутствие жевания, пережевывания и захле-

бывания при глотании), синкинезии, повышение рвотного рефлекса.

Тяжелая степень дизартрии – анартрия – это полное или почти полное отсутствие звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц. Анартрия возникает при тяжелом поражении центральной нервной системы, когда моторная реализация речи становится невозможной. У большинства детей с анартрией главным образом проявляются расстройства управления речевыми артикуляциями (артикуляционного, фонаторного, дыхательного отдела), а не только исполнение. Кроме патологии центральных исполнительных систем речевой деятельности, нарушено формирование динамического артикуляционного праксиса. Отмечается расстройство произвольного управления речевым аппаратом. Нарушения произносительных способностей при анартрии обусловлены ярко выраженными центральными речедвигательными синдромами: спастическим парезом в очень тяжелой степени, тоническими нарушениями управления артикуляционными движениями, гиперкинезами, атаксией и апраксией. Апраксия охватывает все отделы речевого аппарата: дыхательный, фонаторный, губно-нёбно-язычный. Апраксические расстройства проявляются неумением ребенка произвольно оформить гласные и согласные звуки, слитно произносить слог из имеющихся звуков или слово из имеющихся слогов.

Анартрия характеризуется глубоким поражением артикуляционных мышц и полной бездеятельностью речевого аппарата. Лицо амимичное, маскообразное; язык неподвижен, движения губ резко ограничены. Жевание твердой пищи практически отсутствует; выражены захлебывания при глотании, гиперсаливация.

По тяжести проявлений анартрии может быть различной (И. И. Панченко):

- а) полное отсутствие речи (звукопроизношения) и голоса;
- б) наличие только голосовых реакций;
- в) наличие звуко-слоговой активности.

В зависимости от сочетания речедвигательного расстройства с нарушениями различных компонентов речевой функциональной системы можно выделить несколько групп детей с дизартрией.

1. Дети с чисто фонетическими нарушениями. У них страдает звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика и артикуляционная моторика. При этом не наблюдается нарушений фонематического восприятия и лексико-грамматического строя речи.

2. Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием. У них нарушается не только произносительная сторона речи (звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика), но и фонематические процессы (трудности звукового анализа и синтеза). При этом лексико-

грамматических недостатков речи не наблюдается.

3. Дети с общим недоразвитием речи. У детей этой группы нарушены все компоненты речи — как произносительная сторона речи, так и лексическое, грамматическое и фонематическое развитие. Отмечаются ограничения словарного запаса: дети пользуются обиходными словами, часто употребляют слова в неточном значении, подменяя смежными по сходству, по ситуации, по звуковому составу. Для детей-дизартриков нередко характерно недостаточное овладение грамматическими формами языка. В их речи часто опускаются предлоги, недоговариваются окончания или неправильно употребляются, не усваиваются падежные окончания, категории числа; имеются затруднения в согласовании, управлении.

Степень выраженности (тяжести) дизартрии не зависит от количества нарушенных компонентов речевой функциональной системы. Например, при стертой (легкой степени) дизартрии могут быть нарушены все компоненты речи (фонетический, фонематический и лексико-грамматический строй), а при дизартрии средней и тяжелой степени может быть нарушен только фонетический строй речи.

Ранняя диагностика

речедвигательных расстройств

В структуру дефекта при дизартрии входят как речевые, так и неречевые нарушения (проявление неврологической симптоматики в

мускулатуре и моторике артикуляционного аппарата). На первом году жизни, а иногда и позже можно выявить и оценить только неречевые расстройства.

Ранняя диагностика дизартрических расстройств основана на оценке неречевых нарушениях. Чем младше ребенок и чем ниже уровень его речевого развития, тем большее значение имеет анализ неречевых нарушений. Наиболее часто первым проявлением дизартрических расстройств является наличие псевдобульбарного (спастико-паретического) синдрома, первые признаки которого можно обнаружить уже у новорожденного. Прежде всего это отсутствие крика (афония) или его слабость, однообразие, непродолжительность. Крик может быть сдавленным или пронзительным, иногда имеют место отдельные всхлипывания или вместо крика гримаса на лице. Почти у всех детей с перинатальной патологией ЦНС отмечается раннее проявление неврологической симптоматики в мускулатуре и моторике речевого аппарата. Наиболее характерными являются следующие нарушения.

1. Патологические изменения в строении и функционировании артикуляционного аппарата; нарушение тонуса и подвижности артикуляционных мышц:

а) в лицевой мускулатуре: наличие асимметрии, сглаженность носогубных складок, опущение одного из углов рта, перекос рта в сторону при улыбке и плаче; гипо-

мимия; нарушение тонуса лицевой мускулатуры по типу спастичности, гипотонии или дистонии; гиперкинезы лица;

б) в губной мускулатуре: нарушение мышечного тонуса, резкое или незначительное ограничение подвижности губ; недостаточность смыкания губ, затруднение удержания рта закрытым, отвисание нижней губы, препятствующее плотному захвату соски или соска и вызывающее подтекание молока изо рта;

в) в язычной мускулатуре: нарушение мышечного тонуса; патология строения языка (при спастичности — язык массивный, оттянут «комом» назад или вытянут «жалом» вперед; при гипотонии — тонкий, вялый, распластаный в полости рта; раздвоенность языка, невыраженность кончика языка, укорочение уздечки); патология положения языка (девиация в сторону, высовывание языка изо рта); гиперкинезы, тремор, фибриллярные подергивания языка; ограничение подвижности язычной мускулатуры (от полной невозможности до снижения объема артикуляционных движений); повышение или понижение глоточного (рвотного) рефлекса;

г) мягкое нёбо: провисание нёбной занавески (при гипотонии); отклонение увулы от средней линии.

2. Нарушения дыхания: инфантильные схемы дыхания (преобладание брюшного типа дыхания после 6 месяцев), учащенное, неглубокое дыхание; дискоординация вдоха и выдоха (поверхностный вдох, укорочен-

ченный слабый выдох); стридор.

3. Нарушение голосообразования: недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий), отклонения тембра (назализованный, глухой, хриплый, сдавленный, напряженный, прерывистый, дрожащий); нарушение голосовых модуляций, интонационной выразительности голоса. Иногда отмечается асинхронность Дыхания, голосообразования и артикуляции.

4. Нарушение акта приема пищи: нарушение сосания (слабость, вялость, неактивность, неритмичность сосательных движений; вытекание молока из носа), глотания (поперхивание, захлебывание), жевания (отсутствие или затруднение жевания твердой пищи), откусывания от куска и питья из чашки.

4. Гиперсаливация (постоянная или усиливающаяся при определенных условиях).

6. Оральные синкинезии (ребенок широко открывает рот при пассивных и активных движениях рук и даже при попытке их выполнения).

7. Отсутствие или ослабление рефлексов орального автоматизма (до 3 месяцев), наличие патологических рефлексов орального автоматизма (после 3-4 месяцев).

С возрастом у ребенка с неврологической патологией все больше выявляется недостаточность голосовых реакций — крика, гуления, лепета. Длительное время крик остается тихим, маломодулированным, монотонным, без интонационной выразительности (не изменяет-

ся в зависимости от состояния ребенка). Часто крик имеет носовой оттенок. Звуки гуления и лепета отличаются однообразием, бедностью звукового состава, малой активностью, фрагментарностью.

На более поздних этапах развития в диагностике дизартрических расстройств все большее значение начинают приобретать речевые симптомы: качественная недостаточность голосовых реакций, стойкие нарушения звукопроизношения, речевого дыхания, голосообразования, просодики.

Современные подходы к классификации дизартрии

Существуют различные подходы к классификации дизартрии. В их основу положены принцип локализации мозгового поражения, степень понятности речи для окружающих, синдромологический подход.

При классификации дизартрии на основе принципа локализации мозгового поражения различают псевдобульбарную, бульбарную, экстрапирамидную (подкорковую), мозжечковую, корковую формы дизартрии (О. В. Правдина и др.).

• Классификация дизартрии по степени разборчивости речи для окружающих была предложена французским невропатологом Тардье. Им было выделено 4 степени тяжести речедвигательных нарушений (у детей с церебральным параличом):

1) нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка;

2) нарушения произношения

заметны каждому, но речь понятна для окружающих;

3) речь понятна только близким ребенка;

4) речь отсутствует или непонятна даже близким ребенка (четвертая степень нарушения звукопроизношения, по существу, представляет собой анартрию). Эта классификация очень удобна для использования не только логопедами, но и учителями, воспитателями, психологами.

- Для логопедической работы, включающей дифференцированный массаж, артикуляционную и дыхательную гимнастики, удобна классификация дизартрии на основе синдромологического подхода, при которой выделяют спастико-паретическую, спастикоригидную, гиперкинетическую, атактическую и смешанные формы дизартрии (И. И. Панченко). У детей с церебральным параличом трудно вычленить симптоматику речевых расстройств вследствие сложности поражения речевой моторики, если не соотносить их с общими двигательными нарушениями. При ДЦП общими двигательными нарушениями (основными синдромальными расстройствами) являются спастический парез, тонические нарушения управления типа ригидности, гиперкинезы, атаксия, апраксия.

В речевой моторике отмечают аналогичные дефекты. Тип дизартрического нарушения речи определяется по характеру клинического синдрома. Эта классификация диз-

артрии ориентирует логопеда на качество нарушения артикуляционной моторики, что позволяет более целенаправленно определить выбор средств лечебной и логопедической работы по нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата. Данной классификацией логопед может пользоваться только совместно с невропатологом, который определяет ведущий неврологический синдром.

Когда в структуру речевого дефекта включаются различные синдромы, дизартрию характеризуют как смешанную.

- Спастика-паретическая дизартрия (ведущий синдром – спастический парез).
- Спастика-ригидная дизартрия (ведущие синдромы – спастический парез и тонические нарушения управления речевой деятельностью типа ригидности).
- Гиперкинетическая дизартрия (ведущий синдром – гиперкинезы).
- Атактическая дизартрия (ведущий синдром атаксия).
- Спастика-атактическая дизартрия (ведущие синдромы – спастический парез и атаксия).
- Спастика-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы – спастический парез и гиперкинезы).
- Спастика-атактико-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы – спастический парез, атаксия, гиперкинезы).
- Атактико-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы – атаксия и гиперкинезы).

Таблица 1.

Нарушения звукопроизношения и артикуляции при различных формах дизартрии (классификация дизартрии по принципу локализации мозгового поражения)

	Нарушения артикуляции	Нарушения звукопроизношения
Бульбарная дизартрия	<ul style="list-style-type: none"> • Избирательные, преимущественно право- или левосторонние параличи мышц речевого аппарата • Атрофия мышц • Атония мышц • Любые произвольные и непроизвольные движения нарушены 	<ul style="list-style-type: none"> • Все согласные приближаются (конвергируют) к щелевым звукам • Гласные конвергируют к звуку типа безударного [а] или [ы] со стиранием противопоставленности по ряду, подъему и огубленности • Носовой оттенок • Ослабление специфических речевых шумов, возникающих при артикуляции ротовых звуков
Псевдо-бульбарная дизартрия	<ul style="list-style-type: none"> • Двусторонние спастические параличи мышц речевого аппарата • Тонус мышц повышен по типу спастической гипертонии (язык напряжен, отодвинут назад) • Подвижность артикуляционных мышц резко ограничена • Избирательные нарушения произвольных движений 	<ul style="list-style-type: none"> • Избирательно страдают наиболее сложные и дифференцированные по укладам звуки [р], [л], [ш], [х], [ц], [ч] • Смягчение звуков
Подкорковая (экстрапиримидная) дизартрия	<ul style="list-style-type: none"> • Резкое изменение тонуса • Нарушение эмоционально-двигательной иннервации • Гиперкинезы • Трудности при необходимости сохранить артикуляционные позы 	Стабильные нарушения звукопроизношения отсутствуют

Мозжечковая дизартрия	<ul style="list-style-type: none"> • Выраженная асинхронность дыхания, фонации и артикуляции • Тонус в артикуляционной мускулатуре понижен • Трудности удержания артикуляционных укладов • Движения языка неточные • При тонких целенаправленных движениях возможен тремор языка • Темп движений замедлен 	<ul style="list-style-type: none"> • Нарушено произнесение переднеязычных, губных, взрывных • Назализация большинства звуков 	
Корковая дизартрия	Кинестетическая постцентральная	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточность кинестетического праксиса; • неверная и нечеткая артикуляция звуков; • Активный поиск правильных укладов. 	<p>Заменяются шумовые признаки согласных звуков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • места образования (особенно язычных); • способы образования (особенно африкатов и шипящих); • твердости и мягкости. <p>Замены лабильны и неоднозначны.</p>
	II Кинетическая премоторная	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточность динамического кинестетического праксиса; • Нарушается последовательность артикуляционных движений. 	<p>Нарушена артикуляция согласных звуков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • начальные и конечные согласные часто удлинены или толчкообразны; • замены щелевых на смычные; • пропуски звуков в стечениях согласных; • упрощение аффрикат; • избирательное оглушение звонких смычных.
	III (по Е. М. Мастюковской)	<ul style="list-style-type: none"> • Изолированное поражение отдельных мышц артикуляционного аппарата; • Избирательный спастический порез речевой мускулатуры; • Страдают наиболее тонкие изолированные движения (подъем языка). 	<ul style="list-style-type: none"> • Нарушается произношение переднеязычных звуков [ш], [ж], [р]: они отсутствуют или заменяются другими согласными. • Трудны согласные, образующиеся при сближении кончика языка с верхними зубами или альвеолами [л]

Таблица 2.

**Основные нарушения при различных формах дизартрии
(классификация дизартрии по синдромологическому подходу)**

Форма дизартрии	Спастико-паретическая дизартрия	Спастико-ригидная дизартрия	Гиперкинетическая дизартрия	Атактическая дизартрия
Ведущий синдром	Спастический парез	Спастический парез и тонические нарушения управления речевой деятельностью типа ригидности	Гиперкинез	Атаксия
Форма ДЦП	Спастическая диплегия, гемипарез	Двойная гемиплегия	Гиперкинетическая форма ДЦП	Атоническая форма ДЦП
Характер нарушения мышечного тонуса	Спастичность, реже — гипотония	Спастичность мышц и ригидность (максимальное резкое повышение мышечного тонуса во всей речевой и скелетной мускулатуре, усиливающееся под влиянием внешних раздражителей)	Дистония, реже гипотония (большая). Зависимость тонуса от внешних влияний, эмоционального состояния, произвольных движений	Гипотония
Наличие непроизвольных насильственных движений, синкинезий	Синкинезии, оральные синкинезии. Возможно сохранение рефлексов оральное автоматизма	Частое присутствие синкинезии стволового уровня мозга и оральные автоматизмов (насильственные сосательные и облизывающие движения)	Гиперкинезы языка, лица, шеи в покое, усиливаются при произносительных попытках. Синкинезии	Тремор языка (при целенаправленных движениях)

Нарушения артикуляционной моторики, артикуляционного праксиса, мимики	Снижение объема и амплитуды артикуляционных движений языка, губ (различной степени). Может страдать выполнение и сохранение артикуляционных поз; переключение от одной артикуляции к другой. Гипомимия лица	Объем артикуляционных движений строго ограничен. Включение в движение с удлинением латентным периодом (до нескольких минут). При включении в движение — резкое повышение тонуса во всей речевой и скелетной мускулатуре. Язык напряжен, малоподвижен, отодвинут назад, не всегда его удается вывести из полости рта. Недифференцированность губных и язычных движений (смешанная губно-язычная артикуляция). Мимика крайне бедная (лицо застывшее, маскообразное)	Объем артикуляционных движений может быть достаточным. Особые трудности удержания и ощущения артикуляционной позы и при переключении от одной артикуляции к другой, т. е. страдает автоматизация артикуляционных движений	Дисметрия (несоразмерность) артикуляционных движений; гиперметрия (увеличение амплитуды, утрированность, замедленность движений). Трудность выполнения и удержания артикуляционных укладов. Мимика вялая
Состояние акта приема пищи (жевание, глотание)	Акт приема пищи замедлен, но координирован	Грубо нарушены жевание, откусывание, глотание. Жевание часто заменяется сосанием. Нарушена координация между дыханием, жеванием, глотанием	Процессы жевания, глотания затруднены, дискоординированы	Жевание ослаблено

© О. Г. Приходько, 2010