

Дизартрия

Дизартрия – распространенный паторечевой синдром в логопедии детского возраста. Ее стертая форма выявляется у 25-70% детей с перинатальной патологией ЦНС. По своему речевому статусу дети-дизартрики могут относиться к категории ФФН или ОНР 1-4 уровня. Степень расстройства речевой функции зависит от тяжести и локализации церебрального поражения, колеблется от стертой дизартрии до анартрии.

Причины

Дизартрия детского возраста – это врожденный или рано приобретенный синдром. Этиологические предпосылки для ее развития возникают в пренатальном, натальном или раннем постнатальном периоде. Факторами риска развития дизартрии у детей выступают:

1. В пренатальном периоде:

- генетическая патология;
- внутриутробные интоксикации и инфекции;
- гипоксии плода
- иммунологический конфликт по резус-фактору.

2. В интранатальном периоде:

- асфиксия при рождении;
- родовая черепно-мозговая травма.

3. В постнатальном периоде:

- ядерная желтуха новорожденных;
- гидроцефалия;
- различной этиологии; менингоэнцефалиты различной этиологии.
- травмы головы;
- церебральные опухоли;
- Детские инсульты.

Дизартрия может развиваться у детей с нормальным психофизическим развитием, двигательными нарушениями (ДЦП), ЗПР и олигофренией. Нередко она сочетается с другими речевыми синдромами: задержкой развития речи, заиканием, моторной алалией.

Патогенез

Перечисленные вредоносные воздействия вызывают поражение церебральных структур, регулирующих моторное звено речи: черепно-мозговых нервов (чаще IX – языкоглоточного, X – блуждающего, XII – подъязычного; реже VII – лицевого и V – тройничного), их ядер, коры или пирамидных путей. В зависимости от топике поражения развиваются различные расстройства мышечного тонуса речевой мускулатуры и двигательные нарушения, препятствующие нормальной артикуляции.

Так, при поражении корковых речевых центров ведущим звеном в структуре дефекта становится артикуляционная апраксия. На повреждение проводящих корково-ядерных путей указывают спастические и вялые параличи. При поражении стриопаллидарной системы развиваются гиперкинезы и мышечная дистония. Повреждение ствола мозга проявляется синкинезиями, мышечной ригидностью, оральными автоматизмами. Мозжечковые поражения сопровождаются атаксией и мышечной гипотонией.

Классификация

Дизартрию у детей классифицируют с учетом локализации поражения, тяжести протекания, симптоматики. Наиболее часто в неврологической практике используется топическая классификация, выделяющая следующие формы:

- **Псевдобульбарная.** Самый частый вариант дизартрии у детей. Возникает в результате поражения корково-ядерного (пирамидного) тракта. Может быть паретической и спастической.
- **Бульбарная.** Обусловлена поражением ганглиев черепных нервов, сосредоточенных в продолговатом мозге. Для детского возраста не характерна.

- **Экстрапирамидная (подкорковая).** Развивается при поражении подкорковых нервных узлов.
- **Мозжечковая.** Связана с повреждением мозжечка. В педиатрической практике наблюдается редко.
- **Корковая.** Возникает при очаговых изменениях моторных корковых областей. У детей признается не всеми исследователями. Некоторые отождествляют ее с моторной алалией, поскольку в структуре первичного дефекта также отмечается кинетическая либо кинестетическая апраксия.
По выраженности (тяжести) симптомов дизартрия может иметь следующие степени:
 - анартрия – самая тяжелая форма, речь нечленораздельная или отсутствует;
 - дизартрия средней степени – тяжелые и множественные дефекты звукопроизношения, речь малопонятна, голос назальный, тихий;
 - стертая дизартрия (минимальные дизартрические расстройства) – легкая форма, артикуляционные движения недостаточно точные, из-за чего нарушается фонетика и слуховое восприятие.

Симптомы дизартрии у детей

Признаки нарушенного речевого онтогенеза выявляются еще в младенчестве. Крик новорожденных прерывистый, слабый. У грудничков отмечается вялое сосание, поперхивание молоком, частое срыгивание. Гуление и лепетные реакции запаздывают, характеризуются ограниченностью вокализаций. Все речевое развитие искажается и задерживается по срокам.

При дизартрическом синдроме нарушаются все операции внешнего высказывания: артикуляция и фонемообразование, голос и просодика, темпо-ритмическая организация.

При наиболее типичной для детей псевдобульбарной форме речь становится замедленной, напряженной. Движения языка и губ ограничены в виду парезов, сила воздушной струи недостаточна для внятной фонации. Характерными дефектами для детской дизартрии являются палатализация согласных (смягчение), межзубное или боковое произношение. Голос слабый, неинтонированный, осиплый, гнусавый. Речь в целом невнятная («будто каша во рту»).

Лицо ребенка амимично, асимметрично, рот часто приоткрыт. Движения губ, щек, языка ограничены. Отмечается гиперсаливация, дисфагия, трудности с откусыванием и пережевыванием жесткой пищи. Могут иметь место тремор и гиперкинезы в артикуляционной и лицевой мускулатуре, оральные синкинезии. Дополнительные трудности при артикуляции создают готическое небо, укорочение подъязычной связки, которые часто выявляются у детей с дизартрией.

Минимальный дизартрический синдром характеризует отсутствие грубых нарушений речевой моторики. Артикуляция нечеткая, смазанная. Частыми фонетическими дефектами служат сигматизм шипящих и свистящих, ротацизм, дефект озвончения. Возможно недоразвитие фонематических процессов (ФФН).