**РАЗДЕЛ 1**

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИЗАРТРИИ**

**ТЕМА 1. Введение в проблему Дизартрии. Основные представления об этиопатогенетических механизмах Дизартрий. Общее и различное в механизмах Дизартрий детей и взрослых.**

***Основные Положения по теме лекции.***

На современном этапе развития логопедия не является узкоспециальной педагогической наукой, а представляет собой междисциплинарную область знаний о человеке. В настоящей книге не только приведены педагогические аспекты исследования, диагностики и реабилитационного процесса, но и значительное место уделяется медицине, психологии и психофизиологии, необходимых для понимания механизмов нарушения речи при дизартрии.  
    В отечественной практике дизартрию в детском возрасте принято рассматривать как остаточные явления детского церебрального паралича (ДЦП), а у взрослых связывать с клиникой параличей.  
    Принципиально новым в данном учебном пособии является то, что нарушения речи при дизартрии представлены у детей, у которых нет явных признаков паралича, их психомоторные функции развивались в пределах нормы или с некоторой задержкой.  
    *Дизартрия* – это обобщенное название группы наиболее часто встречающихся речевых расстройств. Она имеет несколько форм, каждая из которых характеризуется своей неврологической и речевой симптоматикой. Термином «дизартрия» обозначают расстройство произносительной стороны речи, при котором страдает звукопроизношение и просодическая организация звукового потока. Независимо от уровня поражения центральной нервной системы (ЦНС) при дизартрии всякий раз нарушаются целостность функциональной системы экспрессивного речеобразования. При этом нарушаются высота, тон, громкость голоса, ритмико-интонационный уровень высказывания, искажается фонетическая окраска речевых звуков, в целом неправильно реализуется фонетический строй речи.  
    Эту патологию членораздельной речи связывают главным образом с нарушением иннервации мышц периферического речевого аппарата, вследствие чего происходит расстройство нейромоторной регуляции мышечного тонуса в результате органического или функционального поражения ЦНС.  
    Нейромоторные нарушения являются причиной патологии функционирования речеобразовательной системы.  
    В настоящее время существует ***четыре основных подхода*** в изучении дизартрии: клинический (неврологический), психолого-педагогический, нейропсихологический, лингвистический.  
    С позиции *клинического (неврологического) подхода* изучаются клинические проявления дизартрии, которые соотносятся с уровнем органического или функционального поражения центральной нервной системы, ее периферических или центральных отделов. Клинический подход исследует также причины дизартрии, топику (место) и характер очагового поражения ЦНС, симптоматику, в которую включают характер изменения мышечного тонуса, движений различных отделов речевого аппарата и т. п. Наличие дизартрии связано с органическим или функциональным поражением мозга, что, в свою очередь, является следствием разнообразных вредоносных факторов, которые могут воздействовать на организм до рождения ребенка, в процессе его внутриутробного развития (пренатально), во время рождения (перинатально) и вскоре после родов (постнатально).  
    Лингвистические исследования характеризуют дизартрию в плане изменения фонемных сигнальных признаков речевых звуков, фонологических противопоставлений звуков в речевом потоке, ясности его смыслового содержания (семантический и эмоциональный смысл), фонематического восприятия речи и т. д.  
    Нейропсихологический подход использует специфические формы анализа психических процессов при нарушениях различных структур мозга. Исследования, проведенные в этом направлении, выявили нарушения не только эфферентных исполнительных механизмов, но и кинестетического анализа и синтеза, выражающиеся в апраксических нарушениях артикуляционной сферы, искажающих кинестетический образ артикуляционного действия (артикуляция здесь рассматривается как частный случай любого другого произвольного движения, который может быть нарушен у человека с дизартрией).  
    В психолого-педагогических исследованиях квалифицируется характер нарушения звукопроизношения и голоса, качественные и количественные характеристики словаря, особенности формирования грамматических структур речи, связного высказывания и письма.  
    Специалистами разработан значительный по объему комплекс технологий, способствующих компенсации отдельных процессов целостной речевой системы, основные принципы реабилитации лиц с дизартрией, этапы психолого-педагогической работы, а также развития речи детей с дизартрией.

   **ТЕМА 2.Анатомо-Физиологические механизмы устной речи в норме.**

***Основные Положения по теме лекции.***

Клинические аспекты логопедии являются основными при изучении и оказании педагогической помощи лицам с синдромами нарушений речи, возникающих при поражении того или иного участка мозга.  
    В основе современного представления о структуре и функции ЦНС лежит нейронная теория, согласно которой мозг представляет собой функциональное объединение отдельных клеточных элементов – нейронов.  
    *Нейрон* – это нервная клетка, обладающая способностью генерировать возбуждение в ответ на раздражение и передавать его другим нейронам или эффекторным органам (мышцам, железам). По функции нейроны разделяются на афферентные (чувствительные), эфферентные (двигательные) и вставочные.  
    Нейроны, в том числе моторные ядра, или мотонейроны, являясь клеточными элементами ЦНС, обладают особым видом спонтанной электрической активности, имеющей эндогенное происхождение. Эта врожденная ритмическая активность превращает нейрон в генератор возбуждения – *пейсмекерный механизм*. Уровень эндогенного возбуждения нейрона может повышаться и снижаться в зависимости от афферентных воздействий на нейрон.  
    В зрелом состоянии головной и спинной мозг, а также весь аппарат периферических нервов с рецепторными органами (т. е. органами, в которых заканчиваются нервные окончания) представляют целостную систему, анатомически и функционально, состоящую из большого числа звеньев. ЦНС включает в себя те части нервной системы, которые лежат внутри черепа и позвоночного столба. Нервы, лежащие вне черепа или позвоночника, представляют периферическую нервную систему. ЦНС подразделяется на спинной и головной мозг.  
    *Спинной мозг* является цилиндрическим образованием, которое состоит из серого вещества тел нейронов, сконцентрированных в центральной части мозга в виде «бабочки». Передние рога «бабочки» содержат нейроны, эфферентные аксоны которых направляются в составе спинномозговых нервов к мышцам, т. е. в составе периферических нервов. Задние рога содержат клетки промежуточных нейронов, к которым подходят афферентные волокна, входящие в состав периферических нервов и доставляющие чувствительные импульсы с периферии. Спинно-мозговые нервы I–III уровня шейного отдела позвоночника иннервируют диафрагму.  
    *Головной мозг* подразделяется на задний, средний, промежуточный и передний.  
    *Задний мозг* состоит из продолговатого мозга, мозжечка и варолиева моста. Продолговатый мозг является нижним отделом головного мозга. На передней поверхности продолговатого мозга имеются два вертикальных валика, получивших название пирамид. Продолговатый мозг включает ряд ядер, которые обслуживают сосудисто-двигательный и дыхательный центры, контролирующие сужение и расширение сосудов, а также сердечный ритм. Ядра продолговатого мозга принимают участие в обеспечении таких сложных рефлекторных актов, как сосание, жевание, глотание, рвота, чихание, моргание.  
    В мозжечке различают два полушария и его центральную часть – червь. Мозжечок обеспечивает точность целенаправленных движений, координирует действия мышц-антагонистов (мышц противоположного действия), регулирует мышечный тонус, поддерживает равновесие.  
    Обеспечение этих функций осуществляется благодаря тесным связям мозжечка со всеми структурами мозга: с чувствительной сферой (проприорецепция – положение туловища в пространстве), с экстрапирамидной системой, с ретикулярной формацией ствола, с лобными, затылочными и височными отделами коры головного мозга.  
    Варолиев мост представляет собой крупное поперечно-волокнистое образование, охватывающее передне-верхнюю часть продолговатого мозга. Здесь находятся ядра: двигательное ядро отводящего нерва (VI пара), двигательное ядро тройничного нерва (V пара), два чувствительных ядра тройничного нерва, ядра слухового и вестибулярного нервов, ядро лицевого нерва (VII пара), собственные ядра моста, в которых переключаются корковые пути, идущие в мозжечок.  
    *Средний мозг* расположен под мостом и включает ножки мозга и четверохолмие. В каждой из ножек мозга, помимо проводящих волокон, располагаются богатые пигментом черная субстанция и красное ядро, имеющие отношение к регуляции движений. Черное вещество и красное ядро являются частью паллидарной системы, которая вместе с ретикулярной формацией принимает участие в регуляции мышечного тонуса при выполнении точных и плавных движений пальцев рук. Важнейшей функцией этого отдела мозга является перераспределение мышечного тонуса при реализации статических рефлексов (положение тела в пространстве) и статокинетических рефлексов (перемещение тела).  
    *Промежуточный мозг* включает два отдела – зрительный бугор (таламус) и подбугорную область (гипоталамус). Таламус выполняет функцию коллектора и коммутатора всех возбуждений, поступающих от рецепторов в головной мозг (кроме обоняния). Гипоталамус представляет собой относительно узкий слой мозговой ткани. В нем расположены многочисленные высокодифференцированные ядра, регулирующие температуру тела, аппетит, водный баланс, углеводный и жировой обмены, сосудистый тонус и другие вегетативные функции, которые связаны с обменом веществ. Здесь же находятся центры, осуществляющие регуляцию сна, сексуального и эмоционального поведения. Гипоталамус играет важнейшую роль в регуляции постоянства внутренней среды организма (гомеостаза).  
    *Передний мозг* состоит из двух полушарий, покрытых серым веществом – корой. У человека под влиянием социальной среды в процессе онтогенеза формируются особые структуры коры больших полушарий мозга, наиболее дифференцированный отдел центральной нервной системы. В заднем отделе нижней лобной извилины левого полушария (главным образом у правшей) находится зона Брока, которая реализует двигательную сторону речи. На заднем участке височной извилины, на стыке первичной слуховой и двигательной коры находится зона Вернике, реализующая восприятие речи.  
    Многочисленные современные данные свидетельствуют о том, что организация речи осуществляется при взаимодополняющем постоянном взаимодействии двух полушарий.  
    В глубине каждого полушария расположены проводящие волокна и подкорковые ядра (базальные ганглии). Наиболее крупным образованием является полосатое тело (стриатум), которое состоит из хвостатого ядра, скорлупы и бледного шара (паллидум). Эти ядра имеют общее название – *стриопаллидарная система*. За счет стриопаллидарной системы у новорожденного осуществляются диффузные массовые движения тела.  
    После созревания моторных областей коры больших полушарий стриопаллидарная система начинает обеспечивать «готовность» к совершенствованию движений, а именно перераспределяет и согласует тонус мышц, что позволяет произвольным движениям быть быстрыми, точными и строго дифференцированными.  
    Со стриопаллидарной системой, являющейся эфферентным звеном в нервной системе, функционально тесно связан зрительный бугор (таламус). На уровне таламуса происходит формирование сложных рефлексов смеха и плача.  
    *Кора головного мозга* является наиболее дифференцированным отделом ЦНС, состоящим из шести слоев нейронов разного типа. Для коры характерно обилие межнейронных связей. Особо многочисленные контакты имеются в сенсомоторных отделах, что позволяет координировать моторную функцию с разнообразными воздействиями как из внешней, так и внутренней среды организма.  
    Различные структуры мозга созревают неравномерно, и поэтому готовность к выполнению свойственных им функций наступает в разные возрастные периоды. Сначала происходит созревание глубоких структур, подкорковых образований, отвечающих за важнейшие стороны жизнедеятельности. Затем созревают так называемые первичные зоны мозга, в которых заканчиваются нервные волокна, идущие от периферических частей анализаторов. Те и другие являются почти сформированными к моменту рождения. В первый год жизни они функционально оформляются, создавая основу сенсомоторной стадии развития.  
    Созревание ассоциативных зон мозга осуществляется в период от двух до пяти лет. В последнюю очередь развиваются лобные доли мозга, морфологическое структурирование которых происходит в возрасте от 12 до 14 лет.  
    *Моторика* представляет собой всю сферу двигательных функций организма, включая биомеханические, физиологические и психологические аспекты.  
    Движения являются главным средством взаимодействия организма человека с окружающей средой. Основные типы движений сводятся к четырем типам активности: обеспечение позы и равновесия, локомоция и произвольные движения. Произвольными движениями могут быть названы разнообразные двигательные акты, совершаемые человеком в процессе повседневной жизни. Они являются целесообразными и носят навыковый (условно-рефлекторный) характер, в отличие от врожденных, безусловно-рефлекторных моторных реакций (чихание, глотание и т. д.).  
    ЦНС снабжается информацией о состоянии периферического двигательного аппарата с помощью разного вида чувствительных нервных окончаний (рецепторов), которые обеспечивают так называемую проприоцептивную чувствительность.  
    Праксис – это такой функциональный уровень в организации произвольных действий, где их координация обусловливается (афферентируется) обобщенными топологическими признаками объекта, т. е. смысловой последовательностью элементов движения (застегнуть пальто, налить воды в чашку и т. п.). Можно назвать это символическим уровнем движений (Н. А. Бернштейн, 1946).  
    Конкретные эфферентные механизмы исполнения движений обеспечиваются пирамидной и экстрапирамидной системами, корковые отделы которых составляют единую сенсомоторную зону коры.  
    *Пирамидная система* (центральный двигательный путь) участвует в организации точных пространственно-ориентированных движений и полностью подчинена произвольному контролю. Клетки центральных двигательных невронов сосредоточены главным образом в передних центральных извилинах, а также в теменных долях коры. На границе продолговатого и спинного мозга б*о*льшая часть волокон пирамидного пути правого и левого полушарий перекрещивается; пирамидный путь заканчивается в моторных ядрах, которые находятся в варолиевом мосту, продолговатом и спинном мозге.  
    Экстрапирамидная система обеспечивает автоматизированные движения. В основном она управляет непроизвольным компонентом движений: поддержание позы, физиологические  
    синергии, общую согласованность двигательных актов, их пластичность. Традиционно в ней различают корковый и подкорковый отделы (стриопаллидарная система, красное ядро и черная субстанция, мозжечок и ретикулярная формация ствола мозга и их корковые отделы). При поражении ее подкоркового отдела возникает адинамия, низкий или меняющийся тонус мышц, гиперкинезы, насильственные смех и плач.

**ТЕМА 3. Строение и функции переферического речевого аппарата.**

***Основные Положения по теме лекции.***

К периферическому речевому аппарату относятся органы дыхания, голосообразования и органы речевой артикуляции. Все эти органы выполняют свою особую роль в акте реализации устной речи, обеспечивая голосообразование, формируя определенные параметры звукопроизношения и просодических характеристик.  
**Органы дыхания, голос и система резонаторов.**

К органам дыхания и голоса относятся диафрагма, легкие, бронхи и трахея, голосовые складки. Диафрагма является основной мышцей, которая контролирует дыхание.  
    Голос формируется при непосредственном участии мышц гортани. Внешние мышцы гортани фиксируют гортань в определенном положении и перемещают ее вверх, вниз, назад. Внутренние мышцы гортани образуют голосовые складки и меняют объем гортани. При спокойном дыхании голосовые складки, на уровне которых выделяют так называемую голосовую щель, раздвинуты и в то же время то незначительно сокращаются, то расслабляются, расширяя или несколько сужая голосовую щель. При физическом напряжении, когда дыхание становится форсированным, голосовая щель расширяется максимально, не препятствуя необходимому по объему вдоху и выдоху.  
    Дыхание в процессе речи, или так называемое речевое дыхание, по сравнению с физиологическим дыханием в спокойном состоянии имеет существенные отличия, обусловленные особыми требованиями, предъявляемыми к дыхательному акту во время речи. Перед началом речи в норме делается быстрый и более глубокий, чем в покое, вдох. Нормальный речевой вдох характеризуется наличием определенного количества воздуха, способного обеспечить поддержание подскладочного давления и голосоведения.  
    Большое значение для озвучивания связного высказывания имеет рациональный способ расходования воздушной струи. Время выдоха удлиняется настолько, насколько необходимо звучание голоса при непрерывном произнесении интонационно логически завершенного отрезка высказывания.  
    Основными резонаторами человеческого голоса являются глотка, ротовая полость и полость носа с его придаточными пазухами.  
    В речевом голосе принято выделять три регистра:

– грудной, или нижний, регистр, в котором преобладает грудное резонирование; – смешанный, или средний, регистр;

 – головной, или верхний, регистр, в котором преобладает головное резонирование.  
 **Артикуляционный отдел.**

Главную роль в произношении звуков речи играют мышцы языка, а также участвуют мышцы губ, щек, мышцы, поднимающие нижнюю челюсть. Большое влияние на точность артикуляции, а следовательно, и на внятность речи оказывают глубокие и поверхностные мышцы шеи, глотки, мышцы голосовых складок и диафрагмы.  
    Выделяют главным образом внешние и внутренние мышцы языка.  
    Все мышцы языка иннервируются подъязычными нервами, только язычно-нёбные мышцы получают нервные импульсы от языкоглоточных нервов. Направления расположения основных мышечных волокон следует учитывать при массаже языка. Артикуляционные мышцы, в отличие от скелетных, не имеют сухожилий, прикрепляются к слизистой оболочке структур речевого аппарата. Все они обладают большой пластичностью, т. е. способностью перестраивать свое функциональное состояние. Наиболее сложные синергии (совместные сокращения нескольких мышц) осуществляются в процессе произнесения переднеязычных звуков. Благодаря сложнейшей иннервации одно и то же мышечное волокно в разных его частях (начале, середине, конце) может быть напряжено или расслаблено в зависимости от речевой задачи, в реализации которой оно участвует в данное мгновение.  
 **Тема 4. Психофизиологические механизмы звукопроизношения.**

***Основные Положения по теме лекции.***

    Артикуляция звуков речи производится благодаря тому, что воздушная струя проходит между голосовыми складками, языком, зубами и губами. Каждой фонеме соответствует уникальная комбинация совместной работы органов артикуляции и фонации. Звуки человеческой речи делятся на две основные группы – гласные и согласные фонемы.  
    При артикуляции согласных звуков мышечные стенки резонаторных полостей расслаблены, а в ротовой полости выделяется участок сокращенных мышц, которые образуют преграды на пути выдыхаемого воздуха.  
    Гласные распознаются по подъему/опусканию языка и по ряду (по мере продвижения языка вперед).  
    Согласные звуки различаются в зависимости от места и способа образования преграды. Выделяют группу шумных звуков и сонантов, которые отличаются от шумов тем, что имеют наряду с шумовыми и тональные характеристики. В зависимости от места прохождения воздушной струи у сонантов различают: смычно-проходные звуки – ***м, н, м’, н’*** (воздух проходит через нос); ***л, л’*** (между боковой поверхностью языка и твердым нёбом); дрожащие сонанты – ***р, р’*** (что достигается кратковременными приближениями кончика языка к твердому нёбу).  
    Шумные согласные подразделяются на глухие, которые произносятся в отсутствие голоса, и звонкие – при наличии голоса.  
    По признаку «место образования» все согласные делятся на *губные* и *язычные*, которые, в свою очередь, подразделяются на *переднеязычные, среднеязычные* и *заднеязычные*.  
    По признаку «способ образования» различают смычные (взрывные и смычно-проходные), щелевые и смычно-щелевые.  
    Звуки русской речи делятся на твердые и мягкие. Каждый звук в связной речи несет в себе влияние предыдущего и последующего звуков.

**Просодическая сторона речи.**

Немаловажное значение для произношения имеет речевая просодия, включающая просодические единицы (параметры) потока речи: целостные слоги, ритмические слоговые структуры, синтагмы (минимальные по смыслу высказывания) и фразы, динамические единицы целостного текста. Ритм входит в сложный комплекс просодических элементов, называемый интонацией. Интонация – сложное единство речевой мелодии, фразового ударения, ритма и качества голоса, а также временн*ы*х характеристик (длительность высказывания, темп, паузирование) реализации высказывания. Одним из основных компонентов интонации является мелодика, т. е. тональный контур речи – модуляции высоты основного тона голоса при произнесении частей предложения, предложений и текста. Мелодика речи служит для выражения различных смысловых, синтаксических и эмоционально экспрессивных значений. Она организует фразу, расчленяя ее на части, выделяет наиболее важный отрезок высказывания, а также служит для выражения эмоций.  
    Темп, или скорость, речи зависит от смысла речи, эмоционального состояния говорящего, эмоционального содержания высказывания и стиля произношения. Темп имеет значение в противопоставлении важного и неважного. За нормальный темп речи принимается произнесение 9–14 фонем в секунду.  
    Интонация тесно связана с ритмом речи. Ритм – это периодическое повторение соизмеримых речевых единиц. Мельчайшая единица ритма (ритмическая группа) – это ударный слог с примыкающими безударными слогами. Простая ритмическая группа включает один ударный слог. В сложную ритмическую группу входят два и более ударных слогов. Характер семантической связи в определенной степени влияет на характер ритма, который органически связан с семантико-синтаксической структурой предложения.  
    Врожденное чувство ритма помогает детям распознавать интонацию в речи своих родителей и таким образом улавливать смысл, не понимая слов. Также с помощью ритма дети понимают отличие родного языка от любого другого.  
    Основными функциями интонации являются:  
    ✓ различение части высказывания соответственно их смысловой важности;  
    ✓ оформление высказывания в единое целое;  
    ✓ расчленение высказывания на ритмические группы и синтагмы;  
    ✓ выражение конкретных эмоций;  
    ✓ вскрытие подтекста высказывания;  
    ✓ характеристика говорящего и ситуации общения. Формирование таких просодических единиц, как ритмические слоговые структуры, связано с механизмом формирования двигательных навыков, которые являются навыками кинетического артикуляторного праксиса и обеспечиваются функциональными интеграциями премоторной коры доминантного полушария. Формирование функциональных единиц артикуляторного праксиса, или артикулем, обеспечивается выработкой навыков постцентрального артикуляторного праксиса.  
    Взаимодействие артикуляторных навыков премоторного и постцентрального праксиса является одним из важнейших механизмов речи. При его расстройстве нарушается как внятность звуков речи, так и ее просодическая организация.  
    Таким образом, изложенное показывает сложность функциональной системы речи, управление которой осуществляется центральной нервной системой. Для внятной, четкой, фонетически нормативной речи необходимо полноценное функционирование многих мозговых структур, таких как стволово-подкорковые ядра и их связи; мозжечок, его ядра и проводящие системы; структуры лимбико-ретикулярной системы; проводящие системы, обеспечивающие проведение импульсов от коры мозга к структурам нижележащих функциональных уровней двигательного аппарата речи (ядрам периферических двигательных нервов в стволе мозга и в спинном мозге); структуры мозговой коры.  
**Тема 5. Общие Неврологические механизмы параличей**

***Основные Положения по теме лекции.***

    Полная утрата движения называется ***параличом***, неполная утрата движения – ***парезом*** (например, ограничение объема и силы движения).  
    Моторные функции организма регулируются несколькими системами мозга. Периферический паралич наблюдается при поражении двигательного нерва или ядра двигательного нерва.  
    Патологические изменения этих нервов характеризуются следующими основными симптомами: отсутствием рефлексов или их резким снижением (гипорефлексия, арефлексия), отсутствием или снижением мышечного тонуса (атония, гипотония), утрата рефлексов и атония на стороне поражения.  
    При поражении двигательного нейрона в стволе, спинном мозге или нарушениях проводимости периферического нерва возникает периферический паралич, при котором движения и безусловные рефлексы отсутствуют. Периферические параличи являются, как правило, односторонними. К ним, например, относятся параличи, возникающие при полиомиелите. Односторонние периферические параличи не вызывают существенных изменений артикуляции.  
    ***Нарушения движений при поражении центральной нервной системы.***  
    Органические нарушения центральной нервной системы у взрослых связаны с инсультами (кровоизлияниями), опухолями, травмами, инфекциями и т. п.  
    К центральному механизму произвольных движений относится кортико-нуклеарный (пирамидный) путь, который начинается от двигательной зоны коры головного мозга и заканчивается в ядрах ствола, двигательных ядрах черепно-мозговых нервов и ядрах спинного мозга (мотонейроны спинного мозга).  
    При повреждении пирамидного пути на любом его участке нарушается проведение импульса из коры больших полушарий или от моторных нейронов ствола мозга и спинного мозга к мышце. Мускулатура в этих случаях оказывается парализованной.  
    *Бульбарный паралич* связан с поражением ядер черепно-мозговых нервов, расположенных в продолговатом мозге. Это вялый паралич, т. е. паралич, при котором мышцы теряют свою упругость, возбудимость, питание; они истончаются, утрачивают силу и способность к сокращению. Все безусловные рефлексы резко снижены. Бульбарные параличи, которые обусловливают дизартрию, как правило, двусторонние.  
    *Центральный паралич* возникает при поражении центрального двигательного нейрона на любом его участке – двигательные зоны коры больший полушарий или пирамидальный путь на всем его протяжении. Этот паралич является спастическим: мышцы напряжены, на ощупь плотноваты, при пассивном движении ощущается их «сопротивление». Все безусловные рефлексы резко повышены. Поражение, как правило, двустороннее.  
    В зависимости от степени тяжести и распространенности нарушений различают следующие виды параличей:  
    – моноплегия (нарушения движений в одной конечности); – гемиплегия (нарушения движений в конечностях на одной стороне);  
    – параплегия (паралич обеих рук или конечностей); – тетраплегия (параличи всех четырех конечностей)

    **РАЗДЕЛ 2. ДИЗАРТРИИ У ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ.**

**Тема1.Психофизиологичесские механизмы Дизартрии.**

***Основные Положения по теме лекции.***

Дизартрии представляют собой сложные нарушения речи, включающие расстройства звукопроизношения и просодики. Эти явления связаны с патологией нейромоторного аппарата мышц, обеспечивающих процессы производства устной речи. Признаки дизартрии специфичны для определенных типов параличей.  
    Клиническая картина и психолого-педагогическая характеристика лиц с дизартрией у детей и взрослых существенно различаются. У взрослых дизартрия развивается на фоне сформированных механизмов речевой деятельности. Она является приобретенным в постнатальном онтогенезе речевым нарушением.  
    Если у взрослых дизартрия, как правило, выражается нарушением артикуляции и просодической стороны речи, специфическим для поражения определенных отделов мозга или периферической нервной системы, то у детей, наряду с этими компонентами речи, может наблюдаться недоразвитие речи, а общая картина нейромоторных нарушений бывает мозаичной, что связано с диффузным поражением ЦНС.

**Тема 2. Основные Клинические Формы Дизартрии У Взрослых Лиц, Связанные С Очаговым Органическим Поражением Мозга**

***Основные Положения По Теме Лекции***

**ТЕМА 2.Основные клинические формы Дизартрии у взрослых лиц, связанные с очаговым органическим поражением мозга.**

***Основные Положения по теме лекции.***

При всем разнообразии причин и уровней поражения мозга можно проследить «родовую» общность дизартрии. Прежде всего все формы дизартрии представляют собой нарушение двигательной реализации устной речи. В свою очередь, нарушение речевых движений обусловлено патологией нейромышечной регуляции, а именно патологическим изменением мышечного тонуса или явлениями апраксии.  
    *Психолого-педагогические проявления речевых нарушений при дизартрии у взрослых.* Нарушения двигательной реализации устной речи при дизартрии связаны с патологическими изменениями мышечного тонуса или явлениями апраксии. Степень нарушений устной речи при дизартрии может быть самой различной: от еле уловимых слухом особенностей звукопроизношения до полной невозможности экспрессивной речи. В последних случаях, когда речь практически отсутствует либо практически непонятна, ее состояние квалифицируют как анартрию (от греч. «арто» – членораздельное произношение, «а» – отрицание).  
    Взрослые лица с дизартрией сохраняют понимание речи и письменную речь, но затрудняются выразить свою мысль в устной форме.

**Тема 3. Классификация Дизартрий У Взрослых**

***Основные Положения По Теме Лекции***

**ТЕМА 3. Классификация Дизартрий у взрослых.**

***Основные Положения по теме лекции.***

Дизартрия – сложное речевое нарушение, включающее расстройство звукопроизношения и просодики. Эти явления связаны с нарушением нейромоторного аппарата «речевых» мышц. Классификация дизартрии у взрослых отражает уровень очагового поражения центральной нервной системы.  
    *Бульбарная форма* дизартрии связана с очаговым поражением ядер черепно-мозговых нервов (изолированно одна или несколько пар), главным образом в продолговатом мозге.  
    *Псевдобульбарная форма* дизартрии является результатом двустороннего очагового поражения центральных кортикону-клеарных нейронов (пирамидный путь).  
    *Мозжечковая форма* дизартрии – результат поражения ядер и проводящих двигательных путей мозжечка.  
    *Подкорковая форм*а дизартрии наблюдается при поражении базальных ядер. Под базальными ядрами понимают функциональное объединение хвостатого ядра, бледного ядра.  
    *Корковая форма* дизартрии представляет собой поражения вторичных двигательных зон доминантного полушария (нижней премоторной или нижней постцентральной зон коры больших полушарий).  
    При всем разнообразии причин и уровней поражения мозга можно проследить «родовую» общность форм дизартрии. Прежде всего, все формы дизартрии представляют собой нарушение двигательной реализации устной речи. В свою очередь нарушение речевых движений обусловлены патологией нейромышечной регуляции, а именно патологическим изменением мышечного тонуса или явлениями апраксии.  
    Степень нарушений устной речи при дизартрии может быть самой различной: от еле уловимых слухом особенностей звукопроизношения, до полной невозможности экспрессивной речи. В последних случаях, когда речь практически отсутствует либо практически непонятна состояние речи квалифицируют как анартрию (греч. «арто» членораздельное произношение, «а» – отрицание).  
    Взрослые лица с дизартрией сохраняют понимание речи и письменную речь, но затрудняются выразить свою мысль в устной форме.  
    Конец ознакомительного фрагмента.