

Содержание

Введение	5
Глава 1.	7
Анатомо-физиологические механизмы речи	7
Синдром дизартрия	9
<i>Этиология и патогенез дизартрии</i>	9
<i>Клинические формы дизартрии</i>	11
Речевые и неречевые нарушения, сопутствующие дизартрии	23
Заикание	31
Темпо-ритмические речевые нарушения несудорожного характера	34
Первичные практические нарушения в органах артикуляции	35
Изолированные кинетическая и кинестетическая апраксия органов артикуляции	38
Понятие «Корковая дизартрия»	38
Глава 2. Дифференциальный диагноз и диагностика дизартрии	43
Функциональные неафатические речевые нарушения. Дифференциальный диагноз	43
Диагностика дизартрии	45
Диагностика дисфагии	51
Диагностика нарушений праксиса у больных с речевыми нарушениями	53
Диагностика заикания	55
Глава 3. Реабилитация	56
Реабилитация пациентов с дизартрией и другими сопутствующими неафатическими речевыми нарушениями	56
Реабилитация пациентов с заиканием	60
Реабилитация пациентов с апраксией органов артикуляции	62
Глава 4. Практическое реабилитационное приложение	66
Вводная часть	66
I. Нормализация двигательной активности	66
II. Нормализация функции внимания	67
А. Сенсорное внимание	67
Б. Моторное внимание	73
III. Дифференцированный логопедический массаж (по методике О.Г. Приходько, 2010)	76
IV. Общая логопедическая гимнастика (по методикам Буденой Т.В., 2004, Щербаковой М.М.)	79
V. Преодоление практических нарушений	81
А. Восстановление кинетической моторной программы	83
Б. Восстановление кинестетической моторной программы	86
Основная часть	92
1. Гимнастика для языка при псевдобульбарной дизартрии	92
2. Гимнастика для языка при бульбарной дизартрии	92
3. Гимнастика для языка при мозжечковой дизартрии	93
4. Гимнастика для языка при подкорковой экстрапирамидной дизартрии	94

5. Речевой материал для закрепления тонуса мышц языка	95
6. Гимнастика для нормализации тонуса мышц задней стенки глотки и мягкого неба при дисфагии бульбарного типа	98
7. Гимнастика для нормализации тонуса мышц задней стенки глотки и мягкого неба при дисфагии подкоркового типа	100
8. Фонопедические упражнения при дисфонии	102
9. Упражнения для больных с брадилалией	104
10. Упражнения для больных с тахилалией	105
11. Упражнения для больных с полтерном	106
12. Упражнения для больных с заиканием	113
13. Мимические упражнения при амимичности лица и лицевой асимметрии	131
Вопросы для самоконтроля	133
Литература (в порядке цитирования)	136

ВВЕДЕНИЕ

Дизартрия (*дис* – нарушение признака или функции; *артрон* – сочленение) – нарушение звукопроизношения, обусловленное дисфункцией органов артикуляции [1]. Причина ее развития у взрослых – это нарушение иннервации речевой мускулатуры вследствие поражения на разных уровнях, возникающее в результате острых и хронических нарушений мозгового кровообращения, воспалительных, нейродегенеративных и других заболеваний; у детей основной причиной появления дизартрии является перинатальная патология центральной нервной системы, наиболее часто – детский церебральный паралич.

Дизартрия – это вид неафатической речевой патологии (имеется в виду, что в данном случае отсутствует нарушение речевого мышления, то есть не выявляется афазия, а затрагиваются только центры, проводники и нервные волокна, ответственные за двигательную активность речевого аппарата), поэтому дизартрия проявляется в нарушении реализации моторной речи [2]. Поскольку дизартрия может быть следствием поражения нервной системы на разных уровнях, симптоматика в каждом отдельном случае может быть различной. Так, в одних случаях наблюдается выраженное ослабление силы мышц речевого аппарата, трудности удерживания позы закрытого рта. При выполнении артикуляционных движений мышечная вялость увеличивается, движения быстро угасают, истощаются (как, например, при бульбарной дизартрии). В других случаях возникает значительное напряжение мышцы языка и губ, возникает спастичность мышц языка (псевдобульбарная дизартрия). Могут также наблюдаться произвольные движения речевой мускулатуры, различные гиперкинезы – дрожания языка, губ, лицевых мышц, голосовых складок, либо колебания мышечного тонуса, рассогласованность ансамбля дыхательной, голосовой и артикуляционной мускулатуры (мозжечковая или подкорковая дизартрия). При любой клинической форме дизартрии грубой степени тяжести присутствуют явления вегетативной дисфункции, например, гиперсаливации [3].

Основными клиническими признаками дизартрии являются: нарушение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре и расстройство согласования движений мышц речевого аппарата. Ограничение подвижности артикуляционной мускулатуры приводит к нарушениям звукопроизношения. Причем изменения звукопроизношения особенно выражены в речевом потоке, когда особенно важны согласованные движения артикуляционного аппарата. Наряду с расстройством артикуляции при дизартрии нарушается дыхание (как физиологическое, так и фонационное), фонация, просодика, функционирование резонирующих полостей. В целом у пациентов неправильно реализуется фонетический строй речи. Для дизартрии характерна невнятная смазанная артикуляция звуков с искажением их звучания [1, 2, 3, 7, 8, 9 и др.].

Голосовые реакции при дизартрии характеризуются недостаточной силой, назализацией голоса, изменением его модуляции [4]. При этом возникает нарушение высоты, тона, громкости голоса, ритмико-интонационного уровня речевого высказывания [1, 2, 3, 7, 8, 9 и др.]. Нарушение речевого дыхания связано с недостаточным объемом выдыхаемого воздуха, а

также нарушением координации речевого выдоха. Речевая струя воздуха слабая, производится частый, несвоевременный добор воздуха при произнесении слов и фраз [5]. Возникают изменения тембра голоса, трудности произвольного воспроизведения дифференцированных интонационных элементов [6].

Рассмотрим подробнее ведущие клинические неврологические признаки дизартрии:

1) артикуляционный спазм и гиперкинезы (насильственные произвольные движения) в артикуляционной мускулатуре в сочетании с рефлексом оральным автоматизма, насильственным смехом или плачем – псевдобульбарная дизартрия;

2) вялый парез или паралич (односторонний или двусторонний) с атрофией и атонией мышц языка, глотки, гортани, мягкого неба – бульбарная дизартрия;

3) атаксия и мышечная дистония языка, глотки и мягкого неба – мозжечковая дизартрия;

4) нарушение мышечного тонуса органов артикуляции – наличие ригидности либо гипотонии с гиперкинезами в органах артикуляции – подкорковая дизартрия;

5) двустороннее корковое поражение пирамидных трактов клинически проявляется как псевдобульбарная дизартрия. Зачастую термином «корковая дизартрия» обозначают проявления изолированной кинетической или кинестетической оральной апраксии.

Реабилитация данной группы больных базируется на клиническом типе речевых нарушений [1, 7, 8, 9]. Так, при **бульбарной дизартрии**, которая возникает при поражении продолговатого мозга и спровоцирована нарушением иннервации ядер черепных нервов: языкоглоточного (IX пара), блуждающего (X пара), подъязычного (XII пара), задача восстановительной работы – активизация мышц языка, преодоление их паретичности. При **псевдобульбарной дизартрии**, обусловленной двусторонним поражением двигательных корково-ядерных путей или центральным параличом мышц, иннервируемых языкоглоточным (IX пара), блуждающим (X пара) и подъязычным (XII пара) черепными нервами, задача восстановительной работы – расслабление мышц языка, преодоление его спастичности. При **мозжечковой дизартрии**, которая возникает при поражении мозжечка или его проводящих путей, задача восстановительной работы – преодолеть мышечную атаксию, то есть стабилизировать тонус мышц языка. При **подкорковой дизартрии**, обусловленной поражением экстрапирамидной системы, задача восстановительной работы – стабилизировать тонус мышц языка (при гиперкинетической форме снять напряженность и избыточность движений; при ригидной форме – активизировать подвижность языка и компенсировать вторичную брадилалию) и нормализовать согласованную работу дыхательной, голосовой и артикуляционной мускулатуры.

ГЛАВА 1.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕЧИ

Знание анатомо-физиологических механизмов речи, то есть строения и функциональной организации речевой деятельности, позволяет, во-первых, представлять сложный механизм речи в норме, во-вторых, дифференцированно подходить к анализу речевой патологии и, в-третьих, правильно определять пути реабилитационного воздействия.

Речь представляет собой одну из сложных высших психических функций человека. Речевой акт осуществляется сложной системой органов, в которой главная, ведущая роль принадлежит деятельности головного мозга.

Центральный речевой аппарат состоит из коры головного мозга (преимущественно левого полушария), подкорковых узлов, проводящих путей, ядер ствола (прежде всего, продолговатого мозга) и нервов, идущих к дыхательным, голосовым и артикуляторным мышцам. Кора головного мозга связана с органами артикуляции двумя видами нервных путей: центробежными и центростремительными.

Периферический речевой аппарат состоит из трех отделов:

- 1) дыхательного;
- 2) голосового;
- 3) артикуляционного.

В дыхательный отдел входит грудная клетка с легкими, бронхами и трахеей.

Произнесение речи тесно связано с дыханием. Речь образуется в фазе выдоха. В процессе выдоха воздушная струя осуществляет одновременно голосообразующую и артикуляционную функции. Дыхание в момент речи существенно отличается от физиологического. Выдох становится намного длиннее вдоха, в то время как вне речи продолжительность вдоха и выдоха примерно равна.

Голосовой отдел состоит из гортани с находящимися в ней голосовыми складками. Гортань представляет собой широкую короткую трубку, состоящую из хрящей и мягких тканей. Она расположена в переднем отделе шеи и может быть спереди и с боков прощупана через кожу. Сверху гортань переходит в глотку. Снизу она переходит в дыхательное горло (трахею). На границе гортани и глотки находится надгортанник. Надгортанник служит неким клапаном: опускаясь при глотательном движении, он закрывает вход в гортань и предохраняет ее полость от попадания пищи и слюны.

При фонации голосовые складки находятся в сомкнутом состоянии. Струя выдыхаемого воздуха, прорываясь через сомкнутые голосовые складки, раздвигает их в стороны. В силу своей упругости, а также под действием гортанных мышц, суживающих голосовую щель, голосовые складки возвращаются в исходное положение, с тем чтобы в результате продолжающегося давления выдыхаемой воздушной струи снова раздвинуться в стороны. Смыкания и размыкания продолжаются до тех пор, пока не прекратится давление голосообразующей выдыхательной струи. Таким образом, при фонации происходят колебания голосовых складок. Эти колебания совершаются в поперечном, а не в продольном

направлении. В результате колебаний голосовых складок движение струи выдыхаемого воздуха превращается над голосовыми складками в колебание частиц воздуха. Эти колебания передаются в окружающую среду и воспринимаются нами как звуки голоса.

Артикуляционный отдел. Основными органами артикуляции являются язык, губы, челюсти (верхняя и нижняя), твердое и мягкое нёбо, альвеолы. Из них язык, губы, мягкое нёбо и нижняя челюсть являются подвижными, остальные – неподвижными.

Громкость и отчетливость речевых звуков создаются благодаря резонаторам. Резонаторы расположены во всей надставной трубе.

Надставная труба – это все то, что расположено выше гортани: глотка, ротовая полость и носовая полость.

У человека рот и глотка имеют одну полость. Это создает возможность произнесения разнообразных звуков.

Итак, первый отдел периферического речевого аппарата служит для подачи воздуха, второй – для образования голоса, третий является резонатором, который дает звуку силу и окраску и таким образом образует характерные звуки нашей речи, возникающие в результате деятельности отдельных активных органов артикуляционного аппарата.

СИНДРОМ ДИЗАРТРИИ

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ДИЗАРТРИИ

Этиологическими факторами дизартрии являются различные заболевания нервной системы, приводящие к дисфункции дыхательной, голосовой и артикуляционной мускулатуры, вследствие нарушения их иннервации. Во взрослой популяции наиболее частыми причинами становятся острые и хронические нарушения мозгового кровообращения, у детей – перинатальные поражения нервной системы, в том числе – детский церебральный паралич.

В случае церебрального инсульта дизартрия обусловлена очаговым поражением серого вещества коры головного мозга, глубинных подкорковых образований, ствола мозга и мозжечка и их проводящих путей. Могут быть задействованы ядра черепных нервов и их стволы.

По статистике дизартрия является вторым по значимости речевым нарушением, который в среднем развивается у 13,4 % больных с последствиями церебрального инсульта [1]. В 2020 году был проведен анализ частоты встречаемости речевой патологии у пациентов с транзиторной ишемической атакой и ишемическим инсультом. Установлено, что все больные с транзиторной ишемической атакой находились в ясном сознании, правильно ориентированы во времени, в пространстве и собственной личности. У 40,3% пациентов выявлялись речевые нарушения с преобладанием дизартрии – 71,4% случаев. Нарушения глотания и артикуляции речи, гнусавый оттенок голоса были проявлением бульбарного синдрома у 55,5% больных. Пациенты с легкой степенью тяжести ишемического инсульта также находились в ясном сознании. Речевые нарушения встречались у 58,5% больных, в основном по типу дизартрии – 55,3%. Нарушения глотания, дисфония были проявлением бульбарного синдрома у 29,2% больных. Псевдобульбарный синдром наблюдался у 7,7% больных в виде оживления глоточного рефлекса, легких нарушений артикуляции речи. Рефлексы орального автоматизма определялись у 29% больных. У больных со средней степенью тяжести ишемического инсульта частота встречаемости дизартрии была также высокой – 44,4%. Значительное снижение частоты встречаемости дизартрии наблюдалось лишь у пациентов с грубой степенью тяжести ишемического инсульта – у 9 % больных [10].

Если рассматривать детскую категорию неврологических больных, то чаще всего причиной развития дизартрии выступает *paralysis cereбрalis infantilis* или детский церебральный паралич (ДЦП). ДЦП представляет собой группу центральных двигательных нарушений (корково-подкорковых синдромов), при которых в антенатальном, перинатальном и/или раннем неонатальном периодах развития происходит острое и/или хроническое воздействие этиологического фактора (факторов), приводящее к повреждению головного мозга и последующему нарушению развития преимущественно двигательной сферы [11]. Таким образом, дизартрия при ДЦП является следствием органического поражения головного мозга, приводящего к двигательным расстройствам в речевом артикуляционном или фонационном аппарате [7, 12].

Патогенез. Общими клиническими признаками дизартрии являются: слабость мышц, нарушение мышечного тонуса и расстройство согласования движений мышц речевого аппарата [1]. Ограничение подвижности артикуляционной мускулатуры приводит к нарушениям звукопроизношения, причем изменения звукопроизношения

особенно выражены в речевом потоке, когда особенно важны согласованные движения артикуляционного аппарата. Наряду с расстройством артикуляции при дизартрии нарушается дыхание (как физиологическое, так и фонационное), просодика, функционирование резонирующих полостей, нарушаются высота, тон, громкость голоса, ритмико-интонационный уровень высказывания. Поэтому у данной группы больных часто наблюдаются сопутствующие речевые нарушения: дисфагия, дисфония, тахилалия, брадилалия, полтерн. В целом у всей группы больных неправильно реализуется фонетический строй речи, поэтому пациентам характерна невнятная смазанная артикуляция звуков с искажением их звучания [8, 9].

Рассмотрим классификацию различных клинических форм дизартрии, которая была составлена с учетом клинического подхода, основанного на глубине очагового поражения головного мозга:

1. одностороннее поражение кортиконуклеарных путей, направляющихся к ядрам языкоглоточного, подъязычного и блуждающего нерва – корковая дизартрия;
2. двустороннее поражение кортиконуклеарных путей, направляющихся к ядрам языкоглоточного, подъязычного и блуждающего нерва – псевдобульбарная дизартрия;
3. ядра периферических двигательных нервов (стволовые отделы) – бульбарная дизартрия;
4. серое вещество ствола и подкорковых образований – подкорковая дизартрия;
5. мозжечок или лобно-мозжечковые пути – мозжечковая дизартрия [8].

Степени тяжести дизартрии дифференцируются в зависимости от характера и объема поражения, а именно:

1. Легкая степень – стертая дизартрия. Характеризуется смазанной речью.
2. Средняя степень – носит типичную картину какой-либо конкретной клинической формы дизартрии: мозжечковой (тремор мышц языка; речь толчкообразная, скандированная), псевдобульбарной (спастический парез, гипертония мышц, гнусавость, нарушение произвольного движения, рефлекс орального автоматизма), бульбарной (вялые параличи, дисфагия, дисфония, снижение глоточного рефлекса), подкорковой (гипо- и гиперкинезы; речь неплавная, темп замедленный или неустойчивый).

3. Грубая степень – анартрия. Речь отсутствует в связи с полным параличом речедвигательных мышц [1, 7, 8, 9, 12, 13 и др.]. 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; наблюдаются дисфагия и гиперсаливация [14].

Дети с дизартрией представляют собой отдельную клиническую категорию неврологических больных. Дизартрии чаще всего диагностируется у детей после пяти лет [3]. Все дети, чья речевая симптоматика соответствует дизартрии, в том числе стертой форме, направляются на консультацию к неврологу для подтверждения диагноза и назначения адекватного медикаментозного лечения, поскольку при дизартрии методика коррекционной работы должна быть комплексной и включать:

1. медицинское воздействие;
2. психолого-педагогическую помощь;
3. логопедическую реабилитацию [13].

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ДИЗАРТРИИ

Истинная дизартрия развивается вследствие нарушения иннервации органов речеобразования (В МКБ-10 дизартрия кодируется в разделе «Симптомы и признаки, относящиеся к речи и голосу» R47-R49, а именно – в рубрике R47.1 «Дизартрия и анартрия»).

Рассмотрим подробнее различные клинические формы дизартрии, которые дифференцируются в зависимости от локализации очага поражения нервной системы.

1) Псевдобульбарная дизартрия обусловлена двусторонним поражением двигательных кортиконуклеарных путей, направляющихся к ядрам языкоглоточного (IX пара), блуждающего (X пара) и подъязычного (XII пара) черепных нервов. Чаще всего бывает результатом множественного мелкоочагового поражения вещества полушарий и ствола головного мозга при болезни мелких сосудов (гипертоническая энцефалопатия) или мультиинфарктного поражения при церебральном атеросклерозе или другом диффузном заболевании сосудов головного мозга [15]

Язык напряжен, оттянут кзади, кончик пассивен. Боковые движения с малой амплитудой колебания. При выполнении движений повышается мышечный тонус, который проявляется повышенным сопротивлением пассивным и активным артикуляционным движениям (см. Фото 1.).

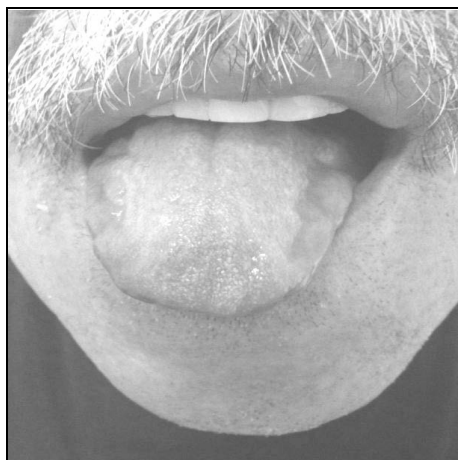


Фото 1. Больной Н.
Псевдобульбарная дизартрия

Механизм нарушения: псевдобульбарная дизартрия возникает при двустороннем повреждении нижних отделов прецентральной извилины (корковое представительство мышц лица, шеи и речевой мускулатуры, или их аксонов, образующих кортиконуклеарный (корково-ядерный) путь. В нем располагаются волокна, проводящие импульсы к мышцам лица, языка, глотки, гортани, мягкого неба, жевательным мышцам). Поражение центрального двигательного нейрона приводит к возникновению центрального паралича (пареза). При этом существует специфическая особенность: известно, что в пределах мозгового ствола кортиконуклеарные волокна совершают частичный надъядерный перекрест: переходят на

противоположную сторону и образуют синапсы с нейронами двигательных ядер соответствующих черепных нервов. Другая часть остается на своей стороне, образуя синаптические связи с клетками ядер этой же стороны. Однако ядро XII нерва, иннервирующее мышцы языка, и нижняя часть ядра VII нерва, иннервирующая нижнюю часть мимической мускулатуры лица, составляют исключение, поскольку на них замыкаются волокна кортиконуклеарного пути только противоположной стороны (то есть данные волокна совершают полный перекрест). Таким образом, мышцы языка и нижняя половина мимических мышц лица получают только одностороннюю иннервацию от прецентральной извилины противоположного полушария, в то время как другие мышцы (глазодвигательные, жевательные, верхняя группа мимических, мышцы глотки, мягкого неба, голосовых связок, гортани, шеи) обеспечены двусторонней корковой иннервацией. Поэтому одностороннее поражение кортиконуклеарного пути проявляется двигательными расстройствами только в мышцах языка и нижней части мимической мускулатуры на противоположной стороне, что может сопровождаться нарушениями артикуляции в виде нечеткости произнесения некоторых звуков, снижения звучности голоса. Двустороннее поражение кортиконуклеарных путей вызывает двусторонние двигательные расстройства в мышечных группах, иннервируемых и другими черепными нервами. Основные симптомы: 1) мышечная гипертония, спастичность; 2) гиперрефлексия и арефлексия (гипорефлексия); 3) защитные рефлекс; 4) патологические синкинезии; 5) патологические рефлекс (феномены орального автоматизма) [16].

Клиническая картина псевдобульбарной дизартрии:

1. спастичность мышц языка (в ряде случаев сопровождается рефлексом орального автоматизма);
2. ограничение активных движений;
3. гипертонус мышц артикуляционного аппарата;
4. диспраксия/апраксия;
5. расстройство произвольных движений.

Наблюдаются спастичность мышц языка и гипертонус мышц артикуляционного аппарата. Язык «комом» оттянут назад, спинка его спастически изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта (произвольное открывание рта при этом затруднено). Активные движения артикуляционных мышц ограничены. При этом обычно наблюдается повышенное слюноотечение (гиперсаливация) [14]. Наряду с дизартрией и дисфагией выявляются оживление рефлекс со слизистых оболочек мягкого неба и глотки, появление патологических рефлекс орального автоматизма (хоботкового, ладонно-подбородочного; сосательного и других) [15].

Произносительная сторона речи: нарушены голос, дыхание, интонационно-мелодическая сторона речи. Отмечается гиперназальность. Центральный характер пареза при псевдобульбарной дизартрии проявляется в избирательности нарушения произвольных движений, поэтому могут присутствовать различные варианты:

1. высокий тонус в мышцах речевого аппарата;
2. низкий тонус в мышцах речевого аппарата;
3. смешанный тонус в мышцах речевого аппарата;
4. гиперкинезы (насильственные движения) на фоне повышенного мышечного тонуса;
5. мозаичные проявления минимальных дизартрических расстройств.

Важная клиническая особенность: характерно выпадение произвольных движений (диспраксия), при этом произвольные рефлекторные движения остаются сохраненными. Наряду с этим, у данной группы больных могут развиваться феномены орального автоматизма. В частности, существует мнение, что именно феномены орального автоматизма являются характерным признаком псевдобульбарного паралича, который обусловлен двусторонним центральным параличом мышц, иннервируемых каудальной группой черепных нервов (IX, X, XII) в результате двустороннего поражения кортиконуклеарных путей [16]. Рассмотрим подробнее феномены орального автоматизма. Они представляют собой автоматические произвольные движения, состоящие в вытягивании губ или сосательных движениях в ответ на раздражение различных участков лица. По способу вызывания различают: а) назолабиальный рефлекс – легкий удар молоточком по спинке носа; б) сосательный – штриховое раздражение или прикосновение к губам молоточком; в) хоботковый – легкий удар молоточком по верхней или нижней губе; г) дистанс-оральный – поднесение молоточка к губам с имитацией удара; д) ладонно-подбородочный (Маринеску-Радовичи) – штриховое раздражение кожи в области возвышения большого пальца, вызывающее ответное сокращение подбородочной мышцы на стороне раздражения со смещением кожи подбородка кверху [16].

У пациентов с псевдобульбарной дизартрии выделяют три степени тяжести:

1. Легкая степень – характеризуется отсутствием грубых нарушений моторики артикуляционного аппарата. Трудности артикуляции проявляются в замедленных, недостаточно точных движениях языка, губ.

2. Средняя степень (пациенты со средней степенью тяжести составляют самую многочисленную группу) – следствием нарушения тонуса мышц артикуляционного аппарата является тяжелый дефект звукопроизношения. Присутствуют затруднения при переключении от одного артикуляционного движения к другому. Речь таких пациентов обычно характеризуется невнятностью, смазанностью и необычайно тихим звучанием.

3. Тяжелая степень – анартрия – характеризуется глубоким поражением мышц и полным отсутствием произвольной моторики в речевом аппарате. Язык толстый, напряженный, неподвижно лежит на дне ротовой полости, движения губ резко ограничены. Лицо пациента, страдающего анартрией, маскообразное, рот постоянно открыт. Вторично нарушены акты жевания и глотания. Членораздельная речь полностью отсутствует, но иногда имеются отдельные нечленораздельные звуки.

2) Бульбарная дизартрия (бульбус – ядро, луковица) возникает при поражении продолговатого мозга (*bulbus cerebri*), а именно поражении каудальных черепных нервов или их ядер [15]; корешков или периферических стволов языкоглоточного, блуждающего, подъязычного черепных нервов. В результате у пациентов развиваются двигательные расстройства в периферическом речевом аппарате, которые проявляются в виде одностороннего или двустороннего вялого паралича мышц.

Язык тонкий, распластаный в полости рта; губы вялые, не могут плотно смыкаться. Характерна гипокинезия (брадикинезия): неспособность генерировать адекватное по силе и темпу мышечное усилие (гипометрия). (см. Фото 2.).

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru