



Дизартрия

День 1

ПОНЯТИЕ ДИЗАРТРИИ

Дизартрия – это расстройство произносительной организации речи, связанное с поражением центрального отдела речедвигательного анализатора и нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата.

Симптом — отклонение от нормального функционирования нервной системы или какого-либо органа, представляет собой признак или симптом патологического состояния. Один и тот же симптом может быть признаком разных заболеваний или патологических состояний.

Стойкое сочетание симптомов, характерное для определенной болезни или патологического состояния, называется синдромом.

Синдромы двигательных нарушений

Полная утрата движения называется параличом, неполная утрата движения — парезом (например, ограничение объема и силы движения).

Классификация дизартрии у детей

Не может быть полностью соотнесена с клинической картиной параличей, т.е. уровнем поражения мозга. Это приводит к тому, что классификации дизартрии у детей и взрослых построены с разных позиций.

1. речевые нарушения при дизартрии у детей, не могут быть соотнесены с локализацией органического поражения мозга, т.е. диффузное поражение ЦНС, характерное для детских церебральных параличей, обуславливает смешанную клиническую картину.
2. С другой стороны, развивающийся мозг и различного рода декомпенсационные и компенсационные нервные процессы меняют клинические проявления изначального поражения ЦНС.

Многие исследователи, тем не менее, считают возможным выделение форм дизартрии у детей, связанных с локализацией органического поражения ЦНС. Классификация по этому принципу характеризуется возможностью соотнести симптоматику речевых нарушений с нарушением функции определенных структур мозга, участвующих в речеобразовательном процессе.

ДИЗАРТРИЯ ПО СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ


АНАРТРИЯ

ТЯЖЕЛАЯ

СРЕДНЯЯ

ЛЁГКАЯ
СТЕРТАЯ





КЛАССИФИКАЦИЯ ДИЗАРТРИИ У ДЕТЕЙ И.И. ПАНЧЕНКО

синдромологический подход

диагностика по этому принципу связана с выделением ведущего неврологического синдрома и ведущих феноменов нарушения моторики

СПАСТИКО- ПАРЕТИЧЕСКАЯ

ведущий синдром — спастический парез

СПАСТИКО- РИГИДНАЯ

ведущие синдромы — спастический парез и тонические нарушения управления типа ригидности

ГИПЕРКИНЕ ТИЧЕСКАЯ

ведущий синдром — гиперкинезы: хореические, атетоидные, миоклонии

АТАКТИЧЕСКАЯ

ведущий синдром — атаксия

СПАСТИКО- АТАКТИЧЕСКАЯ

ведущий синдром — спастический парез и атаксия

СПАСТИКО- АТАКТИКО- ГИПЕРКИНЕТИЧЕС КАЯ

ведущий синдром — спастический парез, атаксия, гиперкинез

Спастико-паретическая форма

Симптоматика часто диагностируется у детей дошкольного возраста с признаками псевдобульбарного паралича.

- **Спастический вариант.** Ведущий синдром обусловлен высоким тонусом мышц
- **Паретический вариант.** Ведущий синдром обусловлен высоким тонусом мышц в сочетании с низким тонусом отдельных групп мышц речевого аппарата
- **Гиперкинетический вариант.** Ведущий синдром обусловлен высоким тонусом мышц и наличием насильственных движений главным образом в виде тремора.

Спастико-паретическая форма

Характер произносительной стороны речи:

- голос недостаточной силы и звонкости,
- истощаемы все параметры голосовых возможностей,
- снижена амплитуда голосовых модуляций,
- нет темпоритмических перебоев, необходимых для живой интонации,
- темп речи замедленный,
- речевой выдох истощаем,
- вдох неглубокий.
- Разборчивость речи стоит в прямой зависимости от силы голоса.
- Амплитуда артикуляционных движений при спастическом парезе всегда снижена, нет полной реципрокности в деятельности продольных, вертикальных, поперечных мышц языка, недостаточна лабиализация (выпячивание губ вперед при звуках о, у, и, ы, ш, ж, ч, ц).

Спастический вариант

- высокий тонус мышц периферического речевого аппарата и расширенная зона безусловных рефлексов.
- ребенок не может произвольно открыть рот, осуществить произвольные движения языком и губами
- Небный и глоточный рефлексы усилены, характеризуются более обширной, по сравнению с нормой, рефлекторной зоной. Прикосновение шпателем к язычку мягкого нёба может вызвать кашель, рвоту и даже спазм глотки, гортани трахеи. Эти явления сочетаются с сохранностью рефлексоворального автоматизма (хоботковый, сосательный, ладонно-подбородочный и др.).
- Попытка говорить или осуществлять какие-либо движения органов артикуляции вызывают резкое повышение тонуса. В процессе речи повышается тонус не только мышц речевого аппарата, но и рук и даже ног. При этом, чем моложе ребенок и чем выше тонус мышц, тем сопутствующие движения рук и ног выражены сильнее. Объем активных движений ограничен.
- Отмечается поверхностность и аритмичность дыхания, его асинхронность с речью.
- Нарушения функций мышц языка приводят к формированию его патологической формы: спастический язык оттянут назад — язык «комом», либо может быть узким в форме «жала» с приподнятым кончиком.
- Подвижность языка как при произвольных, так и при пассивных движениях, ограничена, отмечается малая амплитуда боковых движений, с трудом удерживается положение языка по средней линии.
- Подъем кончика языка вверх невозможен.
- Отмечаются множественные оральные синкинезии.
- Сохранены такие автоматизмы, как облизывание, звучный плач, звучный кашель.
- Дети спонтанно не обучаются сглатывать излишек слюны, слюнотечение бывает не только в процессе речи, но и в покое.
- С возрастом такие дети с трудом обучаются жевать, откусывать.
- Мышцы артикуляционного аппарата имеют высокий тонус и движения органов артикуляции ограничены

- Спастичность голосовых складок ведет к озвончению глухих согласных звуков.
- Напряженность мышц мягкого неба и малая его подвижность способствуют носовому оттенку у гласных.
- Как правило, темп речи у таких детей замедлен, голос скрипучий, сиплый, нередко с назализованным оттенком.
- У детей выделяют три степени нарушения речи при спастической форме дизартрии. При легкой степени устная речь достаточно внятная, нечетко произносятся лишь отдельные звуки.
- Спастичность артикуляторных мышц выражена нерезко, но достаточно четко выявляется при всех функциональных пробах.
- При средней степени нарушения речи большая часть звуков искажена.
- При тяжелой степени нарушения речь невнятная, произношение большинства групп звуков нарушено, в процессе речи наблюдаются множественные синкинезии в мышцах лица и конечностей. Речь часто прерывается длительными паузами.
- При отсутствии лечебных мероприятий с возрастом нарастает тугоподвижность мышц, движения начинают носить ригидный характер, в тяжелых случаях — анартрия.
- Артикуляционная моторика: мышцы органов артикуляции спастичны, в мышцах левой стороны языка отмечается вялый парез.
- Вытягивание губ вперед медленное, напряженное. Отмечаются синкинезии в плечевом поясе. Язык из полости рта вытянуть не может, доводит его лишь до нижней губы. При вытягивании язык отклоняется влево. Боковые движения осуществляются с трудом, ограничены в объеме. Поднять язык вверх вне полости рта не может. При попытках сделать это сжимает узкий язык на нижней губе зубами. Щелкать языком не может.
- Звукопроизношение резко нарушено. Отсутствуют переднеязычные, межзубное произношение свистящих и шипящих. Общается, главным образом, с помощью жестов и лепетных слов. Фразовая речь из двух-четырех слов, смысл которых достаточно понятен. Словарный запас резко ограничен бытовой тематикой.

Спастика-ригидная форма дизартрии

- При этой форме дизартрии не бывает длительного фона покоя в речевой мускулатуре, так как повышен порог чувствительности к разного рода раздражителям
- Напряженная улыбка может смениться мгновенным спазмом верхней и нижней квадратной мышцы губы, напряженно поднятый кончик языка сменяется широким распластыванием по нижней губе. Это положение сменяется выводом языка наружу, узким и напряженным.
- **Постоянны жевательно-сосущие глотательные движения.**
- Фонация мягкого нёба может быть достаточной, что говорит о меньшей выраженности спастического пареза в нёбной мускулатуре.
- Мышцы нижней челюсти напряжены, и при пассивных движениях не удается вывести челюсть вперед — в стороны, опустить вниз.
- Язык напряжен, отодвинут назад, чуть приподнят к нёбу, не всегда его удается вывести из полости рта.
- Поза головы, как и поза сидения ребенка, при этой форме дизартрии резко отличается от соответствующих поз при спастико-паретической форме. Дети при спастико-ригидном синдроме могут сидеть только в фиксированном стуле, себя совершенно не обслуживают, у них резко повышен тонус мышц верхнего плечевого пояса, мышц шеи, что сказывается на фонаторных усилиях.
- Процесс приема пищи характеризуется одной интересной особенностью: жевание большей частью заменяется сосанием (язык с пищей прижимается к нёбу, и происходит сосательное движение).
- При этой форме у детей очень резко выражены рефлексы орального автоматизма (хоботковый, губной, челюстной и др.) и рефлексы стволового автоматизма.
- Во время артикуляционной деятельности сама амплитуда артикуляционных движений при этой форме дизартрии постепенно снижается, доходя до нуля, ребенок вынужден остановиться, появляется спазм дыхания, после легкого вдоха и паузы ребенок опять продолжает говорить до нового спазма и так через каждые 4—5 слогов.
- Очень часто при этом синдроме наблюдается недифференцированность губных и язычных движений

Гиперкинетическая форма дизартрии

- Гиперкинетическая форма дизартрии названа по ведущему гиперкинетическому синдрому. **Явлений спастического пареза при данной форме не наблюдается, поэтому нарушения движений артикуляционной и фонаторно-дыхательной мускулатуры вызваны не слабостью мышц, а характером гиперкинеза** — его степенью и формой. В совместном невролого-логопедическом обследовании важно выявить тип гиперкинеза — хореический, атетоидный, хореоатетоидный, миоклонический. Тип гиперкинеза зависит от локализации поражения в экстрапирамидной системе.
- Гиперкинез может проявляться как на фоне покоя, так и при произвольных произносительных попытках.
- **Произносительная сторона речи:** голос напряженный, прерывистый, вибрирующий, изменяющийся по высоте и силе, модуляционные возможности в ограниченных пределах возможны. При атетоидном гиперкинезе несколько труднее произнесение аффрикативных и щелевых звуков.
- Выразительная окраска речи зависит от характера синергии фонаторной и дыхательной мускулатур. При достаточной силе и звонкости голоса интонационная окраска речи на отдельных отрезках высказывания может приближаться к норме. Очень часто потенциальные возможности голосообразования у ребенка значительно выше, чем он их использует в своей речи.
- Дискинезии гортани обуславливают оттенок «сдавленности» голоса, иногда же он звучит как вибрирующий, дрожащий.. Голосовые расстройства при гиперкинетической дизартрии специфичны. Рассогласованностью во времени сокращением мышц, принимающих участие в осуществлении дыхательных движений и фонации
- Наблюдаются парадоксальное напряжение и расслабление диафрагмальной мышцы: в момент речевого выдоха она спазматически напряжена и, наоборот, расслаблена в момент вдоха. Такие нарушения, а также наличие в этой мышце гиперкинезов не позволяют развить грудно-брюшной тип дыхания и речевой выдох, тем более автоматизировать эти виды дыхания. *У таких детей в процессе высказывания идет добор воздуха не только на каждое слово, но иногда на каждый слог и даже звук.*

- Наблюдается значительная разница в осуществлении врожденных голосовых реакций и голосовых реакций, развивающихся в онтогенезе. Крик, плач, смех реализуются достаточно громким и звонким голосом, который может меняться по высоте и силе, т.е. быть выразительным. У этого же ребенка в процессе речи голос слабый, быстро истощающийся, отрывистый. Произвольные голосовые модуляции недоступны.
- В начале высказывания голос может быть относительно звонким, но вскоре становится глухим, а речь малоразборчивой.
- Темп речи быстрый, непостоянный. Резко нарушены ритм речепроизводства, плавность речи, она толчкообразна, прерывиста, быстро утомляет ребенка. Акценты и в целом мелодика речи искажены.
- Специфические нарушения темпоритмической организации устной речи, несформированность речевого дыхания, наличие гиперкинезов артикуляторных и мимических мышц, зависимость выраженности этих симптомов от эмоционального состояния ребенка имеют много сходства с заиканием, что нередко требует проведения дифференциальной диагностики.
- ???Дизонтогенез речи при этой форме дизартрии проявляется еще и в том, что у таких детей формируется правильное произношение изолированных звуков, но в речевом потоке произношение грубо нарушается в связи с трудностями переключения артикуляторных программ, гиперкинезами и нарушением подключения голоса???
- Расстройства связной речи у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста во многом связаны с характером и локализацией гиперкинезов. Гиперкинезы могут быть выражены по-разному в передних, средних и задних отделах языка. В зависимости оттого будет страдать произношение переднеязычных, заднеязычных или среднеязычных звуков.
- При тяжелой степени органического поражения подкорковых образований ЦНС у детей наблюдается анартрия. Чаще же наличие тремора, дискинезии и дистонии не бывает резко выраженным.

Атонически-астатическая форма дизартрии

- Наиболее четко синдром атонически-астатической дизартрии выражен при мозжечковой форме детского церебрального паралича. Отчетливые симптомы очаговых поражений мозжечка и его проводящих путей нередко наблюдаются у детей при смешанных формах дизартрии.
- На первый план при этих нарушениях выступает мышечная гипотония и нарушение координации движений органов артикуляции. Язык тонкий, распластаный в полости рта, его подвижность ограничена, темп движений замедлен. Все движения органов артикуляции ограничены. В то же время существенно то, что наряду с атонией присутствуют как произвольные, так и произвольные движения, что принципиально отличает вялый паралич при мозжечковых нарушениях от бульбарных параличей. При этом, несмотря на резкое снижение тонуса мышц, не отмечается атрофических явлений в мышцах языка. Движения языка неточные, отмечается как избыточность, так и недостаточность объема движений (гипер- или гипометрия). Иногда отмечаются провисания мягкого нёба.
- Помимо снижения тонуса наиболее ярким симптомом поражения мозжечка является дискоординация речевых движений, что проявляется в атаксии, адиадохокинезии и асинергии. Все эти явления вызывают нарушения плавности речи: ненормативную ритмику речи, ее толчкообразность, немотивированное замедление и ускорение, отсутствие правильной модуляции, немотивированные колебания громкости и звучности, иногда тремор голоса.
- Метафорически речь больных с поражением мозжечка называют скандированной, т.е. речью, в которой утрированы ритмические структуры (рубленая речь), которая иногда сопровождается «выкриками» отдельных слов или слогов. Именно нарушения просодических характеристик речи придают ей ненормативные черты. Голос монотонный, произвольные звуковысотные модуляции недоступны. Неречевая фонация (непроизвольный вскрик, восклицания, плач) характеризуются достаточно звонким голосом. Нарушается восприятие интонации. У детей нарушено формирование интонационных структур, их восприятие и реализация.
- Характерным для речи детей с поражением мозжечка являются нерегулярность расстройств артикуляции в процессе контекстной речи, равная выделенность слогов, искажения гласных, однообразная громкость голоса. Дискоординация в работе мышц речевого аппарата замедляет переключения им-пульсаций с иннервации тех или иных мышечных групп агонистов на иннервацию антагонистических мышечных групп, что ведет к замедлению темпа речи, удлинению времени произнесения слогов речи, напряженность речевых движений.
- Поскольку органическое поражение мозга при церебральном параличе возникает рано, просодические программы, которые, как известно, формируются в норме в младшем дошкольном возрасте, то у детей с явлениями мозжечковой дизартрии просодическая сторона речи развивается замедленно и в протяжении многих лет и требует специального коррекционного обучения.

- Произносительная сторона речи: голос глухой, напряженный, амплитуда голосовых модуляций снижается до нуля, сила голоса ослаблена, полетность гласных чрезвычайно мала, темп быстрый, речь резко отрывиста, в редких случаях темп может быть медленным с постепенным затуханием голоса.
- Характер звукопроизношения в большей степени страдает в фонетической окраске, однако чаще фонемные свойства звуков все сохраняются.
- Разборчивость речи снижена значительно ввиду недостаточности полетности звучаний.
- Атаксия проявляется в дисметрических и асинергических нарушениях артикуляционных движений. При детских церебральных параличах атаксия чаще всего бывает при особой форме паралича (атонически-астатический синдром), обычно же это сопутствующий синдром (атаксия) на фоне спастического пареза или гиперкинеза. Форма дизартрии тогда будет *называться по сумме синдромов* — спастико-атактическая и т. д.
- Дисметрические расстройства артикуляционных движений обычно проявляются в том, что ребенок не может точно выполнить артикуляционное действие, он теряет траекторию, амплитуду, скорость размаха, точность попадания в место смыкания.
- **Ритм речи при этом синдроме всегда скандированный, по которому легко отличить эту форму от другой.**

БУЛЬБАРНАЯ ФОРМА

- Все авторы отмечают своеобразие форм дизартрии у детей по сравнению с дизартрией у взрослых.
- Никто из исследователей детской дизартрии не выделяет бульбарной формы (Это понятно, так как продолговатый мозг, нарушение состояния которого бывает при бульбарном параличе, не совместимо с жизнью новорожденного)
- В тех случаях, когда выделяется бульбарная форма, имеется в виду поражение периферических нервов или их корешков вследствие заболеваний у детей в постнатальном онтогенезе (вирусные инфекции, заболевания уха и т.п.)!!! что не тождественно поражению ядер черепно-мозговых нервов в продолговатом мозге.

Следовательно мы делаем вывод, что речь идет о периферическом, а не о собственно бульбарном параличе.

- Односторонняя гипотония ограниченного участка речевых мышц (периферический паралич) как правило не влечет за собой дизартрии.

Просодика – как отличить от диспраксии

- У детей с дизартрией страдают все стороны просодической организации речи: голос, ритм, интонация.
- Это связано с особенностями дыхания и фонации.
- Нарушение дыхания имеет сложный патогенез, который связан с задержкой созревания дыхательной функции и с нарушением формирования фонационного и речевого дыхания.
- Для таких детей характерен малый объем вдыхаемого воздуха, грудобрюшной тип дыхания не формируется спонтанно, а требует коррекционных мероприятий.
- Задержка формирования грудобрюшного типа дыхания обуславливает недостаточность фонационного выдоха и делает невозможным развитие речевого дыхания.
- Голос у многих детей хриплый, иногда прерывистый, часто назализованный. Как правило, дети не могут менять произвольно силу и высоту голоса.

Анартрия

Тяжелая степень дизартрических расстройств, при которой совсем не имеются, либо имеются лишь слабовыраженные звукопроизносительные возможности

В основе недоразвития звукопроизносительных способностей лежат резидуально-органические изменения ЦНС, аналогичные тем изменениям, которые наблюдаются у детей с ДЦП. У детей с анартрией будет всегда топический диагноз!

Как правило, у таких детей имеются нарушения ручного, артикуляционного, фонаторного и дыхательного праксиса, связанного с **ПАТОЛОГИЕЙ СТВОЛОВО-ПОДКОРКОВЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА.**

У детей может наблюдаться полное отсутствие речи и голоса, наличие только голосовых реакций, возможности звукового произношения.

При обследовании произносительной попытки ребенка при речевом стимулировании демонстрируют более речевой уровень, чем спонтанные произносительные попытки детей по собственному побуждению. В условиях собственной мотивационно-поведенческой активности появляется большее количество «случайно воспроизведенных» звуков, слогов и их сочетаний.

ЛЁГКАЯ (СТЕРТАЯ) ТЕЗИСНО

- страдает просодическое оформление устной речи
- незначительная темпо-ритмическая дезорганизация устной речи.

Основной симптом стертой дизартрии представляет собой стойкое нарушение звукопроизношения, которое с трудом поддается коррекции.

- Голос у таких детей хриплый, иногда сиплый, нередко имеется невыраженный назализованный оттенок
- Темп речи чаще ускорен
- В развернутом высказывании отмечается некоторая его аритмия, связанная с ошибками последовательности произнесения слогов в словах.
- Внятность произношения в речевом потоке недостаточно четкая.
- В процессе речи накапливают слюну во рту. Затруднено формирование автоматизации сглатывания.
- Интонация несколько обеднена.
- Между фразами отсутствует пауза.
- Особенно затруднена повествовательная интонация
- Речевое дыхание замедлено в своем развитии.
- В процессе связного речевого высказывания делаются дополнительные вдохи, в связи с чем возникает необоснованное паузирование.

КРИТЕРИИ	ДИЗАРТРИЯ	ДИСПРАКСИЯ
Характер звукопроизношения	Стойкие нарушения одного типа	Звук может каждый раз искажаться по-разному
Нарушение просодических компонентов	Да, отличительный признак	Не отмечается при сохранном слуховом анализаторе
Возможность выполнять движения произвольно	Нет, не выполняет движение с подключением стимула	Да, с подключением стимула движение способен выполнить
Синкинезии	Да, часто	нет
Гиперкинезы	Да, часто	нет
Нарушение тонуса	да	Нет (но может повышаться при движении)
Отклонение языка в сторону	Да (при определенном поражении)	Нет
Амплитуда движений	Снижена	Снижена, при подключении стимула нормализуется

Клинические проявления псевдобульбарной дизартрии

можно проследить на примере исследования мышечного тонуса и активных движений языка

- Если попросить открыть рот, то видно, что атрофии мышц языка нет. Язык обычно подтянут кзади, спинка его закруглена и закрывает собой вход в глотку.
- При высовывании языка из полости рта, амплитуда этого движения бывает уменьшенной, и по мере выдвигения языка вперед закономерно происходит опускание его передней и средней части, язык ложится на нижнюю губу, загибаясь всей своей массой к подбородку. Чем больше больной старается продвинуть язык вперед, тем больше язык опускается.
- Движение высунутого языка вверх с загибанием его кончика к носу бывает нарушено в еще большей степени, чем движению языка вперед. Больной старается достичь требуемого эффекта пассивным подниманием переднего отдела языка нижней губой и нижней челюстью. Эта характерная синкинезия (содружественное движение) возникает в той или иной степени у всех больных. При этом язык бывает напряжен, кончик его не загибается, вверх и к коже верхней губы не прилежит, быстро наступает истощение, и язык постепенно или толчкообразно «уходит» в полость рта.

Формы дизартрии	Очаг поражения	Патогенез	Клинические проявления
Бульбарная	Одностороннее (правое или левое) или двустороннее поражение периферических двигательных нейронов V, VII, IX, X, XII черепномозговых нервов, а также спинальных нервов шейногрудного уровня.	Избирательные вялые вялые (право-, лево- или двусторонние) параличи мышц языка, губ, мягкого нёба, гортани, глотки, поднимающих нижнюю челюсть, дыхательных. Атрофия и атония этих мышц (язык вялый, дряблый), снижены или отсутствуют глоточный и нижнечелюстной рефлекс. Расстройства любых (непроизвольных и произвольных) движений в соответствующих группах мышц.	Голос: слабый, глухой, истощающийся; гласные и звонкие согласные оглушены (а → хх ^а ; б → п, д → т и др.). Тембр речи изменен по типу открытой гнусавости (б → м, д → н, и др.). Артикуляция гласных приближена к нейтральному звуку э. Артикуляция согласных упрощена; смычные и р заменяются щелевыми (и → ф, т → с). Упрощается характер щели у щелевых. и речи доминируют глухие плоскощелевые звуки. Нередко избирательные расстройства артикуляции в соответствии с избирательным распределением вялых параличей. Речь замедленна, неплавна, монотонна, резко утомляет больного.

Формы дизартрии	Очаг поражения	Патогенез	Клинические проявления
Псевдобульбарная	Двустороннее, хотя нередко неравномерно латерализованное, поражение центральных двигательных кортикобульбарных нейронов, а также пирамидных нейронов, идущих к передним рогам шейногрудного уровня.	<p>Пирамидные спастические параличи мышц речевого аппарата.</p> <p>Мышечной атрофии нет.</p> <p>Гипертония мышц (язык напряжен, отодвинут кзади), глоточный и нижнечелюстной рефлекс усилены. Нередки насильственный смех и плач.</p> <p>Паралич всегда двусторонний, хотя возможно его значительное преобладание с одной стороны, страдают, во-первых, произвольные движения и произвольные, во-вторых, самые тонкие движения кончиком языка</p>	<p>Голос слабый, сиплый и хриплый.</p> <p>Тембр речи изменен по типу закрытой гнусавости, особенно гнусавы гласные заднего ряда (у, о) и твердые согласные со сложным артикуляционным укладом (р, л, ш, ж, ц).</p> <p>Артикуляция гласных и согласных сдвинута назад.</p> <p>Смычные согласные и р заменяются на щелевые (п → ф, т → с, р → р),</p> <p>Щелевые согласные со сложной формой щели превращаются в плоскощелевые. В первую очередь страдает артикуляция согласных со сложными укладами, в артикуляции которых принимают участие мышцы кончика и краев языка (р, л, ш, ж, с, з, ц, ч).</p> <p>Артикуляция твердых согласных страдает больше, чем мягких.</p> <p>Больной старается преодолеть описанные расстройства под контролем слуха, однако его усилия обычно ведут к нарастанию гипертонии мышц и, следовательно, к усилению хриплости голоса, гнусавости, дефектов артикуляции, а также к упрощению стечений согласных, недоговариванию концов слов, замедлению темпа речи, нарушениям ее плавности и модулированности.</p>

Формы дизартрии	Очаг поражения	Патогенез	Клинические проявления
Экстапирамидная	Разнообразны е поражения экстрапирамидных ядер и их связей с другими структурами мозга, в частности с корой.	Вопросы патогенеза этой дизартрии мало разработаны, однако несомненна его связь с распадом или с расстройствами использования врожденных синергии в акте речи, что делает ее напряженной и неплавной.	Расстройства речевой просодии: темпа, плавности, громкости речи, высоты и тембра голоса, акцентуации и мелодики. Диспросодические суперсегментные расстройства взаимосвязаны с расстройствами сегментными: звуковая сторона речи нарушена. Нарушены внятность и членораздельность речи в целом. Могут быть выделены несколько еще мало изученных клинических синдромов.
Мозжечковая	Поражения мозжечка и его связей с другими структурами мозга.	Статическая и динамическая атаксия речевых движений.	Статическая и динамическим атаксия речевых движений обнаруживается и фонетической структуре речи явлениями интенции, адиадохокинезни, гипо- и гиперметрии, асинергии, что делает речь недостаточно внятной и искажает ее нормативные просодические характеристики (скандированность речи)