**"Сопровождение школьника учителем-логопедом с нарушениями опорно-двигательного аппарата"**

**Учитель-логопед высшей квалификационной категории**

**Нехаева Людмила Борисовна РСО-Алания г. Владикавказ.**

**Текст к презентации: "Сопровождение школьника учителем-логопедом с нарушениями опорно-двигательного аппарата"**

**Слайд № 1 Представление.**

**Слайд № 2** **Термин «детский церебральный паралич»** (ДЦП) объединяет ряд синдромов, которые возникают в связи с повреждением мозга. ДЦП развивается в результате поражения головного и спинного мозга, от разных причин на ранних стадиях внутриутробного развития плода и в родах.

**Детский церебральный паралич** – аномальное двигательное развитие, в

основе которого лежат различные причины и механизмы первичного

нарушения мышечного тонуса и расстройства координации движений. В

следствии чего формируется патологический двигательные стереотипы,

часто сопровождающиеся интеллектуально-мнестическими, речевыми,

сенсорными и соматическими нарушениями.

По данным Министерства Здравоохранения и Социального Развития

Российской Федерации быстрыми темпами растет число детей с

заболеванием детский церебральный паралич. Так по сообщению пресс-

службы Минздрава в период с 2012 по 2017 год число детей с таким

диагнозом увеличилось на 19.8%, что составляет порядком 85000 человек.

В последнее время проблема детского церебрального паралича является объектом пристального внимания специалистов различных областей

научного значения: клиницистов, педагогов, психологов и является весьма актуальная с точки зрения выбора адекватных путей обучения, воспитания и социальной адаптации обучающихся.

Каждой семье хочется иметь здорового ребенка. Пожалуй, не найдется родителей, которые не желали бы, чтобы их дети были крепкими, умными и красивыми, чтобы в будущем они сумели занять достойное место в обществе. В некоторых странах сейчас нередко даже проводятся конкурсы на самого красивого младенца. Но у некоторых детей сразу после рождения возникают болезненные изменения мышечного тонуса и ряд других симптомов, которые затем накладывают неизгладимый отпечаток на всю жизнь ребенка, - а впоследствии и взрослого - и на жизнь его родителей.

Эти явления известный австрийский врач и психолог Сигизмунд Фрейд в конце девяностых годов прошлого столетия объединил под названием детский церебральный паралич. Хотя, по сути, речь идет не о параличе, как таковом, а о нарушенной координации движений, связанной с поражением определенных структур головного мозга, возникающем в до и послеродовом периоде развития ребенка и в результате родовой травмы. Зачастую такие поражения случаются еще у эмбриона. Их виновниками бывают инфекция, антитела, неправильный резус-фактор или гипоксия новорожденных.

**Слайд № 3 Нарушения опорно-двигательного аппарата у детей**

В настоящее время нет единого определения термина «детский

церебральный паралич (ДЦП)». Но большинство авторов считают диагноз

ДЦП собирательным, объединяющим группу нейропсихосоматических

синдромов, возникающих в результате недоразвития и/или повреждения

мозга в раннем периоде его развития и в дальнейшем проявляющихся,

прежде всего, неспособностью сохранять позу и выполнять произвольные

движения.

На наш взгляд более точное и полное определение детскому

церебральному параличу даѐт В.В. Осокин, который утверждает, что детский

церебральный паралич – в первую очередь аномальное двигательное

развитие, в основе которого лежат различные причины и механизмы

первичного нарушения мышечного тонуса и расстройства координации

движений. В следствии чего формируется патологические двигательные

стереотипы, часто сопровождающиеся интеллектуально-мнестическими,

речевыми, сенсорными и соматическими нарушениями

Опорно-двигательный аппарат – это кости и мышцы человека.

При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства этих детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущими являются: задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций

Основным клиническим симптомом ДЦП является нарушение двигательной функции, связанной с задержкой развития и неправильным развитием статокинетических рефлексов, патологией тонуса, парезами. Детский церебральный паралич (ДЦП) это полиэтиологическое заболевание мозга, которое возникает в результате воздействия вредоносных экзогенных или эндогенных факторов во внутриутробном (пренатальном) периоде, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в раннем постнатальном периоде). При поражении мозга на ранних этапах онтогенеза наиболее тяжело страдают его «молодые» отделы - большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции

**Слайд № 4- 5**

Причины нарушения опорно - двигательного аппарата.

1.Внутриутробная патология

2.Родовая травма асфиксия

3.Патологические факторы на первом году жизни.

**Слайд № 6**

**Классификация нарушений опорно-двигательного аппарата** (читать слайд)

Помимо нарушений в центральной нервной системе, вторично в течение жизни возникают изменения в нервных и мышечных волокнах, суставах, святках, хрящах.

К основному симптому ДЦП — двигательным расстройствам, в большей части случаев присоединяются нарушения психики, речи, зрения, слуха и другие. У некоторых детей наблюдается судорожный синдром •

В мировой литературе предложено более двадцати классификаций ДЦП .

Они основаны на этиологических признаках, характере клинических проявлений, патогенетических особенностях.

**Слайд № 7.**

В отечественной клинической практике используется чаще всего классификация К.А. Семеновой, в которую включены собственные данные автора и элементы классификации Д. С. Футера и М.Б. Цукер Согласно этой классификации выделяют пять основных форм ДЦП:

- двойная гемиплегия;

- спастическая династия;

- гемипарстическая форма;

- гиперкинетическая форма;

- атонически-астатическая форма.

На практике выделяют еще смешанную форму ДЦП

**Слайд № 8** **Давайте рассмотрим формы ДЦП.**

**ДВОЙНАЯ ГЕМИПЛИГИЯ**

Это самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий. Двигательные расстройства выражены в равной степени в руках, и в ногах, либо руки поражены сильнее, чем ноги. Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функции рук практически не развиваются.

Почти у всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжёлой дизартрии.

Прогноз двигательного развития неблагоприятный. Стояние и ходьба невозможны. Некоторые дети с трудом овладевают навыком сидения, но даже в этом случае тяжелые отклонения в психическом развитии препятствуют их социальной адаптации.

В большинстве случаев дети необучаемы. Тяжелые двигательные нарушения рук, сниженная мотивация исключают самообслуживание и даже простую трудовую деятельность. Это указывает на полную или почти полную инвалидность peбёнка. Более чем у 90% таких детей наблюдаются псевдобульбарная дизартрия или анартрия (полная невозможность речи из-за паралича речедвигательных мышц, резко расстраивающего систему артикуляции). Отмечается наиболее тяжелое поражение артикуляционного аппарата. Предречевое развитие детей с двойной гемиплегией грубо нарушено. В ряде случаев дизартрические явления сочетаются с алалическими.

Анатомическая близость корковых зон иннервации артикуляционного аппарата с зонами иннервации мышц рук, особенно кисти и большого пальца, а также нейрофизиологические данные о значении манипулятивной деятельности для стимуляции речевого развития обусловливают необходимость работать над артикуляцией и одновременно развивать функциональные возможности кистей рук.

**Слайд № 9** **ГЕМИПАРЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЦП**

Это форма характеризуется односторонним повреждением одноименных (левых или правых) конечностей. Рука обычно поражается больше, чем нога. Имеет место поражение преимущественно одного полушария, его корковых отделов и ближайших подкорковых ядер. Нарушение корковых функций одного из полушарий проявляется в виде гемипареза.

Дети с гемипарезами овладевают возрастыми .двигательными навыками позже, чем здоровые. Со временем формируется стойкая патологическая установка конечностей и туловища: приведение плеча, сгибание и пронация предплечья, сгибание и отклонение кисти, приведение большого пальца руки, сколиоз позвоночника. Патология речи отмечается у 30-40 % детей, чаще по типу дизартрии или моторной алалии. Степень интеллектуальных нарушений вариабельна от легкого до грубого интеллектуального дефекта. Прогноз двигательного развития в большинстве случаев благоприятный. Возможность самообслуживания зависит от степени поражения руки. Как правило, дети с гемипарезами оказываются обучаемыми.

При гемипаретической форме ДЦП (парезы или параличи одной стороны тела) при правостороннем гемипарезе речевые нарушения отмечаются приблизительно в 60%. Среди различных речевых нарушений преобладает задержка речевого развития с псевдоалалическими и алалическими проявлениями.

Речевые расстройства чаще всего по типу псевдобульбарной дизартрии, реже – по типу моторной алалии. При левостороннем гемипарезе среди различных речевых нарушений (в основном – псевдобульбарная дизартрия) также наиболее частой является задержка речевого развития, иногда со своеобразно недостаточной интонационно-музыческой стороной речи.

**Слайд № 10 ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЦП**

Гиперкинетическая форма ДЦП связана с поражением подкорковых отделов мозга. Двигательные расстройства проявляются в виде непроизвольных насильственных движений гиперкинезов.

При гиперкинетической форме произвольная моторика развивается с большим трудом. Дети длительное время не могут научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Походка обычно не плавная, толчкообразная, асимметричная. Равновесие при ходьбе легко нарушается, но стоять на месте больным труднее, чем идти. Произвольные движения маловыразительные, размашистые, дискоординированные; затруднена автоматизация двигательных навыков, особенно навыка письма.

Речевые нарушения наблюдаются у 60-100 % больных, чаще в форме гиперкинетической дизартрии. В 20 30 % случаев выявляют снижение слуха, преимущественно на высокие тона, в 10-15 % - судороги. Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах церебрального паралича, г. е. интеллект в большинстве случаев развивается вполне удовлетворительно. У 50% детей наблюдается 3ПР.

чаще проявляется в речи в форме гиперкинетической (экстрапирамидной, подкорковой) дизартрии.

Это прогностически вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации; в некоторых случаях картина дизартрии осложняется корковым речевым расстройством по типу динамической диспраксии, псевдоалалическим и алалическим синдромами. Выраженное фонетико-фонематическое недоразвитие в ряде случаев осложняется недоразвитием сенсорной речи, своеобразными синдромами сенсорной алалии.

Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения нервной системы, от характера и интенсивности гиперкинезов.

Система логопедической работы при коррекции гиперкинетической дизартрии

Подбор для ребенка позы, при которой количество и интенсивность непроизвольных движений были бы минимальны.

Обучение ребенка удерживать мышцы лица в состоянии покоя с использованием способности к самоторможению гиперкинеза на основе обучения расслаблению мышц:

Психотерапевтическое воздействие;

Массаж;

Пассивные статические и динамические движения;

3. Обучение правильному речевому дыханию при беззвучной артикуляции.

4. Выработка правильного речевого дыхания при фонации гласных А, И, У, тренировка умения сочетать выдох с моментом голосообразования.

5. Постановка звуков.

6. Выработка плавного произношения и правильной интонации.

**Слайд 11.АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЦП**

Связана с поражением мозжечка и лобных отделов мозга. Со стороны двигательной сферы наблюдается следующая патология: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несоразмерность, чрезмерность движений).

У 60 80 % детей отмечаются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, дизартрии; может иметь место моторная алалия.

Интеллект варьирует от 3ПР до УО различной степени тяжести. При поражении лобных отделов мозга дети .малоэмоциональны, безразличны к окружающим, малоинициативны, могут быть очень агрессивными. Гемиплегическая форма является наиболее частой разновидностью детского церебрального паралича. Она зависит от преимущественного повреждения одного полушария мозга. Уже с первых дней жизни ребенка можно отметить, что одна его ручка и ножка не принимают участия в постоянном движении конечностями. Такие дети начинают поздно садиться и особенно поздно и с трудом стоять и ходить, В конечностях часто отмечаются насильственные движения атетозного характера. Наблюдаются эпилептические припадки.

При атонически-астатической форме церебрального паралича, которая характеризуется низким тонусом мышц при наличии патологических тонических рефлексов, отсутствием или недоразвитием установочных рефлексов и высокими сухожильными рефлексами, наблюдаются речевые расстройства в форме мозжечковой или псевдобульбарной дизартрии.

**Система логопедической работы при мозжечковой дизартрии**

Формирование правильного дыхания.

Работа над голосом.

Развитие тембра голоса.

Работа по развитию интонации.

**Система логопедической работы при сенсорной алалии**

Развитие слуха.

Развитие фонематической системы.

Дыхательно-голосовая работа.

Постановка звуков.

**Развитие и формирование фонематического восприятия.**

Дыхательная, голосовая, артикуляционная гимнастика.

Работа по развитию устной речи:

Развитие активного и пассивного словаря (знание определенных понятий, использование их в самостоятельно речи)

**Слайд № 12** **Спастическая диплегия**

Спастическая диплегия наиболее часто встречающаяся форма ДЦП.

Ею страдают более 50 % больных церебральным параличом. Основным признаком спастической династии является повышение мышечного тонуса (спастичность) в конечностях с ограничением силы и объема движений в сочетании с сохраняющимися тоническими рефлексами. Тяжесть речевых, психических и двигательных расстройств варьируется в широких пределах, это связано со временем и силой воздействия вредоносных факторов. **Прогностически** спастическая диплегия это благоприятная форма заболевания в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций.

Диалогическая форма церебрального детского паралича, которая носит название болезни Литтля (спастическая диплегия). выражается в спастических параличах или спастических парезах обеих ног. Ребенок отстает в физическом развитии и если начинает стоять и ходить, то с большой задержкой. В результате повышения мышечного тонуса, резкого напряжения приводящих мышц бедра и контрактуры икроножных мышц походка таких больных весьма своеобразна, что дает возможность иногда ставить диагноз без детального исследования. Больные опираются не на подошву, а па пальцы, колени соприкасаются между собой и при ходьбе трутся друг о друга, походка спастически-паретическая, причем создается впечатление, будто больной стремится все время вперед и вниз. Этому дефекту ног может сопутствовать атетоз в мышцах лица и в дистальных отделах рук. Могут наблюдаться и различные синкинезии, которые, сочетаясь с гиперкинезами, весьма затрудняют выполнение произвольных движений. Интеллектуально эти дети могут быть вполне сохранными..

речевые нарушения отмечаются в 80% случаев. При этой форме церебрального паралича речевые нарушения имеют выраженную тяжесть поражения с преобладанием дизартрических нарушений.

У детей со спастической диплегией чаще наблюдается вторичная задержка психического развития. Приблизительно в 70% случаев при спастической диплегии отмечаются речевые расстройства в форме дизартрии (псевдобульбарной), значительно реже моторной алалии. Это – благоприятная форма заболевания в отношении преодоления речевых расстройств, но требующая ранние длительные логопедические занятия, которые необходимо начинать с предречевого периода.

**Система логопедической работы при спастической дизартрии**

Нормализация тонуса в артикуляторном аппарате, мимической мускулатуре и конечностях.

Развитие и формирование кинестетического контроля.

Формирование слухового контроля за произношением и развитием фонематического анализа.

Нормализация проприоцептивной дыхательной мускулатуры.

Формирование речевого дыхания вне фонации.

Формирование синхронности речевого дыхания и голосоподачи.

Коррекция нарушения звукопроизношения.

**Слайд № 13. Психолого-педагогическая характеристика детей с детским**

**церебральным параличом**

Изучение детского церебрального паралича осуществляется в разных

аспектах. Для нас более актуально рассмотреть психолого-педагогический

компонент, выделить те особенности, которые значимы для логопедической

и психолого-педагогической диагностики и коррекции нарушений при ДЦП.

Блинков Ю. А., Назарова Н. М. отмечают, что нет четкой взаимосвязи

между выраженностью двигательных и психических нарушений.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом

представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или

близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка

психического развития, у остальных имеет место умственная отсталость.

Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном)

развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением

познавательной деятельности является задержка психического развития

Как отмечает Р.И. Лалаева у обучающихся с ДЦП выражены

психоорганические проявления - замедленность, истощаемость психических

процессов, трудности переключения на другие виды деятельности,

недостаточность концентрации внимания, снижение объема механической

памяти. Большое число детей отличаются низкой познавательной

активностью, что проявляется в отсутствии интереса к заданиям, плохой

сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости

психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти

связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро

нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий.

Наиболее отчетливо он проявляется в школьном возрасте при различных

интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается целенаправленная

деятельность.

Т. А. Фотекова в своих работах отмечает, что для детей с

церебральным параличом характерны расстройства эмоционально-волевой

сферы. У одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной

возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у

других - в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к

колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных

реакций.

Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной

расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к

окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного

безразличия, равнодушия, безучастности [62].

У детей с ДЦП в большей степени нарушено абстрактное мышление, у

них слабо выражена способность к обобщению, к решению задач с

использованием приема аналогии, к созданию абстрактных закономерностей.

Дети с ДЦП обладают по большей части конкретным, инфантильным и

стереотипным мышлением. Мыслительная деятельность таких детей, по

данным Д. Х. Астрахан, Т. Т. Батышевой, И.Ю. Левченко характеризуется

беспорядочностью, импульсивностью, застреванием на несущественных

деталях, повторениями, заторможенностью.

Анализируя особенности познавательной активности детей с ДЦП

Е. М. Мастюкова выделяет трудности в заданиях, требующих словесно-

логического мышления, при этом наглядно-действенное мышление нарушено

в меньшей мере. Е.Ф. Архипова, Л.А. Данилова выявили у детей с ДЦП

трудности поэтапного формирования умственных действий, а также процесса

сокращения и обобщения уже сформированного действия.

Патология внимания характерна для всех форм церебрального

паралича. У детей наблюдаются такие особенности внимания, как нарушение

его концентрации вследствие истощения ЦНС, частые колебания внимания,

ограничение объема, нарушение переключаемости и распределения

внимания.

У детей с ДЦП неустойчивость внимания имеет вариативные формы

проявлений в каждом конкретном случае. Так, у одних детей наибольший

уровень функционирования характеристик внимания обнаруживается в

начале реализации задания и неуклонно снижается по мере его продолжения;

у других — наибольшая концентрация внимания устанавливается только

после некоторого периода деятельности; у третьих - отмечается колебание

внимание на протяжении всей деятельности.

Данные нарушения внимания у детей с ДЦП негативно воздействуют

на развитие и становление познавательной деятельности в целом, понижают

результативность усвоения знаний, формирования умений и навыков.

Особенности познавательной деятельности детей с ДЦП особенно

выражено проявляются в период школьного обучения и являются

существенной причиной их школьной неуспеваемости.

Волнообразность в работоспособности и инициативности тесным

образом связана с состояниями нервно-психической сферы детей. Эти дети,

по мнению И. Ю. Левченко, Е. Н. Правдиной-Винарской, Р.Н. Финн умеют

трудиться продуктивно и заинтересованно при определенных условиях, если

же условия не соблюдены, то они становятся плохо успевающими.

Так, в спокойной обстановке отмечается наиболее высокий уровень

работоспособности и инициативности детей, особенно когда дети выполняют

задания, которые не требуют длительного напряжения и представляют

интерес для ребенка. Но длительность периода неплохой работоспособности,

в течение которого дети с ДЦП в состоянии овладеть изучаемым материалом,

очень мала. Далее дети начинают отвлекаться вследствие утомления и

истощения их нервно-психической сферы.

Волнообразность в проявлении продуктивной и непродуктивной

деятельности, по данным И. Н. Иваницкой, М. В. Ипполитовой в

совокупности со сниженной активностью познавательной сферы ведет к тому, что знания, приобретаемые школьниками с ДЦП, носят обрывочный

характер, а всякий неосвоенный ребенком вид работы или необходимость

произвести смену технологии действия вызывает затруднения.

У детей с ДЦП даже самые простые навыки вырабатываются весьма

замедленно, а для того, чтобы их закрепить, необходимы неоднократные

установки, упражнения, повторения.

Дети с ДЦП переходят от одного вида деятельности к другому с

большим трудом, в то же время для них утомительны монотонные действия.

Большинство детей с ДЦП, по данным H.В. Финкеля, не могут

одномоментно вливаться в какое-либо занятие. Применение позитивной

стимуляции способствует сосредоточению детей, ориентирует их на более

скорое вхождение в деятельность, активизирует рабочее состояние детей

В отличие от сверстников, имеющих нормальное развитие, дети с ДЦП

в ходе получения знаний практически не используют накопленный

жизненный опыт и испытывают выраженные трудности при обобщении уже

сформированных представлений.

**Рекомендации для педагогов при работе с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата.**

У детей с ДЦП отмечается сенсорная сверхчувствительность

педагог должен приближаться к ребенку со стороны лица, а если это не возможно, нужно словесно обозначить свои действия,

нельзя сажать детей с ДЦП спиной к двери и лицом к окну. Дверь и окно должны быть сбоку.

необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий ребенку не давать развернутый речевой ответ.

следует увеличить время, отведённое на выполнение заданий, и категорически исключить задания на время, на занятиях необходимо

соблюдение двигательного режима, обязательный перерыв на физкультминутку.

ребёнку с нарушениями функций опорно – двигательного аппарата необходима сопровождающая помощь дефектолога, специального психолога и логопеда.

**Принципы психолого-педагогического** сопровождения инклюзивного процесса в образовательном учреждении

Индивидуальный подход и дифференцированность

Целостность (в масштабах класса, школы)

Системность (академические знания и социальные навыки, оценивание и прогнозирование и т.д.)

Непрерывность

Создание ситуации успеха и обеспечение положительного эмоционального самочувствия всех участников образовательного процесса

Междисциплинарное взаимодействие в команде специалистов сопровождения

**Программно-методическое обеспечение для работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата**

Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Доречевой период: Кн. Для логопеда. М. 2005.

Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. М., 1989.

Данилова Л. В., Стока К., Казицина Г. Н. Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе. - СПб., 1997

Дедюхина Г. В. Кириллова Е. В. Учимся говорить. 55 способов общения с неговорящим ребенком. Москва Издательский центр «Техинформ», МАИ, 1997 год

Евтушенко С. К. (ред.). Новые технологии в реабилитации церебрального паралича. - Донецк, 1994.

Дети с церебральными параличами: пути обучения и коррекции нарушенных функций / Под ред. М. В. Ипполитовой. - М., 1981

**Потребности, свойственные всем обучающимся с ДЦП**:

потребность в раннем выявлении нарушений и максимально раннем начале комплексного сопровождения развития ребенка;

потребность в регламентации деятельности с учетом медицинских рекомендаций;

потребность в особой организации образовательной среды;

потребность в использовании специальных методов, приемов и средств обучения и воспитания;

потребность в предоставлении услуг тьютора;

потребность в адресной помощи по коррекции двигательных, речевых и познавательных и социально-личностных нарушений;

потребность в индивидуализации образовательного процесса;

потребность в максимальном расширении образовательного пространства.

**Особенности логопедического обследования детей с ДЦП**

При логопедическом обследовании необходимо выявить состояние функций, связанных с произношением. Для этого следует обращать внимание на:

Гипотонию/гипертонию мышц лица, насильственные движения, резкие движения или изменение тонуса, объем движений;

Наличие или отсутствие рефлексов орального автоматизма, их влияние на дисфункции моторных структур, необходимых для питания;

Особое внимание обращается на рефлексы: сосание-глотание, кусание, рвотный, поисковый. Оцениваются:

Характер рефлекса, длительность (появление, наличие, отсутствие);

Ответная реакция при стимуляции области рта и вокруг его при помощи пальца логопеда.

Важно проверить оральный мышечный тонус:

Челюсти во время движения и без движений;

Тонус, подвижность, компенсаторные реакции, симметрию губ;

Тонус мышц языка, его изолированные движения, возможность их переключаемости;

Мягкое небо, твердое небо, координацию между ними, подвижность;

Ритм, объем дыхания, координацию между дыханием и речью, вдохом-выдохом, обратное дыхание, сопровождается ли дыхание ребенка движениями тела и головы;

Взаимоотношение между моторным контролем, который используется во время еды и во время фонации, еды и звукопроизношения; активность этого контроля, объем движений, наличие стереотипных движений.

Для стимулирования появления артикуляции необходимо, чтобы ребенок мог контролировать мелкие движения и дифференцировать движения губ и челюстей, языка через выполнение упражнений, которые требуют большой определённости. Для этого необходимо формирование контроля за положением тела. С этой целью проводится работа в «рефлекс-запрещающей» позе ребенка, чтобы оценить мышечный тонус ребенка.

Важно отдифференцировать два вида нарушений речевого развития: одни из них связаны с поражением мозговых структур, а другие обусловлены нарушением социальных контактов.

У детей с церебральным параличом оказываются пораженными различные структуры мозга. В связи с этим у них могут наблюдаться любые из известных в логопедии речевых расстройств. В клинике детского церебрального паралича речевые расстройства занимают значительное место, их частота составляет от 65% до 85%. Наиболее частым расстройством является дизартрия (нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата).

Сложной для диагностики и коррекции является алалия (отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка (доречевой период)).

При моторной алалии речь детей с церебральным параличом без специального обучения практически не развивается и остается на уровне звукоподражательных и лепетных слов. Алалия чаще наблюдается при двуполушарных поражениях мозга у детей со спастической диплегией при вовлечении в патологический процесс и верхних конечностей. Общая частота алалии у детей с церебральным параличом относительно невелика и составляет около 5%. Патогенез алалии при ДЦП связан с двумя факторами:

- повреждением корковых механизмов речи под влиянием различных экзогенных вредностей, являющихся также и причиной ДЦП (травматический фактор во внутриутробном развитии и родах, перинатальные энцефалиты и т.п.);

- вторичным недоразвитием корковых механизмов речи в результате двигательнокинестетической депривации или патологической афферентации с периферических отделов речевой системы в связи с поражением речевой моторики, а также в связи с нарушением формирования слухо-кинестетической интеграции у детей, у которых церебральный паралич осложняется нарушениями слуха (гиперкинетическая форма).

Спасибо за внимание.