

Логопедическая работа с детьми с ДЦП

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 определенности. Для этого необходимо формирование контроля за положением тела. С этой целью **проводится работа в «рефлекс-запрещающей» позе ребенка**, чтобы оценить мышечный тонус ребенка.

Важно дифференцировать 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 слухокинестетической интеграции у детей, у которых церебральный паралич осложняется нарушениями слуха (гиперкинетическая форма).

Специфику нарушений речи определяет
различная локализация поражения мозга
при отдельных формах ДЦП

Самая тяжелая форма ДЦП – **двойная гемиплегия** – тетрапарез, характеризующийся особой тяжестью поражения как верхних, так и нижних конечностей. 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 обуславливают необходимость работать над артикуляцией и одновременно развивать функциональные возможности кистей рук.



При **спастической диплегии** – тетрапарезе, при котором руки поражаются в значительно меньшей степени, чем ноги, иногда минимально (эта форма еще носит название «болезнь Литтля»), – 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.



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-музыкальной стороной речи.



Гиперкинетическая форма паралича, характеризующаяся двигательными расстройствами в виде насильственных произвольных движений — гиперкинезов, 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.

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 спастической дизартрии

1. Нормализация тонуса в артикуляторном аппарате, мимической мускулатуре и конечностях.
2. Развитие и формирование кинестетического контроля.
3. Формирование слухового контроля за произношением и развитием фонематического анализа.
4. Нормализация проприоцептивной дыхательной мускулатуры.
5. Формирование речевого дыхания вне фонации.
6. Формирование синхронности речевого дыхания и голосоподачи.
7. Коррекция нарушения звукопроизношения.

Система логопедической работы при коррекции гиперкинетической дизартрии

1. Подбор для ребенка позы, при которой количество и интенсивность произвольных движений были бы минимальны.
2. 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.

Система логопедической работы при мозжечковой дизартрии

1. Формирование правильного дыхания.
2. Работа над голосом.
3. Развитие тембра голоса.
4. Работа по развитию интонации.

Система логопедической работы при сенсорной алалии

1. Развитие слуха.
2. Развитие фонематической системы.
3. Дыхательно-голосовая работа.
4. Постановка звуков.
5. Формирование словаря

Система логопедической работы при моторной алалии

1. Развитие и формирование фонематического восприятия.
2. Дыхательная, голосовая, артикуляционная гимнастика.
3. Работа по развитию устной речи:
 - Развитие активного и пассивного словаря (знание определенных понятий, использование их в самостоятельной речи)