

# ***ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА***



# ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ





**Детский церебральный паралич – тяжелое заболевание нервной системы, часто приводящее к инвалидности. В последнее время количество случаев заболевания ДЦП имеет тенденцию к увеличению, ДЦП становится одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. В среднем 6 из 100 новорожденных страдают ДЦП.**

**Ведущий дефект – нарушение двигательной сферы (ходьба, общая моторика, глазодвигательный и речедвигательный аппарат), обусловленное особенностями нарушения тонуса мышц, что ведет к неправильным установкам туловища и конечностей, образованию контрактур и дальнейшей деформации тела.**

**Поражение мозга носит парциальный характер, т.е. охватывает не весь мозг, а отдельные его области.**

**ДЦП характеризуется наличием триады основных нарушений:**

**Нарушения двигательной сферы**

**Нарушения психики**

**Нарушения речи**

ДЦП был выделен из группы детских резидуальных энцефалопатий, в которую входили также различные степени слабоумия, эпилепсия. Этому выделению способствовали предшествующие исследования Зигмунда Фрейда (1893г.), подробно описавшего заболевание, и В. Фелпса (1948г.), который отметил, что более чем у 70% детей с этой патологией интеллект сохранен. На современном этапе ДЦП рассматривается как дизонтогенетическое расстройство, проявляющееся в виде триады нарушений (двигательных, психических и речевых расстройств), возникающей в результате поражения головного мозга в период внутриутробного развития, в момент родов и в период новорожденности.

Более чем за полтора столетия, прошедшие со времени первого описания Литтлем (Little W.J., 1843) последствий родовой травмы ЦНС и асфиксии в родах, предложено более 20 классификаций заболеваний, которые З. Фрейд в 1924 г. назвал **детским церебральным параличом**

В нашей стране в прошлые годы использовалась классификация, предложенная в 1952 г. Фордом (A. Ford) и несколько модифицированная в дальнейшем Д.С. Футером (1958). В последующем классификации были предложены К. Бобатом и Б. Бобат (1964), Фелпсом (1970).



гоящее время в РФ  
классификация К.А.  
(1974). В 2000 г. в Каннах была  
ая международная  
ЦП.

## Классификация Семеновой К.А.:

- 1) спастическая диплегия;
- 2) двойная гемиплегия;
- 3) гемипаретическая форма;
- 4) гиперкинетическая форма;
- 5) атонически-астатическая форма.

# Международная классификация ДЦП:

- 1) спастическая форма:  
двусторонняя;  
односторонняя;
- 2) дискинетическая (атетоидная) форма:  
хореоатетоидная;  
дистоническая;
- 3) атактическая форма;
- 4) смешанная форма.

Эта классификация ДЦП дополняется локализацией поражения по анатомическому принципу квадраплегия (в одинаковой мере поражены все четыре конечности), диплегия (нижние конечности поражены в большей степени, чем верхние), гемиплегия (поражены обе конечности на одной стороне тела).

## Степень тяжести двигательных нарушений различна:

- Тяжелая степень** (ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельности, не может самостоятельно обслужить себя)
- Средняя степень** (самостоятельно перемещаются, используя вспомогательные средства: канадские палочки, костыли, трости; не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте; навыки самообслуживания формируются частично из-за нарушений манипулятивной функции)
- Легкая степень** (передвигаются без посторонней помощи на длительные расстояния, полностью обслуживают себя, достаточно развита манипулятивная деятельность, но наблюдаются неправильные патологические позы, нарушения походки, координации движений)

В норме в центральной нервной системе движением управляют три области головного мозга: *моторные участки коры больших полушарий, базальные ганглии, мозжечок*. От этих участков двигательный импульс передается спинному мозгу, а от него - мышцам.

При повреждении моторных зон коры возникают *спастические формы ДЦП* (*спастическая диплегия**спастическая диплегия, двойная гемиплегияспастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемипаретическая форма*).

При поражении базальных ганглиев возникает *дискинетическая* (*гиперкинетическая*) форма ДЦП, а повреждение мозжечка вызывает *атактическую**атактическую* (*атонически-*

спастические формы заболевания (по К.

А. Семеновой): спастическая

диплегия спастическая диплегия,

спастический гемипарез спастическая

диплегия, спастический гемипарез,

двойная гемиплегия. Они

характеризуются нарушением мышечного

тонуса по типу спастичности,

повышением сухожильных рефлексов,

патологическими стопными знаками,

склонностью к формированию

патологических поз, деформаций и

контрактур суставов, патологических

синергии и синкинезий.

# Двигательные нарушения при ДЦП

Нарушения	Локализация повреждения
Спастичность	I мотонейрон (кора больших полушарий)
Гипотония	II мотонейрон (передние рога спинного мозга)
Дистопия, гиперкинезы	Базальные ганглии, таламус
Атаксия	Мозжечок

# Спастическая диплегия



# Спастическая диплегия

Наиболее часто встречающаяся форма ДЦП (50% всех случаев ДЦП). В литературе иногда обозначается как «Болезнь Литтля», по имени врача, впервые описавшего ее в середине XIX века. Локализация поражения в теменно-затылочной области головного мозга.

Характеризуется тетрапарезом (но нижние конечности затронуты в большей степени, чем верхние). Основным признаком является повышение мышечного тонуса (спастичность) в конечностях, ограничение силы и объема движений в сочетании с нередуцированными тоническими рефлексамии.

Повышение мышечного тонуса преобладает в приводящих мышцах бедер, в силу чего наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает опорность стоп, осанку, затрудняет стояние и ходьбу. При развитии контрактур (стойкое ограничение нормальной подвижности в суставе вследствие его поражения, или повреждения кожи, мышц, связок, фасций или нервов) конечности могут «застывать» в неправильной позе, тогда передвижение и манипуляции становятся невозможными. Тяжесть речевых, психических и двигательных нарушений может быть различной. 70–80% - имеют нарушения речи в форме стертой спастико-паретической дизартрии, задержки речевого развития, реже – моторной алалии. При раннем начале коррекционно-логопедической работы речевые расстройства наблюдаются реже, и степень их выраженности значительно меньшая. Нарушения психики обнаруживаются у большинства детей. Чаще всего они проявляются в виде задержки психического развития. Часть детей имеют умственную отсталость разной степени тяжести.

Многие дети не ориентируются в схеме своего тела, не понимают инструкции по ориентации в пространстве (не могут показать верх, низ), неправильно используют конструкции. Страдают графические навыки. Словесно-логическое мышление развито лучше, чем наглядно-действенное. Плохо дифференцируют цвета, геометрические фигуры, плохо распознают знаки, сходные по начертанию. Вялые, тормозимые. Спастическая диплегия – прогностически благоприятная форма ДЦП в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций. Лишь 20-25% детей способны самостоятельно передвигаться (без поддержки и подручных средств), около 40-50% передвигаются, используя костыли, канадские палочки или на коляске. Степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых людей при условии сохранного интеллекта и достаточном развитии манипулятивной функции рук. Ребенок, страдающий спастической диплегией, может научиться обслуживать себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков.

# Двойная гемиплегия



# Двойная гемиплегия

Самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий.

Характеризуется тетрапарезом (поражение обеих пар конечностей). Двигательные расстройства выражены в равной степени в руках и ногах или в руках в большей степени.

Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена, дети обездвижены, функция рук практически не развивается. У всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжелой спастико-ригидной дизартрии. У большинства детей (90%) отмечается выраженная умственная отсталость. Часто имеют место судорожный (45-60 %) и другие сопутствующие синдромы.

При этой форме церебрального паралича наблюдается ранняя смертность вследствие судорог (в пубертатный период). Прогноз двигательного, психического и речевого развития неблагоприятный. В большинстве случаев эти дети необучаемы, не способны к самообслуживанию и простой трудовой деятельности.

# Гемипаретическая форма



# Гемипаретическая форма

Характеризуется сторонностью поражения (очаг локализуется в височной области коры противоположного полушария). Рука обычно повреждается в большей степени, чем нога. В зависимости от локализации поражения при этой форме ДЦП могут наблюдаться различные нарушения. Правосторонний гемипарез встречается чаще, чем левосторонний. По-видимому левое полушарие при воздействии вредных факторов страдает в первую очередь как филогенетически более молодое, функции которого сложны и многообразны. Правосторонняя гемипаретическая форма: нарушены гностические функции, пространственные нарушения, зеркальное письмо, нарушения речи в форме дислексия, дисграфия, нарушение функций счета, снижение слуховых функций (повышенный порог восприятия, плохая слуховая память, нарушения фонематического восприятия, непонимание обращенной речи).

Левосторонняя: патология эмоционально-волевой сферы (эмоциональная тупость, инертность, низкая способность к саморегуляции, частая немотивированная резкая смена настроения, жестокость, агрессивность). Патология речи отмечается у 30-40% детей, чаще по типу спастико-паретической дизартрии или моторной алалии. Степень интеллектуальных нарушений варьибельна от легкой задержки психического развития до глубоко интеллектуального дефекта. Причем снижение интеллекта не всегда коррелирует с тяжестью двигательных нарушений. Прогноз двигательного развития в большинстве случаев благоприятный при условии своевременного начала и адекватности лечебно-коррекционного воздействия. Практически все дети ходят самостоятельно. Возможность самообслуживания зависит от степени поражения руки. Однако даже при выраженном ограничении функции руки, но сохранном интеллекте дети обучаются пользоваться ею. Обучаемость и уровень социальной адаптации зависит от степени нарушения интеллектуальной сферы.

# Гиперкинетическая форма



# Гиперкинетическая форма

Локализация поражения в подкорковых образованиях, мозжечковой области. Часто причиной является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость матери по резус-фактору), а также кровоизлияние в область хвостатого тела, возникающее в результате родовой травмы. Двигательные нарушения проявляются в виде непроизвольных насильственных движениях (тяжелые гиперкинезы), которые возникают непроизвольно, усиливаются при движении, волнении или утомлении, а также при попытках произвольных движений. В покое гиперкинезы уменьшаются и практически полностью исчезают во время сна. Первые проявления гиперкинезов появляются с 4-6 месяцев в мышцах языка, к 10-18 месяцам – в других частях тела, достигая полного развития к 2-3 годам

В период новорожденности отмечается ригидность мышц, которая сменяется гиперкинезами, а позднее (к 15-20 годам) остаются атактические явления. Такая смена двигательных нарушений объясняется процессом созревания миелиновых оболочек. Гиперкинезы могут охватывать мышцы лица, языка, головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. У части детей отмечаются судороги. Речевые нарушения наблюдаются почти у всех детей и носят характер гиперкинетически-атактической или спастико-гиперкинетической дизартрии, сочетающейся с билатеральным снижением слуха и заиканием (Калижнюк С.С.) Среди детей, имеющих эту форму ДЦП, встречается много слабослышащих (по данным различных авторов от 20 до 60%).

**Для понимания причин нарушения слуха при гемолитической болезни новорожденных важно учитывать структуру слуховой анализаторной системы (в частности, ее проводящих путей). Эта структура представлена 4 нейронами:**

**1 нейрон – нервные клетки улитки**

**2 нейрон – передние и задние ядра кохлеарного тела продолговатого мозга**

**3 нейрон – верхние оливы и система латеральной петли, соединяющаяся с 4 нейронами коленчатого тела, оканчивается слуховой путь в верхней височной извилине (поля 41,42,22 Бродмана)**

**В основе дефектов слуха (чаще тугоухости I-II степени с преимущественным снижением слуха в диапазоне высоких частот) в результате билирубиновой энцефалопатии могут лежать следующие патоморфологические изменения: дегенеративные изменения в ганглиозных клетках кохлеарных ядер продолговатого мозга,**

**вторичные изменения спиральных ганглиев улитки, а также поражение области 3 нейрона и коркового отдела слухового анализатора. В.Гудхилл выделил возможные варианты слуховых нарушений, наступающих в результате билирубиновой энцефалопатии:**

**простая, центральная, ядерная глухота (фиксированная, стабильная, билатеральная, симметричная невральная гипокузия умеренной степени без шума в ушах и без периферических вестибулярных нарушений.**

**Более выраженная степень поражения с вовлечением центральных вестибулярных ядер**

**Нарушение в таламической и субкортикальной областях, что дает невральную дизакузию и много характерного для афазии**

**Предположение об участии ретикулярной формации, активирующей слуховое внимание (акустическую установку) и определяющей колебания и неустойчивость результатов аудиометрии у детей (дети то слышат, то не слышат)**

# Атоническая астатическая форма



# Атонически-астатическая форма

При данной форме церебрального паралича имеет место поражение мозжечка, в некоторых случаях сочетающееся с поражением лобно-теменной области коры головного мозга. У большинства детей отмечаются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, атактической дизартрии, может иметь место алалия. Со стороны двигательной сферы наблюдаются: низкий мышечный тонус, нарушения равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушения ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несоразмерность, чрезмерность движений). Важную роль в структуре психического дефекта играет основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта. При поражении только мозжечка: дети робкие, боязливые малоинициативны, у многих проявляется страх падения и передвижения, тяжело переживают свой дефект, у них наблюдается вязкость мышления, нарушением внимания, задержано формирование навыков чтения и письма. Если поражение мозжечка сочетается с поражением лобных отделов мозга, у детей отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, некритичность к своему дефекту, расторможенность, агрессивность. В 55% случаев (по данным Семеновой К.А.) помимо тяжелых двигательных нарушений у детей с этой формой церебрального паралича имеет место тяжелая степень умственной отсталости.

КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА  
С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ  
ПАРАЛИЧОМ

- Развитие речи детей с  
церебральным параличом  
на первом доречевом  
уровне

# СТАДИИ РАЗВИТИЯ

- Пренатальная- до момента рождения,
- Младенчество- от рождения до 2 лет,
- Ранний детский возраст- от 2 до 5 лет,
- Средний детский возраст- от 5 до 9 лет,
- Позднее детство- от 9 лет до начала пубертата,
- Ранний взрослый период- пубертат, обычно от 12 до 15 лет,
- Средний взрослый период- от 15 до 18 лет,
- Окончательное взросление- от 19 лет до 21 года.

# Доречевой период

- Доречевой период здорового ребенка состоит из четырех этапов:
- I этап — безусловно-рефлекторный,
- II этап — начало гуления,
- III этап — интонированное гуление,
- IV этап — лепет.
- В доречевой период у ребенка развивается зрительное и слуховое восприятие, формируется гуление и лепет, развивается познавательная деятельность и моторика.

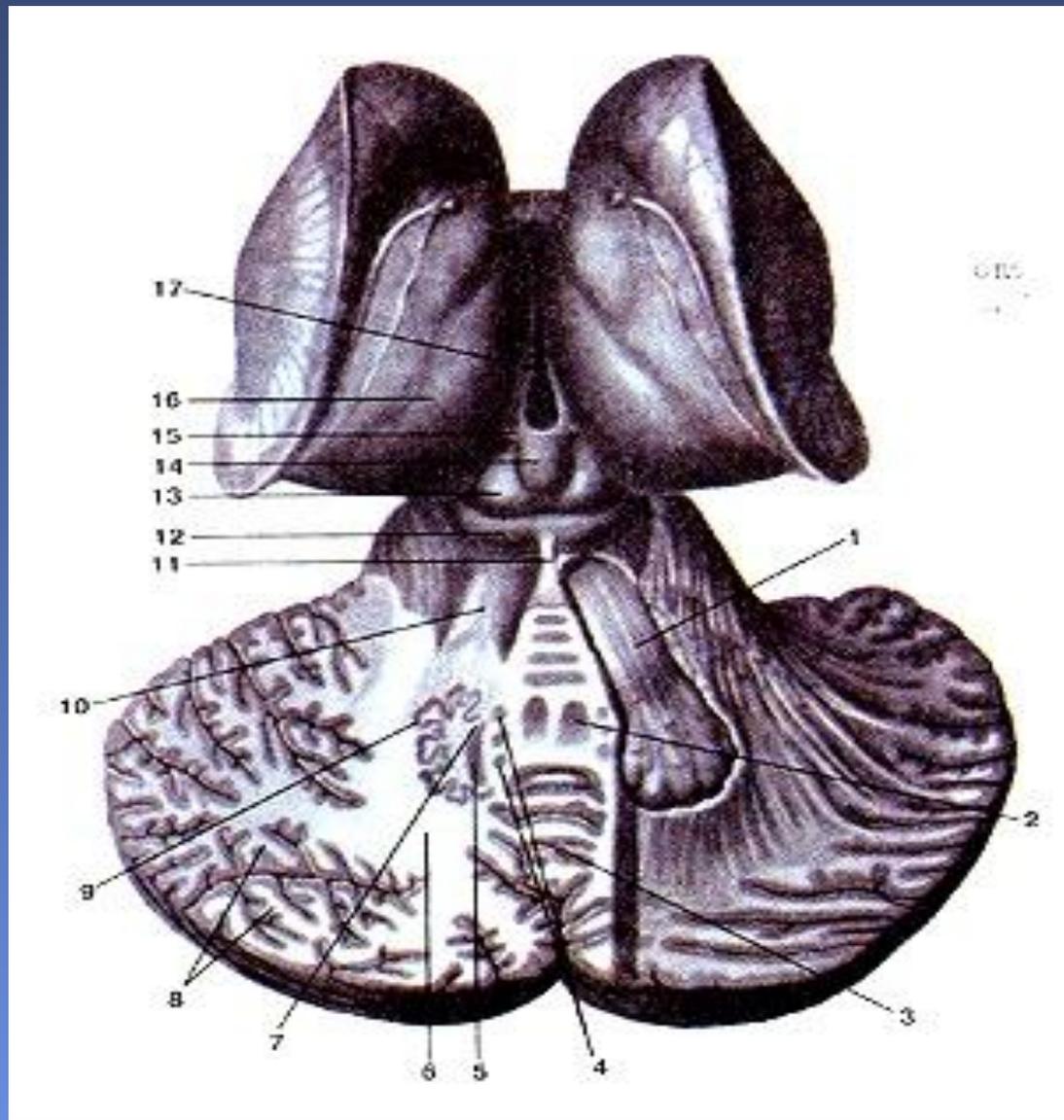
# **Онтогенез психомоторной и речевой деятельности**

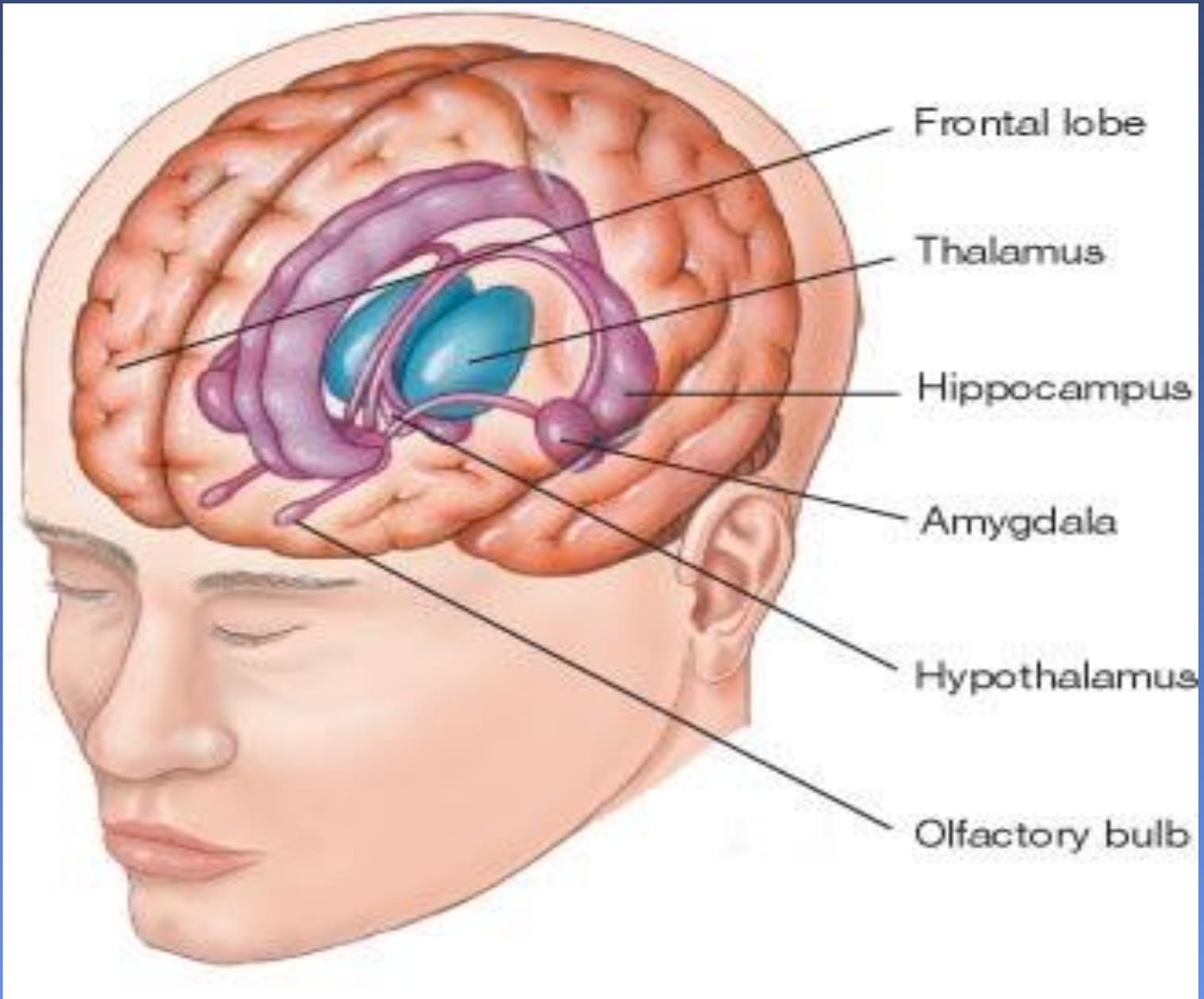
**Выделяют 3 периода до 1 года  
жизни:**

- 1)Таламопаллидарный**
- 2)Стриопаллидарный**
- 3)Развитие корковых функций**

# **Таламопалидарный период (от рождения до 4 мес.), характерны:**

- 1. Беспорядочные, некоординированные движения.**
- 2. Физиологический гипертонус в руках и в ногах.**
- 3. Оживлённость и постепенная редукция безусловных рефлексов.**
- 4. Фиксация взора, улыбка.**
- 5. Гуление (с 1,5-2 мес. жизни)**



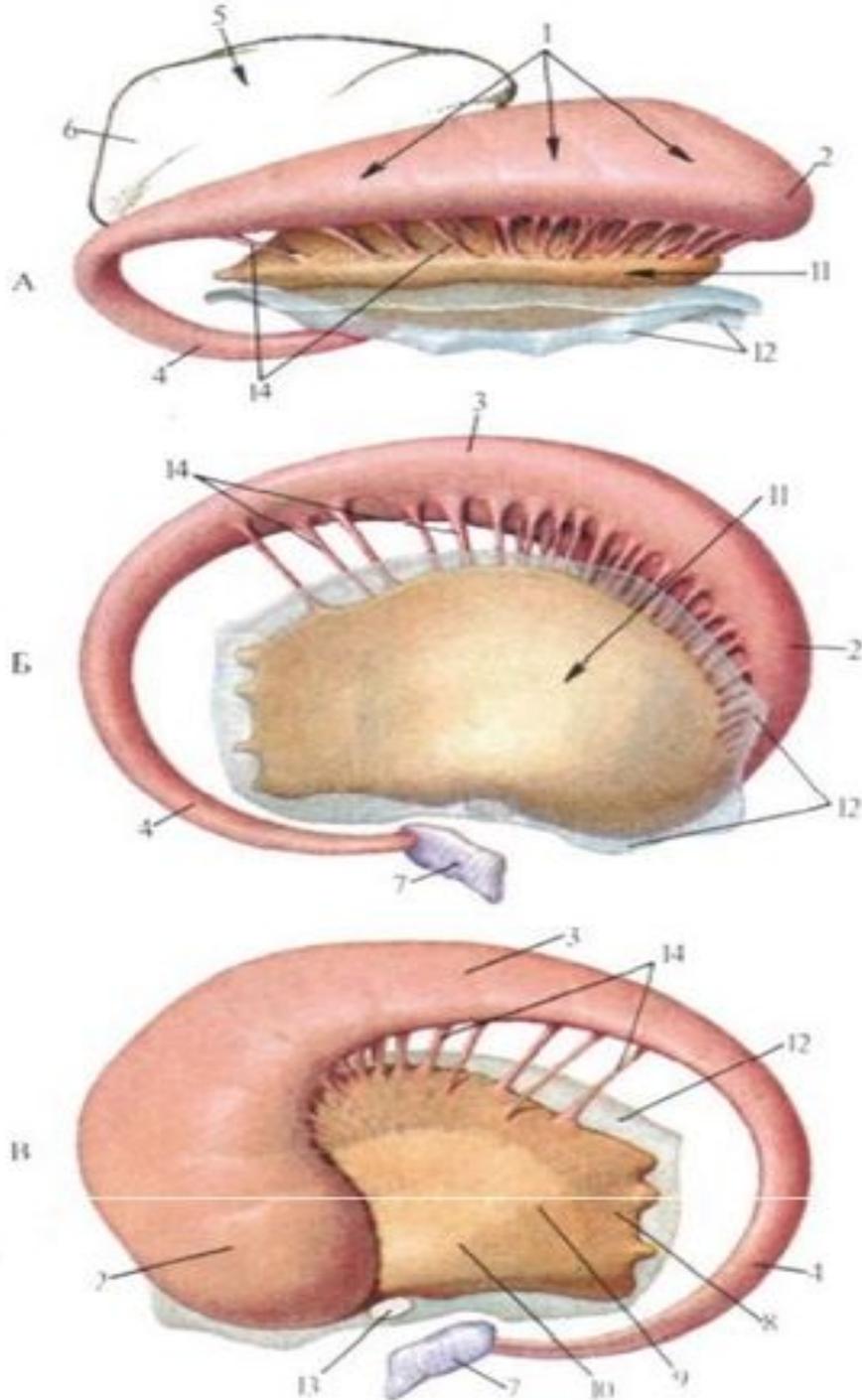


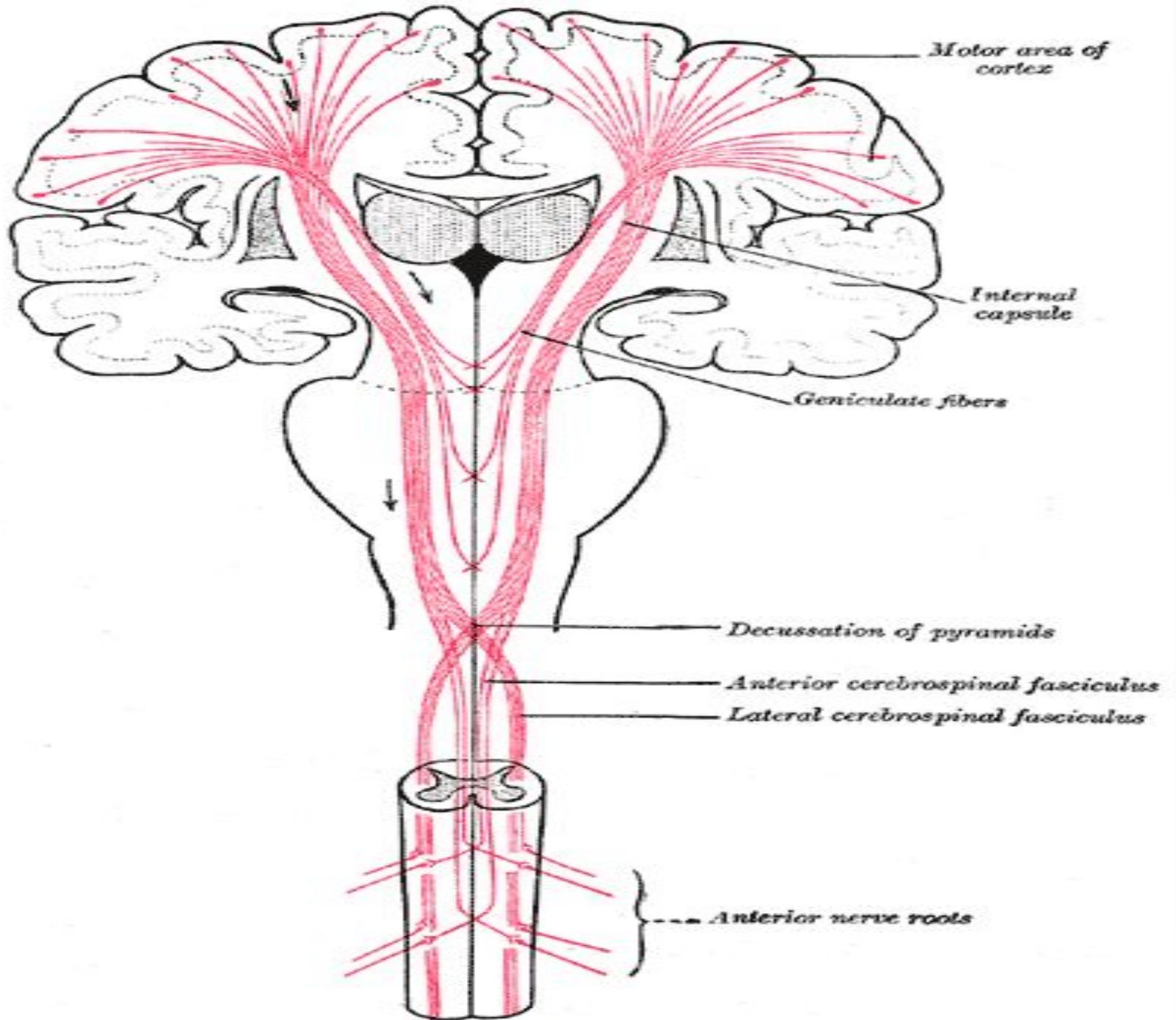
## **Стриопаллидарный или ПИРАМИДНО-СТРИАРНЫЙ ПЕРИОД (от 4 до 11 мес.)**

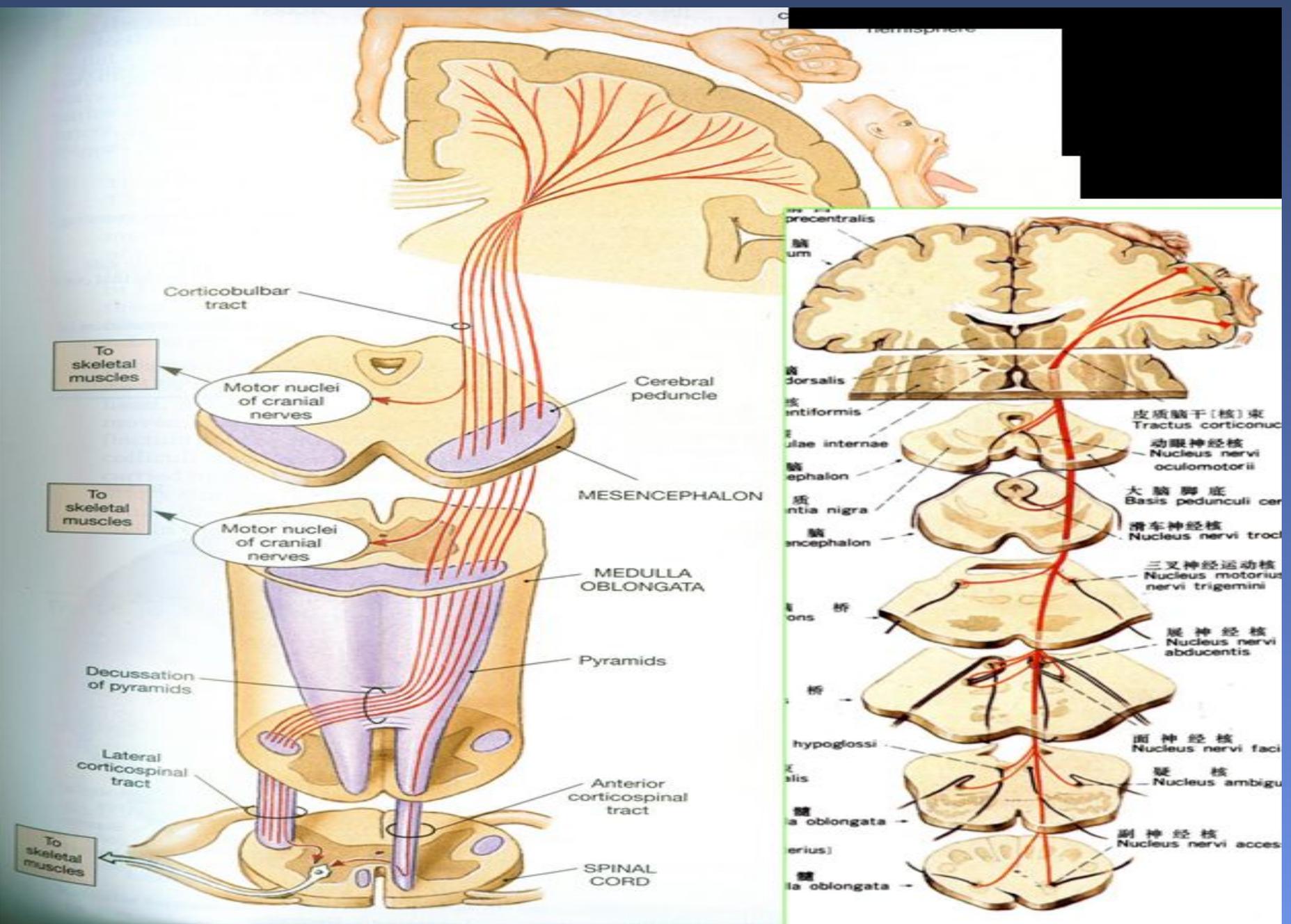
- 1. Нормализация мышечного тонуса.**
- 2. Развитие целенаправленных движений в руках.**
- 3. С 6 мес.—самостоятельно сидит  
С 7-8 мес.—ползание, с 9 мес.—встаёт, держась за опору.**
- 4. Начальное понимание обращённой речи.**
- 5. С 6 мес.—появление лепета.**

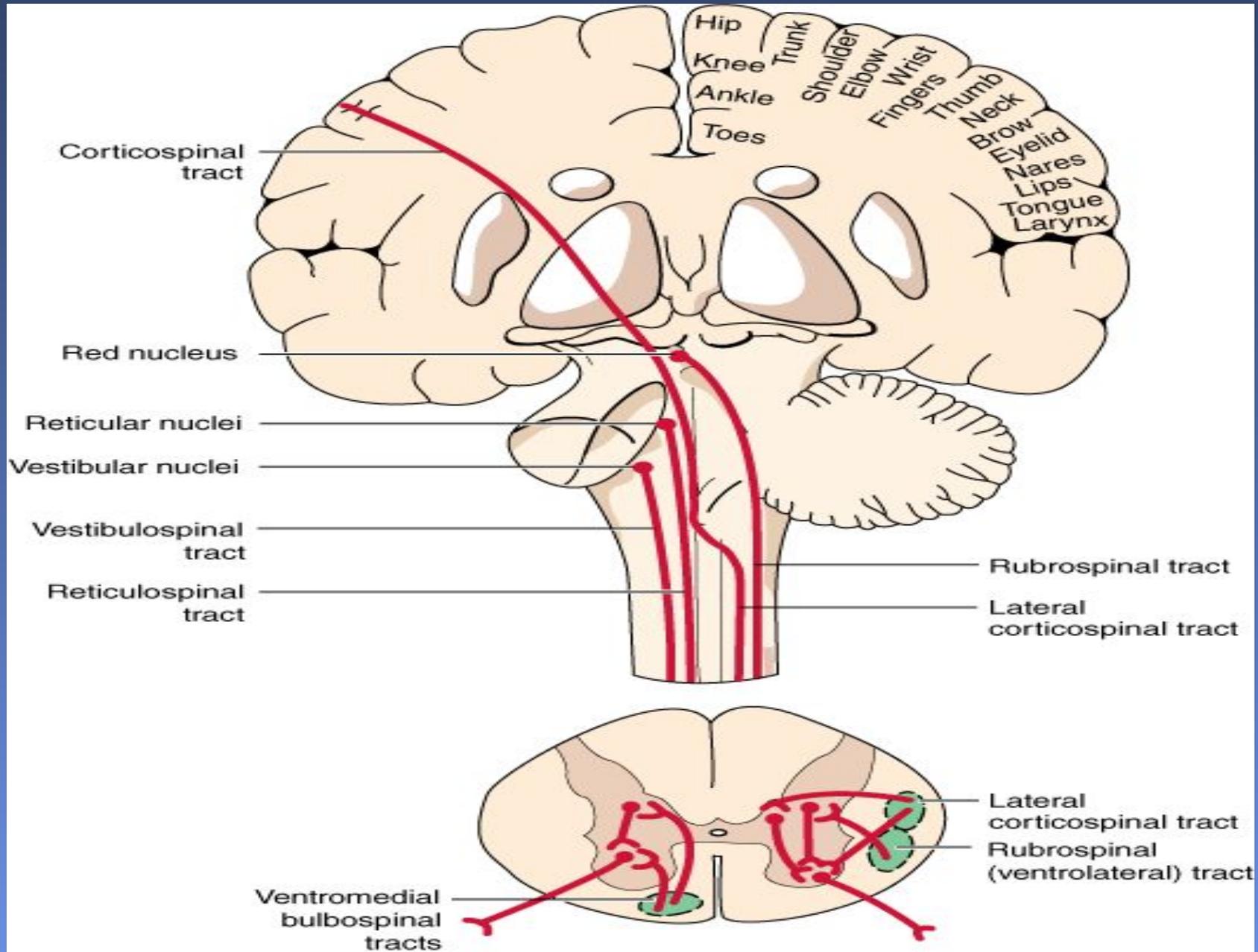
## Базальные ядра конечного мозга (полусхематично).

А — вид сверху. Б — вид снаружи. В — вид изнутри. 1 — nucleus caudatus; 2 — caput nuclei caudati; 3 — corpus nuclei caudati; 4 — cauda nuclei caudati; 5 — thalamus; 6 — pulvinar thalami; 7 — corpus amygdaloideum; 8 — putamen; 9 — globus pallidus lateralis; 10 — globus pallidus medialis; 11 — nucleus lentiformis; 12 — claustrum; 13 — commissura rostralis; 14 — перемычки серого вещества между хвостатым и чечевицеобразным ядрами.





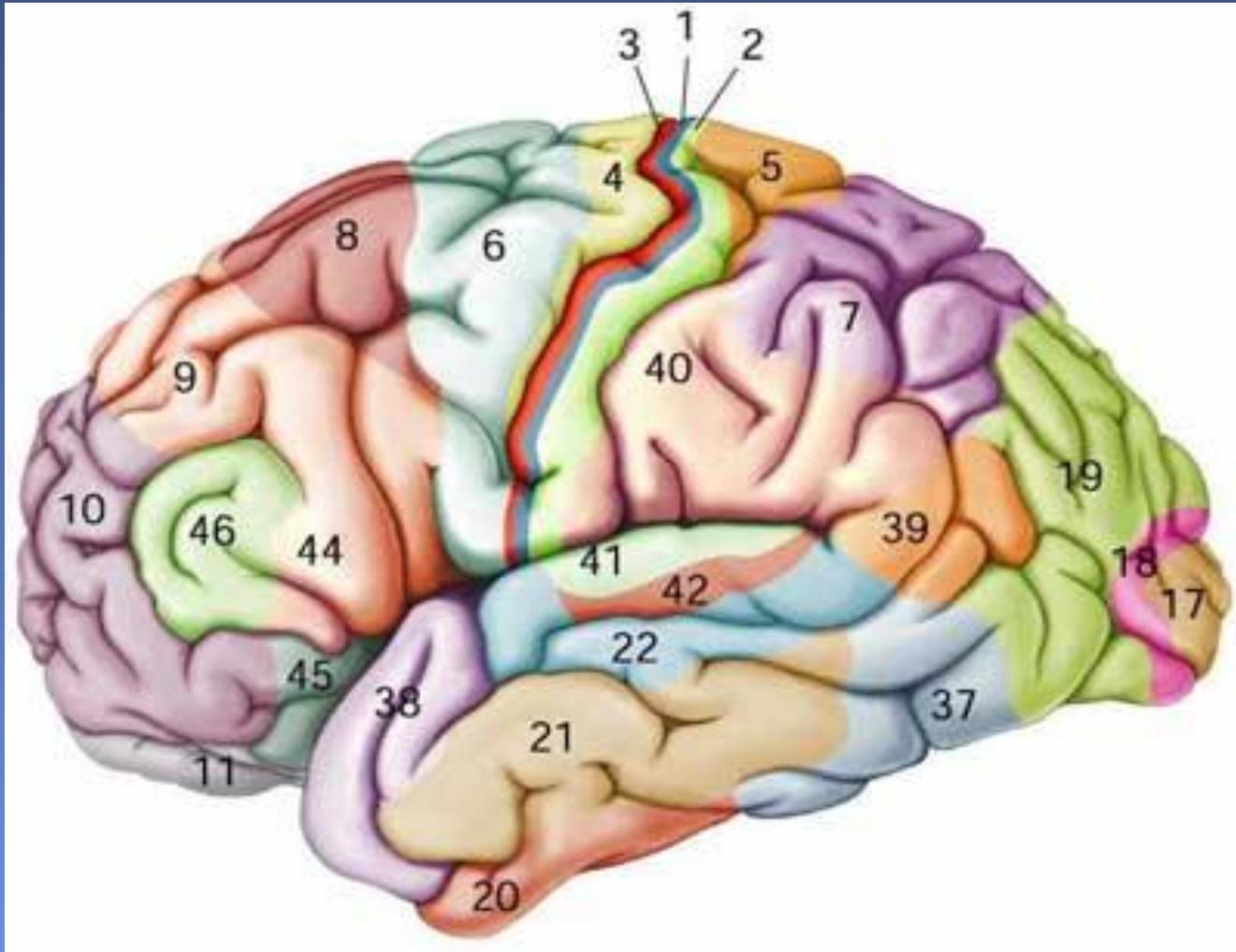




# Развитие корковых функций- к 1 году

1. Контроль зрения за движением рук.
2. Тонкие движения рук.
3. Начало самостоятельной ходьбы.
4. Развито бинокулярное зрение, различает запахи, интонации.
5. Значительный словарный запас в импрессивной речи.
6. Произношение первых слов.

# КАРТА БРОДМАНА



**• По мере развития мозга в постнатальном онтогенезе вышележащие отделы мозга начинают контролировать и подчинять себе деятельность нижележащих структур.**

- ***Анатомические и функциональные особенности ЦНС и периферического речевого аппарата, благодаря которым развиваются моторные и речевые функции, достигают зрелого уровня только в процессе общесоматического, полового и нервно-психического развития.***

- *Генетически заложенные, т.е. врождённые, программы развития моторных и речевых функций начинают реализовываться сразу после рождения. Голосовой поток, характерный для гуления, начинает распадаться на слоги.*

**Лепетная речь, являясь ритмически организованной, тесно связана с**

**появлением ритмических движений ребёнка, потребность в которых появляется к 5-6 мес. жизни.(1 этап развития лепета). Этот ритм-архаическая фаза языка, поэтому очень важно давать ребёнку свободу движений!**

**• Для дальнейшего развития речи необходима сохранность слуха ( в первую очередь) и зрения.**

**На этапе онтогенеза лепетного языка у ребёнка с сохранным слухом прослеживаются аутоэхолалии. При этом он слушает себя ! (второй этап в развитии лепета).**

- *В первом полугодии идёт диффузная отработка координации фонаторно-дыхательных и артикуляторных механизмов, лежащих в основе формирования устной речи. В этот период необходимо интенсивное общение со взрослыми!—  
Развивается понимание обращённой к ребёнку речи.*

- **После 8 мес. - часть лепетных звуков утрачивается, появляются новые звуки, сходные с фонемами речевого окружения. В этот период формируется собственно речевая онтогенетическая память. Постепенно, благодаря слуху-формируется фонетическая система родного языка.**

- **В процессе речевой практики на раннем этапе речевого развития слитные структуры расчленяются. Происходит переход от простой и обобщённой в звуковом плане артикуляции к более сложной дифференцированной.**

*• При переходе артикуляторной программы от элементарной (гуление, лепет) к высшей по уровню двигательных координаций - нет передачи артикуляторных укладов в готовом виде. На каждом этапе они формируются как бы заново.*

- *Слуховой анализатор в процессе овладения звукопроизношения является постоянным контролем.*
- *То есть начинается собственно речевой онтогенез!*

- **Период первых слов к 1 году жизни совпадает с новым этапом развития психомоторики – вертикализация, ходьба, манипулятивная деятельность рук, участие большого пальца в захвате кистью предметов, ориентировка в пространстве.**

- *К концу 2-го года жизни формируется фразовая речь—как основное средство общения со взрослыми. Ребёнок должен видеть лицо говорящего, слышать интонации! Недостаток общения сказывается не только на развитии речи ,но и на развитии психических функций!*

- *На 3 году жизни ребёнка развивается и усложняется координация движений. Развивается словотворчество, изобретаются новые слова. Формируется связность разных слов в предложении. Интенсивно развивается фонематическое восприятие и овладение звукопроизношением.*

- **Считается, что звуковая сторона языка при нормальном речевом развитии ребёнка полностью формируется к 4-5 годам жизни.**
- **К концу 4-го года жизни появляется шёпотная речь. Примерно к 6 годам формирование речи ребёнка в лексико-грамматическом плане считается законченным.**

- **В результате повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза возникает группа синдромов, характеризующаяся**

- 1.двигательными расстройствами**

- **2.речевыми и коммуникативными нарушениями**

- **3.психическими и интеллектуальными изменениями**

- **Причины раннего органического поражения ЦНС—во внутриутробном периоде, во время родов и периоде новорождённости--полиэтиологичны. (генетическая предрасположенность, патология плаценты, заболевания матери, асфиксия, внутриутробные инфекции, кровоизлияния и т.д.), т.е. осложнения беременности и родов.**

**Нарушение программы  
нейроонтогенеза  
вызывает следующие  
феномены:**

- **1.отклонения в развитии функциональных систем на каждом этапе последующего развития**
- **2.функциональный дефицит, обусловленный структурными изменениями мозга**

- **3.клинические проявления раннего органического поражения ЦНС-- не являются симптомами изолированного поражения мозга, а представляют собой результат патологического хода развития двигательных, перцептивных, интеллектуальных, речевых и коммуникативных процессов.**

*Одним из ярких и частых проявлений речевых нарушений является ДИЗАРТРИЯ—расстройство звукопроизношения и просодики, обусловленные недостаточностью иннервации речевого аппарата в связи с органическим поражением центральной или (и) периферической нервной систем.*

# Сроки созревания речевой функциональной системы

- **Необходимость ранней коррекционно-логопедической работы при детском церебральном параличе вытекает из особенностей детского мозга — его пластичности и универсальной способности к компенсированию нарушенных функций, а также в связи с тем, что наиболее оптимальными сроками созревания речевой функциональной системы являются первые три года жизни ребенка.**

# Доречевой период у ребенка с церебральным параличом

- Доречевой период затягивается на 2—3 года, а иногда и больше. В силу этого логопедическая работа с такими детьми должна строиться не с учетом возрастного фактора, а с учетом того, на каком доречевом этапе развития находится ребенок. Например, если у ребенка до 1,5—2 лет нет лепета, то логопедическая работа направлена на стимуляцию лепетной активности и лепетных слов. Каждый этап доречевого развития у детей с церебральным параличом характеризуется патологическими особенностями.

# **Система коррекционно-логопедической работы с детьми**

**предусматривает раннее начало онтогенетически последовательного логопедического воздействия, опирающегося на сохранные функции. В основе коррекционных мероприятий лежит принцип двигательного-кинестетической стимуляции.**

- **Комплексный характер коррекционно-логопедической работы предусматривает:**

- **а) постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике продолжающегося роста и развитии ребенка. Вследствие этого работа направлена на развитие всех функций доречевого периода;**
- **б) проведение коррекционно-логопедической работы в комплексе с медицинскими мероприятиями, включающими медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, лечебную физкультуру и массаж; рефлексотерапию, подводный массаж и другие;**
- **в) активное участие родителей в выполнении плана коррекционно-логопедической работы.**

- **Коррекционно-логопедическая работа на I этапе**

- **Дети, находящиеся на I доречевом этапе, характеризуются отсутствием ориентировочных реакций на зрительные и слуховые раздражители. Выраженная патология артикуляционного аппарата проявляется в слабости сосания, нарастания тонуса мышц языка, губ. Голосовая активность отсутствует. Функция рук не развивается.**

# Задачи коррекционно-логопедической работы

- Основные направления коррекционно-логопедической работы на I этапе: нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата; нормализация врожденных безусловных оральных рефлексов; вокализация выдоха; развитие «комплекса оживления» с включением голосового компонента; стимуляция голосовых реакций; развитие зрительной фиксации и прослеживания; выработка слухового сосредоточения; нормализация положения кисти и пальцев, необходимая для формирования зрительно-моторной координации.

- ***Начиная с первых дней жизни***, под влиянием патологических тонических рефлексов (характерный симптом детского церебрального паралича), у ребенка формируются патологические установки рук, ног, положения туловища и головы (кривошея), необходимо подбирать индивидуально для каждого ребенка положения тела, при которых патологические тонические рефлексy не проявлялись бы вообще, либо проявлялись минимально. Эти положения туловища, конечностей, головы, носящие название «рефлекс - запрещающие позиции» необходимо придавать ребенку до начала проведения логопедического занятия и сохранять во время занятия.

# I. Выбор позы для занятий.

«Рефлекс — запрещающие позиции»:

1. Поза эмбриона — в положении на спине следует приподнимать и опускать голову ребенка на грудь, руки и колени согнуть и привести к животу. В этой позе производятся плавные покачивания до 6—10 раз, чем и добиваются возможно большего мышечного расслабления.

2. В положении на спине под шею ребенка подкладывается

валик позволяющий несколько приподнять плечи и откинуть голову назад, ноги при этом согнуты в коленях.

3. В положении на спине с обеих сторон голову ребенка фиксируют валиками, позволяющими удерживать ее на средней линии.

4. В положении на боку ребенок помещается в «позу эмбриона».

5. В положении на животе под грудь ребенка подкладывается валик, а ягодицы фиксируются поясом с грузом.

- б) ***Расслабление языка.*** Расслабление языка и коррекция патологической его формы проводится после общего расслабления в позе «рефлекс - запрещающей позиции». Для расслабления языка и его корня используют: 1) массаж в области подчелюстной ямки в течение 15 сек. с вибрирующими движениями указательным пальцем под нижней челюстью; 2) вибрацию двумя указательными пальцами обеих рук под углами челюсти (также в течение 15 сек); 3) легкое похлопывание, поглаживание языка деревянным шпателем, который накладывается на кончик языка. Вибрацию языка осуществляют в течении 15 сек. Прием проводится по 3-5 раз ежедневно.

# Упражнение II. Пассивная гимнастика для губ

- *Цель:* выработка кинестетических ощущений; необходимых для развития подвижности губ.
- С этой целью проводится:
  - 1) собирание губ в «трубочку»;
  - 2) растягивание губ в улыбку, поставив указательные пальцы обеих рук в углы губ;
  - 3) поднимание верхней губы. Движения от углов губ по носогубным складкам кверху к крыльям носа, обнажая верхние десны;
  - 4) опускание нижней губы. Поставив пальцы в углы губ, опускают нижнюю губу, повторяют в течение дня.



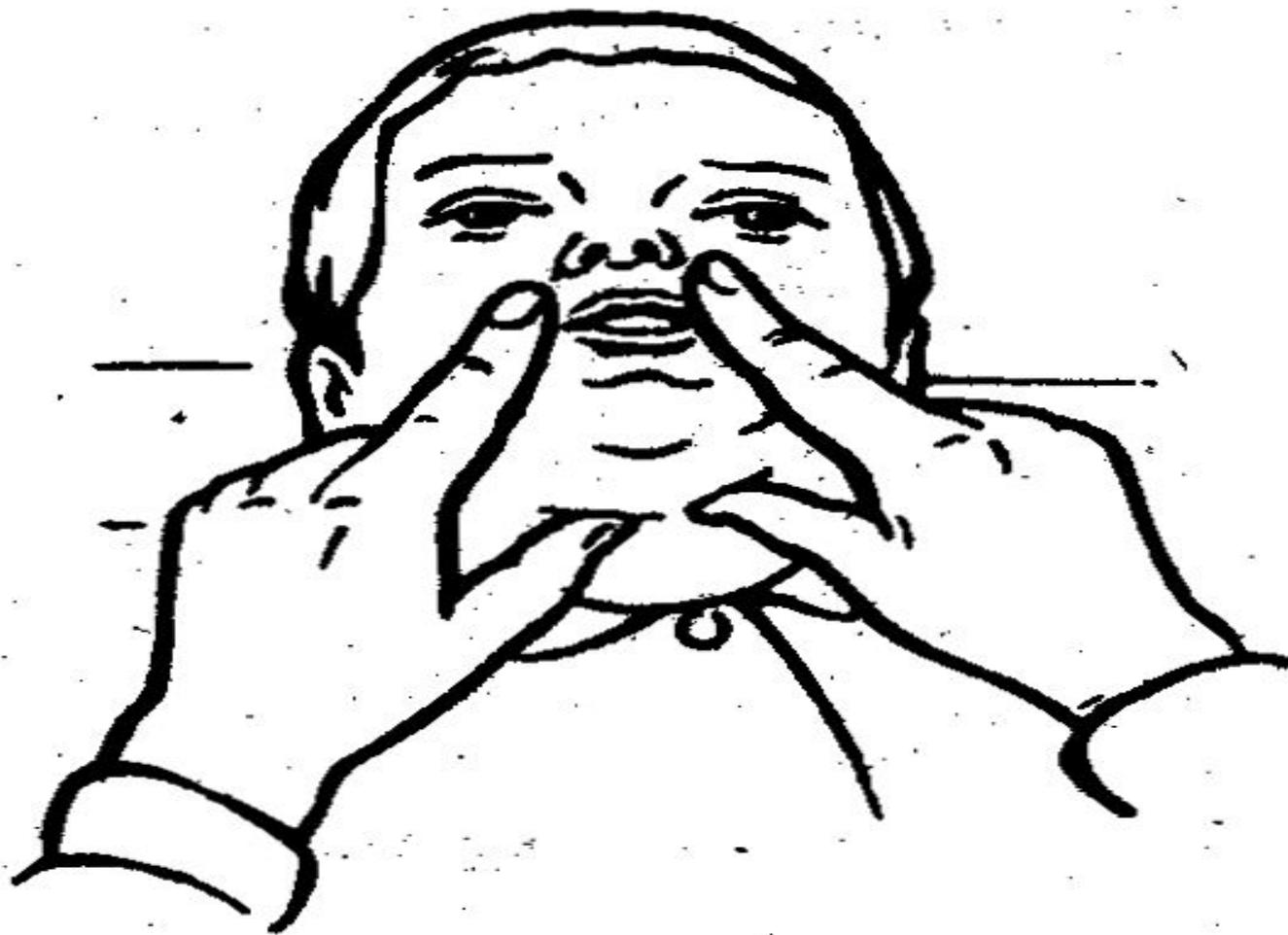
Рис. 54. Собираение верхней губы в «хоботок»



Рис. 55. Собираение нижней губы в «хоботок»



**Рис. 56. Подтягивание языка  
вперед**



**Рис. 46. Поглаживание носогубных складок**



**Рис. 52. Растягивание губ в улыбку**



**Рис. 53. Опускание нижней губы**

# Упражнение III.

## Нормализация врожденных оральных рефлексов

- **Цель:** вызывание врожденных безусловных оральных рефлексов, нормализующих функцию артикуляционного аппарата.
  - Жизненно важным для ребенка до трех месяцев является нормализация процесса кормления, который основывается на рефлексах орального автоматизма, являющихся врожденными безусловными рефлексами, от своевременного проявления и выраженности которых зависит активность акта сосания. При отсутствии или недостаточности выраженности рефлекса орального автоматизма используются приемы по стимуляции безусловно-рефлекторной активности. Особенностью этого приема воздействия является следующее: стимуляция оральных рефлексов производится непосредственно перед кормлением ребенка, каждый рефлекс вызывается не более 2—3 раз, так как активность рефлекса при дальнейшем стимулировании резко падает. Данное корригирующее воздействие производится только в случае снижения безусловно-рефлекторной активности.

# Приемы вызывания рефлексов:

- 1. Для вызывания поискового рефлекса прикасаются к щеке в области углов рта жгутиком из ваты, соской, пальцем и, не получив ответной реакции в виде поворота головы и движения губ в сторону раздражителя, пассивно мягко поворачивают голову и смещают губы в соответствующем раздражителю направлении, т. е. подготавливают к сосанию.
- 2. Для вызывания хоботкового рефлекса раздражают пальцем середину верхней губы и помогают вытянуть губы вперед, собирая их двумя пальцами (указательным и большим) в «хоботок», что также является подготовкой к сосанию.
- 3. Раздражая ладонь ребенка в области большого пальца путем надавливания своей рукой, вызывают ладонно-рото-головной рефлекс Бабкина, характеризующийся сгибанием головы и открыванием рта вслед за раздражением. При недостаточной выраженности этого рефлекса орального автоматизма одновременно с раздражением ладони пассивно сгибают голову и открывают рот ребенку, помещая указательный палец под нижнюю губу.

- 4. При нарушении глотательного рефлекса вызывают вышеназванные рефлексы и одновременно стимулируют корень языка и заднюю стенку глотки путем раздражения их каплями теплого молока или сладкой воды. Учитывается то, что в период новорожденности глотание предшествует сосательному рефлексу, а изменения в схеме сосания и глотания начинается с трех месяцев.
- 5. Сосательный рефлекс стимулируют непосредственно в момент кормления и после всех вышеописанных рефлексов. Собирая губы ребенка вокруг соска матери или соски с бутылочкой, ритмично сжимают губы ребенка и одновременно выдавливают небольшую порцию молока. При возможности сосания, но слабости губной мускулатуры, при которой появляется подтекание молока из углов губ, в момент сосания губы ребенка придерживают, тем самым облегчается процесс сосания, и сохраняются усилия ребенка во время кормления.

# «Уклады» губ при сосании

- С учетом того, что во время сосания у ребенка должны максимально напрягаться круговая мышца рта, группа язычных мышц,двигающих его вперед-назад, в сопровождении с определенными дыхательными движениями для тренировки мышц, участвующих в этих движениях, проводят пассивные,
  - затем пассивно-активные «уклады» губ при сосании. Учитывается то, что во время реализации ладонно-рото-головного, хоботкового и других врожденных безусловных рефлексов также могут возникать пассивные, а затем и пассивно-активные движения оральной мускулатуры (круговой мышцы рта, щечной, носовой, скуловой, мышцы смеха и других) тренировку проводят и во время вызывания этих рефлексов.

- **Для регуляции процесса кормления**
- **важным фактором является строгая последовательность при подготовке к кормлению ребенка: постоянство позы и места кормления, которые укрепляют пищевые безусловные рефлексy (поиск груди, открывание рта, сосательные движения).**
- **Стимуляция указанных рефлексов способствует не только нормализации процесса сосания, но и подготавливает возможность развития первых голосовых реакций, а затем и произвольных сложных, дифференцированных движений, необходимых для произнесения речевых звуков.**

- **У детей старше пяти месяцев** с отчетливо выступающими врожденными рефлексамии, уже препятствующими активной артикуляции, все указанные мероприятия не применяют, а наоборот, с помощью поз «рефлекс-запрещающие позиции», расслабляющего массажа, стремятся свести к минимуму. Эта работа нередко оказывается чрезвычайно сложной, и требуются значительные усилия логопеда и матери, которой поручается проводить эту работу самостоятельно.

# Упражнение IV.

## Дыхательные упражнения

- **Цель:** увеличение объема вдыхаемого и выдыхаемого воздуха с последующей вокализацией выдоха.
  - После легкого поглаживания тела ребенка и конечностей, логопед берет кисти ребенка и, слегка потряхивая ими, разводит руки в стороны и вверх, слегка приподнимая при этом грудную клетку — вдох, затем, прижимая руки к туловищу, легко надавливая на грудную клетку—выдох.
- Упражнение IV проводится в течение 1 — 1,5 мин.  
по 2—3 раза ежедневно.



Рис. 31. Дыхательное упражнение: поднять руки вверх

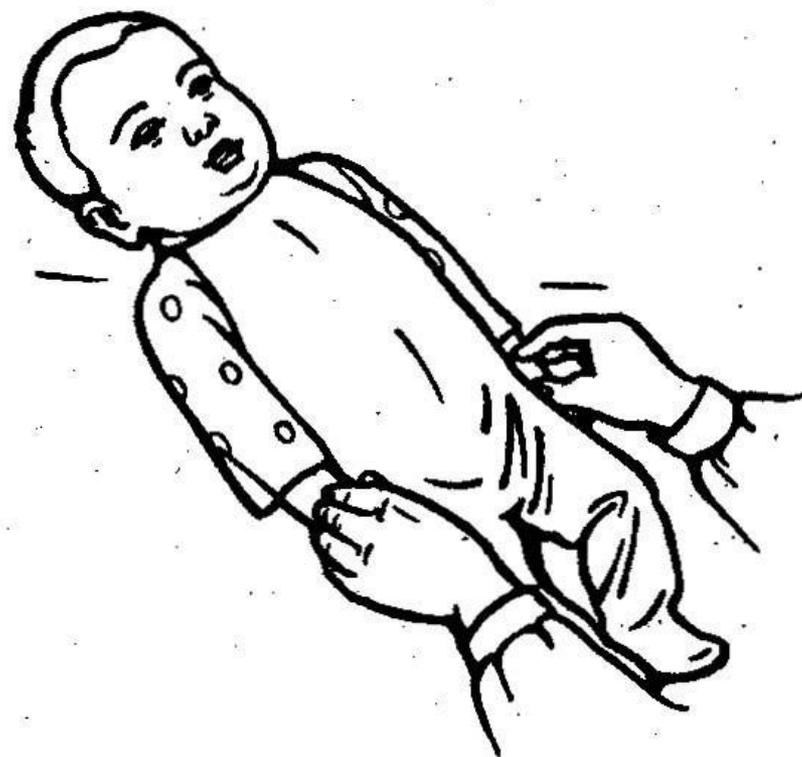


Рис. 32. Возвращение рук в исходное положение



Рис. 33. Дыхательное упражнение: отвести руку в сторону одновременно с поворотом головы



Рис. 34. Возвращение руки и головы в исходное положение

# Упражнение V.

## Стимуляция эмоционального общения

- **Цель:** развитие «комплекса оживления» с включением голосового компонента.
- Важным разделом коррекционно-логопедической работы на I этапе является эмоциональное общение. Для развития эмоциональных реакций ребенка с ним ласково разговаривают, используя все моменты общения. Первая улыбка - проявление радостного состояния - впервые возникает в ответ на разговор, когда ребенок реагирует на комплексное воздействие голоса, мимики, ласкового поглаживания разговаривающего с ним взрослого. Для вызывания улыбки у ребенка мать или логопед наклоняются к лицу ребенка, стараются «поймать» его взгляд, придают ГОЛОСУ певучий оттенок.
- Для выработки потребности в общении со взрослыми, первых эмоционально-коммуникативных реакций уже с конца ПЕРВОГО месяца жизни проводятся специальные занятия. Взрослый наклоняется над ребенком, привлекает его внимание ласковым голосом, улыбкой, пением, певучим произнесением звуков «а», «у», показом ярких игрушек и другими средствами.

# Упражнение VI.

## Стимуляция голосовых реакций

- **Цель:** вокализировать выдох.
- Стимулируя положительно-эмоциональный тонус ребенка, при контакте со взрослым одновременно с ласково обращенной речью проводится вибрация грудной клетки ребенка, его гортани, с тем, чтобы вызвать у него голосовые реакции. Для этого ребенок предварительно располагается в положении на спине, под шею подкладывается валик, чтобы несколько откинуть назад голову, ноги сгибаются в коленях, руки также сгибаются в локтях и приводятся к груди. В дальнейшем голосовые реакции у детей начинают появляться в моменты положительных эмоций при контакте со взрослым без дополнительной стимуляции, как составная часть начавшего развиваться «комплекса оживления»

- **Голосовые реакции ребенка**, находящегося на I доречевом этапе, удастся вызвать также и в моменты проведения легкой дыхательной гимнастики, увеличивающей объем вдыхаемого и выдыхаемого воздуха, в сочетании с вибрацией грудной клетки и гортани ребенка. Возможность вокализировать выдох закрепляется многократным повторением этого упражнения в течение дня в периоды бодрствования; как логопедом, матерью, так и всем персоналом.
- Одновременно с этими упражнениями логопед, меняя интонации собственного голоса при вызывании голосовой активности у ребенка, начинает воспитывать у него восприятие различных интонаций голоса. Меняя громкость своего голоса, высоту, тембр звучания, учат ребенка прислушиваться к голосу, сосредотачивать внимание на голосе и лице взрослого. Продолжительность упражнения VI -1-1,5 мин по 3-5 раз в течение дня.

# Стимуляция сенсорных функций

- Развития зрительного сосредоточения и прослеживания оптического объекта у ребенка с церебральным параличом предъявляются адекватные для каждого ребенка оптические объекты с учетом его зрительных возможностей.

# Упражнение VII. Развитие зрительного восприятия

- **Цель:** развитие зрительной фиксации и прослеживания.
  - Занятия по развитию и укреплению моторики глаз, а также согласованных и координированных движений глаз и головы при наличии у ребенка тенденции к мышечному напряжению и проявлению патологических тонических рефлексов, начинают с расслабления ребенка с помощью приведения ребенка в одну из поз «рефлекс-запрещающие позиции», например, «позу эмбриона». Затем ребенка следует расположить так перед взрослым, чтобы лицо взрослого было освещено и вызывало бы у ребенка длительное зрительное внимание. В данном случае лицо взрослого играет роль стимулятора, возбуждающего зрительное внимание ребенка как наиболее адекватно воспринимаемый в первые месяцы жизни объект. Затем лицо взрослого медленно перемещается перед глазами ребенка, ведя за собой его взор. Необходимо, чтобы ребенок не потерял оптический объект из поля зрения. Для этого подбирают индивидуально расстояние от глаз ребенка до объекта, амплитуду и скорость движения объекта по мере развития зрительного внимания постепенно увеличивают.

- В дальнейшем начинается тренировка согласованных движений головы и глаз, возникающих при условии плавного прослеживания глазами объекта. Наклонившись к ребенку, логопед приподнимает его голову и по мере продвижения предъявленного оптического объекта (лица взрослого) пассивно поворачивает голову ребенка в направлении движения объекта. В качестве предъявляемого материала используют игрушку с мягким очертанием силуэта, но с интенсивной цветной окраской (красный, оранжевый), размером 7х10см. Целью подобных занятий является не только развитие моторики глаз и согласованности движений глаз и головы, но и дифференцирование движений глаз и головы от общих движений.
- При формировании зрительной фиксации учитывают, что в норме зрительное сосредоточение лучше всего вызывается при предъявлении движущегося в медленном темпе предмета на расстоянии 0,5—1 метра от глаз, но наилучшая фиксация возникает на лице взрослого, а затем уже на игрушке. Упражнение VII проводят ежедневно по 3—4 раза длительностью по 2 мин.
  - К этому времени укрепляются зрительно-слуховые связи и поэтому при истощении интереса ребенка к игрушке подключают

**звуковой компонент.**

# Упражнение VIII.

## Развитие слухового восприятия

- **Цель:** выработка слухового сосредоточения.
  - Для формирования слухового восприятия ребенка используют период, когда ребенок находится в эмоционально отрицательном состоянии - в период несильного плача общих беспорядочных движений. Используя эти моменты, логопед наклоняется к ребенку, ласково разговаривает с ним, потряхивает погремушкой, добивается успокоения ребенка и привлечения его внимания. Звуковые раздражители, предлагаемые ребенку, варьируют, привлекая его внимание к нерезким звукам, таким как звучание погремушки, легкое постукивание одной игрушки о другую. Вслед за этим дают более громкое звучание, например, звук пищащей игрушки резкий звук пластмассового шара. Упражнение VIII проводят 3 раза ежедневно по 1,5—2 мин.

# Упражнение IX. Начальные этапы формирования зрительно-моторной координации

- **Цель:** нормализация положения кисти и пальцев рук.
- Для доречевого и речевого, а также психического развития ребенка, имеет значение правильное положение по средней линии его головы, нормализация тонуса мышц шеи, нормализация положения кистей рук и отведение большого пальца.
- Работа по нормализации положений кистей рук и отведению большого пальца начинается с первых недель жизни ребенка. Используя легкое прикосновение и поглаживание ворсовой щеткой с наружной поверхности кисти сжатой в кулак в направлении от кончиков пальцев к лучезапястному суставу, вызывают раскрытие кисти и веерообразное разведение пальцев. Пассивно отводят большие пальцы от ладони и удерживают их в таком положении некоторое время (15—20 мин). Правильное положение кисти и пальцев фиксируют с помощью лангет после занятий лечебной физкультурой. Упражнение IX проводят ежедневно по 3 раза.

- **Регулярные занятия, направленные на нормализацию афферентации с дистантных концов анализаторов, постепенно развивают их корковые отделы. Возможность установления контакта с ребенком дает начало развитию ориентировочно-познавательной деятельности, голосовой активности. Все это способствует развитию ребенка и переходу его на более высокий этап доречевого развития.**

КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА  
С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ  
ПАРАЛИЧОМ

- Развитие речи детей с  
церебральным параличом  
на втором доречевом  
уровне

# Коррекционно-логопедическая работа на II этапе

- У детей, находящихся на II доречевом этапе имеются начальные элементы голосовой активности в виде недифференцированных звуков. Патология артикуляционного аппарата проявляется дифференцированно: в виде спастичности, гиперкинезов языка. Выражены нарушения зрительного и слухового восприятия. Отмечается слабость ориентировочных реакций, недостаточность зрительно-моторной координации.
- *Основной задачей коррекционно-логопедической работы с детьми, находящимися на II доречевом этапе, является стимуляция гуления*

# **Основными направлениями логопедической работы на II-III этапе является:**

- нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата;
- подавление рефлексов орального автоматизма; увеличение объема и силы выдоха с последующей вокализацией;
- стимуляция гуления;
- развитие устойчивости фиксации, плавности прослеживания;
- стимуляция возможности локализации звуков в пространстве и восприятие различно интонируемого голоса взрослого;
- развитие хватательной функции рук.

- **Ребенок во время занятия находится в адекватной для него «рефлексе - запрещающей позиции».**  
**В течение дня с ребенком продолжает заниматься мать или медперсонал по плану, составленному логопедом.**

# Упражнение I. Логопедический массаж

- Цель: нормализация тонуса мышц артикуляционного аппарата.
- Дифференцированный массаж, проводимый в этот период
- направлен в одних случаях на расслабление артикуляционной мускулатуры, в других — на укрепление мышц или подавление гиперкинезов языка.
- **1. Расслабление**
- При мышечном гипертонусе в оральной мускулатуре в первую очередь добиваются максимального общего расслабления путем помещения ребенка в «рефлекс - запрещающие позиции» или путем потряхивания. Добившись общего мышечного расслабления, приступают к массажу оральной области. Легким постукиванием, поглаживанием мышц лба, шеи, щек и губ, языка вызывают их расслабление. Движение производят двумя руками, придерживаясь направления от «периферии» к «центру».



- **Расслабление лицевой мускулатуры.** Для этого проводится поглаживание в тех же направлениях, как с детьми на I этапе, добавляется поглаживание шеи от ушей к подбородку. Каждое движение повторяется 5—8 раз по несколько раз в день.
  - **Расслабление губ.** Для этого проводится:
    - 1) поглаживание носогубных складок от крыльев носа к углам губ;
    - 2) поглаживание верхней и нижней губ к центру;
    - 3) постукивание губ;
    - 4) точечный массаж губ. Каждое движение повторяют 5—8 раз по несколько раз в день.
  - **Расслабление мышц шеи.** После легких расслабляющих движений по лицевой, губной мускулатуре проводят пассивные движения головы. Правая рука логопеда подводится под голову ребенка и медленными, плавными движениями его голову поворачивают в одну и в другую сторону, покачивают (3—5 раз). Расслабление шейной мускулатуры вызывает некоторое расслабление корня языка.
- Расслабление языка.** Выполняют, как с детьми на I этапе. Спецификой этого упражнения для детей II группы является то, что похлопывание, поглаживание и вибрация кончика языка, его спинки и корня проводят в течение 1—2 минут.

## 2. Укрепление мускулатуры

- При выраженной вялости оральной мускулатуры проводят специальные приемы массажа, направленные на укрепление мышц этой зоны. Укрепление лицевой и язычковой мускулатуры проводят путем поглаживания, растирания, глубокого разминания, вибрации. Массаж начинается с легкого поглаживания по направлению от средней линии к ушам, к «периферии».
  - **Укрепление лицевой мускулатуры.** Легким движением: поглаживают лоб от середины к вискам; 2) поглаживают щеки от носа к ушам; 3) от подбородка к ушам; 4) разминают скуловую и щечную мышцы. Поместив указательные пальцы обеих рук в нижней части виска, производят спиралевидные движения по скуловой и щечной мышцам к подбородку.
  - После 4-5 легких движений усиливается интенсивность движений, которые повторяются по тем же направлениям.
  - Движения становятся надавливающими, но не болезненными и не вызывающими отрицательных реакции ребенка. Движения повторяются 8—10 раз, несколько раз (2—3) в день.
- Укрепление губной мускулатуры.** Производят поглаживание, растирание, разминание, вибрацию губ: 1) от середины верхней губы к углам; 2) от середины нижней губы к углам; 3) поглаживание носогубных складок от углов к крыльям носа; 4) пощипывание губ. Движения повторяют 8—10 раз, ежедневно по 2—3 раза.

# Укрепление язычной мускулатуры

- При вялости языка проводят массаж с помощью деревянного шпателя:
- 1) массируют продольные мышцы языка, при этом шпателем поглаживают язык от средней его части спинки к кончику языка;
- 2) с помощью ритмичного надавливания на язык укрепляются вертикальные мышцы;
- 3) при поглаживании языка со стороны в сторону воздействуют на поперечные мышцы. Движения (1, 2, 3) повторяются 4-5 раз;
- 4) легкие вибрирующие движения, передаваемые языку через шпатель в течение 5—10 сек, способствуют активизации мышц языка.

# Подавление гиперкинезов

- *В клинике детского церебрального паралича отмечается раннее появление гиперкинезов в мимической мускулатуре и особенно в языке.*
- Прежде чем приступить к приемам, направленным на подавление гиперкинезов, необходимо поместить ребенка в одну из поз «рефлекс-запрещающие позиции» по Бобату. Перед массажем проводят упражнения, используя перекрестные движения по методу К. А. Семеновой. При этом упражнении, потряхивая руку и контрлатеральную ногу ребенка, сближают их в области колена и локтя (правый локоть с левым коленом и наоборот). Несколько движений (2—3 раза) попеременно справа и слева способствуют ослаблению гиперкинезов.

# Точечный массаж при гиперкинезах языка (проводит врач):

- а) перекрестный точечный массаж в области губ. Указательный палец левой руки помещают в середине левой носогубной складки, а указательный палец правой руки под углом губ справа. Производят одновременно вращательные движения указательными пальцами в указанных точках. Затем указательные пальцы перемещаются. Указательный палец правой руки помещают на правую носогубную складку, а указательный палец левой руки опускают под угол губ слева, и производят вновь те же движения;
- б) указательный палец левой руки располагают в области середины носогубной складки слева, а указательный палец правой руки помещают под угол нижней челюсти справа. Производят вращательное движение в этих точках. Затем движения проводят на противоположной стороне;
- в) указательный палец левой руки располагают в той же точке, что и при упражнении а) и б) или же в точке под углом губ слева, а указательный палец правой руки фиксируют в точке под сосцевидным отростком за ухом. Установив пальцы в данных точках, производят глубокий точечный массаж, затем это же упражнение проводят на противоположную сторону;
- г) при резко выраженных гиперкинезах используют следующие точки. Если палец левой руки фиксируют в зоне носогубной складки или под углом губ слева, то палец правой руки занимает точку под внутренним углом правой лопатки, осуществляют вращательное движение в данных точках. Затем это упражнение повторяют на противоположной стороне;
- д) при стойких гиперкинезах используют точки, находящиеся под коленкой или верхнего края надколенника и точку в области одной из носогубных складок, и тоже совершают точечный перекрестный массаж. Эти упражнения не должны вызывать у ребенка чувства болезненности, неудобства, дискомфорта.

# Упражнение II.

## Артикуляционная гимнастика

- **Цель:** выработка кинестетических ощущений, развитие подвижности губ и языка. С этой целью проводятся пассивная и **1. Пассивная гимнастика**
- Пассивные движения выполняются логопедом Утрированно с большой траекторией движения, в медленном темпе, ритмично. При выполнении пассивного движения логопед отмечает как изменения тонуса в артикуляционной области, при нарастании которого движения прекращаются, так и состояние ребенка, его эмоциональный тонус и отношение к этому виду воздействия. Основные пассивные движения:
- а) упражнения для губ. Кроме приемов, используемых на I этапе, проводятся следующие: 1) поместив указательные пальцы обеих рук в углы губ, собирают верхнюю губу, производя движения к средней линии; тем же приемом собирают нижнюю губу; 2) опускание верхней губы с нажатием на точки прикрепления верхней квадратной мышцы; 3) смыкание губ для выработки кинестетического ощущения закрытого рта; 4) пассивное открывание рта. Поместив раздвигающие движения. Каждое движение повторяют 4—6 раз по несколько раз в день

# Активная гимнастика

- Активные движения языка вызываются с использованием пищевого подкрепления;
- 1) при раздражении середины губы сиропом шиповника стимулируется выдвигание языка вперед, слизывание;
- 2) при раздражении углов губ стимулируются боковые движения языка.
- Эти приемы проводят по 2—3 раза ежедневно перед кормлением.

# Упражнение III.

## Подавление рефлексов орального автоматизма

- *На 2 этапе следует активно подавлять поисковый, хоботковый, ладонно-рото-головной рефлекс. Со временем они закрепляются и в более старшем возрасте проявляются оральными синкинезиями*
- Для подавления ярко выраженных рефлексов орального автоматизма у детей (губного, поискового, хоботкового, ладонно-рото-головного) проводят следующие приемы: 1) при раздражении середины верхней губы путем поколачивания пальцами, что вызывает хоботковый рефлекс, препятствуют выдвигению губ вперед, растягивая их в стороны по типу улыбки. Таким путем хоботковый рефлекс не реализуется и постепенно угасает;
- 2) при раздражении щеки в области угла губ препятствуют движению губ в сторону раздражения, тем самым задерживая осуществление поискового рефлекса;
- 3) при надавливании на ладонь ребёнка в области большого пальца препятствуют открыванию рта и сгибанию головы ребенка, что затормаживает осуществление ладонно-рото-головного рефлекса Бабкина.

## Упражнение IV. Дыхательные упражнения

- **Цель:** увеличение объема и силы выхода с последующей его вокализацией.
- В этот период проводят пассивную дыхательную гимнастику, направленную на тренировку глубины и ритмичности дыхания. Для ребенка с церебральным параличом в возрасте старше 5 месяцев проводят дыхательные движения:
- 1) пометив ребенка в положение «рефлекс-запрещающие позиции», с легким потряхиванием разводят руки в стороны и поднимают их вверх, при этом происходит вдох, а при опускании рук и прижимании их к грудной клетке осуществляется выдох;
- 2) используют асимметричный шейно-тонический рефлекс. Одновременно с поворотом головы ребенка в одну из сторон, отводят в соответствующую сторону и его руку (вдох). Слегка потряхивая руку и голову, возвращают их в исходное положение (выдох). Эти движения способствуют выработке ритмичности движения и дыхания;

- 3) ребенок располагается на спине в «рефлекс-запрещающие позиции», осторожно потряхивая ноги ребенка, вытягивают, разгибают их, при этом происходит вдох, а сгибание их в коленях и приведение к животу усиливает выдох. Если ребенок не сопротивляется и у него имеется возможность подъема рук кверху, то это упражнение проводится при заведении рук под голову, так как фиксация рук под головой во время выполнения сгибания и разгибания ног способствует активизации диафрагмы;
- 4) используют первые статокинетические рефлекс для тренировки дыхательных мышц. Ребенок укладывается на животе, руки его опираются на стол. Поднимая голову и плечи, оставляя руки опорными, способствуют осуществлению вдоха, а опуская голову и плечи, усиливают выдох. Все эти упражнения тренируют глубину дыхания и ритмичность.

# Упражнение V.

## Развитие «комплекса оживления»

- **Цель:** стимуляция эмоционально-положительных реакций.
- С этой целью с ребенком ласково разговаривают, меняют модуляции голоса, вызывают радостное отношение ко взрослому, к игрушке и на этой основе формируют общее оживление ребенка — «комплекс оживления». Ласковым разговором привлекают ребенка к лицу взрослого, вызывают ответную улыбку и только после этого переводят его взгляд на игрушку. Ребенок охотнее и дольше смотрит на игрушку после того, как его взгляд был сосредоточен на лице взрослого. Постепенно при виде игрушки или лица взрослого у ребенка появляется звуки гуления, смех, оживление, движения рук и ног.

# Упражнение VI. Стимуляция гуления

- **Цель:** стимуляция голосовой активности по типу гуления.
- С этой целью ставятся задачи: вызвать «комплекс оживления», вокализировать воздушную струю при выдохе, вызвать подражательные артикуляторные движения и голосовые реакции.
- 1. Гуление у ребенка вызывают ласковым голосом или пением. Ребенку дают возможность прислушаться к нерезким приятным звукам голоса. Учить ребенка вслед за взрослым по подражанию произносить звуки гуления можно, когда у него есть зрительное и слуховое внимание. Ребенка укладывают в адекватной для него позе, в которой не проявлялись бы патологические тонические рефлексy, т.е. в «рефлекс - запрещающие позиции». При этом ребенок должен видеть лицо взрослого. Затем логопед медленно произносит звуки «а», «агы», «гу» и другие, широко раскрывая рот для того, чтобы ребенок мог видеть артикуляцию взрослого. Если ребенок не повторяет этих движений за взрослым, то пассивно вырабатывают подражательную реакцию. Легко поглаживая губы ребенка, в определенном ритме в момент произнесения взрослым звука открывают рот ребенку. Прием 1 повторяют в течение дня 4—6 раз.
- 2. При стимулировании гуления необходимо добиваться непроизвольной подачи голоса. С этой целью производят вибрационный ручной массаж грудной клетки, гортани, под нижней челюстью, который стимулирует проприоцептивные ощущения, отвлекая ребенка от акта фонации. Это способствует вызыванию голоса, так как во время массажа логопед произносит напевные звуки гуления. Прием повторяют 1—2 раза в день.

# Музыкально-двигательные игры

- Для детей, которым нужна постоянная стимуляция и активизация возникшего у них гуления, в занятия включаются музыкально-двигательные игры.  
Музыкально-двигательные игры с детьми, страдающими церебральным параличом, приобретает особо важное значение. Ценность этих занятий в том, что они необыкновенно поднимают эмоциональный тонус ребенка. Ни один ребенок не остается равнодушным. Дети очень живо реагируют на музыку, оживляются, улыбаются, начинают гулить, у них расслабляется мышечный тонус.

# Упражнение VII. Развитие зрительного восприятия

- Цель: увеличение подвижности глазных яблок, плавности прослеживания за движущимся предметом, устойчивости фиксации взора при изменении положения головы и туловища; развитие плавного прослеживания глазами при неизменном положении головы.
- Это упражнение проводится в виде игры с ребенком с использованием ярких озвученных игрушек или игры со взрослым, когда тот то приближает лицо к ребенку то удаляет от него, сопровождая это ласковым к нему обращением.
- 1. Расположив ребенка в адекватной для него позе «рефлекс -запрещающей позиции», помещают в поле его зрения яркую блестящую озвученную игрушку. Медленно перемещая ее в горизонтальной плоскости, в вертикальной, по кругу, добиваются плавного движения глазных яблок. Большинство детей с церебральным параличом лучше фиксирует взор на лице взрослого. Для развития прослеживания ребенком перемещающегося лица взрослого можно уклоняться влево, вправо, вверх, вниз от поля зрения ребенка на расстоянии 50 см.
- 2. Эти же самые приемы проводят, когда ребенок находится в вертикальном положении, т. е. на руках взрослого. Если же ребенок плохо удерживает голову, то его прислоняют к плечу взрослого. Когда ребенок, удерживающий голову и тело в вертикальном положении, зафиксирует взор на игрушке, ее постепенно перемещают вверх, вниз, в стороны, по кругу на расстоянии 50 см. Тренировка продолжается в течение 10 сек, несколько раз в день.

- *Часто наблюдаемое косоглазие у детей с церебральной патологией затрудняет как фиксацию взора на предмете, так и прослеживание движущегося объекта во всех направлениях.*
- 3. В этих случаях специальные логопедические занятия направлены на развитие движений глазных яблок и укрепление паретичных мышц. Для этого ярко озвученную игрушку располагают и перемещают в направлении наиболее дефектного движения, всячески стимулируя развитие этого движения. С этой целью используется также специальный тренажер, который представляет собой табло с перемещающимися в разных направлениях по кругу и с разными скоростями, регулируемые индивидуально для каждого ребенка, световыми сигналами. Тренировка продолжается в течение 30 сек ежедневно.

# Упражнение VIII. Развитие слухового восприятия

- *Цель: стимуляция локализации звука в пространстве. Восприятие различно интонируемого голоса взрослого. С этой целью вызывают слуховое сосредоточение на звуки наиболее адекватные для данного ребенка (громкие, тихие, высокие, низкие) и формируют возможность локализации звуков в пространстве.* Ребенок находится в положении «рефлекс-запрещающие позиции». В виде звуковых раздражителей предлагаются озвученные игрушки различного характера звучания, а также голос взрослого с различными модуляциями. Предлагая ребенку в качестве раздражителя озвученную игрушку, воспитывают умение прислушиваться к ее звучанию, отыскивать ее глазами. Разговаривая с ребенком, учат его прислушиваться к голосу взрослого, отыскивать глазами говорящего взрослого, находящегося вне поля зрения ребенка. С этой целью, разговаривая с ребенком, вначале учат его прислушиваться к голосу и стараются, чтобы он видел лицо, говорящего. Затем ходят вокруг кровати, окликают ребенка издали, и вызывают тем самым поворот головы ребенка в сторону звука, голоса. Если ребенок с тяжелой двигательной недостаточностью не может сам повернуть голову к источнику звука, то ему помогают в этом, пассивно поворачивают голову в сторону звука, голоса.
- Формирование подготовительных этапов понимания речи начинают с восприятия ребенком различно интонируемого голоса взрослого. Ребенок еще не способен воспринимать последовательно расположенные звуки в их смысловом содержании, но на определенные интонации он не только реагирует, но и старается воспроизвести их (веселый, нежный тон голоса может вызвать улыбку, смех, а сердитый, грубый — обиду, плач).
- Обращаясь к ребенку, модулируют интонации своего голоса, так как ребенок усваивает в первую очередь те виды интонаций, которые наиболее часто употребляются взрослыми.

# Упражнение IX. Развитие зрительно-моторной координации

- *Цель: развитие хватательной функции рук.*
- С этой целью необходимо привлекать внимание ребенка к собственным рукам, вырабатывать положительные проприоцептивные и кинестетические ощущения в кистях рук.
- Для развития начальных элементов зрительно-моторной координации у ребенка с церебральным параличом начинают воспитывать внимание к собственным рукам.
- Занятие проводится в «рефлекс-запрещающие позиции», чаще всего ребенку придают «позу эмбриона» для наибольшего общего расслабления. Только после этого приступают к непосредственной работе с руками, которая начинается с расслабления кистей рук путем потряхивания по Фелпсу.

- Рука ребенка захватывается с средней трети предплечья и потряхивается. После значительного расслабления кисти расслабляют мышцы предплечья. Для этого захватывается нижняя треть плеча и проводятся покачивающие движения. Затем поглаживается вся рука. Потряхивания чередуются с поглаживанием, которые укрепляют или расслабляют мышцы рук, а также формируют кинестетическое ощущение положения рук у ребенка. Прием проводится в течение 0,5—1 минуты.
- 2. Для того, чтобы вызвать активное внимание ребенка к собственным рукам, необходимо его руки сделать источником зрительных и тактильных ощущений. Расслабленные руки ребенка захватывают в средней трети предплечья и не резко поднимают вверх, немного их потряхивают и легко опускают на веки или губы ребенка (зоны наиболее чувствительные). Затем вновь поднимают вверх. Если при сближении рук и губ появляются сосательные движения, то руки некоторое время удерживаются около губ с тем, чтобы ребенок попытался захватить их губами. Неоднократно то приближая, то отдаляя руки ребенка, у него постепенно укрепляют мышечное чувство собственных рук, то есть кинестетическое ощущение, тактильное и зрительное внимание ребенка к ним. Прием повторяется 4—5 раз.
- 3. После этих упражнений проводят массаж кистей рук с использованием всевозможных ворсовых щеток. Для расслабления кистей рук и рефлексорного разжимания кулака ребенка используют движение растирания щеткой по наружной поверхности кулака от кончиков пальцев к лучезапястному суставу. Это движение вызывает расправление кулака и веерообразное разведение пальцев. Прием повторяется 4—6 раз поочередно с каждой рукой.

**СПАСИБО!**