

# Логопедическая работа с детьми с ДЦП

Глухова Ольга Айваровна

E-mail: [amvroska@mail.ru](mailto:amvroska@mail.ru)

Тел.: 89218395699

# 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)