

**Методические рекомендации для специалистов
по проблеме оказания помощи детям раннего возраста
с нарушениями опорно-двигательного аппарата.**

Т.В. Варенова

Дети с нарушением функций опорно-двигательного аппарата (ОДА)

– это полиморфная в клиническом и психолого-педагогическом отношении категория лиц, которая включает 4 группы:

1. Нарушения ОДА обусловлены органическими поражениями нервной системы:
 - головного мозга (детский церебральный паралич, опухоли, травмы);
 - проводящих путей (параличи рук, кривошея и т.п.);
 - спинного мозга (последствия полиомиелита, травмы).
2. Сочетанные поражения нервной системы и опорно-двигательного аппарата вследствие родовых травм.
3. Нарушения ОДА при сохранном интеллекте (артрогриппозы – врожденные уродства, хондродистрофии, сколиозы, врожденный вывих бедра и др.).
4. Нарушения ОДА наследственной этиологии с прогрессирующими мышечными дистрофиями (миопатия Дюшенна, амнотрофия Вердинга – Гоффмана и др.).

По статистике, каждый десятый ребенок-инвалид является инвалидом по причине заболеваний опорно-двигательного аппарата. В категории нарушений ОДА самая многочисленная группа лиц, страдающих церебральными параличами, – до 89 %.

Детский церебральный паралич (ДЦП) возникает под влиянием различных вредных факторов (всего насчитывают до 400), действующих в период внутриутробного развития, в момент родов и на первом году жизни

ребенка (внутриутробные инфекции, интоксикации, несовместимость крови матери и ребенка по группе и резус-фактору, асфиксии и внутричерепные кровоизлияния, недоношенность плода, менингоэнцефалиты).

Обсуждение педагогическими работниками причины рождения больного ребенка недопустимо, так как это может явиться психологической травмой для его семьи, и шансы на плодотворное сотрудничество будут потеряны. Выяснение причины не может изменить факта врожденной патологии, кроме того, стратегия психолого-педагогической работы не зависит от этиологии.

ДЦП – непрогрессирующее заболевание головного мозга, при котором наблюдаются различные психомоторные нарушения. Это заболевание не распознается непосредственно при рождении или сразу после него. Понятие ДЦП объединяет *группу двигательных расстройств*, вызывающих нарушение контроля со стороны центральной нервной системы за функциями мышц. Это сложная патология рефлекторной сферы.

Термин «Детский церебральный паралич» ввел **Зигмунд Фрейд** в 1893 г., предложив объединить все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками. В 1958 г. в Оксфорде Всемирная организация здравоохранения официально признала этот термин и закрепила его в Международной классификации болезней (МКБ, 8-ой пересмотр). Хотя данный термин не отражает сущности имеющихся при этом заболевании нарушений, однако его широко используют в мировой литературе и другого понятия, всесторонне характеризующие эти патологические состояния, до настоящего времени не предложено.

На протяжении XX века наблюдался существенный рост статистических данных о распространенности ДЦП. Это свидетельствует не только об увеличении заболеваемости, но и о создании системы диагностики и учета лиц с этой патологией.

Различают следующие виды параличей: *гемиплегия* – односторонний паралич, поражение либо левой, либо правой половины тела; *диплегия* –

паралич двух конечностей, либо двух рук, либо двух ног, что встречается чаще; **тетраплегия** (или двойная гемиплегия) – общее поражение конечностей. Причем руки поражаются в той же степени, что и ноги, а иногда даже сильнее. У детей с обеими парализованными ногами нередко можно наблюдать развитие физической силы в плечах, руках и кистях руки. Также им свойственны сила воли и выдержка. Они могут научиться обслуживать себя, овладевают письмом, машинописью, различными видами предметно-практических действий, ремесел.

Во всех этих случаях под "параличом" не имеют в виду отсутствие движения. Церебральный паралич характеризуется лишь некоторой вялостью, что заключается в патологической реализации двигательного акта.

В мировой литературе известно более 20 классификаций ДЦП. Наиболее часто встречаемой формой является **спастическая диплегия** (по данным ряда авторов до 75% всех случаев). Спастическая форма характеризуется как постоянная и сильная судорога и сокращение мышц, при которых отмечается состояние окоченелости. Наиболее характерные неврологические симптомы – заметная ригидность движения и неспособность расслабить свои мышцы. Нарушение тонуса отражает дефицит подкорковых функций. Повышение мышечного тонуса в сочетании со слабостью мышц приводит к затруднению или даже невозможности произвольных движений. Однако именно формирование и развитие произвольных движений играет одну из главных ролей в стимулировании работы Высшей нервной деятельности.

При спастической диплегии преимущественно поражаются ноги. Спастическая диплегия иногда описывается как болезнь Литтля. В 1839 г. английский ортопед Вильям Литтль дал характеристику нескольким детям с последствиями родовых травм, а в 1862 г. представил подробное клиническое описание болезни в монографии «Спастичный ребенок».

Симптоматика ДЦП видоизменяется по мере роста и развития ребенка. Профессор Ксения Александровна Семенова выделяет в течении ДЦП три

последовательно сменяющих друг друга стадии: раннюю, хронически-резидуальную и позднюю резидуальную.

Ранняя стадия обычно продолжается 2–4 месяца. На этой стадии обнаруживается рефлекторная патология. Врожденные двигательные рефлексы появляются с опозданием и вовремя не редуцируются, а сохраняются и препятствуют развитию произвольных движений. Развитие моторных функций, с которыми тесно связано проявления первичных сенсорных реакций, задерживается и искажается, что в свою очередь задерживает развитие слухового и зрительного восприятия. Ребенок слабо вычленяет компоненты в окружающей среде, поэтому у него долго не формируется «комплекс оживления».

Хронически-резидуальная стадия может длиться от нескольких месяцев до 3–4 лет. На этой стадии начинается развитие произвольной моторики, которое протекает в сложных условиях. Нередуцированные тонические рефлексы приобретают патологический характер. Это проявляется, прежде всего, в неправильных позах сидения и стояния, а также специфической походке, напоминающей движения ножниц. Эта ходьба отличается перекрестным движением ног, когда ребенок идет или пытается идти. Движения по большей части совершаются рывком и производят впечатление утрированных. При ходьбе ребенок выбрасывает стопы вперед и кнаружи. Кажется, что он не идет, а сидит верхом на чем-то, и его движения представляют собой полную противоположность движениям при скрещивании ног. Особые проблемы возникают в развитии мелкой моторики рук, что существенно затрудняет процесс овладения навыками самообслуживания.

На этой стадии необходимо настойчиво работать над подавлением патологических рефлексов и развитием произвольной моторики. Следует помнить о том, что ребенок растет, а для роста необходимо движение. Если пораженная рука или пальцы мало двигаются, то они физически отстают в росте. Если суставы мало работают, то плохо растет суставной аппарат,

образуются *контрактуры* – тугоподвижность суставов, и функциональные контрактуры в скором времени могут трансформироваться в органические, которые с трудом поддаются даже оперативному хирургическому вмешательству.

Поздняя резидуальная стадия характеризуется относительной стабилизацией патологического двигательного стереотипа. В это период решающая роль отводится психолого-педагогическим мероприятиям.

Таким детям нередко бывает очень трудно фиксировать взгляд на одной точке, у них отмечается склонность к косоглазию в наружном направлении. Кажется, как будто зрительные оси не могут пересечься или фиксироваться в точке пересечения в течение определенного времени. Нарушение фиксации и прослеживания взора приводит к трудностям зрительных дифференцировок по цвету, форме, величине.

При этом у многих детей данной категории наблюдается искаженное восприятие собственных движений. Например, движение пальца по прямой может ощущаться как движение по окружности, движение вправо – как движение влево. Зрительные и слуховые раздражители подавляют кинестетические. Так, если при пассивном обведении пальцем квадрата ребенок смотрит на треугольник, ему кажется, что он обводит треугольник. Если при пассивном обведении пальцем квадрата ребенку говорят «круг», ему кажется, что он обводит круг. Такая слабость кинестезий характерна и для здоровых детей до 3–4-летнего возраста, но при ДЦП она более выражена и может сохраняться на протяжении всей жизни.

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата могут испытывать целый ряд проблем, касающихся выполнения определенных жизненных функций, которые обусловлены органически. В первую очередь, при ДЦП задерживается общее моторное развитие: ребенок с заметным опозданием начинает держать голову, поворачиваться, сидеть, стоять, ходить. У него наблюдается различной степени тяжести нарушения движений рук, ног,

головы, туловища, обусловленные спазмом мускулатуры. Это может проявляться в виде параличей, парезов, расстройства координации, гиперкинезов. **Гиперкинезы** – чрезмерные непроизвольные, беспорядочные движения типа поворотов, выгибаний, подергиваний, дрожания – обычно проявляются в 4–6 месячном возрасте. Во время движений и при волнении они, как правило, усиливаются, в состоянии покоя уменьшаются, а во сне и вовсе исчезают. Л. О. Бадалян выделяет следующие разновидности гиперкинезов:

- *Хореический*. Быстрые сокращения разных групп мышц. Они носят неритмичный, некоординированный характер.
- *Атетоз*. Медленные, червеобразные, вычурные движения в мышцах.
- *Торзионный спазм*. Характеризуется возникающими при ходьбе штопорообразными движениями туловища.
- *Спастическая кривошея*. Судорожные сокращения мышц шеи, вследствие которых голова поворачивается в сторону и наклоняется к плечу.
- *Гемибаллизм*. Крупные, размашистые движения конечностей.
- *Лицевой гемиспазм*. Периодически повторяющиеся сокращения мышц половины лица.
- *Тремор*. Дрожание вытянутых рук, туловища, головы.
- *Тик*. Насильственные однообразные движения отдельных групп лицевых мышц.

Нередко наблюдаются **синкинезии** – насильственные содружественные, непроизвольные движения, не связанные по смыслу с произвольными движениями. Например, одновременно с одной рукой (пальцем) поднимается и вторая. К. А. Семенова выделяет три группы синкинезий:

- *Координационные*. Феномен Магнуса-Клейна. Пронация предплечья и кисти при повороте головы в сторону. При попытке

сжать пальцами предмет плечо поднимается вверх, отводится в сторону, рука сгибается в локтевом суставе, наблюдается пронация предплечья и кисти, разгибание или сгибание кисти.

- *Имитационные.* При движении здоровой конечностью возникает аналогичное движение больной конечностью. Может проявляться в руках, ногах, а может быть движение рука-нога на той же или на перекрестной стороне.
- *Глобальные.* Проявляются во всем теле при любых попытках к движению.

Таким образом, структура двигательного дефекта при ДЦП включает следующие характеристики:

- нарушение мышечного тонуса;
- ограничение или невозможность произвольных движений;
- наличие насильственных движений;
- нарушение равновесия и координации движений;
- нарушения ощущений движений (кинестезии);
- недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов, обеспечивающих формирование вертикального положения тела и произвольной моторики;
- синкинезии;
- наличие патологических тонических движений, которые в норме к 3 месяцам жизни уже не проявляются.

К.А. Семенова выделяет 6 уровней развития моторики.

1. Отсутствие врожденных двигательных рефлексов или их глубокая задержка при наличии или патологической активности тонических рефлексов. Рефлексы позы (поднимание головы) и произвольная моторика не сформированы.

2. Наличие некоторых основных врожденных двигательных рефлексов. Тонические рефлексы ребенок начинает преодолевать. С поддержкой или без нее ребенок начинает сидеть и сохранять приданную ему позу сидя.

3. Наблюдаются остаточные тонические рефлексы. Появляется ручная умелость. Ребенок удерживает приданную ему позу сидя и стоя. Шаговые движения неправильные. В суставах нижних конечностей – тугоподвижность.

4. Ребенок ходит с поддержкой или самостоятельно при патологической установке нижних конечностей. Наблюдаются контрактуры и деформации. Ручная умелость неполноценна.

5. Ребенок ходит самостоятельно или с палочкой при умеренно выраженных контрактурах или без таковых. Может рисовать и писать без патологических установок в руках, но движения неловки, замедлены.

6. Ребенок ходит самостоятельно без поддержки. Походка нормальная. Произвольные движения соответствуют возрасту.

Педагогу не столько важно определить, к какому из перечисленных уровней относится ребенок, сколько максимально оценить его двигательные возможности. В связи с этим нужно обратить внимание на следующие параметры моторного развития ребенка:

1. Общая моторика.

Способность удерживать голову.

Способность сидеть – с поддержкой или без поддержки.

Способность стоять – с поддержкой, у опоры, самостоятельно.

Способность ходить – с поддержкой, с приспособлениями, самостоятельно.

Способность прыгать.

Способность бегать.

2. Ручная умелость, использование обеих рук.

Способность удержания предметов – ладонью, пальцами.

Сформированность навыков самообслуживания:

- еда с помощью ложки;

- питье из чашки;
- умывание;
- причесывание;
- одевание;
- разувание;
- обувание;
- застегивание застежек (липучек, молний, крючков, кнопок, пуговиц).

Способность к выполнению творческих манипуляций:

- конструирование;
- рисование;
- лепка.

Моторное развитие должно осуществляться строго по порядку – от головы, плеч, верхних конечностей, туловища к нижним конечностям. Ребенка сначала обучают поднимать и удерживать голову, затем – ползать на четвереньках, далее – сидеть, потом – стоять и ходить на коленях, стоять на одном колене, и, наконец, подниматься и ходить (методика В.Войта на основе системы Бобатов).

Основным подходом при выработке действий у ребенка является предварительное расслабление, далее – пассивное движение с постепенным переводом в активное. Для фиксации головы, туловища, конечностей, для облегчения и закрепления правильных поз применяются различные приспособления. Крайне важно соблюдать двигательный режим, поворачивая ребенка с боку на бок, выкладывая его на живот с использованием специальных укладок, чтобы он не зарывался носом, чередуя горизонтальное и вертикальное положения. Нельзя оставлять ребенка долго сидеть с согнутыми ногами!

Двигательные нарушения, определяющие специфику коррекционно-воспитательного процесса детей с ДЦП, являются не только следствием

повреждения моторных зон, но и недоразвитием координации "глаз – рука", операций анализа и синтеза в пространственном мышлении. Моторные нарушения ограничивают способность самостоятельного передвижения и самообслуживания, препятствуют освоению предметно-практической деятельности, что отрицательно сказывается на формировании познавательных функций, общем ходе психического развития. О многих явлениях они не могут рассказать не в силу речевых затруднений, а только потому, что не имеют соответствующих представлений и практического опыта. Детское мышление зависит от качества и количества непосредственных переживаний, и оно ограничено физическими действиями ребенка. Часто ребенок не способен к концентрации или не проявляет достаточной инициативы. В каждом случае ДЦП серьезно нарушается восприятие пространства: при гемиплегии нарушается боковая ориентация, при диплегии – ориентация по вертикали, а при тетраплегии – саггитальная ориентация в направлении сзади вперед.

ДЦП может отягощаться нарушением поведения, интеллекта, речи, зрения и слуха, что связано с органическим поражением ЦНС. Любой ребенок со значительной асимметрией между правой и левой стороной подвержен риску сенсорного расстройства, что чаще встречается у детей с гемиплегией. Тяжелыми последствиями левостороннего вялого паралича могут стать нетерпимость, агрессивность и враждебность. Реакции ребенка с правосторонним параличом могут отличаться преувеличенной пассивностью и уступчивостью. В ряде случаев появляются судорожные, эпилептические припадки. Нередко церебральный паралич сочетается с различными речевыми нарушениями, чаще всего дизартриями, т.е. нарушениями произношения, вызванными ограниченной подвижностью артикуляционного аппарата.

При ДЦП отмечается своеобразие связи локализации повреждения ЦНС с особенностями познавательной деятельности и полиморфизм интеллектуальных нарушений. Свообразие структуры познавательной деятельности при ДЦП может проявляться в сохранности интеллектуальной

сферы, задержке психического развития и умственной отсталости различной степени.

Врач или комиссия, сообщающая родителям конечный диагноз, в максимальной степени должны отразить в нем, что может делать ребенок, каковы его перспективы, сильные стороны. Программа абилитации может быть реализована только с учетом этих положительных аспектов.

При оценке структуры психического развития ребенка с ДЦП необходимо учесть не только закономерности развития и коррекции первичных и вторичных отклонений, но и социальные факторы. Развитие личности дошкольника с ДЦП в наибольшей степени зависит от социальных условий, в которых растет ребенок. В раннем возрасте у многих детей с ДЦП наблюдается значительное отставание в развитии сенсомоторной сферы и интеллекта, но к концу дошкольного периода, по данным ряда авторов (Н.В. Симонова, Э.С. Калижнюк, И.А. Смирнова и др.), значительная часть детей приобретает необходимую готовность для усвоения школьной программы.

Недостаточная самостоятельность, снижение познавательной активности у детей с церебральным параличом отмечаются даже в тех случаях, когда интеллект сохранен. Все названные нарушения в совокупности приводят к задержкам общего развития ребенка. Обнаруживаются затруднения в овладении чтением, письмом, в формировании пространственных и временных представлений. Более ярко задержка развития проявляется у детей с гиперкинезами. Это приводит к тому, что формирующиеся знания и навыки являются непрочными, поверхностными, фрагментарными, не связанными в единую систему. Без специального педагогического воздействия эти пробелы не устраняются.

Педагогам необходимо понимать состояние родителей детей с ДЦП, которые могут переживать различные этапы изменения своего отношения к факту рождения больного ребенка. Специалистам требуется не только понимание позиции родителей, но и адекватная психолого-педагогическая

помощь им. Необходимо постоянно работать с родителями для укрепления взаимного понимания и доверия. Для того чтобы родители больше доверяли педагогу, надо регулярно сообщать им об успехах ребенка. Даже небольшие продвижения в развитии должны быть отмечены. При этом родители не только убеждаются во внимательном отношении специалиста, но и сами учатся замечать динамику в развитии ребенка и радоваться его успехам.

Процессы усвоения ребенком новых знаний, а затем приспособления к новым обстоятельствам психолог Жан Пиаже обозначил терминами “ассимиляция” и “аккомодация”. Под ассимиляцией подразумевается овладение ребенком с помощью осязания и движений новым опытом. Аккомодация – это изменение на основе этих знаний поведения в новых ситуациях, предъявляющих иные требования. В течение всей жизни ассимиляция и аккомодация постоянно взаимодействуют. Поскольку действия ребенка приводят к различным результатам в разных ситуациях, он учится отличать неодинаковые впечатления друг от друга. Скорость удовлетворения потребности ребенка и постоянство, с которым это делают ухаживающие за ним взрослые, позволяют малышу ощутить первые простые связи в повседневной жизни.

В раннем и младшем возрасте наблюдается выраженная зависимость развития артикуляции от состояния рефлекторной сферы. В дальнейшем влияние патологических рефлексов по мере совершенствования речевой функциональной системы несколько ослабевает и маскируется компенсаторными и псевдокомпенсаторными реакциями. В этих условиях артикуляционный праксис формируется замедленно и искаженно, что наряду с другими симптомами дизартрии речи приводит к стойким дефектам произношения звуков.

Дофонемный этап ставит своей целью формирование у детей акустических образов неречевых звучаний на сенсорно-перцептивном уровне, включающем развитие слуховых ощущений и процесса восприятия. Для

достижения поставленной цели проводятся мероприятия лечебно-профилактического (по назначению врача-отоларинголога) и коррекционно-педагогического характера (логопедические занятия). При их проведении следует учитывать такие моменты:

- * соответствие звукового материала (частотного диапазона неречевых звучаний и уровней интенсивности звуковой активности) слуховым возможностям детей: вначале отбираются более громкие, низкочастотные звучания (например, барабан), а затем – тихие, высокочастотные (например, шарманка);

- * значимость звукового материала, т.е. соотнесенность с конкретным предметом, действием или их изображением, значимым для ребенка;

- * последовательность ознакомления с акустическими невербальными стимулами: от знакомых к малоизвестным;

- * постепенность нарастания сложности предъявляемых на слух неречевых звучаний: от контрастных акустических сигналов к близким, сходным;

- * разнообразие видов работ (выполнение инструкций, ответы на вопросы, подвижные и дидактические игры и т.д.) и наглядных средств обучения, повышающих познавательные интересы детей (натуральные звучащие предметы, иллюстративный материал, технические устройства в виде магнитофонов, диктофонов для воспроизведения различных неречевых звучаний: голосов животных, птиц, звуков неживой природы, музыки).

Развитие неречевого слуха осуществляется поэтапно:

1. Активизация слуховых ощущений, слухового внимания путем выработки двигательной и вербальной реакций на слышимый звук (стук, звон, писк и т.п.).
2. Дифференциация слуховых ощущений (обнаружение одинаковых и различных акустических сигналов).
3. Развитие слухового внимания и памяти.

4. Формирование невербального слухового восприятия (первичных звуковых образов).

5. Формирование слухового внимания, памяти и слухового контроля.

Это реализуется в процессе работы над ритмом, темпом движений (без музыкального сопровождения и под музыку), слухо-двигательным контролем, а также путем узнавания и дифференциации неречевых звуков, а именно:

- по характеру звучания (используются шумы: бытовые, городские, эмоциональные проявления человека, голоса животных и птиц, музыкальные звуки);

- по акустическим свойствам (громкости, длительности, высоте);

- по количеству звучаний и звучащих предметов (количеству последовательных однородных сигналов; последовательных контрастных сигналов; предметов, последовательно воспроизводящих контрастные звучания; предметов, одновременно воспроизводящих контрастные звучания);

- по направлению звучания (при расположении источника звучания спереди или / и сзади, справа или / и слева);

- по тембру звучаний – при прослушивании аудиозаписи (например, грохота грома, мяуканья кошки, громкого стука, пения жаворонка) определяется эмоциональная окрашенность услышанного.

Умения воспринимать, дифференцировать, запоминать неречевые звучания, а также выполнять темпо-ритмические движения под музыку являются базовыми для развития речевого слуха и выразительной устной речи.

Коррекция моторики лица и артикуляторного аппарата направлена на нормализацию тонуса мышц, снятие паретичности, степени проявления спастического пареза, вялости, уменьшение гиперкинезов, атаксии, ригидности, развитие подвижности органов артикуляции, возможности установления фиксированных положений органов артикуляции, выработку целенаправленной воздушной струи.

Для этого используются дифференцированный логопедический массаж лицевой, губной и язычной мускулатуры (расслабляющий или стимулирующий), точечный массаж, пассивная и элементы активной артикуляционной гимнастики, искусственная локальная контрастотермия (чередование холодного – теплого), комплекс упражнений на дутье, логоритмика.

При выборе методики артикуляционной гимнастики важен учет особенностей возрастной моторики. Для еще не говорящего ребенка работа строится по принципу развития и упорядочивания ритмических движений на базе уже имеющихся автоматических движений, с которыми физиологически связана речевая функция. Эти неречевые движения, сформированные из безусловных реакций, превращаются в речевые, условные.

Занятия ведутся по схеме: вначале воспитываются грубые, диффузные движения упражняемых органов. По мере их усвоения переходят к выработке более дифференцированных движений в этой области. Торможение неправильных движений достигается использованием зрительного контроля, а также введением в работу ритма: отдельные движения губ, языка, мягкого неба, глотки, голосовых связок, дыхательных мышц ограничиваются определенной длительностью и прерываются паузами такой же длительности согласно отбиваемому рукой такту.

Работа по расслаблению мышц артикуляционного аппарата начинается с общего мышечного расслабления, расслабления шейной, грудной мускулатуры, мышц рук. Затем проводится массаж мышц лица. Движения начинаются с середины лба по направлению к вискам. Они производятся легкими поглаживающими равномерными движениями кончиков пальцев в медленном темпе.

Расслабляющий массаж проводится дозированно, распространяется только на те области лица, где имеется повышение мышечного тонуса, в группах же мышц вялых, ослабленных применяют тонизирующий, укрепляющий массаж. При

расслабляющем массаже очень важен выбор позы для занятий с ребенком. Ребенку придают положения, в которых патологические тонические рефлекс-ы проявлялись бы минимально или не проявлялись бы вовсе («рефлекс-запрещающие позиции»).

Вторым направлением расслабляющего массажа лица является движение от бровей к волосистой части головы. Движения проводятся равномерно обеими руками с двух сторон.

Третьим направлением является движение вниз от линии лба, через щеки к мышцам шеи и плеча. Затем приступают к расслаблению мышц губ.

Нарушения звукопроизводительной стороны речи при ДЦП проявляется в виде различных форм дизартрии. Логопедическая работа дифференцируется в зависимости от формы дизартрии, уровня речевого развития и возраста ребенка.

При *псевдобульбарной дизартрии* обычно преобладает ее спастический вариант. Основной задачей при этом является предварительное снижение мышечного тонуса в речевой и скелетной мускулатуре.

При *экстрапирамидной дизартрии* имеет место непостоянное повышение мышечного тонуса по типу тонических спазмов и насильственные движения резко затрудняют артикуляцию, фонацию и голосообразование. Логопедическая работа начинается с их устранения. При этой форме дизартрии часто наблюдается нарушение слуха по типу нейросенсорной тугоухости, где, прежде всего, страдает слух на высокие тона.

При *мозжечковой дизартрии* важно развивать точность артикуляционных движений и их ощущений, развивать интонационно-ритмическую и мелодическую стороны речи, работать над синхронизацией процессов артикуляции, дыхания и голосообразования.

Артикуляционные упражнения подбираются в соответствии с характером дефекта произношения и целесообразности рекомендуемых движений для правильного произнесения данного звука. Упражнять надо лишь движения, нуждающиеся в исправлении, и только необходимые для данного звука.

Упражнения должны быть целенаправленными: важно не их количество, а правильный подбор упражнений и качество выполнения. Недостаточно только отобрать нуждающиеся в коррекции движения, нужно научить ребенка правильно применять соответствующие движения, выработать точность, чистоту, плавность, силу, темп, устойчивость перехода от одного движения к другому.

В сочетании с массажем органов артикуляции и традиционной артикуляционной гимнастикой можно использовать следующие комплексы упражнений:

- * упражнения для развития жевательных и мимических мышц лица, используемые при коррекции дизартрии;

- * элементы миогимнастики, разработанной в ортодонтии в целях формирования и нормализации функции лицевых мышц при коррекции прикуса;

- * миогимнастика с использованием специальных приспособлений рекомендуется в логопедической работе для развития лабилизации губ при произнесении гласных и согласных звуков;

- * упражнения с активаторами для развития круговой мышцы рта. Активаторы изготовлены из специальной жесткой проволоки, на концах которой прикреплены пластмассовые площадки для губ. Ребенок смыкает зубы и удерживает активатор губами, сопротивление проволоки усиливает сжатие губ, что сдерживает саливацию (обильное слюноотечение), а также облегчает логопедическую работу;

- * использование пластинки из пластмассы и резины. Упражнения с вестибулярной пластинкой, с межгубным кольцом из жесткой резины, с металлическим диском.

При построении логопедической работы с детьми, имеющими нарушения звукопроизношения, осложненные дефектами артикуляционных органов, необходимо учитывать следующие факторы:

1. Среди аномалий органов артикуляции, предрасполагающих к нарушению звукопроизводительной стороны речи, намного чаще встречаются дефекты зубочелюстной системы.

2. Чем раньше проявилась зубочелюстная аномалия, тем больше риск появления устойчивых дефектов звукопроизношения.

3. Патологии молочного прикуса провоцируют более грубые и стойкие нарушения звуковой стороны речи, чем зубочелюстные аномалии, проявившиеся только в постоянном прикусе.

4. У детей школьного возраста, имеющих патологии постоянного прикуса, дефекты звукопроизношения встречаются в два-три раза реже, чем у дошкольников с выраженными аномалиями молочного прикуса.

5. Чем раньше была выявлена патология языка, губ или зубочелюстной системы и начата комплексная работа по устранению дефектов артикуляционных органов, исправлению нарушений звукопроизношения и развитию фонематического восприятия, тем быстрее и эффективнее можно добиться положительных результатов в коррекции органической дислалии.

6. В коррекционной работе с детьми, страдающими органической дислалией, рекомендуется использовать комплексную артикуляционную гимнастику, основанную на логопедических приемах и элементах миотерапии, применяемой в ортодонтическом лечении.

Одной из главных целей воспитания выступает развитие самостоятельности в окружающей обстановке. В социальной адаптации существует два направления:

1. Адаптация ребенка к среде.
2. Приспособление окружающей обстановки к ребенку.

Функциональный уровень ребенка, проявляющийся в самообслуживании, может быть значительно повышен за счет специальных средств и приспособлений, способствующих созданию "безбарьерной среды" –

оптимальных условий для самостоятельных действий в окружающей обстановке.

С помощью не слишком сложных, а порой даже примитивных приспособлений можно добиться значительных успехов в этом направлении. В целом ряде случаев необходимо оборудование комнаты, коридора, вдоль которых передвигается такой ребенок, дополнительными ручками, специальными поручнями. Они могут быть укреплены как в стене, поле, так и подвешены к потолку. Следует предусмотреть, что создание большего трения за счет шероховатых поверхностей напольных покрытий, подложек на поручни кресла, коляски поможет не только избежать опасности поскользнуться, но также и расширить двигательные возможности ребенка-инвалида. Следует иметь в виду, что ему требуется больше окружающего пространства для свободного передвижения, чем обычному человеку.

Для того чтобы добиться более удобного положения во время приема пищи или учебных занятий, необходимо провести регулировку высоты стола и сидений. Кроме специальных механических устройств это можно сделать путем насадок на ножки мебели, разнообразных накладок и подстилок. В некоторых случаях преодолеть трудности дотягивания до отдельных предметов и взятия их в руки позволяет использование магнитов. Это, а также жесткое стационарное закрепление мебели, отдельных видов посуды и учебного оборудования, установка ограничителей будет способствовать развитию у ребенка чувства уверенности и безопасности.

Игра как деятельность не является для детей с церебральными параличами второстепенной по значению, хотя она наряду с предметной деятельностью не развивается в достаточной мере в силу двигательных нарушений. Можно широко использовать применение отдельных элементов, фрагментов дидактических, подвижных, ролевых, строительных и музыкальных игр.

В кондуктивной педагогике А. Пето, основывающейся на целостном подходе к развитию физических и умственных способностей детей с

нарушениями опорно-двигательного аппарата, формулируется 10 основных принципов лечебной игры.

1. Модификация игры в соответствии с потребностями лечебного процесса. Адаптация поведения педагога (кондуктолога) к уровню ребенка.

2. Ограничение количества игр и игрушек (чтобы не рассеивать внимание).

3. Правильный выбор степени трудности игры.

4. Повторение ребенком упражнений в игровой форме.

5. Соответствующий возможностям ребенка темп игры.

6. Прекращение игры до наступления пресыщения.

7. Принцип – малыми шагами к большому результату.

8. Использование специальной мебели, игрушек.

9. Необходимость индивидуальных игр для выработки самостоятельности.

10. Использование комплексных игр для одновременного развития психомоторных функций, социальной адаптации, предотвращения комплекса неполноценности.

Игрушки должны быть крупными и относительно тяжелыми. Особое предпочтение следует отдавать звенящим мячам, пальчиковым куклам. Любые мягкие игрушки с вариантами тактильных наполнителей весьма желательны.

Некоторым детям для удержания карандаша (фломастера, маркера) требуются разнообразные насадки, фиксаторы в соответствии с размером кисти и степени ее функциональности. Движения руки можно корректировать также утяжелителями. Рекомендуется тренировать раскрашивание, штрихование, перемещение руки в нужном направлении, проводить работу в определенных границах, с трафаретами. Предлагается рисовать предметы, похожие на буквы, писать на доске сначала мокрой губкой, а затем мелом.

Такие простые виды деятельности, как срисовывание, рисование, раскрашивание, в совокупности позволяют выявить актуальный уровень развития всех наиболее значимых предпосылок учебной деятельности:

- регуляторно-динамических (удерживает ли ребенок поставленную перед ним задачу, может ли самостоятельно в соответствии с задачей выбрать нужные средства деятельности, спланировать ее, проверить полученный результат, найти и исправить ошибки);
- интеллектуально-перцептивных (способен ли ребенок адекватно воспринимать информацию, предъявляемую зрительно и на слух, отделить в ней главное от второстепенного, выделить закономерности, осуществить действия классификации и обобщения);
- психофизиологических (насколько развита у ребенка мелкая моторика руки, кинестическая чувствительность, комбинаторика, координация в системе “глаз-рука”).

В дальнейшем содержание коррекционных занятий определяется в зависимости от структуры двигательного и речевого дефекта каждого учащегося.

Категория детей с тяжелыми нарушениями функций опорно-двигательного аппарата наиболее зависима от качества специального образования. Тем не менее, еще не так давно большинство таких детей исключалось из этой системы. Помимо профессионализма специалистов, важными условиями результативности проводимой работы являются тесное взаимодействие с родителями и социальная среда сверстников.

Литература

1. Варенова Т.В. Теория и практика коррекционной педагогики. Мн., 2003.
2. Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание ребенка с церебральным параличом в семье. М., 1980.

3. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М., 2001.
4. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст. М., 1997.
5. Кнупфер Х., Ратке Ф.В. Как помочь ребенку, больному церебральным параличом. Марбург, 1994.
6. Приходько О.Г., Моисеева Т.Ю. Дети с двигательными нарушениями: коррекционная работа на первом году жизни / Приходько О.Г., Моисеева Т.Ю. - М.: Полиграф сервис, 2003. -160 с.
7. Приходько О.Г., Парамонова Г.В. Специфика нарушения развития познавательной деятельности детей раннего возраста с церебральным параличом / Современная теория и практика специального образования. Сб.науч.трудов. В 3-х частях. Ч. 1. Минск, 2006.
8. Серганова Т.И. Как победить детский церебральный паралич: разумом специалиста, сердцем матери. СПб, 1995.
9. Смирнова И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. СПб, 2003.
10. Шипицина Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. М., 2004.
11. Уэстрайх Н.Г. Основные методы физической реабилитации больных с двигательными нарушениями. Мн., 1997.
12. Финк А. Кондуктивная педагогика А. Пето. М., 2003.
- 13. Коррекция двигательных нарушений при детских церебральных параличах / Сост. В.В. Текорюс. Мн., 2004.**
- 14. Коноваленко С.В. Конструктивная деятельность детей. М., 2007.**
15. Кондуктивная педагогика А. Петё: Развитие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Предисл. О. Шпека; пер. с нем. Т.Е.Браудо, Б.А.Максимова, А.А. Михлина; науч. ред. рус. текста Н. М. Назарова. – М.: Академия, 2003. — 136 с.
16. Семёнова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом / Семёнова К.А. – М.: Закон и порядок, серия «Великая Россия. Наследие», 2007. – 616 с.

- 17.Смирнова И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР / Смирнова И.А. - СПб.: Детство-пресс, 2007. – 320 с.
- 18.Смирнова И.А. Наш особенный ребенок. Книга для родителей ребенка с ДЦП. СПб: Каро, 2006. – 176 с.
- 19.Финни, Нэнси Р. Уход за ребенком с церебральным параличом: кн. для родителей / Нэнси Р. Финни; пер. с англ. И. Титова, М. Володькин. - Мн.: Минсктиппроект, 2003. – 256 с.
- 20.Хольц Ренате. Помощь детям с церебральным параличом / Ренате Хольц. Пер. с нем. А.Н. Неговориной; под ред. и с предисловием Е.В. Клочковой. -М.: Теревинф, 2007. – 336 с.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ