ПЛАН КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

Введение 3

Детские церебральные параличи. Причины развития детских церебральных параличей 5

Синдромы двигательных нарушений. Формы детских церебральных параличей 5

Спастическая диплегия 7
Спастическая гемиплегия 8

Двойная гемиплегия 8
Атонически-астатическая форма 9
Гиперкинетическая форма 9

Синдромы речевых нарушений 9

Сенсорные нарушения 11

Синдромы нарушений высших корковых функций 11

Нарушения пространственных представлений 11
Нарушения формирования схемы тела, стереогнозиса 12
Эмоциональные нарушения 12

Нарушения интеллектуального развития 13

Речевые расстройства у детей с церебральным параличом 13

Псевдобульбарные параличи 15

Паралитическая форма 15

Экстрапирамидная форма 16

Мозжечковая форма 17

Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом 18

Система занятий с детьми дошкольного возраста (от 5 до 7 лет) 18

Программа коррекционной работы с подготовительного по 3 класс специальных школ для детей, страдающих церебральным параличом 20

Вывод 24

Список литературы 26

**ВВЕДЕНИЕ**

Невропатология (от греческого neuron – нерв, pathos – болезнь, logos – наука) – раздел медицинской науки, который изучает болезни нервной системы.

Предметом изучения невропатологии являются:

1. исследование причин заболевания (этиология);
2. механизмы развития болезней (патогенез);
3. исследование симптомов и синдромов поражения центральной и периферической нервной системы (семиотика);
4. Изучение распространенности заболеваний;
5. Разработка методов диагностики, профилактики и лечения болезней.

Специальная педагогика занимается изучением особенностей физиологического и психического развития детей с различными отклонениями, их воспитанием, обучением и образованием.

Таким образом, предметом исследования данной контрольной работы являются: изучение этиологии, патогенеза, семиотики детского церебрального паралича, изучение методов диагностики, профилактики и лечения детского церебрального паралича, а также методика воспитания, обучения и образования детей с данной патологией.

В определении детского церебрального паралича, принятого интернациональной группой исследователей в Оксфорде в 1958 г., отмечается, что это страдание обуславливается заболеванием головного мозга, поражающим те отделы, которые ведают движениями и положениями тела, и обращается внимание на тот факт, что это заболевание приобретается на ранних этапах развития головного мозга.

Таким образом, речь идет о диффузном поражении головного мозга на ранних этапах его формирования, что может привести к сенсорным и речевым нарушениям у ребенка, страдающего церебральным параличом. Кроме того, наличие двигательных дефектов создает предпосылки для особенностей развития познавательной деятельности детей, так как чувственное познание формируется на основе анализаторной деятельности мозга.

Различные формы чувственного познания (ощущение, восприятие и представление) являются основными ступенями в развитии чувственных знаний человека об окружающей действительности. Здоровый ребенок познает окружающий мир посредством всех данных ему природой анализаторов, и уже на 3 – 4 месяце он тянется за предметом. Дети с церебральным параличом, у которых имеются паретические явления в руках, обычно испытывают затруднения при взятии предметов. А если к этому присоединяется порез ног, то это еще больше суживает круг предметов, которые они могли бы держать в руках, резко ограничивает их двигательную активность. Таким образом, развитие познавательной деятельности задерживается.

Здоровый ребенок уже с 4 месяца старается схватить любой предмет и, кроме ощупывания, потрогать его губами и языком. Следовательно, у него возникают первые ощущения и представления о фактуре, форме, величине, толщине, весе, температуре и даже вкусе различных предметов. Страдающий церебральным параличом получает ничтожную долю этой информации, и соответственно у него задерживается развитие стереогноза, тактильной и температурной чувствительности, а также в словаре не могут появиться слова обозначающие эти понятия. Кроме того, в этот период нормально развивающийся ребенок получает качественно новую информацию о пространстве и времени, ощущает, на сколько труднее дойти до кухни, чем до дивана, до стола, и какие сложности возникают при спуске по лестнице. Одновременно он начинает познавать направление и ориентироваться среди предметов. Больной ребенок лишен этих впечатлений.

Еще И. М. Сетченов отметил, что ходьба является важнейшим фактором в формировании восприятия пространства и времени, а, следовательно, здоровый ребенок в процессе передвижения начинает улавливать разницу между количеством времени, затрачиваемым на переход из одного помещения в другое (переход из комнаты в комнату, прогулка в парк). Гораздо более монотонно течет время у ребенка, прикованного болезнью к кровати. Недостаток информации во многом определяет незрелость его аналитико-синтетических связей и недоразвитие пассивного и активного словаря.

# ДЕТСКИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ПАРАЛИЧИ. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ДЕТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧЕЙ

Детские церебральные параличи - это группа патологических синдромов, возникающих вследствие внутриутробных, родовых или послеродовых поражений мозга и проявляющихся в форме двигательных, речевых и психических нарушений.

**Причины развития детских церебральных параличей.** К первой группе причин относят инфекционные заболевания матери во время беременности (краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз, грипп и др.), сердечно сосудистые и эндокринные нарушения у матери, токсикозы бере­менности, иммунологическую несовместимость крови матери и плода, перенесенные во время беременности психические и физи­ческие травмы, асфиксию, внутриутробную травму. Ко второй группе причин относят церебральные параличи вследствие менин­гита, энцефалита, менингоэнцефалита, черепно-мозговых травм.

Воздействие вредных факторов на мозг во внутриутробный пе­риод развития, в родах и после рождения вызывает разнообраз­ные изменения в оболочках и веществе мозга, которые в дальней­шем нарушают их нормальное развитие.

Ведущими в клинической картине детских церебральных пара­личей являются двигательные нарушения, которые характеризу­ются центральными параличами определенных групп мышц, рас­стройствами координации, гиперкинезами. Двигательные наруше­ния часто сочетаются с речевыми и психическими расстройствами, эпилептиформными припадками.

## СИНДРОМЫ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Двигательные нарушения при детских церебральных парали­чах обусловлены тем, что повышенный мышечный тонус, сочета­ясь с патологическими тоническими рефлексами (тонический ла­биринтный и шейные рефлексы), препятствует нормальному раз­витию возрастных двигательных навыков. Тонические рефлексы являются нормальными рефлексами у детей в возрасте до 2-3 мес. Однако, при детских церебральных параличах их обратное развитие задерживается, и они значительно затрудняют двигательное развитие ре­бенка.

 *Исследование тонического лаби­ринтного рефлекса в позе на животе*

При выраженности то­нического лабиринтного рефлекса (ЛТР) у ребенка с церебральным парали­чом в положении на спи­не повышается тонус разгибательных мышц. Такой ребенок не может поднять голову или делает это с большим тру­дом, не может вытянуть руки вперед, чтобы взять предмет, или подтянуться и сесть, повернуться со спины на живот. В положении на животе он не может поднять голову, разогнуть руки и опереться на них, встать на четвереньки, принять вертикальную позу.

При выраженности симметричного шейного тонического реф­лекса (СШТР) у ребенка с церебральным параличом мышечный тонус изменяется в зависимости от того, сгибает он голову или разгибает. Разгибание головы усиливает тонус разгибателей рук, в связи с этим ребенку грозит потеря равновесия и падение назад. Сгибание головы усиливает сгибательный тонус мышц, и ребенок может упасть вперед. Дети с церебральными параличами стремят­ся держать голову по средней линии, иначе нарушается равнове­сие при сидении, стоянии, ходьбе.

*Исследование асимметричного шейно-тонического рефлекса*

Асимметричный шейно-тонический рефлекс (АШТР) выража­ется в том, что при повороте головы в сторону повышается тонус в разгибательных мышцах той руки, в направлении которой по­вернута голова (ребенок принимает позу фехтовальщика). Из-за того что голова часто повернута в одну сторону, развивает­ся спастическая кри­вошея. Соче­тание АШТР с тони­ческим лабиринтным рефлексом затрудняет повороты на бок и на живот.

Выраженность то­нических рефлексов за­висит от тяжести пора­жения мозга. В тяже­лых случаях они резко выражены и их легко обнаружить. При более легких поражениях дети научаются тормозить рефлекс. Тониче­ские рефлексы оказывают влияние и на мышечный тонус артику­ляционного аппарата. ЛТР повышает тонус мышц корня языка, в результате чего затрудняется формирование голосовых реакций. При выраженности асимметричного тонического рефлекса мы­шечный тонус в артикуляционной мускулатуре повышается асим­метрично: больше на стороне, противоположной повороту голо­вы ребенка. В этом случае затрудняется произношение звуков. Симметричные шейные тонические рефлексы затрудняют дыха­ние, произвольное открывание рта, продвижение языка вперед. Этот рефлекс повышает мышечный тонус в спинке языка. При этом кончик языка плохо выражен и часто имеет форму лодочки. Подобные нарушения артикуляционного аппарата затрудняют формирование голосовой активности и звукопроизносительной стороны речи. У таких детей тихий, плохо модулированный голос с носовым оттенком.

*Исследование шейно-тонического рефлекса при детском церебральном параличе с явлениями кривошеи*

В зависимости от тяжести и распространенности различают сле­дующие формы детских церебральных параличей: спастическую диплегию, спастическую гемиплегию, двойную гемиплегию, парапле­гию, моноплегию, атонически-астатический синдром («вялая» фор­ма детского церебрального паралича), гиперкинетическую форму.

**Спастическая диплегия** (синдром Литтля) - наиболее частая форма детского церебрального паралича, характеризующаяся двигательными нарушениями в верхних и нижних конечностях; причем ноги страдают больше, чем руки. Степень вовлечения в патологический процесс рук может быть различной - от выраженных парезов до легкой неловкости, которая выявляется при развитии у ребенка тонкой моторики. Мышечный тонус в ногах резко повышен: ребенок стоит на полусогнутых и приведенных к средней линии ногах; при ходьбе наблюдается перекрещивание ног. Развиваются контрактуры в крупных суставах. Сухожильные рефлексы высокие, отмечаются клонусы стоп. Вызываются пато­логические рефлексы.

При **спастической гемиплегии** нарушения отмечаются преиму­щественно на одной стороне. В руке больше повышен мышечный тонус сгибателей, а в ноге - разгибателей. Поэтому рука согнута в локтевом суставе, приведена к туловищу, а кисть сжата в кулак. Нога разогнула и повернута внутрь. При ходьбе ребенок опирает­ся на пальцы. Сухожильные рефлексы высокие с расширенной зо­ной на стороне пареза (иногда с двух сторон); могут быть клонусы стоп и коленной чашечки; вызываются патологические рефлексы. Паретичные конечности отстают в росте от здоровых. При гемипаретической форме церебрального паралича у ребенка может возникнуть задержка речевого развития за счет алалии, особенно при поражении левого полушария. В 50% случаев у детей старше­го возраста наблюдаются гиперкинезы. Они появляются по мере снижения мышечного тонуса. Психическое развитие замедлено. Степень задержки варьирует от легкой до тяжелой. На задержку развития влияет наличие часто возникающих эпилептиформных припадков.

**Двойная гемиплегия** характеризуется двигательными наруше­ниями во всех конечностях, однако обычно руки страдают больше, чем ноги. Мышечный тонус часто асимметричен. Тяжелое пора­жение рук, лицевой мускулатуры и мышц верхней части тулови­ща влечет за собой выраженную задержку речевого и психиче­ского развития. Дети не сидят, не ходят, не могут себя обслуживать. В дошкольном возрасте, когда двигательная активность становит­ся более выраженной, у некоторых детей появляются гиперкинезы в дистальных отделах рук и ног, а также оральные синкинезии. У большинства больных выражен псевдобульбарный синдром. Сухо­жильные рефлексы высокие, но могут вызываться с трудом из-за высокого тонуса и контрактур. Эта форма детского церебрально­го паралича часто сочетается с микроцефалией и малыми анома­лиями развития (дизэмбриогенетическими стигмами), что свиде­тельствует о внутриутробном поражении мозга. При двойной геми­плегии нередко наблюдаются эпилептиформные припадки. В связи с тяжелыми двигательными расстройствами рано формируются контрактуры и деформации.

**Атонически-астатическая форма** характеризуется мышечной гипотонией. Тонические шейные и лабиринтный рефлексы выражены не резко; их можно обнаружить во время эмоционального напряжения ребенка и в момент попытки произвести произволь­ные движения. При этой форме церебрального паралича на 2-3 году жизни выявляются симптомы поражения мозжечка: интенционный тремор, туловищная атаксия, расстройства координации движе­ний. У этих больных резко страдают статические функции: они не могут держать голову, сидеть, стоять, ходить, сохраняя равнове­сие. Сухожильные рефлексы высокие. Часты речевые нарушения в форме мозжечковой или псевдобульбарной дизартрии. Отмечает­ся выраженная задержка психического развития. Степень сниже­ния интеллекта зависит от локализации поражения мозга. При по­ражении преимущественно лобных долей доминирует глубокая за­держка психического развития. При преимущественном поражении мозжечка психическое развитие страдает меньше, но в этом случае доминируют симптомы поражения мозжечка.

**Гиперкинетическая форма** характеризуется преимущественным поражением подкорковых образований при резус-конфликтной беременности. Гиперкинезы появляются после первого года жиз­ни, за исключением тяжелых случаев, когда их можно обнаружить уже на первом году. Гиперкинезы сильнее выражены в мышцах лица, нижних отделах конечностей и мышцах шеи. Различают гиперкинезы типа атетоза, хореоатетоза, торзионной дистонии. Эпилептиформные припадки наблюдаются редко. Сухожильные рефлексы высокие, с расширенной зоной. Часто наблюдаются ре­чевые расстройства. Психическое развитие страдает меньше, чем при других формах, однако тяжелые двигательные и речевые на­рушения затрудняют развитие ребенка, его обучение и социаль­ную адаптацию.

### СИНДРОМЫ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Речевые нарушения у детей с церебральными параличами харак­теризуются задержкой речевого развития, дизартрией и алалией.

Задержка речевого развития отмечается уже в доречевой пери­од. Гуление и лепет появляются поздно, отличаются фрагментар­ностью, бедностью звуковых комплексов, малой голосовой ак­тивностью. Первые слова также запаздывают, активный словарь накапливается медленно, формирование фразовой речи наруша­ется. Задержка речевого развития, как правило, сочетается с раз­личными формами дизартрии или алалии.

У детей с церебральными параличами наиболее часто отмеча­ется псевдобульбарная дизартрия. Для этой формы дизартрии ха­рактерно повышение тонуса речевой мускулатуры. Язык в полости рта напряжен, его спинка спастически изогнута, кончик не выражен. Губы спастически напряжены. Повышение мышечного тонуса может чередоваться с гипотонией или дистонией в отдельных мы­шечных группах артикуляционного аппарата. Парезы артикуляци­онных мышц вызывают расстройство звукопроизношения по типу псевдобульбарной дизартрии. Характерны нарушение голосообразования и расстройство дыхания. Часто наблюдаются содружест­венные движения (синкинезии) в артикуляционной мускулатуре.

Наряду с псевдобульбарной дизартрией, которая может встре­чаться при всех формах церебрального паралича, имеют место и другие формы дизартрии. Так, экстрапирамидная форма дизарт­рии наблюдается при гиперкинетической форме детского цереб­рального паралича. Эта форма характеризуется мышечной дисто­нией, гиперкинезами артикуляционных мышц, выраженным на­рушением интонационной стороны речи. При атонически-астатической форме детского церебрального паралича отмечается мозжечковая дизартрия, особенностью которой является асинхронность между дыханием, фонацией и артикуляцией. Речь но­сит замедленный и толчкообразный характер. К концу фразы го­лос затихает (скандированная речь).

Часто встречается смешанная дизартрия.

Моторная алалия приводит к недоразвитию всех сторон речи: фонематической, лексической, грамматической и семантической.

При сенсорной алалии затруднено понимание обращенной ре­чи. Отмечаются выраженные нарушения фонематического вос­приятия, вторично страдает развитие моторной речи.

Речевые нарушения у детей с церебральными параличами ред­ко бывают изолированными. Чаще дизартрия сочетается с задерж­ками речевого развития или с алалией.

#### СЕНСОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ

При детских церебральных параличах (особенно при гиперки­нетической форме) довольно часто снижается острота слуха (обычно отмечается на высокочастотные тона). Это может спо­собствовать нарушению произношения ряда звуков в отсутствие дизартрии. Ребенок, который не слышит звуков высокой частоты *(т, к, с, п, э, ф, ш),* не употребляет их в своей речевой продукции. В дальнейшем отмечаются трудности при обучении таких детей чтению и письму. У некоторых больных недоразвит фонематиче­ский слух. Любое нарушение слухового восприятия может при­вести к задержке речевого развития, а в тяжелых случаях – к гру­бому недоразвитию речи.

Ранняя диагностика недостаточности слуха у детей с цереб­ральными параличами имеет большое значение, так как своевременная коррекция этого дефекта позволяет избежать задержек речевого развития. Снижение остроты слуха у ребенка с двига­тельными нарушениями может затруднить выбор подходящей для него школы. В этом случае школу следует выбирать с учетом ве­дущего дефекта, исходя из того, что мешает адаптации ребенка (слуховой или двигательной).

**СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЙ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ**

**Нарушения пространственных представлений.** Восприятие про­странства (пространственный гнозис) рассматривается как ре­зультат совместной деятельности различных анализаторов, среди которых особо важное значение имеет двигательно-кинестетический. У детей с церебральными параличами имеет место недораз­витие пространственного гнозиса, что связано с недоразвитием или поражением теменной доли больших полушарий головного мозга и с нарушениями зрительного восприятия.

Нарушения зрительного восприятия связаны с недостаточно­стью фиксации взора и конвергенции, сужением полей зрения, птозом, двоением, нистагмом и снижением остроты зрения. На­рушения подвижности глазных яблок являются следствием пареза мышц, двигающих глазное яблоко. Нарушения слухового воспри­ятия также имеют значение в нарушении формирования простран­ственного гнозиса. Подобные сенсорные нарушения в дальней­шем служат причиной нарушения внимания и неумения сосредо­точиться на задании.

**Нарушение формирования схемы тела, стереогнозиса.** Наличие патологических тонических рефлексов и парезов рук приводит к недоразвитию зрительно-моторной координации. Наряду с нару­шением формирования пространственного гнозиса это затрудняет формирование восприятия формы и овладение умением соотно­сить в пространстве объемные и плоские величины. При этом страдает также развитие схемы тела. Задерживается формирова­ние понятий «правое» и «левое». Большое значение в недоразви­тии схемы тела имеют недостаточность кинестетических ощуще­ний, недоразвитие реакции равновесия, поражение нижней части теменной доли правого или левого полушария мозга. Так, при поражении левой теменной доли с большим трудом формируются представления о правом и левом, развиваются элементы астереогнозии, в дальнейшем затруднено усвоение письма, чтения и счета.

**Эмоциональные нарушения.** У больных детскими церебраль­ными параличами часто отмечаются эмоциональные нарушения, которые проявляются в виде повышенной возбудимости, склонности к колебаниям настроения, появлению страхов. Страх не­редко возникает даже при простых тактильных раздражениях, при изменении положения тела, окружающей обстановки. Некоторые дети боятся высоты, закрытых дверей, темноты, новых игрушек, новых людей. У детей с гиперкинетическим синдромом страхи могут перерасти в синдром витальной (жизненной) дизадаптации. При этом на различные зрительные и слуховые раздражители де­ти отвечают не ориентировочной, а защитной реакцией. Отмеча­ются повышенная возбудимость, слабая воля, неумение преодоле­вать препятствия и слабая мотивация к их преодолению.

У детей старшего возраста развиваются вторичные эмоцио­нальные нарушения как реакция на свой дефект. У них наблюда­ется склонность к невротическим нарушениям. Кроме того, воз­никает угроза патологического развития личности по тревожно-мнительному, аутистическому (уход в себя, в мир своих фантазий) или инфантилизированному типу.

**Нарушения интеллектуального развития.** Интеллектуальное раз­витие детей с церебральными параличами протекает в неблаго­приятных условиях и часто задерживается или искажается. Интел­лект при детских церебральных параличах бывает изменен по-разному: примерно 30% детей имеют недоразвитие интеллекта по типу олигофрении, у 25-30% интеллект сохранен, а у остальных наблюдается задержка интеллектуального развития, обусловлен­ная двигательными, речевыми и сенсорными расстройствами.

**РЕЧЕВЫЕ РАСТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ**

У детей с церебральными параличами, как правило, наблюда­ется моторная речевая недостаточность.

Большое место в патологии речи у этих детей занимают ди­зартрии — *мозжечковая* и *псевдобульбарная.*

По­ражение моторики имеет генерализованный характер, однотип­ный и для скелетной, и для речевой мускулатуры. В основе па­тологии движения лежит значительное, до степени ригидности, повышение тонуса мускулатуры при всяком активном движе­нии и в меньшей степени при пассивном движении. Характер­ные черты спастического пареза в равной мере касаются как мышц конечностей, так и мимической, жевательной и артику­ляционной мускулатуры. Так же как и в движениях конечностей, в этой мускула­туре отмечаются непостоянство в характере функционирования одних и тех же мышц, неточность, недифференцированность, неплавность и истощаемость движений, наблюдаются разные содружественные движения. Трудности непроизвольного сокра­щения в двигательном акте сочетаются с трудностями активно­го расслабления мышц. Последнее обстоятельство свидетель­ствует о неполноценности, недостаточности развития префрон-тальных зон коры, обусловливающее крайне трудное переклю­чение в более тяжелых случаях от фонемы .к фонеме, от слога к слогу, в более легких — от слова к слову. Возможно, это являет­ся одной из причин недостаточности развития «кинетической мелодии», создающей плавную речь. Недо­статочность переключения наряду со спастичностыо, нараста­ющей в процессе работы артикуляционных мышц, обусловли­вает то, что подражательные движения, с которых всегда начи­нается речь у здорового ребенка, для детей с церебральными параличами и резко выраженной спастичностью становятся практически невозможными, и, таким образом, выключается первое и главное звено речеобразования.

У ряда детей имеют место более или менее отчетливо выра­женные элементы апраксии речевой мускулатуры. Апраксия ре­чевой мускулатуры у этой группы детей имеет принципиальное сходство с гораздо более глубокой и тоже своеобразной апракси-ей позы пальцев — невозможностью воспроизведения позы по кинетическому следовому образу при возможности делать это по непосредственному и следовому зрительному раздражению. Это свидетельствует о недостаточности развития премоторных и рет-роцентральных зон коры.

У детей с церебральными параличами имеется чрезвычайно легкая подавляемость возможности движения артикуляционной мускулатуры, так же как и мускулатуры кисти и пальцев, эксте-роцептивными раздражениями зрительными, слуховыми, тактиль­ными, а также вестибулярными и собственно двигательными. Под влиянием раздражений повышается тонус артикуляционных мышц, и целенаправленное движение, если оно и было начато, становится невозможным.

У всех детей наблюдается недостаточность кинестетического отдела речедвигательного анализатора. Слабость кинестетичес­кого звена обусловливает, по-видимому, своеобразную апраксию мимико-артикуляционной мускулатуры, препятствующую разви­тию подражательных речевых движений. Кроме того, можно по­лагать, что низкий тонус кинестетического отдела речедвигатель­ного анализатора, обеспечивающего анализ поступающей из артикуляционного аппарата в мозг импульсации, является од­ним из основных препятствий для создания речевых схем и сле­дового двигательного образа слов. Следовая двигательная реак­ция является одним из необходимых условий для создания цепных реакций — «кинестетических мелодий», лежащих в основе раз­вития серийных движений при иннервации одним двигательным (речевым) импульсом.

### Псевдобульбарные параличи

М. Б. Эйдинова и Е. Н. Правдина-Винарская считают различного рода дизартрические речевые расстройства самым важ­ным симптомом псевдобульбарного паралича. При слабости губ­ных мышц ребенок плохо или совсем не произносит звуки *у, б, в, п, ф,* при слабости язычных мышц — *о, и, д, ф, с, р,* при парезе мягкого нёба — *г, х, к.* Не только парез, но и спастич-ность артикуляционных мышц и аппарата фонации играет боль­шую роль в патологии речи. Самые разнообразные комбинации пареза черепномозговых нервов и спазма различных групп мышц, осуществляющих акты артикуляции и фонации, создают пест­рую, во всех случаях своеобразную клинику псевдобульбарного паралича. Те формы расстройства речи, которые обязаны своим происхождением в большей степени эк­страпирамидным нарушениям, характеризуются обязательным наличием двух симптомов: расстройства речи типа дизартрии в сопутствующих стриарных симптомов.

В течение процессов развития речи явления паралича мышц голосовых связок сменяются у некоторых детей таким же прехо­дящим спазмом, который наблюдается в жевательной мускула-туре. Тогда афония или гипофония в свою очередь сменяются дисфонией, при которой тихая, часто шепотная речь перемежа­ется неудержимо громкими выкриками слогов, слов, иногда фраз.

Обращает на себя внимание, и то, что у преобладающего боль­шинства детей, судя по нашим наблюдениям, имеется амимия. Амимия может развиться в результате тяжелого поражения надъя-дерных путей черепномозговых нервов.

Почти у всех детей, как самых маленьких, так и более стар­ших, наряду с псевдобульбарной симптоматикой наблюдаются различного типа гиперкинезы, насильственный смех и плач, в 50% — мозжечковые расстройства.

Каждая клиническая форма псевдобульбарного паралича об­ладает определенными характерными особенностями.

**1. *При паралитической форме*** симптомы псевдобульбарного паралича резко выражены во всех своих проявлениях; афония, дисфония, дисфагия нередко приводят к тому, что у ребенка нет даже отчетливого голосообразования, а процесс еды, глотания для него чрезвычайно сложен. У этих детей никогда не наблюда­ется выкрикивание слов обусловленного преходящим повыше­нием тонуса или гиперкинезами мускулатуры голосовых связок. Паралич наблюдается и в собственно артикуляционной и лице­вой мускулатуре, в связи с чем амимия у них выражена более отчетливо, чем у детей других групп. Это состояние мимико-артикуляционной мускулатуры аналогично тому, которое наблю­дается в скелетной, где явления паралича также преобладают над спастичностью. Спастичность выявляется либо в определенных группах мышц при движении, либо при определенном положе­нии тела (вертикальном) — она развивается тогда в аддукторах бедер, икроножных мышцах, иногда сгибателях или разгибате­лях пальцев. Повышение тонуса возникает и в артикуляционной мускулатуре, но незначительное. Сходную картину вялого пара­лича у взрослых можно связывать с поражением варолиева мос­та. У этих больных вос­становление речи происходит с большим трудом — с трудом регрессирует именно псевдобульбарные симптомы и с наиболь­шим трудом из них — паралич нёбной занавески и мышц языка. С таким же трудом и лишь незначительно развивается коорди­нация между дыхательными и артикуляционными движениями. Псевдобульбарная дизартрия наряду с афонией и носовым от­тенком голоса держится долго.

**2. *При экстрапирамидной форме*** паралитические расстройства артикуляционной мускулатуры (нередко относительно легкие) осложняются глубоким тоническим напряжением артикуляци-онных мышц. Язык собран в ком у корня, малоподвижен, напряжены голосовые связки. Характер нарушения деятельности артикуляционной мускулатуры однотипен с нарушением деятель­ности скелетной мускулатуры. Спастичность распространяется и на дыхательную мускулатуру, и на мускулатуру гортани, что обус­ловливает своеобразие расстройства голосообразования у этих детей, характер дисфонии. Первой задачей логопеда в этих слу­чаях является обучение ребенка расслаблению мышц артикуля­ционного аппарата, чем подавляется и гиперкинез, обучение ак­тивным движениям мышц языка, губ, гортани, отработка синх­ронности дыхания и голоса.

**3. *При мозжечковой форме*** наблюдаются различные варианты атаксических расстройств, парезы спастического напряжения артикуляционной, жевательной и дыхательной мускулатуры. От­мечаются замедление темпа, дискоординация всех движений, включая и речевые. И здесь имеется прямой параллелизм между характером патологии скелетной и артикуляционной, жеватель­ной и дыхательной мускулатуры.

Общим для всех форм псевдобульбарного паралича является усугубление вегетативной и псевдобульбарной симптоматики при всех видах активного движения и скелетной, и артикуляционной мускулатуры: нарастание спастичности артикуляционных мышц, учащение и дизритмия пульса, гипергидроз, иногда изменение окраски кожи лица, отчетливое усиление гиперсаливации, уча­щение и нарушение ритма дыхания, усугубляющее недостаточ­ность слабо развитой речевой функции.

Все эти явления, наряду с нарастающей при движении мимико-артикуляционных мышц спастичностью, затрудняют анализ поступающих речевых сигналов, что препятствует возможности закрепления речевых условно-рефлекторных связей.

Морфологически при псевдобульбарном параличе обнаруживается замедленное развитие моторной зоны коры и пирамидного пути. Эта же причина лежит в основе функ­циональной недостаточности тех корковых систем, сосредото­ченных в премоторной зоне, с которыми, как говорилось выше, связана функция денервации речевых синергий и автоматизации определенных групп речевых движений, что создает плавность речи, автоматизм речевых процессов.

Недостаточность некоторых гностических функций у этих де­тей связана в основном с патологией ядерного отдела двигательно-кинетического анализатора, но усугубляется и слабой возбудимостью самих проприоцепторов.

Патология кинестезии лежит в основе симптоматики, указы­вающей на недостаточность ретроцентральных зон у детей преимущественно со спастическими и гиперкинетическими форма­ми. У них наблюдается апраксия языка, нарушение некоторых сложных форм кинестетического чувства языка и пальцев. Этот момент, несомненно препятствует появлению и закреплению условнорефлекторных речевых связей.

Наряду с этим у многих детей существуют оральные автома­тизмы, которые в силу легкости подавления возбуждения в речедвигательном анализаторе также могут явиться препятствием к развитию речи по механизму подавления слабого очага воз­буждения (в коре) более сильным, локализующимся в стволе.

**МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВОГО И ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

**Система занятий сдетьми дошкольного возраста (от 5 до 7 лет)**

***Развитие пространственных представлений.***

1. Определение основных пространственных (предложных) отношений на конк­ретных предметах. Ребенок по инструкции переставляет предме­ты в указанных направлениях.

2. Название основных пространственных отношений на сю­жетной картине.

3. Развитие конструктивного праксиса.

4. Развитие пространственных отношений в изобразительной деятельности ребенка.

5. Тренировка памяти на пространственные отношения. Ана­лиз картины по памяти с учетом пространственных взаимоотно­шений между предметами. Рассказ по памяти о расположении предметов в пространстве. Тренировка следовых проб конст­руктивного праксиса.

***Управления по развитию осязания.***

1. Тренировка по определе­нию фактуры предмета. Узнавание на ощупь фактуры при пред­варительном показе.

2. Определение фактуры и форм реальных предметов без пред­варительного показа.

3. Дифференцировка на ощупь различных геометрических тел:

а) одинаковой формы, но разной толщины (плоские и объем­ные);

б) одинаковой формы и толщины, но разной величины (боль­шие и маленькие);

в) одинаковой величины и толщины, но разной формы. Раз­витие этой способности формируется поэтапно:

/ *этап –* узнавание объемных фигур на ощупь после предва­рительного зрительного ознакомления с фигурой;

// *этап* – узнавание объемных фигур одинаковой фактуры без предварительного показа;

*IIIэтап –* узнавание плоских фигур одинаковой фактуры после зрительного ознакомления;

*IV этап –* узнавание плоских фигур на ощупь без показа;

*V этап –* узнавание фигур на ощупь одинаковой формы, но разных по фактуре после предварительного их осмотра;

*VI этап* – узнавание формы и фактуры предмета на ощупь без предварительного осмотра;

*VII этап –* различение предметов одинаковой формы и фак­туры по величине на ощупь.

***Развитие временных представлений.***

1. Определение последо­вательности времени года, уточнение на картинках и при сло­весном описании отличительных признаков каждого сезона.

2. Последовательность периодов суток, разбор на режимных моментах.

3. Отработка понятий «старше — младше».

Для ***формирования обобщений*** проводятся упражнения по раз­витию обобщения методом исключения (игра «Четвертый лиш­ний»).

/ *этап –* перед ребенком раскладываются 4 предмета, объе­диненные между собой определенными свойствами.

// *этап* – исключение лишних предметов по картине.

Для ***развития понимания причинно-следственных отношений*** используется игра — отгадывание. В процессе игры формиру­ются самостоятельные наблюдения и определенные понятия о предметах, раскрываются причинно-следственные связи.

Как показали многолетние наблюдения, предложенные мето­ды коррекции позволяют значительно развить несформирован­ные функции и подготовить ребенка к восприятию программы общеобразовательной школы.

**Программа коррекционной работы с подгтовительного по 3 класс специальных школ для детей, страдающих церебральным параличом**

Первые годы функционирования школ для детей с церебраль­ным параличом показали, что учащиеся, страдающие этим забо­леванием, встречаются с серьезными трудностями при овладе­нии программным материалом, причем эти затруднения качественно отличаются от тех, с которыми сталкиваются здоро­вые дети.

В основу восстановительной работы были положены следую­щие принципы:

1) соблюдение последовательного стадийного развития процес­сов познавательной деятельности, наблюдаемого в онтогенезе;

2) опора на комплексную работу анализаторных систем, так при воспитании фонематического слуха, кроме слухового, опи­рались на речедвигательный, кинестетический и зрительный ана­лизаторы;

3) использование в процессе занятий сохранной или уже вос­становленной функции;

4) словесный анализ предметов, явлений и действий.

Коррекционная программа рассчитана на 4 года начальной школы (подготовительный класс, 1, 2 и 3).

Данная программа по коррекции нарушенных функций у де­тей с церебральными параличами включает следующие разделы:

1) развитие зрительного восприятия формы и цвета;

2) коррекция пространственных представлений;

3) компенсация временных представлений;

4) воспитание фонематического слуха и анализа;

5) обучение способности к обобщениям и дифференцировкам в связи с развитием устной речи.

В каждом разделе выделяются: название темы, содержание работы, виды коррекции, знания, умения и навыки, которыми должны овладеть учащиеся при прохождении данной темы.

В подготовительном классе учащихся следует научить диффе­ренцировать основные цвета спектра и их оттенки и подбирать идентичные геометрические фигуры.., учитывая признак фор­мы, цвета, величины.

В 1-ом классе дети должны дифференцировать эти фигуры и различные типы многоугольников и различать тела по принципу объемности.

Во 2-ом классе приводится анализ различий при сопоставле­нии по признаку величины и объемности и занятия по построе­нию различных геометрических фигур.

В 3-ем классе у учащихся вырабатывается умение построить с помощью линейки и угольника четырехугольник и углы различ­ного типа.

При развитии пространственных представлений в подготови­тельном классе обращается внимание на умение ученика ориен­тироваться в схеме собственного тела и напротив сидящего, на способность правильно соотносить предметы в окружающем про­странстве.

Большое внимание уделяется развитию конструктивного праксиса и тренировке памяти на пространственные представления.

В 1-ом классе продолжается работа по развитию конструктив­ного праксиса и тренировки памяти на пространственные пред­ставления; кроме того, уделяется внимание синтезированию це­лого из частей и устному описанию различных планов и схем пути.

Во 2-ом классе проводятся упражнения по развитию конст­руктивного праксиса и конструированию.

В 3-ем классе — черчение различных планов и схем пути.

В тему «Временные представления» в подготовительном клас­се входит уточнение и расширение представлений о временах года, времени суток, их признаках и порядке следования. Учат определять на циферблате время (только круглый час).

В 1-ом классе дети должны уметь узнавать время на циферб­лате и правильно соотносить общественные события с факта­ми своей биографии и жизни родителей.

Во 2-ом классе требуется умение определять на циферблате вре­мя с точностью до минут, секунд; дается представление о веке – столетии.

В 3-ем классе при занятиях по этой схеме перед учениками ставится задача: уметь определять временную последовательность при чтении статей по истории.

В разделе «Развитие фонематического слуха и анализа» про­грамма подготовительного класса построена таким образом, что­бы подготовить ребенка к овладению навыками письма и чтения, особое внимание уделяется анализу предложения, слова, слога и выделению звука. Коррекционная работа начинается с развития фонематического слуха, проводится целый ряд упражнений по выделению и дифференцировке звуковых параллелей на слух: глас­ные-согласные, шипящие-свистящие, звонкие-глухие.

В 1-ом классе продолжается анализ предложений, слов и сло­гов, а также обращается внимание на выделение ударного слога и на интонационное оформление предложений в зависимости от их типа.

Работа по развитию речи проводится на всех уроках, на уроках коррекции особое внимание уделяется расширению пассивного и активного словаря, умению определить логические связи, пони­манию фраз с переносным смыслом, составлению рассказа.

В подготовительном классе уделяется внимание развитию на­выков обобщения, дифференцирования и расширению слова­ря, связанного с пространственными и временными представ­лениями.

В 1-ом классе выполняются упражнения по определению логических связей в прочитанном тексте, анализируется смысл пословиц и поговорок, подбираются оценочные эпитеты к ука­занным предметам и явлениям и проводятся творческие ра­боты.

Во 2-ом классе идет обогащение словаря, связанного с эмо­циональным состоянием людей и явлениями природы. Новым видом работы является знакомство с многозначностью слов: си­нонимы, омонимы, антонимы и знакомство с образными выра­жениями, метафорами, а также различение жанров (проза и сти­хи, сказка и рассказ).

В 3-ем классе проводится также много творческих работ (опи­сание виденного или слышанного, самостоятельное придумыва­ние сказок, рассказов на заданную тему).

Проведение коррекционной работы по этой программе по­зволяет скомпенсировать нарушенные процессы познавательной деятельности у детей с церебральным параличом и дает возможность учащимся успешно овладеть учебным материалом.

**Вывод**

Детские церебральные параличи - это группа патологических синдромов, возникающих вследствие внутриутробных, родовых или послеродовых поражений мозга и проявляющихся в форме двигательных, речевых и психических нарушений.

Детские церебральные параличи возникают в результате:

 1) инфекционных заболеваний матери во время беременности (краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз, грипп и др.),

сердечно сосудистых и эндокринных нарушений у матери,

токсикозов бере­менности,

иммунологической несовместимости крови матери и плода,

перенесенных во время беременности психические и физи­ческие травмы,

асфиксии,

внутриутробной травмы;

2) менин­гита;

энцефалита;

менингоэнцефалита;

черепно-мозговых травм.

Воздействие вредных факторов на мозг во внутриутробный пе­риод развития, в родах и после рождения вызывает разнообраз­ные изменения в оболочках и веществе мозга, которые в дальней­шем нарушают их нормальное развитие.

В клинической картине детских церебральных пара­личей ведущими являются двигательные нарушения, которые характеризу­ются центральными параличами определенных групп мышц, рас­стройствами координации, гиперкинезами. Двигательные наруше­ния часто сочетаются с речевыми и психическими расстройствами, эпилептиформными припадками.

Важно вовремя определить, диагностировать заболевание и как можно раньше начать лече­ние. Раннее лечение – один из залогов успеха в лечении детских церебральных параличей. Очень важно правильно организовать лечение детских церебральных параличей. Оно должно основы­ваться на следующих принципах: раннее начало, этапность, пре­емственность и комплексность.

Этапность в лечении детских церебральных параличей означа­ет лечение на разных этапах: родильный дом – больница – санато­рий для детей с двигательными нарушениями – дома ребенка – дет­ские сады – специализированные школы и интернаты для детей с последствиями полиомиелита и церебральными параличами.

Между этими учреждениями должна быть преемственная связь, что делает лечение более адекватным и успешным. Комплексность лечения означает, что должна проводиться различная восстановительно-коррекционная работа: лечение движениями (лечебная физкультура), массаж, физиотерапевтические воздействия, орто­педическое и медикаментозное лечение, медико-педагогическая коррекция.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бадалян Л. О. Невропатология. – М., 2000.
2. Семенова К. А. Детские церебральные параличи. – М., 1968.
3. Данилова Л. А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. – Л., 1977.
4. Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом./ Под ред. М. В. Ипполитовой. – М.,1989.
5. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. – М., 1989.