ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА

1 ГОДА ЖИЗНИ

Раннее выявление различных отклонений в формировании речи позволит начать коррекционную работу на 1 году жизни и т.о. даст возможность скомпенсировать первичный дефект и предотвратить вторичные отклонения в развитии речи.

Логопедическое обследование включает в себя сбор данных о раннем доречевом развитии (выписки из истории развития болезни), а также данных наблюдения и обследования.

Общий осмотр необходимо начинать с наблюдения за ребенком в период бодрствовании в кроватке, манеже и т.д. не привлекая к себе его внимания.

Прежде всего обращается внимание на форму черепа в целом и соотношении величины мозговой и лицевой частей черепа. Форма может быть самой разнообразной, что связано с ее временной деформацией при прохождении родовых путей, но обычно преобладает брахицесралическая. Деформация головы, связанная с родами, через 2-3 недели исчезает. При гидроцефалии преобладание мозговой части черепа над лицевой особенно выражено. Необходимо отметить наличие черепно-лицевых асимметрии. Ассиметрия костей лицевого черепа может быть коституциальным признаком, а может быть обусловлено и дизэмбриогенезом. О нормальной иннервации мимической мускулатуры свидетельствуют симметрия глазных щелей и складок на лице как в спокойном состоянии, так и при крике, симметричное смыкание век, плотное захватывание соска, соски.

При порезах и параличах мимической мускулатуры наблюдается комплекс симптомов:

- расширение глазной щели – лагофтальм;

- при крике, когда ребенок пытается зажмурить веки, глазные яблоки смещаются вверх, а глазная щель остается несомкнутой и видна белковая оболочка под радужной – феномен Белла;

- один угол рта может быть опущен, одна носогубная складка может быть выражена больше дугой;

- во время крика отмечается неравномерность образования складок на лбу, перетягивание рта в одну сторону, неплотное захватывание соска, подтекание пищи из угла рта – все это может свидетельствовать о периферическом поражении лицевого нерва.

При центральном поражении лицевого нерва лагофтальм и феномен Белла отсутствуют, наблюдается сглаженность носогубной складки при крике рот перетягивается в сторону более глубокой складки. Тонус мимических мышц, как и наличие или отсутствие пареза и паралича определяется при участии врача-невролога.

ИССЛЕДОВАНИЕ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА

- особенности строения артикуляционных органов,

- положение в покое при общем симметричном положении тела ребенка,

- оценка непроизвольных движений артикуляционного аппарата во время еды (глотание, питье, жевание) при мимических проявлениях, при голосовых и звуковых реакциях, а также наличие или отсутствие парезов, параличей, насильственных движений. По тому как ребенок сосет и глотает и как эти процессы сочетаются с дыханием, можно судить о функции троичного лицевого подъязычного (сосание), языкоглоточного и блуждающего (нервов).

При активном сосании, положенное количество молока ребенок высасывает за 10-15 минут, молоко не выливается изо рта, ребенок не поперхивается, сосание ритмичное и на каждые два сосательных движения приходится два глотательных и одно-два дыхательных.

Ограниченная подвижность артикуляционных мышц представляет сосбой основное проявление пареза или паралича этих мышц. Могут отмечаться недостаточность подъема кончика языка вверх в полости рта, невыраженность кончика языка, ограниченная способность языка двигаться вниз, назад. Все это дает возможности формирования звуков в гулении, лепете и в речи в дальнейшем.

НАРУШЕНИЕ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА В АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МУСКУЛАТУРЕ МОГУТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ:

1. гипертонусом
2. гипотонией
3. дистонией

1. ГИПЕРТОНУС приводит к спастичности артикуляционных мышц языка и губ: язык напряжен, отодвинут назад, спинка изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Повышение тонуса в круговой мышце рта проявляется в ограниченности непроизвольных движений. У ребенка 3-6 мес. можно констатировать нарушение тонуса артикуляционной мускулатуры, т.к. до 3-4 мес. преобладает физиологический гипертонус.

2. ПРИ ГИПОТОНИИ язык тонкий, распластанный в полости рта, губы вялые, не смыкаются плотно, пища подтекает из углов рта; может отмечаться нозализация звуков гуления, лепета, крика.

3. ДИСТОНИЯ (меняющийся характер мышечного тонуса) может отмечаться низкий мышечный тонус в состоянии покоя, а при звуковых реакциях тонус резко нарастает.

Исследуется мышечный тонус в артикуляционной и мимической мускулатуре при пассивных движениях органов артикуляции (открывание и закрывание рта, растягивание губ).

Следующим этапом обследования ребенка 1 года жизни является оценка его дыхательной деятельности.

Нарушения дыхания у детей с различными церебральными нарушениями обусловлены недостаточностью центральной регуляцией дыхания, а также патологией двигательной функции.

В первые месяцы жизни преобладает брюшной тип дыхания (дыхание поверхностное, частое).

После 6 месяцев дыхание смешанное (глубже и реже).

У детей с церебральной патологией часто наблюдаются нарушения координации между дыханием, сосанием, глотанием. Характерные нарушения дыхания: при звукопроизношении дыхание улучшается, после произношения звуков делается поверхностный судорожный вдох, нарушается активный выдох.

Оцениваются голосовые реакции, связанные с жизненно важными физиологическими функциями: крик, кашель, чихание, звуки при сосании, глотании. Различные патологические состояния могут приводить к затруднению или невозможности даже этих реакций. Крик может быть слабым, тихим; пронзительным, болезненным, с носовым оттенком при аномалиях строения носоглотки. Голосовые реакции могут быть бедными или отсутствовать совсем вследствие угнетения ЦНС. К 2 месяцам у здорового ребенка крик может возникнуть при прекращении общения с ним, при изменении положении его тела (а не только как реакция на голод, дискомфорт). В 6-9 месяцев ребенок может закричать при появлении незнакомых людей. В 12 месяцев громко закричать без игрушки.

У детей с церебральной патологией, крик долго не приобретает интонации, выразительности или остается единственным средством общения ребенка со взрослыми на протяжении 1 года жизни (если это тяжелая патология ЦНС).

В ходе логопедического обследования методом наблюдения оцениваются звуковые реакции ребенка, важна их качественная характеристика. При точном определении раздражителей, которые значимы для конкретного ребенка, легче наметить пути стимулирования звуковых реакций. Необходимо точно установить уровень общения ребенка со взрослым; то ли это только тактильно-эмоциональный уровень (что очень характерно для детей с тяжелой церебральной патологией, хромосомными заболеваниями); или эмоционально-речевым, присущее детям с перинатальной патологией, недоношенным детям, воспитывающимся в доме ребенка; или уровень предметно-действенного общения. Знание уровня общения и значимых раздражителей дает возможность выбрать правильное направление в коррекционной работе.

При этом нужно учитывать то, что общение появляется не сразу с рождением ребенка, а складывается постепенно. О наличии у ребенка общения можно утверждать, когда имеются 4 признака:

1. взгляд в глаза взрослого (13-20 дней),
2. ответная улыбка на воздействие взрослого (1 месяц),
3. самостоятельные улыбки и двигательное оживление (3 месяца),
4. стремление продлить эмоциональный контакт со взрослыми.

До тех пор пока наблюдаются отдельные из этих признаков, происходит процесс становления общения; когда же налицо все 4 признака, общение является сложившимся.