|  |
| --- |
| **ррррррр**    **Содержание**  **Введение----------------------------------------------------------------------------3**  **1.1.Общая характеристика ДЦП.---------------------------------------------5**  **1.2.** **Синдромы речевых нарушений при ДЦП----------------------------8**  **1.3Диагностика Детского Церебрального Паралича.------------------10**  1.4.**Основные направления коррекционно-педагогической работы в дошкольном возрасте .----------------------------------------------------------12**  **Заключение---------------------------------------------------------------------------15**  **Список литературы-----------------------------------------------------------------17**  **Введение**  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.  **1.1.Общая характеристика ДЦП.**  Детский церебральный паралич (ДЦП) - это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. В среднем 6 из 1000 новорожденных страдают церебральным параличом. **ДЦП**возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга - большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений... Степень тяжести двигательных нарушений варьируется в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на, другом - минимальные. Психические и речевые расстройства, так же как и двигательные, имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом имеют различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной дeятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Они не в состоянии самостоятельно передвигаться. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Они полностью себя обслуживают, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики. ДЦП возникает вследствие органического поражения центральной нервной системы под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробный (пренатальный) период, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в ранний постнатальный период). Наибольшее значение в возникновении ДЦП придают сочетанию поражения мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Все неблагоприятные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, что приводит к расстройствам питания и кислородному голоданию Сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой считается в настоящее время одной из наиболее частых причин возникновения ДЦП. Родовая травма, с одной стороны, воздействует на мозг, как и всякая механическая травма, с другой - она вызывает нарушение мозгового кровообращения и в тяжелых случаях - кровоизлияние в мозг. Действие родовой травмы обычно сочетается с асфиксией (патологическим состоянием организма, характеризующимся недостатком кислорода в крови и избыточным накоплением углекислоты, нарушением дыхания, сердечной деятельности). У детей, перенесших состояние асфиксии и особенно клиническую смерть (отсутствие дыхания и сердечной деятельности), имеется высокая степень риска для возникновения ДЦП. Недоношенный плод имеет повышенную склонность к асфиксии и родовой травме. Детский церебральный паралич может возникать и после рождения в результате пере несенных нейроинфекций (менингита, энцефалита), тяжелых ушибов головы, как осложнение после прививок на первом году жизни. Итак, **ДЦП**- это полиэтиологическое заболевание мозга, которое возникает под влиянием действия различных вредных воздействий внутреннего и внешнего характера на организм эмбриона, плода или новорожденного. Часто имеет место сочетание различных вредоносных факторов. У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируются функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития при **ДЦП**широко варьируются. В силу двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Двигательные нарушения, в свою очередь, оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи. Различают следующие формы ДЦП: гиперкинетическая, атонически-астатическая, гемипаретическая, спастическая диплегия (болезнь Литтла), двойная гемиплегия. |

**1.2.** **Синдромы речевых нарушений при ДЦП.**

Интеллект при этой форме ДЦП, как правило, не страдает. На позу и движения оказывают значительное влияние непроизвольные насильственные движения (гиперкинезы). Они  могут быть различными: быстрые  размашистые, отрывистые называются  хореическим гиперкинезом, медленные червеобразные – атетозом. Нередко наблюдается хореоатетоз. Гиперкинезы в руках и мимической мускулатуре лица преобладают над гиперкинезами в ногах. Атетоидный гиперкинез преобладает в пальцах, кистях рук, хореический – в мышцах шеи, туловища,  проксимальных  (расположенных ближе к туловищу) отделах конечностей. Интенсивность гиперкинезов усиливается при попытке выполнения любого активного движения, при эмоциональном волнении. В покое непроизвольных движений становится значительно меньше, во сне они практически полностью исчезают. Отмечаются своеобразные нарушения мышечного тонуса – дистония, характеризующаяся  изменчивым мышечным тонусом. Нормальный фиксационный мышечный тонус, определяющий положение конечностей и всего тела в пространстве, у больных отсутствует. Длительно не угасают врожденные тонические рефлексы, прежде всего, шейные. С этим, возможно, связано усиление интенсивности гиперкинеза при раздражении проприорецепторов шеи (курковая зона гиперкинезов). Всегда при этой форме церебрального паралича наблюдаются речевые расстройства (гиперкинетическая дизартрия), связанные с непроизвольными движениями и нарушением мышечного тонуса. Поскольку расход энергии при непроизвольных движениях значительно возрастает, у многих детей, страдающих гиперкинетической формой церебрального паралича, отмечается дефицит массы тела. Этому также способствуют нарушения функции вегетативной нервной системы. При этой форме ДЦП мышечный тонус в течение первого года жизни ребенка закономерно меняется. У детей 1-го месяца жизни он снижен (т.н. синдром вялого ребенка). Со 2-го месяца жизни отмечаются дистонические атаки, во время которых происходит внезапное повышение мышечного тонуса, сменяющееся его быстрым снижением. Непроизвольные движения в тяжелых случаях впервые появляются в 4-х месячном возрасте, как правило, в мышцах языка, но у большинства детей при умеренном поражении нервной системы гиперкинезы возникают в конце 1-го – начале 2-го года жизни.

**1.3Диагностика Детского Церебрального Паралича.**

Диагностика детского церебрального паралича не представляет особенных трудностей, поскольку имеются характерные отличительные признаки, связанные с двигательными нарушениями непрогрессирующего характера. Подтверждение диагноза "детский церебральный паралич" проводится при помощи неврологического обследования, а также магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга. Магнитно-резонансная томография способна выявить и визуализировать атрофию коры и подкорки головного мозга, порозность и сниженную плотного белого вещества.

**Особенности детей с ДЦП**: Ведущая причина детского церебрального паралича – это изменение нормальной структуры головного мозга, а основными симптомами являются различные расстройства двигательной сферы. Расстройства движений основаны на нарушении передачи сигнала от головного мозга к мышцам, и на сопутствующем патологическом состоянии мышечных групп (повышенный или пониженный тонус). ДЦП характеризуется наличием двигательных, речевых, умственных, эмоциональных и волевых расстройств, которые связаны с повреждением самых разных мышечных групп и тканей головного мозга. Сложности развития детей с детским церебральным параличом обусловлены большими трудностями при выполнении ими координированных и сложных движений. Особенности детей с ДЦП обусловлены двумя основными факторами: Нарушение нормальной структуры тканей центральной нервной системы. Ограничение самостоятельности из-за невозможности свободно двигаться, и лишь частичной способности к самообслуживанию. Любые движения ребенка с ДЦП являются замедленными. Это создает почву для формирования диспропорций между развитием мышления и представлением об окружающем пространстве. Дело в том, что абстрактные знания и навыки логического мышления могут формироваться у ребенка с ДЦП вполне нормально, без каких-либо задержек. А вот представления об окружающем пространстве могут формироваться правильно только в условиях постоянного совершения ребенком движений, в ходе которых вырабатывается мышечная память и стереотипы, а также развиваются определенные функции мозга. В результате такой диспропорции дети с ДЦП очень часто плохо считают, им трудно усвоить математические действия. Другая особенность детей с ДЦП заключается в измененной умственной работоспособности, то есть даже на фоне нормального интеллекта ребенок способен заниматься меньший промежуток времени, усваивает меньший объем информации в единицу времени, по сравнению со здоровым сверстником. Из-за данной особенности дети с ДЦП в 70% случаев имеют задержку психического развития. Интеллект таких детей может быть разным - как нормальным, так и резко сниженным, вплоть до выраженной дебильности. Эмоциональная сфера детей с ДЦП имеет следующие особенности: ранимость, сильная впечатлительность, привязанность к опекунам и родителям. Основная причина задержки и нарушений психического развития детей с ДЦП - в недостаточности мышечной работы (невозможность участия в подвижных играх и т.д.) и ограничении контактов со сверстниками из-за трудностей речевого общения. Дети с ДЦП имеют расстройства речи, обусловленные нарушением тонуса мышц, принимающих непосредственное участие в произношении звуков.

1.4.**Основные направления коррекционно-педагогической работы  
в дошкольном возрасте .**

Развитие игровой деятельности.Развитие речевого общения с окружающими (со сверстниками;и взрослыми). Увеличение пассивного и активного словарного за-паса, формирование связной речи. Развитие и коррекция наруше­ний лексического, грамматического и фонетического строя речи.  
Расширение запаса знаний и представлений об окружающем.  
Развитие сенсорных функций. Формирование пространственных;  
и временных представлений, коррекция их нарушений. Развитие  
кинестетического восприятия и стереогноза. Развитие внимания, памяти, мышления (наглядно-образного и элементов абстрактно-логического).  
Формирование математических представлений. Развитие ручной умелости и подготовка руки к овладению пись­мом. Воспитание навыков самообслуживания и гигиены. Значительное место в коррекционно-педагогической работе при ДЦП отводится **логопедической коррекции.**Ее основная цель — раз­витие (и облегчение) речевого общения, улучшение разборчивос­ти речевого высказывания для того, чтобы обеспечить ребенку лучшее понимание его речи окружающими. Задачи логопедической работы: а) нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата. Развитие подвижности органов артикуляции. (В более тяжелых случаях — уменьшение сте­пени проявления двигательных дефектов речевого аппарата: спас­тического пареза, гиперкинезов, атаксии; б) развитие речевого дыхания и голоса. Формирование силы, продолжительности, уп­равляемости голоса в речевом потоке. Выработка синхронности дыхания, голоса и артикуляции; в) нормализация просодической стороны речи; г) формирование артикуляционного праксиса на этапе постановки, автоматизации и дифференциации звуков речи. Коррекция нарушений звукопроизношения; д) развитие функций кистей и пальцев рук; е) нормализация лексико-грамматических навыков экспрессивной речи (при смешанном, сложном речевом расстройстве, проявляющемся как дизартрической, так и алали-ческой патологией речи, или при задержке речевого развития).  
Традиционно используются следующие методы логопедического воздействия: 1) дифференцированный логопедический массаж. В за­висимости от состояния тонуса мышц артикуляционного аппарата проводится расслабляющий массаж (при спастичности мышц) и стимулирующий массаж (при гипотонии) с целью активизации мышечного тонуса; 2) точечный массаж\*, 3) зондовый и пальцевой массаж языка; 4) пассивная артикуляционная гимнастика (логопед выполняет пассивные движения органов артикуляции); 5) актив­ная артикуляционная гимнастика; 6) дыхательные и голосовые упражнения. Для предотвращения роста детской инвалидности вследствие ДЦП большую роль играет создание системы помощи, при кото­рой возможна ранняя диагностика и раннее начало систематичес­кой лечебно-педагогической работы с детьми, страдающими це­ребральным параличом. В основе такой системы лежит раннее вы­явление среди новорожденных — еще в родильном доме или детс­кой поликлинике — всех детей с церебральной патологией и ока­зание им специальной помощи. В нашей стране создана сеть специ­ализированных учреждений Министерства здравоохранения, про­свещения и социальной защиты: поликлиники, неврологические отделения и психо-неврологические больницы, специализирован­ные санатории, ясли-сады, школц-интернаты для детей с нару­шениями опорно-двигательного аппарата, Дома ребенка, интер­наты (Министерства социальной защиты) и различные реабили­тационные центры. В этих учреждениях в течение длительного вре­мени осуществляется не только восстановительное лечение, но и квалифицированная помощь логопедов, дефектологов, психоло­гов, воспитателей по коррекции нарушений познавательной дея­тельности и речи. К сожалению, в настоящее время такие учреж­дения имеются только в Москве, С.-Петербурге и других крупных городах. Амбулаторное лечение проводится на базе детской поликлини­ки врачами (невропатологом, педиатром, ортопедом), которые руководят лечением ребенка дома. При необходимости ребенок направляется на консультацию в специализированную неврологи­ческую поликлинику. Комплексное лечение в амбулаторных усло­виях является достаточно эффективным при легких формах ДЦП, при выраженных нарушениях оно должно сочетаться с лечением в стационаре (в неврологических отделениях или психо-неврологи-чёских больницах) или санатории.

**Заключение**

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.Дедюхина Г.В., Могучая Л.Д., Яньшина Т.А. логопедический массаж и лечебная физкультура с детьми 3-5 лет, страдающих детским церебральным параличом. М., издательство «Гном и Д», 2001

2.Иншакова. О. Б. « Альбом для логопеда» - М, - 2005 г.

3.Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах.- М., 1990

4.Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Москва. 2001

5.Бадалян Л. О. Невропатология. – М., 2000.