## Министерство образования и науки Республики Казахстан

## Национальный научно-практический центр коррекционной педагогики

## Республиканская психолого-медико-педагогическая консультация

**ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ**

**ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Учебно-методическое пособие

ББК74.3

П 86

## **МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ**

## **РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**Рецензенты:**

доктор медицинских наук, профессор **М.М.Лепесова,**

доктор психологических наук, профессор **Х.Т. Шерьязданова,**

кандидат педагогических наук, **додент З.А. Мовкебаева**

**П 86 Психолого-медико-педагогическое обследование детей**

**с нарушениями опорно-двигательного аппарата:**

Учебно-методическое пособие/Под общ. ред.

канд.психол.наук А.К.Ерсариной. Алматы, 2006. -136 с.

В пособии изложена система комплексного обследования детей с наруше- ниями опорно-двигательного аппарата в условиях психолого-медико-педаго- гической консультации (ПМПК). Подробно изложены особенности психофизи- ческого развития детей с церебральным параличом, описаны методики неврологического, психолого-педагогического, логопедического и социально- педагогического обследования, а также система оказания медицинской и социально-педагогической поддержки детей данной категории в стране.

Учебно-методическое пособие предназначено для всех специалистов ПМІІК, для ознакомления и использования в практической деятельности невропатологам, психиатрам, психологам, логопедам, педагогам-дефектологам, социальным педагогам.

Изложенный в книге материал представляет собой обобщение собственного опыта и имеющихся литературных источников по проблеме изучения детйе с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

ISBN 9965-735-74-3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| П | 4310010000 |  |
| 00(05)-06 | ББК 74.3 |
|  |  |  |
| ISBN 9965-735-74-3 | | © ОО “Центр САТР”, 2006  © ООХКГК, художественное оформление, 2006 |

**Содержание**

Введение

Глава 1. Клиническая и психолого-педагогическая характеристика

детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

1.1. Общая характеристика двигательных нарушений. стр. 6

1.2. Характер нарушений и специфика двигательного

развития при ДЦП стр. 9

1.3. Клиническая характеристика различных форм ДЦП стр.15

1.4. Особенности психического развития детей с ДЦП стр.18

1.5. Особенности речевого развития детей с ДЦП. стр.25

1.6. Особенности развития личности

и эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП стр.28

1.7. Типология нарушений психического развития

при детском церебральном параличе. стр.31

Глава 2. Неврологическое обследование стр.36

Глава 3. Психолого-педагогическое обследование стр.56

Глава 4. Логопедическое обследование стр.85

Глава 5. Консультирование родителей стр.95

Глава 6. Социально-педагогическое обследование стр.106

Глава 7.Организация социальной и

медико-педагогической коррекционной помощи

детям с двигательными нарушениями. стр.110

Приложения

1-3. Карты неврологического обследования детей стр.121

4. Нормативы психофизического развития стр.127

5-8. Карты логопедического обследованиястр.140

9-10. стр.156

**Введение**

Данное учебно-методическое пособие посвящено вопросам методического обеспечения медицинского и психолого-педагогического обследования детей с нарушением опорно-двигательного аппарата в условиях психолого-медико-педагогических консультаций (ПМПК).

В настоящее время все более актуальной становится проблема профилактики, медицинской, психолого-педагогической и социальной реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. В Казахстане отмечается увеличение детей и подростков с двигательными нарушениями. Так, по данным областных психолого-медико-педагогических консультаций за 2005год число данной категории детей составляет 19031 человек. Из них по данным Министерства здравоохранения детей с детским церебральным параличом (ДЦП) составляет 13025. Большинство этих детей являются инвалидами и их возможности к полноценному психофизическому развитию и социальной адаптации значительно ограничены. Однако раннее коррекционное вмешательство в отклоняющееся развитие детей наиболее эффективно как в аспекте медико-психолого-педагогической реабилитации, так и социально-экономическом и этическом аспектах.

Это обусловлено, тем обстоятельством, что чем раньше начата лечебная и коррекционно-педагогическая работа с ребенком, имеющим нарушения в развитии, тем эффективнее будут ее результаты, а во-вторых, тем, что мозг малолетнего ребенка (0-3 г.) в силу своей незрелости обладает высокой пластичностью и способностью к компенсации. Поэтому, оказание действенной психолого-педагогической помощи ребенку на ранних этапах его развития может способствовать частичному или полному преодолению психофизических нарушений, которые в более позднем возрасте значительно хуже поддаются коррекции и тем самым, предупредить инвалидность и социальную дезадаптацию детей и подростков.

В настоящее время в Республике Казахстан принят Закон «О социальной и медико-педагогической поддержке детей с ограниченными возможностями»(2002г), реализация которого предполагает проведение совместных мероприятий органов здравоохранения, социальной защиты и образования. Успешная реабилитация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата невозможна без комплексного подхода в диагностике, лечении, коррекционно-развивающем обучении и социальной адаптации. В индивидуальной программе реабилитации, которую составляет ПМПК для каждого ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата, должны обязательно найти отражение как образовательные, так и медицинские и социальные услуги, рекомендуемые ребенку. Это предъявляет более высокие требования к специалистам ПМПК в проведении диагностического обследования детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, консультирования их семей и разработке индивидуальной программы реабилитации (медицинской, психолого-педагогической и социальной).

Для оказания методической помощи специалистами ПМПК по обследованию, консультированию детей и подростков с нарушением опорно-двигательного аппарата было составлено данное учебно-методическое пособие. В основном в настоящем пособии рассматриваются особенности развития и специфика обследования детей с детскими церебральными параличами, поскольку именно эта категория составляет основную массу детей с нарушениями опор­но-двигательного аппарата.

В первой главе представлена клиническая и психолого-педагогическая характеристика детей с церебральным параличом. Описаны особенности и характер нарушений двигательной, познавательной и эмоционально-волевой сфер у данной категории детей, рассмотрены особенности психического развития детей в раннем, дошкольном и школьном возрасте.

В следующих главах даны методические рекомендации по неврологическому, психолого-педагогическому и логопедическому обследованию. Поскольку это пособие является продолжением предшествующих учебно-методических пособий по обследованию детей младенческого, раннего и дошкольного, школьного возраста, то в нем достаточно свернуты представлены методики психолого-педагогического и логопедического обследования, так как они уже достаточно подробно освещены в вышеуказанных работах. В настоящем пособии больше уделяется внимание специфике обследования детей с двигательными нарушениями в условиях ПМПК.

В отдельных главах рассмотрены вопросы консультирования семьи ребенка с церебральным параличом, организация комплексной помощи детям с нарушением ОДА и направления комплексной коррекционной работы. Пособие также имее приложений, которые будут полезны для проведения диагностико-консультативной работы в ПМПК с данной категорией детей.

**Глава I.** **Клиническая и психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением функций опорно-двигательного аппара­та.**

***1.1. Общая характеристика двигательных нарушений.***

Понятие «нарушение функций опорно-двигательного аппара­та» носит собирательный характер и включает в себя двигатель­ные расстройства, различные по происхождению и проявлениям. К опорно- двигательному аппарату (ОДА) относятся кости, мышцы, связки, сухожилия, суставы и позвоночный столб. Скелет защищает внутренние органы от воздействия внешней среды. Благодаря мышцам происходит перемещение тела в пространстве и изменение его положения. Связки и сухожилия – это крепления, при помощи которых кости и мышцы соединяются между собой. К нарушениям ОДА относятся любые повреждения одной из её составляющих.

Двигательные функции человека регулируются многими уров­нями нервной системы: корой большого мозга, подкорковыми узлами, мозговым стволом, мозжечком, спинным мозгом.

Все движения разделены на произвольные и непроизвольные. Произвольные движе­ния контролируются пирамидной системой, непроизвольные- экстрапирамидной системой и мозжечком. С помощью пирамид­ной системы вырабатываются индивидуальные социально-быто­вые и профессиональные двигательные навыки. Пирамидная сис­тема играет особую роль в обеспечении наиболее «человеческих» двигательных функций, таких, как прямохождение, тонкие дви­жения пальцев рук, речевой акт. Экстрапирамидная система регу­лирует непроизвольные движения, а мозжечок - равновесие тела, координацию движений и мышечный тонус.

В двигательную зону коры постоянно поступают сигналы от кожно-мышечного, зрительного, слухового и вестибулярного ана­лизаторов, что необходимо для создания пространственной мат­рицы движения.

Согласованная деятельность всех этих систем делает каждое дви­жение человека соразмерным, плавным, точным, поддерживает нормальную моторную активность.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Врожденные и приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5-7 % детей. Отклонения в развитии у детей с патологией опорно-двигательного аппарата отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности различных нарушений. Отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата:

*Заболевания нервной системы:*

- детский церебральный паралич (ДЦП),

- полиомиелит.

*Врожденная патология опорно-двигательного аппарата:*

- врождённый вывих бедра,

- кривошея,

- косолапость и другие деформации стоп,

- аномалии развития позвоночника (сколиоз),

- недоразвитие и дефекты конечностей,

- аномалии развития пальцев кисти,

- артрогрипоз (врожденное уродство).

*Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата:*

- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечно- стей,

- полиартрит,

- заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит),

- системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства этих детей наблюдаются сходные проблемы, ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Большую часть детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральными параличами (89%). Двигательные расстройства у них сочетаются с отклонениями в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности, что связано с органическим поражением нервной системы и ограниченными возможностями познания окружающего мира.

По степени тяжести нарушений двигательных функций и по степени сформированности двигательных навыков можно выделить три группы:

1) дети с тяжелыми нарушениями: у них не сфор­мировано прямостояние и ходьба, захват и удержание предметов, навыки самообслуживания; некоторые из них с трудом передвигаются с помощью ортопедических приспособлений;

2) дети со средней степенью выраженности двигательных нарушений (наиболее многочисленная группа): дети могут самостоятельно передвигаться на ограниченное расстоя­ние, владеют навыками самообслуживания, которые, одна­ко, недостаточно автоматизированы;

3) дети с легкими двигательными нарушениями: они ходят самостоятельно, уверенно себя чувствуют и в помещении, и на улице; навыки самообслуживания сформированы, но вместе с тем могут наблюдаться патологические позы, нарушения походки, на­сильственные движения и др.

Как уже отмечалось, в настоящем пособии рассматриваются особенности развития и обследования детей с детскими церебральными параличами, поскольку именно эта категория составляет основную массу детей с нарушениями опор­но-двигательного аппарата.

***Детские церебральные параличи*** (ДЦП)- обобщающий термин для различных симптомокомплексов, которые объединены в одну группу по следующим признакам:

- параличи являются остаточными симптомами различных заболеваний головного мозга, перенесенных в раннем возрасте;

- двигательные расстройства не прогрессируют, наоборот, с возрастом имеют тенденцию к уменьшению.

При ДЦП двигательные нарушения возникают при поражении двигательных систем головного мозга и проявляются в недостатке или отсутствии контроля со стороны ЦНС за функционированием мышц. Ведущим в клинике ДЦП являются двигательные нарушения. Паралич не является специфическим заболеванием, это скорее группа заболеваний различной этиологии. Иначе детские церебральные параличи относят к резидуальным детским энцефалопатиям.

Принято выделять пренатальные, перинатальные и постнатальные неблагоприятные факторы, способствующие развитию двигательных нарушений. Часто причиной этих нарушений является интоксикация плода, нарушения питания матери, перенесенные ею заболевания во время беременности, в том числе и инфекционные, приводящие к внутриутробному энцефалиту, менингиту (токсоплазмоз, хламидии, цитомегаловирусная и герпетическая инфекции, листериоз, стафиллококковая и стрептококковая инфекции, грипп и др.), несовместимость группы крови матери и плода, натальные травмы.

В отечественной клинической практике используется чаще всего классификация Семеновой К.А.(1974), в которую включены собственные данные автора и элементы классификации Д.С.Футера и М.Б.Цукер. Она включает следующие формы ДЦП:

Спастическая диплегия (болезнь Литтля)

Двойная гемиплегия

Гиперкинетическая форма

Атонически-астатическая форма

Гемипаретическая форма

В мировой литературе имеется более двадцати классификации ДЦП. Одной из классификации, заслуживающей внимание является классификация B. Zliber, Y. Olbrich (1974), классификация Цукер М.Б, (1986).

В раннем возрасте для классификации ДЦП используется классификация Бадаляна Л.О.(1988), в которой выделяются спастические (гемиплегия, диплегия, двусторонняя гемиплегия), дистоническая и гипотоническая формы.

В настоящее время нет единой клинической классификации ДЦП, которой придерживались бы все детские неврологи. Это связано с тем фактором, что при всем многообразии и сложности двигательных нарушений они с возрастом подвержены значительным изменениям. Часто имеет место сочетанное сложное поражение как пирамидных, так и внепирамидных систем центральной нервной системы. Поэтому в клинике нечасто встречаются «чистые» случаи в виде лишь центрального пареза и спастичность без проявлений мышечной дистонии и гиперкинезов. Следовательно, нецелесообразна и не является практически оправданной излишняя детализация по формам. На наш взгляд наиболее приемлемой в психолого-медико-педагогической консультации является классификация К.А.Семёновой (1974).

***1.2. Характер нарушений и специфика двигательного развития при ДЦП***

Уже с первых месяцев жизни развитие ребенка с церебральным параличом отклоняется от нормативного развития. У такого ребенка последовательность и темп созревания дви­гательных функций нарушены. В силу двигательных нарушений у детей статические и ло­комоторные функции не могут развиваться спонтанно или разви­ваются неправильно. Все это приводит к задержке и нарушению формирования всех двигательных функций: удержания головы, навыки сидения, сто­яния, ходьбы, манипулятивной и предметной деятельности. Двигательные нарушения, в свою очередь, оказывают неблагоприятное влияние на формирование психичес­ких функций и речи. Выделяют основные двигательные нарушения при ДЦП, то или иное сочетание которых формируют задержанное и отклоняющееся моторное развитие ребенка.

**1. Наличие патологических тонических рефлексов**

Двигательные нарушения при церебральном параличе обуслов­лены тем, что поражение незрелого мозга изменяет последова­тельность этапов его созревания. При нормальном развитии тони­ческие рефлексы проявляются нерезко в первые месяцы жизни ребенка. Постепенно они угасают, что создает благоприятную ос­нову для появления более высокой ступени в безусловнорефлекторной деятельности ребенка, так называемых установочных реф­лексов. При нормальном ходе развития к 3 мес. жизни позотонические рефлексы уже не проявляются. Выявление их элементов на 5-м мес. жизни и в последующем представляет собой симптомы риска возможности возникновения ДЦП.

При церебральном параличе отмечается запаздывание в угасании врожденных дви­гательных автоматизмов, к которым и относятся позотонические рефлексы. Например, рефлексы хватания и ползания не являются исходными для развития произвольного захвата и самостоятельного передвижения. Хватательный рефлекс угасает раньше, чем начинает складываться хватание как двигательный акт. Рефлекс ползания также не является исходным для развития самостоятельного передвижения. Сохранение этих рефлексов существенно тормозит формирование произвольной моторики.

Среди позотонических рефлексов в оценке структуры дефекта у детей с церебральным параличом важнейшее значение имеют сле­дующие.

*Лабиринтный тонический рефлекс (ЛТР)* зависит от положения головы в пространстве и проявляется в двух положениях: на спине и на животе. ЛТР у детей с церебральным параличом проявляется в повышении тонуса мышц-разгибателей, когда ребенок лежит на спине, и мышц-сгибателей, когда он лежит на животе.

В положении на спине ребенок запрокидывает голову назад, ноги разогнуты, напряжены, приведены и ротированы (поверну­ты) внутрь, стопы в подошвенном сгибании. Руки обычно разог­нуты и пронированы (повернуты ладонью вниз), пальцы сжаты в кулаки. Ребенок не может приподнять и согнуть голову или делает это с большим трудом, т. е. у него отсутствуют важнейшие предпо­сылки для сидения, он не может схватить предмет, поднести его к лицу, рассмотреть.

В положении на животе при выраженности ЛТР у ребенка пре­обладает поза сгибания: согнуты голова и спина; руки находятся под грудной клеткой в согнутом положении, кисти сжаты в кула­ки; ноги также согнуты в тазобедренных и коленных суставах, бед­ра и голени приведены к животу. За счет выраженности данного рефлекса ребенок и в положении на животе не может поднять го­лову, освободить руки и опереться на них, не может выпрямить ноги и спину, встать на колени, а затем принять вертикальное положение.

*Симметричный шейный тонический рефлекс* (СШТР) у детей с церебральным параличом проявляется во влиянии движений го­ловы в шейном отделе позвоночника на мышечный тонус конеч­ностей. При сгибании головы (наклон вперед—вниз) повышается тонус мышц-сгибателей верхних и разгибателей нижних конечнос­тей; ребенок наклоняется вперед. При разгибании головы (назад) повышается тонус разгибателей верхних и сгибателей нижних ко­нечностей, ребенок запрокидывается назад. Схема реализации СШТР сохраняется при любом положении тела (лежа на спине, животе, на боку, в положении сидя, стоя). Ребенок не может попеременно сгибать и разгибать ноги, не может изолированно двигать головой, не вызывая патологические синергические (содружественные) дви­жения в конечностях. При усилении СШТР в зону его влияния вов­лекаются и мышцы туловища: при сгибании головы возникает сги­бание туловища, а при разгибании головы — его разгибание.

*Асимметричный шейный тонический рефлекс (АШТР),* Этот реф­лекс имеет особое значение в структуре нарушений у детей с це­ребральным параличом, так как он отличается значительной стой­костью и препятствует развитию не только произвольной двига­тельной активности, но и познавательной деятельности. Этот реф­лекс проявляется во влиянии поворота (ротации) головы в сторо­ну на мышечный тонус конечностей. Поворот головы в сторону усиливает тонус разгибателей конечностей на стороне, куда по­вернуто лицо, и тонус сгибателей с другой стороны, куда повер­нут затылок. Так, если голова ребенка поворачивается вправо, его правые конечности разгибаются, а левые сгибаются. Ребенок при­нимает «позу фехтовальщика». Рефлекс больше проявляется в ру­ках. При выраженности АШТР голова и глаза ребенка могут быть фиксированы в одну сторону, что приводит к ограничению его поля зрения и вызывает специфические трудности во время чте­ния и письма.

У детей с церебральным параличом может наблюдаться сочета­ние указанных рефлексов, что значительно утяжеляет структуру дефекта. Выраженность тонических рефлексов обычно отражает тяжесть заболевания. При ДЦП проявления этих рефлексов в пер­вые годы жизни могут усиливаться из месяца в месяц и в последу­ющие годы оставаться стойкими. У больных детским церебраль­ным параличом развитие моторики чаще всего останавливается на той стадии, где тонические рефлексы оказывают решающее влия­ние. Больному может быть 2, 5, 10 и более лет, а его двигательное развитие находится на уровне 2—5-месячного здорового ребенка.

**2. Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов.** Одновременно с редукцией этих рефлексов постепенно формируются установочные рефлексы (статокинетические), которые обеспечивают выпрямление туловища. К ним относятся: шейная выпрямляющая реакция (поворот головы в сторону вызывает одновременную ротацию туловища в ту же сторону), туловищная выпрямляющая реакция (соприкосновение стоп с опорой вызывает выпрямление головы), выпрямляющий рефлекс туловища (поворот головы в сторону вызывает ротацию плеча, затем таза). Установочные рефлексы обеспечивают установку шеи, туловища, рук, таза и ног и в целом направлены на приспособление ребёнка к вертикальному положению. Развитию двигательных реакций у детей раннего возраста также способствует группа рефлексов, которые не относятся к истинным выпрямляющим рефлексам (защитная реакция рук, рефлекс Ландау). У детей с церебральным параличом формирование установочных рефлексов задерживается, что препятствуют своевременной вертикализации тела, развитию навыка сидения и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать и произвольно менять положение головы и туловища.

**3. Нарушения мышечного тонуса.** У всех детей с ДЦП отмечаются нарушения мышечного тонуса. Известно, что для любого двигательного акта необходим нормальный мышеч­ный тонус. Регуляция мышечного тонуса обеспечивается согласо­ванной работой различных звеньев нервной системы. При ДЦП отмечаются различные нарушения мышечного тонуса - по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии.

*При спастичности* мышцы напряжены; характерно нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение (особенно при верти­кальном положении тела). У детей с церебральным параличом ноги приведены, согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы со­гнуты в кулаки. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограни­чение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей.

*При ригидности* мышцы напряжены, находятся в состоянии тетануса (максимального повышения мышечного тонуса). Ригид­ность — напряжение тонуса мышц-антагонистов и агонистов, при котором нарушается плавность и слаженность мышечного взаимо­действия. Это происходит при тяжелом поражении экстрапирамид­ной (подкорковой) системы.

*При гипотонии* (низкий мышечный тонус) мышцы конечнос­тей и туловища дряблые, вялые, слабые. Объем пассивных движе­ний значительно больше нормального. Понижение тонуса мышц во многом связано с недостаточной функцией мозжечка и вести­булярного анализатора. При этом отмечается нарушение статики, несоразмерность движений, походка с покачиванием и потерей равновесия. Ребенок сидит согнувшись, не удерживается в верти­кальном положении.

При нарушении регуляции мышечного тонуса со стороны под­корковых структур возникает дистония — меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством. В покое мышцы расслаблены, при попытках к дви­жению тонус резко нарастает. В результате этого движение может оказаться невозможным.

При смешанных формах церебрального паралича может отме­чаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного то­нуса. Характер этого сочетания может меняться с возрастом. Нарушения мышечного тонуса могут широко варьировать от грубых до практически приближающихся к норме.

**4. Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи).** В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигатель­ных (пирамидных) путей головного мозга, называется централь­ным параличом, а ограничение объема движений — центральным парезом. Ограничение объема произвольных движений обычно со­четается со снижением мышечной силы. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, со­гнуть или разогнуть ногу. Все это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и, прежде всего, манипулятивной и предметной деятель­ности и ходьбы.

Для центрального паралича характерно повышение мышечного тонуса, поэтому даже при гипотонии или дистонии у детей с церебральным параличом отмечается повышение мышечного тонуса в отдельных мышечных группах. При парезах страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, на­пример изолированные движения пальцев рук.

**5. Наличие насильственных движений.** Для многих форм ДЦП характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора.

Гиперкинезы — непроизвольные насильственные движения, обус­ловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестествен­ных поз и незаконченных двигательных актов. Они могут наблю­даться в покое и усиливаться при попытках произвести движения, во время волнения. Гиперкинезы всегда затрудняют осуществле­ние произвольного двигательного акта, а порой делают его невоз­можным. Насильственные движения могут быть выражены в мыш­цах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей. Тип гиперкинеза зависит от лока­лизации поражения в экстрапирамидной системе. Клинически от­мечаются гиперкинезы хореического (хореиформного), атетоидного и смешанного хореоатетоидного характера.

Хореический (хореиформныи) гиперкинез характеризуется непро­извольными быстрыми, размашистыми, неритмичными движени­ями, возникающими в разных частях тела. Хореиформные гипер­кинезы преимущественно выражены в мышцах шеи, головы, ар­тикуляционной мускулатуре и в верхних отделах плечевого пояса; больше всего проявляются в проксимальных отделах конечностей (расположенных ближе к средней линии тела) и в лицевой муску­латуре. Локализация и распространенность этих гиперкинезов раз­личны — от вовлечения одной лишь мускулатуры лица до наруше­ния деятельности мышц всех конечностей туловища и шеи. Хореи­формные движения обычно проявляются на фоне низкого мы­шечного тонуса. Для них характерно быстрое переключение с од­ного движения на другое на каком-либо незаконченном уровне. Произвольное выполнение движения затрудняется «вставочными» непроизвольными движениями. Например, для того чтобы вытя­нуть руку вперед, ребенок должен преодолеть ряд непроизвольных движений, таких, как отведение плеча, сгибание предплечья и пр. Выраженность хореиформного гиперкинеза значительно затрудняет выполнение различных манипуляций с предметами и особенно препятствует овладению речью и навыками письма.

Атетоидный гиперкинез характеризуется медленными, вычур­ными, червеобразными движениями с переразгибанием пальцев. Эти гиперкинезы захватывают преимущественно дистальные от­делы конечностей (расположенные дальше от средней линии тела), чаще пальцы рук, иногда проявляются и в пальцах ног, реже — в мышцах языка. Для атетоидного гиперкинеза характерны тоничес­кие спазмы мышц с вычурным положением пальцев и кисти. Вы­чурные движения и позы при атетозе имеют тенденцию к повто­рению через различные промежутки времени. Выраженность этого гиперкинеза может способствовать образованию более или менее постоянных контрактур, придающих дистальным отделам конеч­ностей вычурное положение.

Сочетание атетоидных движений с хореиформными называет­ся хореоатетозом. Наиболее тяжелой формой является двойной ате­тоз, при котором отмечается выраженный атетоидный гиперки­нез мышц лица и конечностей с двух сторон. При двойном атетозе наблюдаются наиболее выраженные нарушения манипулятивной деятельности и речи.

Тремор — дрожание конечностей (особенно пальцев рук и язы­ка). Тремор проявляется при целенаправленных движениях, напри­мер, при письме. В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например при приближении пальца к носу при зак­рытых глазах (пальце-носовая проба по выявлению тремора). Тре­мор характерен для поражения мозжечковой системы.

**6.Нарушения равновесия и координации движений.**

Несформированность реакций равновесия и координации — атаксия проявляется как в статике, так и в локомоции. Наблюда­ется туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, сто­янии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения равновесия проявляются при открытых и закрытых глазах. Нарушения локомоции проявляются в виде неустойчивости походки: дети ходят пошатываясь, отклоня­ясь в сторону, для компенсации дефекта на широко расставленных ногах. Нарушения координации проявляются в неточности, несо­размерности движений, прежде всего рук. Ребенок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место; при выполне­нии этих движений он промахивается, затрудняется бросить мяч в цель, поймать его, у него наблюдается тремор. Нарушена координация тонких, диф­ференцированных движений, что затрудняет осуществление различных манипуляций и при письме.

**7. Нарушение ощущений движений.** Овладение двигательными функциями происходит на основе ощуще­ния движений (кинестезий). Ощущение движений (мышечно-суставное) чув­ство осуществляет­ся с помощью специальных чувствительных клеток (проприоцепторов), расположенных в мышцах, сухожилиях, связках, суставах и передающих в центральную нервную систему информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокра­щения мышц. Проприоцептивной регуляция играет важную роль в управлении движением.

При церебральном парали­че нарушается проприоцептивная регуляция движения, что резко затрудняют выработку условнорефлекторных связей, на основе которых формируется чувство положения собственного тела, позы в про­странстве. У детей с ДЦП бывает ослаблено чувство позы; у некоторых искажено восприятие направления дви­жения (например, движение пальцев рук по прямой может ощу­щаться ими как движение по окружности или в сторону). Наруше­ние ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, способствует развитию однообразия в совершении от­дельных движений и их стереотипизации, задерживает формиро­вание тонких координированных движений.

**8. Синкинезии** Синкинезии – это непроизвольные содружественные движения, которые сопровождают выполнение активных движений. На первом месяце жизни у ребёнка бывает физиологические синкинезии. У детей с церебральным параличом возникают патологические синкинезии. Они препятствует развитию целенаправленных движений, и нередко являются причиной образования контрактур. При ДЦП наиболее часто синкинезии проявляются в оральной мускулатуре (захват игрушки способствует широкому открыванию рта).

Двигательные нарушения при церебральном параличе имеют различную степень выраженности и в зависимости от этого обуславливать легкое или значительное отставание в развитии двигательных функций у ребенка. При тяжелых нарушениях дети с ДЦП овладевают функцией удержания головы в среднем к 1-3 годам. Существенно задерживается становление таких двигательных актов, как повороты со спины на бок, со спины на живот, с живота на спину. Поза сидения оказывается освоенной примерно к 2-4 го­дам. Ползание, как достаточно сложный моторный акт, требую­щий координации движений рук и ног, формируется у детей с ДЦП также со значительным опозданием.. Многие из детей овладевают вертикальным статическим положением лишь в дош­кольном возрасте. Лишь половина дошкольников с церебральным параличом овладевает ходьбой к 4 годам. Остальные дети овладевают ею в последующие годы жизни либо не овладева­ют вовсе. Во всех случаях оотмечается патологическое изменение мышечного тонуса.

Положение тела ребенка в ряде случаев бывает вынужденным с запрокинутой головой, что ограничивает поле зрения ребенка. Часто отмечается патологическое состояние кистей рук в виде приведения первого пальца к ладони и плотным сжатием кулаков. В других случаях кисть бывает паретичной, свисающей. У подавляющего большинства детей отсутствует зрительно-моторная координация. Таким образом у детей с церебральными параличами значительно ограничены возможности к усвоению сложных моторных актов, тонких и дифференцированных движений, которые необходимы для само­обслуживания, осуществления предметной, игровой, и других видов деятельности, что в свою очередь является причиной задержки психического развития. Как правила нарушения произвольной моторики сочетаются с выраженной патологией артикуляционного аппарата, дыхания и голоса, значиельно ограничивающей возможности артикулирования и полноценного речевого развития.

***1.3. Клиническая характеристика различных форм ДЦП***

Наиболее часто из спастических форм ДЦП встречается ***спастическая диплегия (синдром Литтла).*** Эта форма заболевания была описана в 1853 году английским акушером Литтлом как результат тяжёлых или преждевременных родов. Поэтому для родовых повреждений целесообразно сохранить термин «болезнь Литтла».

Для спастической диплегии характерны нарушения в верхних и нижних конечностях (тетрапарез), при этом больше поражены ноги. Тонус экстензоров (разгибателей) повышен, ноги вытянуты, приведены одна к другой, часто перекрещены. Стопы в положении подошвенного сгибания. Руки приведены к туловищу, слегка согнуты в локтевых суставах, кисти, а часто и пальцы согнуты, реже разогнуты. Объём движений и сила мышц ограничены. В отличие от гемиплегии при литтлевском синдроме движения в дистальных отделах рук сохранены больше, чем в проксимальных. Движения в кистях как правило сохранены. В 30-40% случаях отмечаются поражения со стороны черепно-мозговых нервов (косоглазие, сглаженность носогубного треугольника, девиация языка, снижение слуха).

Чувствительность и функция тазовых органов не нарушены. Сухожильные рефлексы повышены, особенно на ногах. Могут вызываться клонусы стоп, коленных чашек и кистей. При грубых поражениях клонусы возникают спонтанно при перемене положения, при менее выраженных поражениях вызывание клонуса требует резкого растяжения сухожилий. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Россолимо. В тяжёлых случаях отмечаются рефлексы орального автоматизма (сосательный, хоботковый, поисковый, ладонно-ротовой).

У 20-30% детей наблюдаются атетоидные или хореоатетоидные гиперкинезы, особенно в дистальных отделах конечностей и мимических мышцах. Гиперкинезы усиливаются во время движений, при волнении, особенно при резких звуках, уменьшаются в покое и исчезают во сне. Степень вовлечения в патологический процесс рук может быть различной. Часто это лёгкая моторная неловкость при целенаправленных движениях, выявляющаяся только к 4-5-му месяцу, когда дети начинают тянуться к игрушкам. В случаях средней тяжести дети начинают ходить в 5-6 лет. Положение тела и походка их весьма характерны- верхняя часть туловища не подвижна и несколько наклонена вперёд, руки в плечах прижаты к туловищу, бедра ротированы внутрь, колени ригидно согнуты и прижаты к друг другу, стопа скользит носком по полу и ставится впереди другой неподвижной ноги. Ноги перекрещены (симптом ножниц), колени задевают друг друга. Такую походку называют «плетением косы».

Трофические нарушения в виде общего недоразвития и уменьшения размеров конечностей, атрофии мышц особенно выражены в ногах. Психика при этой форме поражается меньше, чем при других формах ДЦП. Интеллект может быть полностью сохранен. Нарушения речи встречаются в 70-80%. Судороги могут быть, но они наблюдаются реже, чем при других формах ДЦП (20-25%). Ранние проявления: дети малоподвижны, при пеленании, купании, при попытке согнуть или разогнуть ножки отмечается сопротивление из-за высокого мышечного тонуса. Дети отстают в моторном развитии. При лёгких формах и длительной правильной терапии больные к 3-5 годам начинают ходить. При отсутствии лечения могут появиться контрактуры коленных, голеностопных суставов, деформация стоп, что делает ходьбу невозможной.

Среди деформации часто бывает кифоз, поясничный гиперлордоз, двусторонний подвывих бедер, вальгус в коленном суставе, различные деформации стоп.

***Спастическая гемиплегия*** характеризуется двигательными поражениями преимущественно на одной стороне. При этой форме заболевания больше страдают руки, особенно её дистальные отделы. Выявляется у 1/3 детей, страдающих ДЦП. У детей раннего возраста кисть приведена к туловищу и согнута в кулачок. Как правило, больше страдает отведение плеча и ротация его кнаружи, супинация и разгибание кисти. Реакции равновесия и выпрямляющие рефлексы туловища развиваются вовремя или с некоторой задержкой. Дети хромают, волоча больную ногу и описывая ею круг. Тонус мышц рук (в основном сгибатели) повышен, рука согнута в локтевом суставе, плечо приведено к туловищу, кисть согнута или вытянута. В пальцах рук часто выражена гипотония. Нога разогнута (тонус больше повышен в разгибателях), слегка ротирована внутрь, стопа опирается только на пальцы.

Из черепно-мозговых нервов в основном страдает лицевой и подъязычный нервы. Чаще степень их поражения невелика (особенно подъязычный) и в дальнейшем может сгладиться; асимметрия лица в таких случаях проявляется только при плаче или смехе. Сухожильные рефлексы повышены на пораженной стороне. Часто вызываются клонусы стоп, коленной чашечки и патологические рефлексы – Бабинского, Оппенгейма, Россолимо.

Чувствительность как правило, не страдает. На пораженной стороне наблюдаются трофические расстройства (недоразвитие грудной железы, яичка). В большинстве случае гемиплегия осложняется синкинезиями и гиперкинезиями (встречаются в 1\3-1\2 случаях). Синкинезии могут быть глобальными и имитационными. Из гиперкинезов часто встречается атетоз. Эпилепсия развивается в 40-50% случаях. Припадки по типу общих эпилептических или джексоновских, начинающихся с определенного отдела пораженной стороны. Нарушения психики колеблются от незначительного недоразвития до глубокой степени слабоумия ( умственная отсталость в 40% случаях).

При дополнительных обследованиях могут быть обнаружены сообщающиеся с желудочками порэнцефалии. Рубцовые сращения в дальнейшем могут быть причиной судорог.

Типичны следующие деформации: флексорно-пронаторные контрактуры предплечья и кисти, сколиоз, укорочение руки и ноги, эквиноварусная установка стоп.

***Двусторонняя гемиплегия*** – это тетраплегия с преимущественным поражением рук, чаще одинаковое поражение и рук, и ног. Уже в период новорожденности тонус мышц высокий по типу ригидности. Резко выражены шейный и лабиринтный тонические рефлексы, которые с возрастом возрастают. Ребёнок не может самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Крайне редко к 2-3 годам дети начинают самостоятельно сидеть. Почти у 50% больных поражаются черепно-мозговые нервы (атрофия зрительных нервов, страбизм, снижение слуха). Для таких детей характерны псевдобульбарные расстройства (дизартрия, дисфагия, гиперсаливация). В 20-30% на втором году жизни присоединяются постепенно нарастающие хореоатетоидные гиперкинезы. При этой форме рано возникают контрактуры. Часто присоединяется микроцефалия.В 70-75% развиваются судороги. В большинстве случаев (70-90%) нарушается интеллект (чаще наблюдается имбецильность). Грубые нарушения головного мозга при данной форме детского церебрального паралича делают её практически некурабельной.

Среди деформации часто встречаются подвывихи бедра, вследствие спастичности приводящих мыщц и недоразвития вертлужной впадины, перекос таза, эквиноварусная установка стоп.

***Гиперкинетическая форма*** характеризуется преимущественным поражением стриопаллидарной системы, проявляется гиперкинезами и нарушениями мышечного тонуса, в основном по типу диффузного повышения (экстрапирамидная ригидность). В состоянии покоя иногда мышечный тонус нормальный или несколько снижен. Гиперкинезы (чаще в форме атетоза или атетоза двойного) появляются в 6-8 месяцев, хорошо выражены на втором году жизни и старше. Ранним признаком служит аномальное положение рук при попытке ребёнка дотянуться до какого-либо предмета. Реже в клинике могут наблюдаться хорея, хореоатетоз, торсионная дистония. В зависимости от характера гиперкинез может быть выражен в проксимальных или дистальных отделах конечностей, мимической мускулатуре, мышцах шеи. Для больных характерны значительная подвижность в суставах. По характеру и выраженности гиперкинезы могут быть разделены на 3 группы:

- общие тонические спазмы, связанные с тоническими шейными и лабиринтными рефлексами. Голова непроизвольно поворачивается в сторону, «вовлекая» в состояние спазма туловище и конечности. Больной затрудняется вывести голову в среднее положение;

- подвижный спазм- проявляется в виде быстрых отрывистых движений, иногда ритмичных, в виде взмахиваний то одной, то другой рукой, которое в дальнейшем распространяется по всему телу;

- атетоидные вычурные движения виде гримасы лица, которое сопровождается запрокидыванием головы, червееобразными движениями пальцев и кистей. Пальцы приводятся в состояние крайнего переразгибания. Среди деформации отмечаются гиперэкстензия пальцев и гиперлордоз шейного отдела позвоночника.

Судороги и изменения интеллекта у больных обнаруживаются значительно реже, чем при других формах ДЦП. Произвольные движения больных неловкие, некоординированные, порывистые, что обусловлено наличием гиперкинезов. При гиперкинетической форме ДЦП часто наблюдаются речевые расстройства по типу экстрапирамидной дизартрии. Из-за речевых расстройств дети с нормальным интеллектом часто не могут обучаться в общеобразовательной школе. Данная форма детского церебрального паралича в основном обусловлена несовместимостью крови матери и плода по резус-фактору или АВО. В 30-45% отмечается снижение слуха, 60-70%- псевдобульбарные расстройства, в 10-15%- судороги.

***Атонически-астатическая форма*** (мозжечковая) в клинике характеризуется снижением мышечного тонуса и нарушением координации движений. Миостатический тонус нарушен, выпадают рефлексы антагонистов, страдают статические функции. Признаки заболевания начинаются очень рано: у ребёнка отсутствует физиологическое повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних и нижних конечностей (в норме физиологический гипертонус сгибателей конечностей сохраняется до 3 месяцев), в течение длительного срока выражен горизонтальный нистагм. Больные начинают поздно удерживать голову, сидеть, стоять и ходить. Движения больных прерывистые, неловкие, некоординированные. Походка шаткая, неуверенная, с широко расставленными ногами. В некоторых случаях наблюдаются атетоидные или хореоатетоидные гиперкинезы. В отличие от спинальных амиотрофий (при которых также наблюдается выраженная мышечная гипотония) сухожильные, надкостничные рефлексы сохранены или могут быть живыми с наличием патологических пирамидных знаков. При этой форме ДЦП часто наблюдаются нарушения речи (скандированная вплоть до невозможности говорить), а также изменения психики различной степени выраженности. У 87-90% детей отмечаются снижение интеллекта, недоразвитие речи с элементами мозжечковой дизартрии, в 40-50% - судороги. Патология со стороны черепно-мозговых нервов проявляется в виде атрофии зрительных нервов, косоглазия, нистагма.

***1.4. Особенности психического развития детей с ДЦП***

При церебральном параличе наблюдается такой вид психического дизонтогенеза как ***дефицитарное развитие,*** которое обусловлено ранним органическим поражением структур го­ловного мозга, обеспечивающих развитие двигательной сферы. Первичный дефект двигательного анализатора ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наи­более тесно, а также к замедлению развития ряда психических функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Имен­но патология двигательной системы, проявляющаяся в нарушении проведения эфферентных (моторных) и афферентных (чувствительных) импульсов из двигательных зон коры головного мозга к мышцам исвязкам, является первичным фактором, замедляющего и искажающего психическое раз­витие ребенка с ДЦП. Механизм нарушения психического развития будет зависеть от времени, степени выраженности и локализации мозгового поражения.

Нарушения развития отдельных психических функций тормозят психическое развитие в целом. Дефицитарность моторной сферы обусловлива­ет явления двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушения эмоционально-волевой сферы.

Психическое развитие ребенка с церебральным параличом про­ходит те же возрастные этапы, что и здоровый ребенок, но переход от одного этапа к другому растягивается на длительные сроки. Часто отдельные этапы психического развития представлены как бы в рудиментарной форме и тогда последующее развитие ребенка может отличаться качественными особенностями.

**Ранний возраст**

Уже с первых месяцев развитие ребенка с церебральным параличом отклоняется от нормативного развития. Это обусловлено пато­логическим влиянием тонических рефлексов на двигательно-сенсор­ное и вторичное эмоционально-когнитивное развитие ребенка. Неблагоприятное влияние лабиринтного тонического рефлекса проявляется в том, что голова ребенка запрокидывается кзади, конечности разогнуты. В этом по­ложении ребенок не может наклонить голову, вытянуть руку вперед, поднести их ко рту, захватить предмет, а позднее схватиться, подтянуться и сесть. У него отсутствуют предпосылки развития фиксации и свобод­ного прослеживания предмета во всех направлениях, не развивается оптический выпрямляющий рефлекс на голову, движение головы не может следить за движением глаз.

Влияние лабиринтно-тонического рефлекса распространяется и на мышцы глаз. В силу этого глаза непроизвольно подняты вверх и влиянием рефлекса за­фиксированы в этом положении. В этих условиях резко ограничены произвольные движения глаз, подавляется фиксация и прослежива­ние. Поля зрения сужены, ребенок видит только в верхнем поле зрения определенный участок потолка.

При выраженности этого реф­лекса ребенок не может приподнять голову, повернуть ее в стороны, высво­бодить руки из-под грудной клетки и опереться на них для под­держки туловища, согнуть ноги и встать на колени. Эта поза пре­пятствует развитию цепных, выпрямляющих рефлексов и приобретению ребенком вертикального положения.

Действие ассиметричного шейно-тонического рефлекса проявляется в изменении положения конечностей в зависимости от положения го­ловы. Вложенную в руку игрушку ребенок не может поднести ко рту, глазам, т.к. при попытке сог­нуть руку голова поворачивается в противоположную сторону. При повороте головы и глаз в сторону захватываемого предмета руки на той стороне куда был сделан поворот, разгибались и не могли зах­ватить предмет. Если же ребенок с усилием пытался согнуть руку - голова не­медленно поворачивалась в противоположную сторону и ребенок не мог рассмотреть захваченный предмет.

У детей с ДЦП могут существенно страдать все этапы развития зрительной функции. Нарушения зрительного восприятия у детей с церебральным параличом связаны с поздним появлением (после 4-8мес) зрительного сосредоточения, про­слеживания предмета, наличием патологических особенностей: косоглазие, сужения поля зрения, снижение остроты зрения, нистагм, недостаточность согласованных движений глаз, опускание верхнего века (птоз), непроизвольные движения глаз­ных яблок.

Некоторые дети из-за наличия внутреннего косоглазия привыкают пользоваться ограниченным полем зрения, игнорируя его наружные поля. Например, при большем поражении моторно­го аппарата левого глаза ребенок может выработать привычку игнорирования левого поля зрения. При конструировании из куби­ков или палочек он не достраивает части фигуры слева, рисует только на правой стороне листа, при рассматривании кар­тинок видит также только изображение справа.

Таким образом, в результате патологического влияния тонических рефлексов у детей с ДЦП отмечается недостаточное развитие предметного восприятия, что в свою очередь приводит к нарушению формирования предметной деятельности. Известно, что предметные действия развиваются по мере совершенствования общей моторики. Так, ребенок начинает активно манипулировать с предмета­ми, когда хорошо держит голову, устойчиво сидит. По мере дейст­вий с предметами у него развивается активное осязание, возмож­ность узнавания предмета на ощупь. У детей с церебральным параличом ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруд­нены.

Для развития восприятия предметов окружающего мира и по­знавательной деятельности большое значение имеет согласован­ность движений руки и глаза. Вначале ребенок, двигая рукой в пределах поля зрения, не обращает на нее внимания. Далее взгляд начинает следовать за рукой, а затем и направлять движения ру­ки. Постепенно направляющая роль взгляда становится все более выраженной в любом целевом движении. У детей с церебральным параличом в результате поражения двигательной сферы, а также мышечного аппарата глаза согласованные движения руки и глаза развиваются недостаточно. Ребенок часто не следит глазами за движениями и действиями своей руки, что препятствует познава­тельной деятельности, выработке навыков самообслуживания, а в дальнейшем чтения и письма.

Для развития пространственных представлений у здорового ре­бенка наряду с двигательной системой и зрением большое значение имеет слух. Значение слухового восприятия становится более оче­видным с 3 месяцев, когда поле зрения ребенка делается устой­чивым и объемным, а после 3—4 месяцев жизни слуховая ориен­тировочная реакция уже является важным стимулом зрительного восприятия пространства.

У ребенка с ДЦП неполноценно формируется также слуховая ориентировочная реакция. Во-первых, это может быть обусловлено снижением остроты слуха (часто при гиперкинетической форме ДЦП), во-вторых, из-за нарушений движении головы и глаз, ребенок зат­рудняется локализовать источник звука в пространстве. При церебральном параличе в силу недостаточности слухового восприятия и недоразвития общей моторики проявляется недоста­точность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора.

Таким образом, в раннем возрасте с церебральным параличом, в отличие от здоровых сверс­тников, могут оказаться практически несформированными такие важные сенсомоторные функции как конвергенция глаз при фиксации предмета взором и плавное содружественное прослеживание его движения в раз­личных направлениях, локализация звука в пространстве, реакция рассматривания и ощупывания рук, протягивания их к предметам.

В связи с этим у детей не формируется зрительно-моторная координация и захват предметов. Кроме того, у ребенка может отсутс­твовать реакция удерживания головы и сидения. В результате пред­посылки к появлению предметно-манипулятивной деятельности оказы­ваются несформированными. Не манипулируя с предметами, ребенок не имеет возможности узнать их свойства и положения в пространстве: форму, величину, удаленность, текстуру (гладкость, упругость, шероховатость и т.д.). Следовательно, не формируются интегративные отношения меж­ду функциями мозга проявляющиеся в форме зрительно-моторных, зрительно-моторно-тактильных, слухомоторных и других связях. В результате у ребенка с ДЦП еще более углубляются нарушения ки­нестетической афферентации, динамической организации двигатель­ного акта, обеспечивающих развитие движений пальцев рук и арти­куляционного аппарата, формирование лепета, а также пространс­твенного предметного восприятия и ориентирования в схеме тела.

Следует отметить, что этапы манипуляций с предметами, пред­метные и процессуально-игровые действия, у детей с ДЦП, в зави­симости от тяжести нарушений могут отсутствовать, значительно или негрубо задерживаться, рудиментарно и неполноценно прояв­ляться в течение длительного времени.

Особенно грубые формы нарушенной познавательной деятельности наблюдаются при ДЦП в сочетании с первичной интеллек­туальной недостаточностью.

**Дошкольный возраст**

Нарушение формирования предметной деятельности негативно сказываются на развитии игры. Это касается не только сюжетно-ролевых игр, но и дидакти­ческих, подвижных, музыкальных, а также конструктивной и изобразительной деятельности. Однако полноценное освоение ребенком всего спектра игр является чрезвычайно важным условием для нормального развития личности, формирования познавательных психических про­цессов, коммуникативных навыков, развития других видов дея­тельности.

По уровню сформиро­ванности игровой деятельности группа детей с ДЦП не является однородной. Многие дети со спастическими параличами не умеют играть в сюжетные, ролевые и другие сложные игры. Иногда полностью отсутствует целенаправленная предметная деятельность, хотя в двигательном отношении больные могли бы свободно пользоваться руками и могли бы брать игрушки и манипулировать ими еще в раннем возрасте.

Игровая деятельность дошкольников с ДЦП 4—5 лет на момент их поступления в дошкольное учреждение носит процессуальный, подражательный характер, замысел игры отсутствует, набор операций ограничен, отмечается бедность средств выразительности, скупость или отсутствие речевого сопровождения игровых действий. На этом этапе сюжетно-ролевая игра как таковая не возникает, а имеют место одиночные игры и игры «рядом».

Изучение состояния игры и ее динамики на разных возрастных этапах показывает, что в развитии игровой дея­тельности детей с ДЦП наблюдаются те же тенденции, что и при нормальном развитии. Но вместе с тем игру ребенка с двигательной патологией и ребенка без нее, нельзя отождествлять. У детей с церебральным параличом обнаруживается больший, чем при нормальном развитии, разброс уровней игры в одном возрастном диапазоне, неравно­мерная сформированность отдельных структурных компонентов игры внутри одного игрового уровня. Дети с ДЦП обнаруживают большую потребность в помощи взрослого, недостаточность мо­тивации к игровой деятельности, снижение активности и само­стоятельности в игре.

В тех случаях, когда двигательная патология имеет менее вы­раженный характер, ребенок с ДЦП овладевает игровыми действиями в дошкольном возрасте. Однако игровая деятельность развивается с задержкой, отли­чается бедностью, стереотипностью, недостаточной развернутостью, что в свою очередь наряду с сенсомоторными нарушениями приводит к задержке формирования сенсорных, перцептивных действий (соот­несение по форме, величине, цвету, предметного и пространственно­го восприятия, конструктивного праксиса), наглядно-действенного мышления и речи.

Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей, характерных для всех де­тей. К ним относятся:

1) неравномерный, дисгармоничный характер нарушений от­дельных психических функций. Эта особенность связана с мозаич­ным характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития при церебральном параличе;

2) выраженность астенических проявлений — повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что так­же связано с органическим поражением центральной нервной сис­темы;

3) сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще все­го имеют представления лишь о том, что было в их практике.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятель­ности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на воспри­ятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет ин­теллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

Около 25 % детей имеют аномалии зрения. У них отмечаются нарушения зрительного восприятия, связанные с недостаточной фиксацией взора, нарушением плавного прослеживания, сужени­ем полей зрения, снижением остроты зрения. Часто встречается косоглазие, двоение в глазах, опущенное верхнее веко (птоз). Такие особенности зрительного анализатора приводят к неполноценному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности.

При ДЦП имеет место недостаточность пространственно-раз­личительной деятельности слухового анализатора. У 20—25% де­тей наблюдается снижение слуха, особенно при гиперкинетичес-кой форме. В некоторых случаях, когда нет снижения остроты слуха, может иметь место недостаточность слуховой памяти и слухового восприятия. Характерно снижение слуха на высокочастотные тона с сохранностью на низкочастотные, что приводит к многочисленным нарушениям фонетико-фонематической стороны речи.

При всех формах церебрального паралича имеют место глубо­кая задержка и нарушение развития кинестетического анализато­ра (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие дви­жения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей отмечается астереогноз — невоз­можность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зри­тельного контроля. Ощупывание, манипулирование с предмета­ми, т.е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушено.

Прикаса­ние к различным частям тела совместно с движениями и зрением развивает восприятие своего тела. Это дает возможность предста­вить себя как единый объект. У детей с церебральным параличом вследствие двига­тельных нарушений восприятие себя («образ себя») и окружаю­щего мира нарушено.

Несформированность высших корковых функций проявляется в парциальности их нарушений, т.е. чаще всего страдают те корковые функции, которые непосредственно связаны с двигательной сферой. Прежде всего, отмечается не­достаточность пространственных и временных представлений. У детей с церебральным параличом выражены нарушения схемы тела. Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируется представление о веду­щей руке, о частях лица и тела. Дети с трудом определяют их на себе и на других людях. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия (*спереди, сзади, между, вверху, внизу*) усваиваются с трудом. Дети с трудом определяют пространственную удаленность: понятия *далеко, близ­ко, дальше*, заменяются у них определениями *там* и *тут*. Они затрудняются в понимании предлогов и наречий, выражающих пространственные отношения (*под, над, около*). Дошкольники с церебральным параличом с трудом усваивают понятия величи­ны, недостаточно четко воспринимают форму предметов, плохо дифференцируют сходные формы — круг и овал, квадрат и пря­моугольник.

Значительная часть детей с трудом воспринимает пространствен­ные взаимоотношения. У них нарушен целостный образ предметов - не могут сложить из частей целое — собрать разрезную картинку, выполнить конструирование по образцу из палочек или строи­тельного материала. Часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометричес­кие фигуры, рисовать, писать. Наблюдается недостаточность фонематического восприятия, стереогноза, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений). У многих отмечаются нарушения в формировании мыслительной деятельности. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других — наоборот, особенно стра­дает наглядно-действенное мышление, при лучшем развитии словесно-логического.

Для психического развития при ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений — замедленность, истощаемость психических процессов. Отмечаются трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внима­ния, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Большое количество детей отличаются низкой познава­тельной активностью, что проявляется в пониженном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и понижен­ной переключаемости психических процессов.

**Школьный возраст**

Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом по дефицитарному типу связан с тяжестью поражения опорно-дви­гательного аппарата. Однако решающее значение имеет первич­ная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы.

Психический дизонтогенез по дефицитарному типу и состав­ляет основу аномалии психического развития у детей с ДЦП, оп­ределяет характерную возрастную динамику и неравномерность психического, двигательного и речевого развития. Выраженная диспропорциональность и неравномерный, нарушенный темп раз­вития, а также качественное своеобразие в формировании психи­ки - то главные особенности познавательной деятельности и всей личности ребенка с церебральным параличом.

Все познавательные психические процессы у этой категории детей имеют ряд общих особенностей:

- повышенная истощаемость всех психических процессов (церебрастенические проявления), выражающаяся в низкой интел­лектуальной работоспособности, нарушениях внимания, в эмоциональной лабильности. Церебрастенические проявления усиливаются после различных заболева­ний, нарастают к концу дня, недели, учебной четверти. При ин­теллектуальном перенапряжении появляются вторичные невроти­ческие осложнения. Иногда повышенная психическая истощаемость утомляемость способствует патологическому развитию личности: возникает робость, страхи, пониженный фон настроения и пр.;

- нарушение активного произвольного внимания, которое не­гативно отражается на функционировании всей познавательной си­стемы ребенка, так как нарушения внимания ведут к нару­шениям в восприятии, памяти, мышлении, воображении, речи;

- повышенная инертность и замедленность всех психических про­цессов, приводящая к трудностям в переключении с одного вида деятельности на другой, к патологическому застреванию на отдель­ных фрагментах учебного материала, к «вязкости» мышления и др.

***1.5. Особенности речевого развития детей с ДЦП.***

Уже с первых месяцев жизни на развитие предпосылок речи не­гативное влияние оказывают вовремя не редуцировавшиеся тоничес­кие рефлексы (описание см. выше), а также врожденные безусловные пищевые и оборонительные рефлексы. Среди них, особенно препятствующих развитию дыхательной, фонаторной и артикуляторной функ­циям являются следующие:

1) Глоточный закрывающий рефлекс - непроизвольный рефлек­торный спазм глотки в ответ на различные внешние и внутренние раздражители. Сохранение и выраженность этого рефлекса у детей с церебральными параличами определяет во многих случаях нарушение голоса, расстройства дыхания, в частности появления стридорозного дыхания.

2) Безусловные рефлекторные ротовые движения, вызываемые тактильным раздражением лицевых точек. Тактильные раздражения паль цели от угла рта в сторону щеки вызывает движение головы и языка в сторону раздражения. Тактильная стимуляция середины верхней или нижней губы будет вызывать подъем или опускание губы и языка, тактильное раздражение пальцем по направлению вверх или вниз по подбородку будет вызывать разгибание (при движении вверх), сгибание (при движении вниз) и открывание рта.

3) Губной рефлекс - при похлопывании одного угла рта возни­кает непроизвольное движение губ, закрывание рта - подготовка сосания.

4) Хоботковый рефлекс - похлопывания в области середины верхней губы вызывает движения губ вперед, они вытягиваются в "хоботок" - рефлекс подготовки сосания.

5) Поисковый рефлекс - раздражение щеки в области угла рта вызывает движение губ в сторону раздражителя, рефлекс подготовки сосания.

К числу рефлексов препятствующих доречевому и речевому раз­витию ребенка, относятся также ладонно-рото-головной рефлекс Баб­кина, сосательный, кусательный, жевательный и другие рефлексы.

Указанные рефлексы по разному проявляются у детей с церебральным параличом различного возраста. У детей первых месяцев жизни многие эти рефлексы могут быть ослаблены, что при­водит к нарушению сосания, глотания, голосообразования и дыха­ния. У детей первого года жизни эти рефлексы, напротив, могут быть чрезмерно усилены, что будет задерживать у них развитие ре­чи.

К 3 месяцам у детей с ДЦП может отчетливо выявляться псев­добульбарный синдром, который проявляется в выраженных нарушени­ях сосания, глотания, дыхания, крика. Отмечаются такие негативные симптомы, как парезы мускулатуры губ, мягкого неба, гортани, дыхательных мышц и особенно мышц языка.

Крик у детей с псевдобульбарным синдромом остается тихим, плохо модулированным, нередко с носовым оттенком, иногда в виде отдельных всхлипываний, которые ребенок производит в момент вдоха. Интонационная вариабельность плача не развивается. Псевдобульбарный синдром у детей с церебральным параличом может соче­таться с насильственными непроизвольными движениями в перед­незаднем направлении, которые могут иметь характер оральных синкинезий (содружественных движений), стволовых автоматизмов, гиперкинезов.

Характерной особенностью сосания у многих детей страдающих церебральным параличом является то, что в момент сосания возни­кают различные синкинезии в мускулатуре лица и конечностей, которые при длительном сохранении могут являться неблагоприятным симптомом дальнейшего речевого развития.

Нарушения сосания у ребенка, заставляют мать переводить его на искусственное вскармливание, что может иметь неблагоприятное последствие в двух аспектах:

1) удлиненная форма соски способствует движениями языка вперед, не стимулируя движения его кончика вверх, что может в дальнейшем отразиться на произношение ряда звуков.

2) При кормлении из бутылки мать обычно держит ее в правой руке, если ребенок находится на руках, его правая рука и правый глаз прижаты к груди матери и активное функционирование их огра­ничено. Эта схема кормления в течении ряда месяцев может приво­дить к недостаточному или задержанному развитию правосторонней доминантности, что будет неблагоприятно отражаться на формирова­ние его речи.

У некоторых детей с тяжелыми формами ДЦП можно видеть тонически плотное смыкание рта. Под влиянием тактильных раздражений рот открывается благодаря сокращению мышц, размыкающих челюсти и расслаблению мышц, смыкающих челюсти. При наиболее тяжелых фор­мах ДЦП тактильные раздражения области рта вызывают тоническое напряжение всех мышц (размыкающих и смыкающих челюсти) и рефлекторное открывание рта становится затрудненным.

Тонические рефлексы оказы­вают влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Лабиринтный тонический рефлекс повышает тонус мышц корня языка, в результате затрудняется формирование голосовых реак­ций. При выраженности асимметричного тонического рефлекса мышечный тонус в артикуляционной мускулатуре повышается асимметрично: он больше повышается на стороне, противополож­ной повороту головы ребенка. В этом случае затрудняется звукопроизношение. Симметричный шейный тонический рефлекс по­вышает мышечный тонус спинки и кончика языка; при этом кон­чик языка не выражен. Этот рефлекс затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, продвижение языка вперед и вверх. Подобные нарушения артикуляционного аппарата затрудняют формирование голосовой активности и звукопроизносительной стороны речи. Голос у таких детей тихий, слабый, мало­модулированный, назализованный (с носовым оттенком).

В силу указанных нарушений, гуление и самоподражание в гулении у детей с церебральным параличом обычно появляется в более поздние сроки. Спонтанные короткие звуки гуканья появляются только к концу первого года жизни. Гуление представлено отдельными недифференцированными звуками, часто характеризуется рудиментарностью и отсутствием истинной напевности.

Спонтанный лепет появляется лишь к 2-3 годам и характеризуется фрагментарностью, бедностью звукового состава и отсутствием слоговых комплексов. В лепе­те можно выделить всего несколько согласных звуков, среди кото­рых часто встречается губно-губные ("п", "б"), заднеязычные зад­ненебные ("н", "г"), несколько реже переднеязычные альвеолярные ("т", "д"). У детей слабо формируется механизм самоподражания. Таким образом, у детей с церебральным параличом не реализуется наследственная программа артикуляционных движений реализация которой предполагает постепенный переход от грубых артикуляционных дифференцировок к более тонким и трудным артикуляционным укладам и формированию членораздельного звукопроизношения и речи.

При бульбарных и псевдобульбарных нарушениях однообразие звуков сочетается с их специфическим произнесением: тихие с но­совым оттенком, нечеткие, не соответствующие фонетическим едини­цам языка.

При парезе мимической мускулатуры, в частности губных мышц, затрудняется произнесение таких звуков гуления, как "у", "о", "па", "би".

При бульбарных нарушениях в результате атрофии мышц одной стороны кончик языка заострен и отклонен в сторону. На стороне атрофии наблюдают иногда фибриллярные поддергивания, язык плохо контурируется, свисает мягкое небо. С нарушением тонуса мышц языка и мягкого неба связан гнусавый оттенок крика и звуков гуления.

Особенностью развития периода 12-24 мес. доречевого разви­тия у детей с церебральным параличом является более длительная диссоциация в развитии всех функций, в том числе экспрессивной и импрессивной речи. Так, ребенок с ДЦП при сохранном интеллекте в возрасте 2-х лет, по развитию экспрессивной речи может находить­ся на этапах доречевого развития, а по уровню развития импрессивной речи может приближаться к возрастной норме.

Экспрессивная речь ребенка с церебральным параличом в пери­од 1-3 г. может развиваться со значительной или небольшой задержкой и часто сопровождается грубыми нарушениями звукопроизношения. При относительно достаточном запасе слов и фразе, по ха­рактеру нарушения звукопроизношения, а также голосообразования и дыхания у ребенка с церебральным параличом в 2,5-3 года можно определить ту или иную форму дизартрии.

Следует отметить, что при некоторых формах ДЦП, в основном со спастической диплегией, дети имеют при поверхностном обследо­вании хорошо развитую, без нарушений экспрессивную речь. Однако исследование импрессивной речи обнаруживает феномен "вербализма", при котором отмечается формальное, подражательное, а не осознанное усвоение лексического состава, грамматических катего­рий и синтаксических конструкций языка. Имея богатый словарный запас, дети часто не понимают конкретного реального содержания произносимых ими слов и фраз. Такая картина диссо-циированного развития обусловлена тем, что вследствие недоста­точности двигательных функций рук, предметно-практическая дея­тельность ребенком игнорировалась, а родителями не поощрялась, при этом всячески стимулировалось речевое развитие (прослушива­ние книги, заучивание стихотворений). Однако, усвоение языка, лишенного чувственного, конкретного опыта оказалась формальным и неполноценным.

После периода формирования речи (0-3г) можно наблюдать различные речевые расстройства (частота распространения составляет 80%), характер и степень выраженности которых зависят от локализации и тяжести поражения мозга. Большое значение в механизмах речевого нарушения при ДЦП имеет сама двигательная патология. Отмечается взаимосвязь между двигательными и речевыми нарушениями у детей с церебральным параличом. Наблюдается зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функций рук. Тяжелые артикуляционные расстройства как правило сопровождаются значительным поражением верхних конечностей. Нарушения артикуляционной моторики задерживают и нарушают формирование голосовой активности и звукопроизносительной стороны речи. Нарушения фонетической стороны речи усугубляются недостаточностью кинестетического и слухового восприятия. Нарушения лексико-грамматической стороны речи при церебральном параличе, когда четко определяется взаимосвязь двигательного и речевого расстройства, рассматриваются как вторичные в результате не только фонетико-фонематических нарушений, но и общей задержки психического развития. Однако в основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждение определенных структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов мозга, которые имеют значение для речевой и интеллектуальной деятельности. Отставание в речевом развитии также могут быть связаны со снижением потребности в речевом общении, с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, опыта предметно-практической деятельности. Поэтому в большинстве случаев при церебральном параличе выявляются системные нарушения речи, затрагивающие все его стороны. У детей с церебральным параличом выявляют следующие формы речевых нарушений: задержка речевого развития, дизартрия, алалия, нарушения письменной речи.

***1.6. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы***

Психологические механизмы формирования личности едины и для нормально развивающегося ребенка, и для ребенка с нару­шениями в развитии, но разные условия этого формирования при­водят к появлению специфических закономерностей развития лич­ности ребенка с отклоняющимся развитием.

Следует отметить, что ограничения двигательных возможностей ребенка препятствует формированию у него побудительной мотивации к исследовательско-ориентировочной деятельности внешнего мира, формирует пассивное отношение, что еще более задерживает его развитие. Недостаточность мотивации к предметной деятельности и речевому общению может быть обусловлено характером взаимодействия матери и ребенка. Иногда родители, сверхопекая ребенка и предупреждая все его желания, исключают тем самым для него необ­ходимость выполнения действия и использования речевых - средств об­щения.

Эмоциональные и личностное развитие ребенка с церебральным параличом значи­тельно осложняется и искажается наличием следующих факторов:

1) нарушения двигательных, сенсорных функций и голосовых реакций, негативно влияющих на характер эмоционального взаимо­действия матери и ребенка и эмоциональное развитие ребенка в це­лом. Комплекс оживления и другие виды эмоционального взаимодейс­твия с матерью проявляются смазанно, скудным набором средств общения. Ребенок не имеет возможности отреагировать на эмоциональ­ные сигналы матери всем богатством экспрессивно-мимических и предметно-действенных средств общения здорового ребенка. Мать не получая явных ответных сигналов от ребенка, не всегда может разг­лядеть и понять нечеткие проявления коммуникативной активности ребенка, поддержать и стимулировать их развитие, а также интере­са к познанию окружающего.

В результате у ребенка снижается потребность в эмоциональ­ном общении, длительно не формируются средства общения, познава­тельная активность. Отсутствие или ограничение двигательной ак­тивности у ребенка с ДЦП приводит к нарушению восприятия своего тела, что приводит к задерж­ке формирования первоначальных представлений о себе, а также появлению различных страхов: перемещения в пространстве, прикосно­вения новых раздражителей, незнакомых ситуаций, формированию защитно-оборонительных реакций(сопротивление и отказ от контак­та) .

2) разлука с матерью, связанная с частыми госпитализациями ребенка. Последствия разлучения ребенка с матерью негативно отражают и на развитии здорового ребенка. У больного ребенка они проявляются в более тяжелой форме в виде отрицательных эмоциональных пережи­ваний, резко снижающих его психическую активность, интерес и по­буждение к общению, к познавательной деятельности.

3) психические травмы в связи с лечебными процедурами (инъ­екции, гипсовые повязки, хирургическое вмешательство), которые способствуют проявлению у ребенка угнетенного эмоционального состояния, различных страхов и защитно-оборонительных реакций. У ребенка не формируется доверительного отношения к окружающим, мотивации к общению и познанию окружающего.

4) Отношение матери к ребенку. Сам факт рождения больного ребенка вызывает у матери слож­ную гамму переживаний, которые проявляются по отношению к ребен­ку в виде воспитания по типу гиперпротекции или гипопротекции. В первом случае, мама, находясь в состоянии стресса, повышенно бес­покойна и эмоционально подавлена. Это приводит к тому, что ребенок также испытывает состояние эмоционального дискомфорта. Мать уде­ляет такому ребенку крайне много сил, времени и внимания: тре­вожно прислушивается к каждому сигналу и пожеланию ребенка, спе­шит с его выполнением, чрезмерно опекает его, не предоставляя возможности самостоятельного проявления различных видов актив­ности или не' предъявляя никаких требований к поведению ребенка. Помимо низкой мотивации к деятельности, требующей каких-либо усилий, дети могут долгое время оставаться чрезмерно привязанны­ми к матери; с трудом вступать в контакт-с другими людьми. У них часто образуются различные страхи или же дети могут быть чрез­мерно капризными, негативными, склонными к истероидным проявле­ниям.

При гипопротекции, у матери в той или иной мере может отме­чаться эмоциональное отвержение ребенка, проявляющееся в недос­таточном внимании, ласке, одобрении и принятии ребенка. Последс­твия такого отношения могут быть самые различные: от снижения ин­тереса к окружающему и общению до угнетенного эмоционального состояния и отказа от любых контактов с окружающими.

Поведение детей с церебральным параличом бывает различным. Для большинства характерна пассивность, вялость, нерешительность, пугливость. Дети с трудом привыкают к новой обстановке, к новым людям, они боятся высоты, темноты, одиночества, закрытых дверей, всяких неожиданных раздражителей, уколов, крови и т. д. В момент страха у них учащается пульс, дыхание, по­вышается мышечный тонус, появляется пот, слюнотечение, усили­ваются насильственные движения.

У других детей отмечаются повышенная возбудимость, беспокойство, склонность к вспышкам раздражительности, упрямству. Для них характерна быстрая смена настроения: то они чрезмерно веселы, шумны, то становятся раздражительными, плаксивыми.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью: бо­лезненно реагируют на тон голоса, отмечают малейшее изменение в настроении матери, крайне болезненно реагируют на ее слезы. Некоторым свойственно излишнее беспокойство за свое здоровье или здоровье своих близких.

У детей наблюдается часто расстройство сна: они плохо засы­пают, спят беспокойно, со страшными сновидениями, иногда с пла­чем и криком. Такой сон не приносит отдыха нервной системе: ут­ром ребенок встает вялым, капризным, отказывается от занятий.

В школе такие дети тревожны, испытывают страх перед устным ответом, нередко у них возникает заикание или появляются насильственные движения. Они не принимают участия в общественной жизни класса, ничем не увлекаются, все свободное время тратят на приготовление уроков, стремятся заучить заданное на­изусть. Все это препятствует развитию их интеллекта.

***1.7. Типология нарушений психического развития при детском церебральном параличе.***

Считается, что от 25 до 35% детей с церебральным параличом имеют потенциально со­хранный интеллект, однако развитие этих детей идет в дефицитарных условиях, что сказывается на психическом развитии. По­тенциально сохранный интеллект при ДЦП не означает полно­ценное, полностью соответствующее нормальному, развитие. Ос­новные виды психических нарушений при детском церебральном параличе - задержка психического развития (встречается примерно у 50% детей) и умственная отсталость (имеет место у 25% детей), что свиде­тельствует о сочетании психического дизонтогенеза дефицитарного типа с дизонтогенезом по типу задержанного развития или недоразвития. Вместе с тем не существует прямой зависимости между тяжестью двигательной патологии и степенью интеллекту­альной недостаточности при церебральном параличе. При различных формах ДЦП может встречаться и нормальное, и задержанное психическое раз­витие, умственная отсталость.

Среди видов отклоняющегося развития детей с церебральным па­раличом чаще всего встречаются задержки развития по типу пси­хического инфантилизма. В основе пси­хического инфантилизма лежит дисгармония созревания интел­лектуальной и эмоционально-волевой сферы при незрелости по­следней. Психическое развитие при инфантилизме характеризует­ся неравномерностью созревания отдельных психических функ­ций.

Поражение незрелого головного мозга при детском церебральном параличе приводит к тому, что корковые мозговые структуры, особенно поздно формирующиеся лобные отделы, созревают неравномерно и в замедленном темпе, что и служит причиной изменений личности по типу психического инфантилизма. Однако специфическим условием раз­вития этого типа отклонений личности является неправильное воспита­ние, ограничение деятельности, связанное с двигательной и речевой недостаточностью.

Незрелость больных детей, преимущественно их эмоционально-во­левой сферы, сохраняется нередко и в старшем школьном возрасте и препятствует их школьной, трудовой и социальной адаптации. Эта незрелость имеет дисгармоничный характер. Отмечаются случаи сочетания незрелости психики с чертами эгоцентризма, иногда со склонностью к резонерству; у детей эмоционально-волевая незрелость сочетается с ранними проявлениями сексуальности. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста, проявляющие­ся в поведении, повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, в нецеленаправленной интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости, имеют, однако, иную окраску, нежели у детей раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладает двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, наблюдается бедность и однообразие игровой деятельности легкая истощаемость, инертность. Отсутствует детская живость и непосредственность в проявлении эмоций.

Выделяют три варианта осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом.

1. Невропатический вариант осложненного инфантилизма.
2. Церебрастенический вариант осложнённого инфантилизма.
3. Орга­нический инфантилизм.

***Первый невропатический вариант осложненного инфантилизма*** представляет собой сочетание психического инфантилизма с проявлениями невропатии.

При невропатическом варианте психического инфантилизма дети с церебральным параличом отличаются сочетанием несамостоятельности повышенной внушаемости с тормозимостью, пугливостью неуверен­ностью в своих силах. Они обычно чрезмерно привязаны к матери с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе. В школе у многих из них наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, трусливости, отсутствие инициативы низкий уровень мотивации, иногда при повышенной самооценке. Все эти осо­бенности могут быть причиной нарушений адаптации к школе вообще к социальному окружению в целом. У детей нередко возникают ситуаци­онные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стрем­ления к лидерству, эгоцентризмом и неуверенностью в своих силах повышенной тормозимостью и пугливостью.

При этом варианте психического инфантилизма у детей с церебральным параличом преобладают реакции пассивного протеста. Они проявляются в отказе от еды, от устного общения с определенными ли­цами (избирательный мутизм), в уходах из дома или из школы; иногда они проявляются в виде нарушений отдельных соматовегетативных функций: рвоты, энуреза (недержание мочи), энкопреза (недержание кала).Значительно реже как результат пассивного протеста может возни­кать суицидальное поведение, которое проявляется только в мыслях и представлениях, либо в совершении суицидальной попытки

Наиболее частым проявлением пассивного протеста у учащихся с церебральным параличом может быть отказ от выполнения тех или иных требовании учителя или воспитателя. При неправильном воспитании в семье - отказ от выполнения требований родителей

Второй вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом представляет собой ***церебрастенический вариант осложнённого инфантилизма***. Проявления эмоционально-волевой незрелости у этих детей сочетается с повышенной эмоциональной воз­будимостью, с нарушением внимания, нередко и памяти, низкой рабо­тоспособностью. Поведение данных школьников отличается раздражи­тельностью, несдержанностью; характерной для этих школьников явля­ется склонность к конфликтам с окружающими, сочетающаяся с чрез­мерной психической утомляемостью, непереносимостью психического напряжения. Трудности в обучении данных детей связаны не только с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, но и с их повышенной утом­ляемостью, быстрым истощением активного внимания. Настроение у них крайне неустойчивое, с оттенком недовольства, раздражения. Эти дети требуют к себе постоянного внимания, одобрения своих действий; в про­тивном случае возникают вспышки недовольства, гнева, которые обычно заканчиваются слезами. У них наиболее часто наблюдаются аффективно-возбудимые формы поведения, однако в новой для них обстановке мо­жет, напротив, проявляться повышенная тормозимость. У таких детей часто отмечаются неправильные взаимоотноше­ния с коллективом сверстников, что неблагоприятно сказывается на даль­нейшем развитии их личности. Особенностью школьного возраста являет­ся возникновение новой социальной потребности найти свое место в кол­лективе сверстников. Если эта потребность не реализуется, могут возник­нуть различные аффективные реакции, проявляемые в форме обидчивос­ти и озлобленности, замкнутости, иногда агрессивного поведения.

Третий вариант осложненного психического инфантилизма у школь­ников с церебральным параличом относится к так называемому ***орга­ническому инфантилизму.*** В основе органического инфантилизма лежит сочетание незрелости эмо­ционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной деятель­ности, проявляющимися в виде инертности, тугоподвижности мышления, при наличии низкого уровня в развитии операции обобщения. Эти дети часто бывают двигательно расторможены, благодушны, у них гру­бо нарушена целенаправленная деятельность, снижен уровень критического анализа своих действий и поступков. Повышенная внушаемость сочетается у них с проявлениями упрямства, плохой переключаемости внимания. Отмечаются у этих детей более выраженные, чем в ранее рассмотренных вариантах, случаи проявления нарушения внимания, памяти, снижения уровня работоспособности. Проявление органического инфантилизма чаще наблюдалось при атонически-астатической форме церебрального паралича, когда имеет место поражение или недоразвитие лобно-мозжечковых структур. Это связано с той ролью, которую играет лобная кора в развитии целенаправленной деятельности, мотивации, т. е. того уровня психического развития, который является необходимым для формирования так называемого ядра личности. Эмоционально-волевые расстройства при органическом инфантилизме характеризуются большой дисгармонией. Наряду с чертами «детскости», повышенной внушаемостью, несамостоятельностью, наивностью суж­дений для этих детей характерными являются склонность к «расторможению» влечений, недостаточно высоко развитая критичность; элементы импульсивности сочетаются у них с проявлениями инертности. Эти дети при клинико-психологическом обследовании в начале показывают низ­кий уровень личностной готовности к обучению. Самооценка и уровень притязаний у них были неадекватно завышенными; отсутствовала и адек­ватная реакция на успех. При воздействии дополнительных неблагопри­ятных факторов окружающей среды у этих детей наблюдается формиро­вание склонности к развитию характерологических отклонений возбу­димого типа. Дети становятся двигательно беспокойными, раздражи­тельными, импульсивными, неспособными адекватно учитывать ситуа­цию, некритичными к себе и своему поведению.

***Патохарактерологическое формирование личности*** (психогенно обусловленное развитие личности в связи с длительным дей­ствием психотравмирующего фактора и неправильным воспита­нием) отмечается у большинства детей с ДЦП. Отрицательные черты характера формируются и закрепляются у детей с ДЦП в значительной степени по причине воспитания по типу гиперопеки, характерному для многих семей, где воспитываются дети с патологией двигательной сферы. Такое воспитание ведет к подав­лению естественной, посильной ребенку активности. Родители, боясь, что ребенок упадет, уронит посуду, неправильно оденет­ся, лишают его самостоятельности, предпочитают все сделать за него. Это и приводит к тому, что ребенок растет пассивным и безу­частным, не стремится к самостоятельности, у него формируются иждивенческие настроения, эгоцентризм, ощущение постоянной зависимости от взрослых, неуверенность в своих силах, робость, ранимость, застенчивость, замкнутость, тормозные формы пове­дения. У части детей наблюдаются стремления к демонстративному поведению, тенденция к манипулированию окружающими.

В некоторых случаях у детей с тяжелыми двигательными и ре­чевыми нарушениями и сохранным интеллектом тормозные фор­мы поведения носят компенсаторный характер. Дети характеризу­ются замедленностью реакций, отсутствием активности и инициа­тивы. Они осознанно выбирают такую форму поведения и тем са­мым пытаются скрыть свои двигательные и речевые нарушения. Владея развернутой речью, дети, маскируя дефекты произноше­ний, односложно отвечают на вопросы, сами вопросов никогда не задают, отказываются выполнять доступные им задания двига­тельного характера.

Отклонения в развитии личности ребенка с ДЦП могут воз­никнуть и при другом стиле воспитания в семье. Многие родители занимают неоправданно жесткую позицию в воспитании ребенка с ДЦП. Эти родители требуют от ребенка выполнения всех требо­ваний и заданий, но при этом не учитывают специфику двига­тельного развития ребенка. Нередко такие родители, если ребе­нок не выполняет их требований, прибегают к наказаниям. Все это приводит к негативным последствиям в развитии ребенка и усугублению его физического и психического состояния.

В условиях гиперопеки или гипоопеки ребенка возникает наи­более неблагоприятная ситуация для формирования у него адек­ватной оценки своих двигательных и иных возможностей.

Изучение реакции ребенка на свой физический дефект являет­ся необходимым условием изучения личности, самосознания, са­мооценки, а также условием проведения правильной работы по воспитанию личности детей с нарушениями опорно-двигатель­ного аппарата.

Осознание дефекта у детей с ДЦП возникает чаще в возрасте 7-8 лет и связано с их переживаниями по поводу недоброжелательного отношения к ним со стороны сверстников, а также с социальной депривацией. Психогенные ре­акции, возникающие у таких детей, она разделила на два варианта:

- невротические реакции в сочетании с пассивно-оборонительны­ми — гипостенический вариант (чрезмерная ранимость, застенчи­вость, робость, склонность к уединению и т.д.);

- агрессивно-защитные формы поведения — гиперстенический ва­риант (аффективная несдержанность, готовность к конфликтам и агрессии).

Психогенные реакции, протекающие на невротическом уров­не можно разделить на три группы, по их клинической выражен­ности: 1) астенофобические, 2) астенодепрессивные и 3) поли­морфные синдромы с включением истерического компонента.

Дети с астенофобическими проявлениями робкие, застенчивые, смущаются и затормаживаются в новой обстановке. Повышенная пугливость, сензитйвность отмечаются у них в раннем периоде развития. Первый возрастной кризис (в 2—4 года) в связи с об­щей ретардацией развития несколько отставлен. Возраст овладе­ния двигательными и речевыми функциями (3—5 лет) характе­ризуется нередко невротическими проявлениями, нарушениями соматовегетативной сферы, склонностью к привычным рвотам, энурезу, плаксивости, капризности. Второй возрастной кризис (11—12 лет), характеризующийся усилением астеноневротиче-ских проявлений нередко в сочетании с синдромом двигатель­ной расторможенности, является аффективным этапом разви­тия личности. И хотя истинного переживания дефекта в этом возрасте еще не наблюдается, дети сталкиваются с такой психотравмирующей ситуацией, как недоброжелательное отношение к ним здоровых сверстников. Вследствие невозможности полно­го устранения этой ситуации возникает повышенная эмоцио­нальная возбудимость, что в сочетании с органической цереб­ральной недостаточностью является благоприятным фоном для проявления различного вида фобических реакций. Своеобразием аффективного реагирования детей с ДЦП является склонность к возникновению аффекта страха под влиянием малозначимых внешних воздействий.

У детей с астенодепрессивной формой реакций на первый план выступает осознание своей физической неполноценности. У них отмечается повышенная ранимость и опасения оказаться смеш­ными в обществе незнакомых людей, а отсюда стремление мак­симально оградить себя от посещения многолюдных мест- свое­образная изоляция, в некоторых случаях достигающая степени вы­раженного астенодепрессивного синдрома с суицидальными мыс­лями.

У детей с гиперстеническими реакциями наблюдается полиморф­ная симптоматика. В период первого возрастного кризиса наряду с невротическими проявлениями чаще обнаруживаются более выра­женные отклонения в поведении-двигательная расторможенность, упрямство, негативизм, истерические реакции и др.

Переживание физической недостаточности наблюдается среди детей различного возраста. Наиболее остро они выделяются в подро­стковый и юношеский период. Данные периоды характеризуются многосторонними процессами, затрагивающими интеллектуаль­ную, эмоциональную и волевую сферы. В подростковом возрасте активно формируются черты взрослого человека. Подросток сам начинает осознавать свое приближение ко взрослому возрасту и стремится к самостоятельности. Для детей с нарушениями движе­ний возрастные трудности дополняются острой психической трав­мой, связанной с физической недостаточностью.

Среди детей с нарушениями двига­тельной сферы можно выделить три основные группы по их отношению к своему физическому дефекту.

Дети первой группы, наиболее благополучной, полно­стью понимают последствия заболевания, трезво оценивают свои силы и возможности и готовы к преодолению трудностей. Как правило, благодаря целеустремленности и волевым качествам они добиваются успехов в учебе, утверждаются в коллективе здоровых людей, в жизни.

Для детей второй группы типичным является подавлен­ное настроение, потеря веры в улучшение их состояния. Это ока­зывает влияние на все сферы жизни и деятельности этих детей, затрудняет лечебную, психолого-педагогическую работу с ними.

В третью группу входят подростки, сравнительно спокойно относящиеся к своему заболеванию. У одних это объясняется ком­пенсацией физической недостаточности другими развивающими­ся качествами и определенными достижениями (успехи в отдель­ных видах спорта, хорошая успеваемость, общественная работа и др.), у других - избалованностью в семье, иждивенчеством, у третьих - недостаточным развитием личности в целом. У подро­стков этой группы нет объективной оценки своих возможностей, критического отношения к ним.

Как это видно, переживания физической недостаточности одних мобилизуют на борьбу с болезнью, на занятие полноценного места в социальной жизни, у других эти переживания начинают занимать центральное место, уводят подростка от активной жизни.

Таким образом, развитие личности у детей с ДЦП в большин­стве случаев проходит весьма своеобразно, хотя и по тем же зако­нам, что и развитие личности нормально развивающихся детей. Специфика развития личности детей с ДЦП определяется как био­логическими факторами, так и факторами социальными. Развитие ребенка в условиях болезни, а также неблагоприятные социальные условия негативно сказываются на формировании всех сторон лич­ности ребенка, страдающего детским церебральным параличом.

**Глава 2.** **Неврологическое обследование детей с нарушением опорно-двигательного аппарата**

**Неврологическое обследование** в условиях психолого-медико-педагогической консультации является частью комплексного обследования

В условиях ПМПК возможно полное, всестороннее исследование нервной системы, следовательно, возможна диагностика всех нозологических форм заболеваний, в том числе и тех, которые предполагают наблюдение в динамике или совместный осмотр с другими специалистами (психиатр, психолог, логопед, педагог-дефектолог, оториноларинголог, офтальмолог).

**Основной целью неврологического обследования** в ПМПК является выявление нарушений и заболеваний со стороны нервной системы органического или функционального характера. Органические поражения являются следствием перинатальных поражений, черепно-мозговых травм, нейроинфекций и наследственных нарушений. Функциональные нарушения нервной системы не сопровождаются органическими изменениями в структуре нервной системы.

**Задачи неврологического обследования** в ПМПК:

* подробное изучение анамнестических сведений с целью выявления факторов, вызвавших неврологические нарушения;
* изучение социальной среды;
* проведение клинического осмотра;
* направление на параклиническое обследование (рентгенография черепа и позвоночника, эхоэнцефалография (ЭхоЭГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЭГ), ультразвуковая допплерография (УЗДГ) сосудов головного и спинного мозга, компьютерная томография (КТ) головного и спинного мозга, ядерно-магнитная резонансная томография (ЯМРТ) головного и спинного мозга, электромиография (ЭМГ), офтальмоневрологическое, отоневрологическое и медико-генетическое);
* обобщение результатов клинического и параклинического исследований;
* проведение дифференциальной диагностики выявленных нарушений;
* совместное обсуждение результатов обследования с другими специалистами ПМПК;
* постановка окончательного диагноза;
* выработка тактики лечения и коррекционных мероприятий;
* разработка рекомендаций для родителей, воспитателей, учителей.

**Основными методами** при обследовании нервной системы являются: беседа с родителями и другими членами семьи, изучение имеющейся документации (выписка из родильного дома, форма 112 и т.д), наблюдение за ребёнком в ходе обследования, во время игровой деятельности, а также клинический осмотр.

Обследованию ребёнка предшествует сбор анамнеза. Схема сбора анамнеза общепринятая, но при подозрении на поражение двигательной сферы требует детализации с целью выявления фактора, вызвавшего это нарушение. При анализе причин двигательных нарушений обычно прослеживается связь этих нарушений с тем или иным периодом развития. Принято выделять пренатальные, перинатальные и постнатальные неблагоприятные факторы, способствующие развитию двигательных нарушений. Часто причиной этих нарушений является интоксикация плода, нарушения питания матери, перенесенные ею заболевания во время беременности, в том числе и инфекционные, приводящие к внутриутробному энцефалиту, менингиту (токсоплазмоз, хламидии, цитомегаловирусная и герпетическая инфекции, листериоз, стафиллококковая и стрептококковая инфекции, грипп и др.), несовместимость группы крови матери и плода. Среди причин, вызывающих детский церебральный паралич, по данным различных авторов до 40% приходится на натальные травмы. 2% двигательных нарушений обусловлены генетическими факторами. Для детей старше 1 года при сборе анамнеза обязательна детализация моторного развития (когда начал держать голову, переворачиваться, сидеть, стоять, ходить, тянуться к игрушкам, захватывать их, манипулировать ими, начал самостоятельно застёгивать пуговицы, завязывать шнурки и т.д). Задержка того или иного этапа моторного развития может указывать на широкий спектр заболеваний (задержка психического развития, умственная отсталость, наследственные заболевания, детский церебральный паралич, миастения и т.д).

Непосредственному неврологическому осмотру должен предшествовать общий осмотр ребёнка, оценка его физического развития. Выявление малых аномалий развитий, диспропорция отдельных частей тела, изменение формы черепа могут говорить о перенесенном или текущем неврологическом заболевании. Исследование нервной системы проводится по общепринятой методике и включает в себя исследование краниальной иннервации, двигательной сферы, рефлекторной деятельности, чувствительной сферы и вегетативных функций.

Неврологический осмотр проводится в спокойной обстановке на фоне соматического благополучия, в тёплой, тихой, хорошо освещённой комнате при температуре 25-27º С. Детей грудного возраста рекомендуется осматривать через 1-1,5 часа после кормления, во время бодрствования на полужёсткой поверхности (пеленальный стол). При несоблюдении данных условий у детей грудного возраста рефлексы могут быть реакцией на дискомфортное состояние. Детей дошкольного возраста осматривают во время игровой деятельности. В условиях ПМПК неврологическое обследование детей дошкольного и школьного возраста рекомендуется проводить после или перед логопедическим обследованием (так как необходим совместный осмотр невропатолога и логопеда с целью исследования строения и подвижности органов артикуляции). Невропатолог ПМПК принимает участие в проведении всех видов обследования (психологического, логопедического, педагогического).

***Пояснения к заполнению карты неврологического обследования***

(в приложении 1-3. представлены диагностические карты неврологического обследования детей младенческого раннего, дошкольного и школьного возраста)

Неврологическое обследование детей грудного возраста начинают с наблюдения за поведением и положением ребёнка, выражением лица. У детей до 3 месяцев преобладает тонус сгибателей, поэтому у здорового ребёнка в этой возрастной категории руки согнуты в локтевом суставе, ноги притянуты к животу и слегка отведены в бедрах (поза эмбриона). Физиологическая гипертония легко преодолевается в ходе исследования. В норме ребёнок совершает различные сгибательные и разгибательные движения. При оценке выражении лица легко заметить лицевые асимметрии, малые аномалии развития.

Осмотр начинается с краниометрии и измерения окружности груди, определения размеров родничков. Обязательным является описание формы головы (долихоцефалическая, брахицефалическая, гидроцефальная, микроцефальная и т.д), степени сомкнутости черепных швов, состояния родничков (втянут, выбухает, пульсирует), различных асимметрий, образований. Окружность головы измеряют через надбровные дуги и затылочный бугор. При оценке этого параметра необходимо учитывать соотношение размеров головы и груди. В норме у новорожденных окружность головы больше окружности груди на 2-4 см. К 4-5 месяцу показатели сравниваются и в дальнейшем окружность груди больше окружности головы. Большой родничок при рождении открыт, размеры его 2х3, закрывается к 1-1,5 годам. Малый родничок открыт не у всех детей, боковые роднички при рождении закрыты. При повышении внутричерепного давления отмечается расширение поверхностных вен.

Следующим этапом обследования является оценка функции черепно-мозговых нервов.

**Обонятельный нерв** - у новорожденных и детей первого года жизни его исследование часто выпадает из-за невозможности получить объективные данные. Ориентировочно нужно учитывать реакцию на запах (двигательное беспокойство, чихание, сморщивание лица и т.д). В основном функция данного нерва оценивается со слов матери.

**Зрительный нерв** – с 2х месяцев ребёнок следит за предметом. У детей грудного возраста остроту зрения, цветоощущение, поля зрения не исследуют, а определяют реакцию зрачка на свет (проверяют прямую и содружественную реакции зрачков, прослеживание, узнавание знакомых лиц).

**Глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы –** устанавливается величена и форма глазных щелей, проверяется форма и величина зрачков, реакция зрачка на свет, аккомодация, конвергенция,фиксируется наличие косоглазия, экзофтальма, птоза, мидриаза, поворот глазного яблока кнаружи и вниз. При исследовании функции вышеуказанных нервов можно выявить симптом Грефе (при движении глазного яблока вниз появляется белая полоса между верхним веком и роговицей), симптом «заходящего солнца» (при быстром переводе ребёнка из положения лёжа в вертикальное глазные яблоки поворачиваются вниз и внутрь, радужная оболочка частично прикрывается нижним веком, над глазным яблоком видна склера). Симптом Грефе появляется при органических заболеваниях головного мозга. Симптом «заходящего солнца встречается в норме у новорожденных. Наличие этого симптома после 2-3 недельного возраста одновременно с симптомом Грефе говорит о внутричерепной гипертензии. При акушерском парезе руки встречается синдром Бернара-Горнера (миоз, энофтальм, сужение глазной щели) на стороне пареза. Причиной птоза может быть недоразвитие мышцы, поднимающей верхнее веко, аплазия ядра глазодвигательного нерва и жевательно-мигательная синкинезия Маркуса-Гунна (в ходе эмбриогенеза неразделены функций мышц, поднимающей верхнее веко и крыловидной мышцы). При недоразвитии ствола головного мозга наблюдается парез взора.

**Тройничный нерв –** оценка функции затруднена. Объективно в раннем возрасте можно вызвать корнеальный, коньюктивальный рефлексы.

**Лицевой нерв** - оценивается симметричность лица в покое и при активных движениях (можно вызвать улыбку). О функции нерва можно судить по рефлексам (корнеальный, коньюктивальный, сосательный, хоботковый).

**Преддверно-улитковый нерв** – о наличии слуха у детей раннего возраста можно судить по общей реакции на звуковые раздражители (вздрагивание, двигательное беспокойство, изменение дыхания, испуг). У детей до 2 месяцев проверяется акустикопальпебральный рефлекс (смыкание век и двигательное беспокойство в ответ на звуковое раздражение). Дети старше 3 месяцев поворачивают голову в сторону звука. С целью обследования слуха можно использовать погремушку, часы. Предметы необходимо подносить то к одному, то к другому уху.

**Языкоглоточный, блуждающий нервы** – исследуются у грудных детей одновременно. Наблюдение за ребёнком во время кормления, плача может выявить нарушение голоса (беззвучный, глухой), функции мягкого нёба (молоко выливается из носа, поперхивания, захлёбывания). Дополнительные сведения можно получить со слов мамы и при исследовании рефлексов орального автоматизма. О нарушении функции блуждающего нерва свидетельствуют изменения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

**Добавочный нерв** – исследуют путём осмотра и пальпации грудинно-сосцевидной мышцы, оценки поворота головы в стороны. При поражении нерва отмечается запрокидывание головы, ограничение движения руки выше горизонтального уровня. Спастическая кривошея и подергивание головы в противоположную поражению сторону возникает при раздражении добавочного нерва. У детей с тяжёлой формой ДЦП при выраженной патологической постуральной активности голова повернута в одну сторону, что способствует развитию спастической кривошеи.

**Подъязычный нерв –** исследование функции этого нерва у грудных детей в основном ограничивается осмотром положения языка во рту.

После исследования краниальной иннервации оценивается мышечный тонус. Оценка мышечного тонуса производится при пассивных движениях конечностей. Об изменении тонуса можно судить по позе и положению конечностей ребёнка. Разогнутые конечности (ребёнок распластан на столе - поза «лягушки») говорят о снижении мышечного тонуса. «Плавниковое» положение рук (кисть согнута, пальцы напряжены и расставлены), «когтистая лапа», атетозное положение рук, крепко сжатые пальчики, опистотонус свидетельствуют о гипертонусе. При двигательных нарушениях можно увидеть «позу балерины» (ребёнок стоит, опираясь на пальцы стоп с перекрестом ног на уровне голеней). Изолированное снижение мышечного тонуса можно предположить при свисании одной или нескольких конечностей. Асимметричное расположение конечностей встречается при акушерских парезах, гемипарезах. Обязательным является пальпация мышц (при гипотонии мышцы вялые, дряблые, при гипертонии – плотные, напряженные). Степень выраженности мышечной гипотонии может варьировать от лёгкой вялости до полной обездвиженности. Стойкое снижение мышечного тонуса до 1 года даёт право заподозрить врачу врожденные заболевания мышц, спинного мозга и нейромышечных синапсов (амиотрофии, миопатии, миотонии, миастении). Сила активности движений оценивается при попытке врача помешать активным движениям ребёнка. При наблюдении можно заметить отсутствие или ограничение движений в отдельных группах мышц. Спонтанные движения оцениваются в ходе наблюдения. Редкие, вялые спонтанные движения бывают у детей с мышечной гипотонией, возбудимые дети совершают много движений. У детей старше 5 месяцев об объёме движений в верхних конечностях можно судить, наблюдая за тем, как ребёнок берёт игрушки, тянется к предметам, перекладывает из одной руки в другую. При оценке моторки детей грудного возраста необходимо записать формулу развития.

Следующим этапом обследования является оценка рефлекторной деятельности. Безусловные рефлексы оцениваются сначала в положении на спине, затем в состоянии вертикального подвешивания ногами вниз и в последнюю очередь на животе. Оценку рефлексов можно проводить по схеме: 0-рефлексы отсутствуют, +- рефлекс вызывается слабо, ++ - рефлекс вызывается хорошо. Последовательность исследования рефлексов приводится в карте (приложение №1). Если рефлекс не вызывается, то его необходимо повторить через некоторое время. Если же повторные попытки также безрезультатны, то это свидетельствует об угнетении рефлексов. Возникновение безусловного рефлекса на слабое раздражение свидетельствует о его патологическом усилении.

Из сухожильных рефлексов у детей до 3-4 месяцев вызываются хорошо коленные рефлексы, рефлексы с двуглавой и трёхглавой мышц. После 3-4 месяцев более отчётливо можно вызвать ахилловы рефлексы, после 6-7 месяцев – брюшные рефлексы.

После исследования двигательной сферы оценивается состояние чувствительности. Осязательную и тактильную чувствительность проверяют путём прикосновения кусочком ваты или кисточкой к коже ребёнка. О тактильной чувствительности судят по возникновению безусловных рефлексов (дотрагивание к языку, губам вызывает сосательные движения, к ладоням – хватательный рефлекс, к подошве – сгибание пальцев ног, к векам – закрытие глаза и т.д). Ребёнок старше 3 месяцев будет тянуть руки к месту раздражения. В возрасте старше 6 месяцев о чувствительности можно судить по тому, как ребёнок трогает свои руки, ноги, грудь матери. При исследовании болевой чувствительности ребёнку наносят лёгкие уколы иглой, на которые он реагирует двигательным беспокойством или плачем. Отсутствие реакции на болевые раздражители может быть проявлением травм спинного мозга.

В связи с незрелостью вегетативной нервной системы у детей грудного возраста её исследование ограничено. О вегетативных расстройствах можно по состоянию кожных покровов (мраморность, трофические нарушения), нарушениям сердечно-сосудистой и дыхательной системы, пищевому поведению (срыгивания, рвота, частый стул), нарушениям сна и бодрствования, частым зеваниям и икотой, потоотделению.

О речевом развитии ребёнка до 2 месяцев можно судить по голосовым реакциям: кашель, зевание, плач, крик, чихание. На 2-3 месяце жизни можно услышать начальные звуки гуления и гортанные звуки. К 4-5 месяцам ребёнок прислушивается к собственным издаваемым звукам, активно гулит. Чтобы получить сведения о речевом развитии необходимо опросить маму (какие голосовые реакции бывают при купании, кормлении, на улыбку и обращение взрослого). К 6 месяцам ребёнок начинает лепетать (произносить цепочки слогов). К 9 месяцам ребёнок узнаёт голоса близких, реагируют на своё имя. К году речевое развитие характеризуется наличием в словарном запасе 5-10 слов, пониманием и выполнением простых 10-12 инструкций («дай», «возьми», «принеси» и т.д.).

У грудных детей нарушения двигательной сферы принципиально отличаются от таковых у детей старшего возраста. Поражение нервной системы на ранних этапах развития в основном вызывает генерализованные изменения, что затрудняет диагностику. Особенно трудна в этой возрастной категории дифференциальная диагностика пирамидных и экстрапирамидных нарушений. В диагностике двигательных нарушений первостепенная роль отводится изменениям мышечного тонуса и рефлекторной активности. В основном двигательные нарушения у детей грудного возраста укладываются в диагноз « синдром двигательных расстройств». При стойком снижении мышечного тонуса диагностируется «синдром мышечной гипотонии», который характеризуется снижением сопротивления пассивным движениям и увеличением объёма этих движений. Произвольная и спонтанная двигательная активность ограничена. Сухожильные рефлексы могут быть сниженными, повышенными или нормальными. С момента рождения синдром мышечной гипотонии может быть выявлен у детей при внутричерепной или спинальной травме, нервно-мышечных заболеваниях, асфиксии, хромосомных нарушениях, умственной отсталости, наследственных нарушениях обмена веществ. Мышечная гипотония вызывает задержку моторного развития, что в свою очередь приводит к задержке формирования психических функций. Если у ребёнка гипотония чередуется гипертонией, то, как правило, выставляется диагноз «синдром мышечной дистонии". У таких детей в покое при пассивных движениях отмечается гипотония. Однако, как только ребёнок пытается совершить движение или проявляет эмоциональные реакции гипотония резко сменяется гипертонией. Часто такая дистония наблюдается у детей, перенесших гемолитическую болезнь. При стойком повышении мышечного тонуса выставляется диагноз «синдром мышечной гипертонии», который характеризуется повышенным сопротивлением пассивным движениям, гиперрефлексией, клонусами стоп. Патологические рефлексы не являются диагностическими, так как в грудном возрасте в связи с незаконченностью процессов миелинизации они могут вызываться и в норме. Нарушения координации движения (мозжечковые нарушения) у детей первого года жизни выявить трудно (их можно выявить только после развития произвольной двигательной активности).

Специальные диагностические приёмы для выявления двигательных нарушений:

1. проба на тракцию – с положения лёжа на спине за руки ребёнка тянут до положения сидя. В норме ребёнок сопротивляется разгибанию рук. При гипертонии ощущается повышенное сопротивление, при гипотонии сопротивление слабое или отсутствует;
2. рефлекс отдергивания – на подошвы иглой наносятся уколы (ребёнок должен лежать на спине, ноги расслаблены). В норме наступает одновременное сгибание бедер, голеней, стоп. При двигательных нарушениях рефлекс ослаблен;
3. проба на отведение нижних конечностей – в положении на спине резко отводят в стороны разогнутые нижние конечности. В норме исследующий ощущает сопротивление. При гипертонусе отмечается сильное сопротивление и перекрещивание конечностей;
4. у детей с 2х месячного возраста наличие спастических явлений можно установить следующим образом: при поднятии ребёнка за подмышечную область, вместо сгибания нижних конечностей в коленных и тазобедренных суставах происходит их разгибание и скрещивание.

Если у ребёнка до 1 года имеется задержка психомоторного развития больше чем на один триместр или двигательные расстройства сочетаются с другими неврологическими синдромами (поражения черепно-мозговых нервов, судорожный, гипертензионный, гипертензионно-гидроцефальный, вегетативно-висцеральных дисфункций), то он должен находиться в группе по формированию детского церебрального паралича (ДЦП). Диагностика детского церебрального паралича в первые 2 месяца очень затруднена в связи с тем, что доминирование многих позотонических автоматизмов в этом возрасте является физиологичным. Только после 4-5 месяцев, когда становится очевидным патологическая роль постуральных рефлексов, возможна диагностика заболевания.

При ДЦП двигательные нарушения обусловлены тем, что поражение незрелого мозга нарушает последовательность этапов его созревания. Высшие центры не оказывают должного тормозящего влияния на примитивные рефлекторные механизмы, вследствие чего задерживается редукция безусловных рефлексов. Патологические тонические шейные и лабиринтные рефлексы наряду с повышенным мышечным тонусом препятствуют реакциям выпрямления и равновесия. Одним из наиболее выраженных рефлексов при ДЦП является **асимметричный шейный тонический рефлекс** (если в положении на спине повернуть голову ребёнка так, чтобы нижняя челюсть находилась на уровне плеча, то конечности, к которым обращено лицо, разгибаются, а противоположные сгибаются). При ярко выраженном рефлексе голова и глаза ребёнка фиксированы чаще в одну сторону, как следствие развивается односторонняя пространственная агнозия, формируется кривошея, искривление позвоночника. Рефлекс нарушает равновесие в положении сидя, так как мышечный тонус на одной стороне (повышение в разгибателях) противоположен мышечному тонусу на другой (повышение в сгибателях). Поэтому при попытке сесть ребёнок теряет равновесие (падает назад и в сторону).

Немаловажное значение имеет **тонический лабиринтный рефлекс** (в положении на спине отмечается гипертония в разгибателях, в положении на животе – в сгибателях). Выраженность этого рефлекса зависит от степени повышения мышечного тонуса. Дети с выраженным тоническим лабиринтным рефлексом в положении на спине не могут наклонить голову, вытянуть руки вперед, чтобы поднести их ко рту, взять игрушку, повернуться со спины на живот, набок. При выраженности тонического лабиринтного рефлекса в положении на животе затруднено поднятие головы, ребёнок не может опереться на свои руки, повернуться с живота на спину. Постоянно согнутая спина приводит к грудному кифозу. Вынужденное положение ребёнка приводит к задержке цепных выпрямляющих рефлексов. Такие дети не могут свободно фиксировать взгляд и прослеживать во всех направлениях, что приводит к нарушению зрительно-моторной координации. Таким образом, в сочетании эти два рефлекса препятствуют захвату предмета, развитию зрительно-моторной координации, затрудняют повороты головы на бок, на живот.

Из-за влияния **симметричного тонического шейного рефлекса** (сгибание головы вызывает повышение флексорного тонуса в руках, экстензорного – в ногах) ребёнку трудно сохранить контроль головы, удержать позу сидения. В положении на животе из-за резкого повышения тонуса в разгибателях ноги, ребёнок затрудняется их согнуть в коленном и тазобедренном суставах. Асимметричный шейный тонический рефлекс, тонический лабиринтный рефлекс и симметричный тонический шейный рефлекс относятся к миелэнцефальным позотоническим автоматизмам, центры которых расположены в продолговатом мозге. В норме у доношенных детей они физиологичны до 2 месяцев. Несвоевременная редукция миелэнцефальных позотонических рефлексов свидетельствует о поражении нервной системы и препятствует формированию нормальной двигательной функции.

Одновременно с редукцией этих рефлексов постепенно формируются мезэнцефальные установочные рефлексы, которые обеспечивают выпрямление туловища. К ним относятся: **шейная выпрямляющая реакция** (поворот головы в сторону вызывает одновременную ротацию туловища в ту же сторону), **туловищная выпрямляющая реакция** (соприкосновение стоп с опорой вызывает выпрямление головы), **выпрямляющий рефлекс туловища** (поворот головы в сторону вызывает ротацию плеча, затем таза). Мезэнцефальные установовчные рефлексы обеспечивают установку шеи, туловища, рук, таза и ног и в целом направлены на приспособление ребёнка к вертикальному положению. Развитию двигательных реакций у детей раннего возраста также способствует группа рефлексов, которые не относятся к истинным выпрямляющим рефлексам (защитная реакция рук, рефлекс Ландау).

Немаловажное значение в диагностике двигательных нарушений имеют синкинезии (непроизвольные содружественные движения, которые сопровождают выполнение активных движений). На первом месяце жизни у ребёнка бывает физиологическая экстензорная синкинезия (в ответ на надавливание подошв возникает экстензия конечностей, тела и головы). Рефлекс Переза также относят к синкинезиям грудного возраста. При поражении пирамидных путей возникают патологические синкинезии. Содружественные реакции препятствует развитию целенаправленных движений, и нередко являются причиной образования контрактур. При ДЦП наиболее часто синкинезии проявляются в оральной мускулатуре (захват игрушки способствует широкому открыванию рта).

В раннем возрасте для классификации ДЦП используется классификация Бадаляна Л.О.(1988), в которой выделяются спастические (гемиплегия, диплегия, двусторонняя гемиплегия), дистоническая и гипотоническая формы. Наиболее часто из спастических форм ДЦП встречается **спастическая диплегия** (синдром Литтла). Эта форма заболевания была описана в 1853 году английским акушером Литтлом как результат тяжёлых или преждевременных родов. Поэтому для родовых повреждений целесообразно сохранить термин «болезнь Литтла». В раннем возрасте двигательные нарушения захватывают все конечности, но с возрастом объём движений в верхних конечностях восстанавливается. Как правило, повышение тонуса часто отмечают с первых месяцев жизни. В клинике повышен тонус экстензоров, ноги вытянуты, высокие сухожильные рефлексы. Степень двигательных нарушений в верхних конечностях может быть различной, часто это лёгкая моторная неловкость, которая проявляется, когда ребёнок начинает держать игрушки. Поражения со стороны черепно-мозговых нервов встречаются в 30-40% случаях. Нарушения чувствительности и функции тазовых органов нет. Психика при этой форме страдает реже, чем при других формах ДЦП.

Также при этой форме реже встречаются судороги. Ранние проявления: дети малоподвижны при купании, пеленании, при кормлении отмечается слабое сосание, поперхивания. При попытке согнуть или разогнуть конечности отмечается сопротивление. К 3-4 месяцам при попытке дотянуться к игрушкам родители замечают неловкость движении. Задерживается формула моторного развития.

При **спастической гемиплегии** двигательные нарушения обнаруживаются на одной стороне, при этом поражения со стороны верхних конечностей более выражены, чем на нижних. У детей грудного возраста руки сжаты в кулачок и приведены к туловищу. Страдает отведение плеча и ротация его кнаружи, супинация и разгибание кисти. Из черепно-мозговых нервов часто страдают лицевой и подъязычный нерв, но степень их поражения невелика и с возрастом клиника сглаживается. В большинстве случаев гемиплегия осложняется синкинезиями. В половине случаев развиваются джексоновские судороги. Выпрямляющие рефлексы туловища и реакции равновесия развиваются с запаздыванием или вовремя. При этой форме ДЦП нарушение интеллекта колеблется от незначительного недоразвития до глубокой умственной отсталости.

**Двусторонняя гемиплегия** характеризуется поражением всех конечностей. Уже в период новорожденности отмечается высокий мышечный тонус по типу ригидности. Резко выражены шейный и лабиринтный тонические рефлексы, которые с возрастом нарастают. В 50% случаях имеют место поражения черепно-мозговых нервов. В 20-30% случаях на втором году жизни присоединяются гиперкинезы. В 2/3 случаях присоединяются судороги. Нарушения интеллекта достигают чаще степени умственной отсталости. Грубые нарушения со стороны нервной системы при этой форме позволяют достаточно рано поставить диагноз. **Дистоническая форма** ДЦП выставляется только детям грудного возраста, когда трудно определить конкретную форму. Тонус мышц дистоничен (повышение может сменяться понижением). Дети отстают в психомоторном развитии (поздно начинают держать голову, сидеть и т.д). В клинике также могут быть проявления общемозговых нарушений (беспокойство, нарушение формулы сна, судороги). **Гипотоническая форма** детского церебрального паралича также является диагнозом детей грудного возраста. В клинической картине на первый план выступает выраженная мышечная гипотония. Дети малоактивны, вяло сосут, редко плачут. Такие дети часто наблюдается детским неврологом с диагнозом «миатонический синдром», «синдром мышечной гипотонии», «синдром пирамидной недостаточности», «синдром двигательных расстройств».

Обследование детей старше 1 года проводится по той же схеме, особое внимание уделяют динамике моторного развития и развитию речи. Исследование неврологического статуса имеет своей целью выявление особенностей психического развития, которые указывают на созревание определенных структур мозга. Большое значение у детей до 3 лет имеет моторное развитие. Поэтому необходимо выяснить формулу моторного развития (когда ребенок начал держать голову, сидеть, ходить). При внешнем осмотре необходимо обратить внимание на рост, упитанность, массу ребёнка, пропорциональность отдельных частей тела, осанку, положение рук, ног. Положение ребёнка может быть активным, пассивным, вынужденным.

В связи с созреванием определенных структур мозга исследование черепно-мозговой иннервации расширяется. Так, при оценке функции **обонятельного нерва,** уже можно дать понюхать пахучие вещества (при условии, что ребёнок с ними знаком). Можно с этой целью использовать мяту, ментол. Дети до 3 лет плохо дифференцируют запахи. При исследовании **зрительного нерва**  в этом возрастной категории можно определить остроту зрения с помощью специальной таблицы, на которой расположены 10 рядов различных картинок. Но всё же определённая таким образом острота зрения является ориентировочным. Можно определить с помощью картинок и фигур цветоощущение. В возрасте 1,5-2 лет ребёнок соотносит предметы по цвету, форме и величине. К 3 годам возможно исследование поля зрения.

Исследование функции **глазодвигательных нервов** проводят в положении головы и взгляда ребёнка вперёд. Так же, как и у детей первого года жизни устанавливают ширину и величину глазных щелей, объём движений глазных яблок, форму и величину зрачков, проверяют аккомодацию, конвергенцию. Для исследования функции леватора можно применить метод Берку (исследующий пальцем прижимает у надбровной дуги кожу и просит ребёнка посмотреть вверх). Функция леватора сохранена, если при взгляде вверх глазная щель расширилась. Обследование тройничного нерва в возрасте от одного до трёх лет часто ограничивается исследованием двигательной порции, которая иннервирует мышцы нижней челюсти. С этой целью проверяют функции жевательных и височных мышц (для этого исследующий прикладывает свои пальцы к этим мышцам и просит ребёнка производить жевательные движения, при этом сравнивая степень напряжения мышц на правой и левой сторонах).

Далее проверяют роговичный, надбровный, нижнечелюстной рефлексы. Необходимо выяснить, не испытывает ли ребёнок затруднения при жевании, нет ли признаков похудания мышц, отклонения нижней челюсти в сторону при открывании рта. Оценку функционального состояния ветвей **лицевого нерва** можно производить при помощи несложных тестов: поднимание и нахмуривание бровей, закрывание и зажмуривания глаз, надувание щек, оскаливание зубов, вытягивание губ.

При исследовании **предверно-улиткового нерва** у детей старше 2 лет можно определить остроту слуха с помощью аудиографии, с помощью камертонов можно исследовать костную и воздушную проводимость. После 1 года, когда ребёнок может самостоятельно глотать, жевать, произносить слова симптомы поражения **языкоглоточного нерва** становятся более отчётливыми (затрудняются глотать, часто поперхиваются, долго жуют, голос приобретает гнусавый оттенок). Можно проверить вкус, глоточный и нёбный рефлексы. Так как дети в этом возрасте могут выполнить самостоятельно инструкции, то при проверке **добавочного нерва** можно попросить произвести повороты головы в стороны, пожать плечами, поднять руки выше горизонтального уровня. В отличие от грудных детей можно подробно исследовать **подъязычный нерв,** попросив ребёнка высунуть язык, сделать боковые движения языком, загнуть и поднять кончик языка.

При исследовании двигательных функции необходимо обратить внимание на походку (спастическая, гемипаретическая), положение конечностей, форму позвоночника (искривления могут быть из-за поражения мышц) и грудной клетки, активные движения, наличие синкинезии, насильственных непроизвольных движений. Мышечный тонус определяется путём ощупывания, определения упругости, проведением пассивных движений во всех суставах (сгибание, разгибание, пронация, супинация, ротация). Определяют конфигурацию и объём мышц. Необходимо провести сравнительное измерение объёма конечностей на симметричных участках. Ориентировочно о мышечной силе судят по сопротивлению, которое может оказать ребёнок при пассивном движении, по объёму активных движений (можно попытаться отобрать игрушку). К 1 году, как правило, происходит редукция безусловных рефлексов. У детей старше года из их числа сохраняются сосательный и лабиринтные установочные (Ландау) рефлексы. У детей старше 1 года можно вызвать все сухожильные рефлексы.

В связи с созреванием афферентных систем у детей старше 2 лет можно ориентировочно определить глубокую чувствительность и сложные виды чувствительности. Необходимо отметить, что и в этой возрастной категории исследование чувствительности представляет определенные трудности, так как дети не всегда могут проанализировать и описать свои чувства. При исследовании стереогнозиса предлагают знакомые ребёнку предметы (яблоко, конфеты, машинку и т.д).

Для оценки функции вегетативной нервной системы у детей до 3 лет используют некоторые сердечно-сосудистые пробы: местный и рефлекторный дермографизм, определение кожной температурной асимметрии, измерение пульса, давления, частоты дыхания.

Речевое развитие ребёнка от 1 до 1,5 лет характеризуется наличием в собственной речи 7-10 слов. Это, в основном, названия предметов, имена. По просьбе взрослого ребёнок может выполнить простые словесные инструкции «дай», «принеси» и т.д, называет некоторые части тела. Понимает названия окружающих предметов, игрушек. К 2х-летнему возрасту словарный запас достигает 40-50 слов (в основном существительные и глаголы). Ребёнок может произнести двусложные слова, строить простые предложения (из 2х слов), выполнить двухэтапную инструкцию. К 3х-летнему возрасту словарный запас состоит из 200-250 слов. Ребёнок понимает короткие сказки и рассказы, может их пересказать, составляет предложения из 3-4 слов. Данные о речевом развитии невропатолог ПМПК получает, участвуя в логопедическом обследовании, беседуя с мамой ребёнка.

***Обследование детей старшего возраста***

Обследование детей старшего возраста также начинается с внешнего осмотра. При первоначальном осмотре ребёнок раздевается до пояса. При внешнем осмотре можно заметить гипомимичное лицо, скованность движений, атактическую и спастическую походку, контрактуры, атрофические изменения мышц, асимметрию лицевой мускулатуры, косоглазие и т.д. И в этой возрастной категории необходимо отметить стигмы дизэмбриогенеза, телосложение, описать форму головы, зафиксировать окружности головы.

Для исследования функции **обонятельного нерва** дают понюхать различные ароматизированные вещества в каждый носовой ход (мята, валериана и т.д). При исследовании **зрительного нерва** у детей старшего возраста можно определить остроту зрения (при помощи таблицы Рабкина-Гольдмана), цветоощущение (с помощью специальных полихроматических и пигментных таблиц проверяют способность различать цвета и их оттенки). Большое значение имеет определение полей зрения с помощью периметра, осмотр глазного дна.

При оценке функции **глазодвигателей** объём исследовании остаётся прежним. Высоту стояния глазных яблок (экзофтальм, энофтальм) можно определить методом экзофтальмометрии (специальным прибором экзофтальмометром). Угол косоглазия можно измерить по методу Гиршбергу. Офтальмодинамику исследуют по схеме Эберта. Перечисленные выше специальные методы проводятся врачом-офтальмологом.

При исследовании **тройничного нерва** в этой возрастной категории можно подробно исследовать чувствительную порцию. Оценка чувствительности в зоне иннервации тройничного нерва проводится по общепринятой схеме. Поверхностную чувствительность исследуют не только по направлению сверху вниз (зоны проекции ветвей), но и в направлении от уха к губам (зоны сегментарной иннервации). Пальпируются точки выхода ветвей тройничного из полости черепа (надглазничное, подглазничное, подбородочное).

Исследование **лицевого нерва** начинают, как указывалось выше, с осмотра лица. При грубых поражениях асимметрия лица заметна уже в покое: разные глазные щели, неодинаковая выраженность носогубных и лобных складок, перекашивание угла рта в сторону. При лёгких поражениях асимметрия обнаруживается при плаче или улыбке. Иногда во время обследования можно заметить подергивания или гиперкинезы мимических мышц. После осмотра ребёнка просят выполнить пробы: наморщить лоб, свести брови, показать зубы, надуть щёки, вытянуть губы трубочкой, моргнуть одним глазом и т.д. Для определения силы круговой мышцы предлагают зажмурить глаза, исследующий пытается приподнять верхнее веко. Во время выполнения предложенных заданий могут появляться синкинезии. К патологическим синкинезиям относятся: подергивание верхней губы при мигании, подтягивание угла рта во время зажмуривания, поднятие бровей одновременно с закрыванием глаза.

Перед **исследованием слуха** выясняют, нет ли шума в ушах, нарушение слуха. Для исследования остроты слуха ребёнку с одним закрытым ухом предлагают повторить слова на различных расстояниях, при этом он не должен видеть лицо исследующего. Исследуют разговорной и шепотной речью. В норме шепотная речь улавливается на расстоянии далее 6 метров, разговорная речь-15-20 метров. При подозрении на нарушение слуха ребёнок нуждается в более точных методах исследования (камертональное и аудиометрическое). У детей с ДЦП нарушение двигательных функций нередко сопровождается нарушением слуха. Поражение слухового анализатора часто встречается при гиперкинетической форме.

Перед исследованием **вестибулярного анализатора** путём расспроса определяют, нет ли головокружения, как ребёнок переносит езду на транспорте, не укачивает ли его на качелях. Для выявления вестибулярных нарушений предлагают тест «мимопопадания» (ребёнок должен 2-3 раза попасть в поставленный перед ним палец исследующего, затем повторить это задание с закрытыми глазами).

**Языкоглоточный нерв** смешанный, в основном чувствительный. Двигательная его часть иннервирует шилоглоточную мышцу, которая поднимает глотку. Паралич одной шилоглоточной мышцы наблюдается редко и бывает при поражении самого нерва, в клинике характеризуется затруднением при глотании твёрдой пищи. Исследование чувствительной порции включает в себя исследование вкуса. Для его исследования используют водные растворы, которые вызывают вкусовые ощущения (кислое, горькое, сладкое, соленое).

В клинике чаще функция языкоглоточного нерва исследуется одновременно с **блуждающим нервом**. При этом обращают внимание на тембр и звучность голоса, выясняют, как ребёнок глотает твёрдую пищу, бывают ли поперхивания, проверяют с обеих сторон нёбный и глоточный рефлексы. При поражении блуждающего нерва отмечаются нарушение сердечного ритма, расстройства дыхания, вегетативные расстройства.

При исследовании **добавочного нерва** производят активные и пассивные движения головой в противоположные стороны и вверх, просят ребёнка совершить «пожимание плечами».

Исследование **подъязычного нерва** начинают с осмотра языка в полости рта и в высунутом положении, при этом отмечают, нет ли фибриллярных подергиваний, атрофии, отклонений языка в сторону. Периферический паралич языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов носит название **бульбарного паралича,** который клинически проявляется в виде расстройства глотания (дисфагия), утратой звучности голоса (афония), назальным оттенком речи (назолалия), неправильным произношением звуков (дизартрия). Нарушение глотания, фонации и артикуляции бывают и при поражении центральных нейронов. При таких поражениях паралич носит название **псевдобульбарного**. При таких поражениях появляются патологические рефлексы орального автоматизма.

Исследование двигательной сферы включает в себя исследование пирамидной, экстрапирамидной систем и мозжечковой функции. Поражение пирамидной системы характеризуется парезами и параличами. Различают центральный и периферический параличи. Центральный паралич возникает при поражении центрального двигательного нейрона, а периферический – при поражении периферического двигательного нейрона (клетки передних рогов спинного мозга, корешков и нервов).

**Центральный паралич** характеризуется гипертонией мышц, гиперрефлексией, клонусами, патологическими рефлексами и синкинезиями, отсутствием атрофии.

**Периферический паралич** характеризуется атонией, арефлексией, атрофией мышц, изменением электрической возбудимости мышц и нервов, изменением электромиограммы. Наличие и степень пареза устанавливается на основании исследования активных и пассивных движений, мышечной силы. Обследование начинают с общего осмотра (положение больного, форма позвоночника, грудной клетки, кистей, стоп и т.д).

Обязательным является определение конфигурации мышц и их объём. При наружном осмотре можно увидеть атрофии мышц и контрактуры, изменение походки, заметить парез мимической мускулатуры, подергивания мышц. Расспрашивая ребёнка можно заметить расстройство речи. Затем выясняют, может ли ребёнок совершать активные и пассивные движения во всех суставах (последовательность исследования движении приведена в карте – приложение 3). Активные движения исследуются сверху вниз. Обычно в практической деятельности неврологи ограничиваются определением объёма лишь некоторых основных движений и только в необходимых случаях проверяют более тонкие и изолированные движения. Но нужно учитывать, что не всегда наличие полного объёма активных движений исключает возможность лёгкого пареза. Поэтому обязательным является определение мышечной силы. Объём пассивных движений исследуется по той схеме, что и активные движения. Мышечную силу можно определить с помощью динамометра или о нём судят по сопротивлению, которое оказывает ребёнок. Оценка мышечной силы производится по пятибалльной системе:

0 баллов – отсутствие активных движений;

1 балл – минимальные движения, невозможность преодолеть силу тяжести конечности;

2 балла – преодоление не только тяжести конечностей, но и лёгкое сопротивление исследующего;

3 балла – преодоление достаточного сопротивления исследующего;

4 балла – незначительное снижение мышечной силы;

5 баллов - двигательная функция сохранена. В карте неврологического обследования приводится последовательность движении для оценки силы мышц.

Для выявления пареза также применяют пробы:

1. **верхняя проба Мингаццини-Барре –** ребёнку предлагают вытянуть руки вперёд, на стороне пареза рука опускается быстрее, чем на здоровой;
2. **нижняя проба Мингаццини-Барре** – ребёнок в положении на спине сгибает ноги в коленных суставах. При положительной пробе нога на стороне пареза опускается быстрее, чем на здоровой.

Для выявления лёгкого спастического пареза применяют **тест качания ног**: ребёнок садится на край кушетки, свесив ноги. Исследующий поднимает ноги ребёнка до уровня края кушетки и быстро опускает их. В норме качание ног происходит в строго продольном направлении. При спастическом парезе нога описывает движения по кругу или эллипсу. Тонус мышц определяется путём пальпации. При гипотонии и атонии мышцы дряблые, вялые. При гипертонии мышцы напряжены и уплотнены. При атонии наблюдается гиперподвижность суставов. При гипертонии, сопровождающей центральный паралич, наблюдается симптом «складного ножа» (при произведении быстрых пассивных движений, вначале исследующий ощущает ригидность, в дальнейшем она уменьшается). При выраженной гипертонии возникают контрактуры.

Исследование рефлексов проводят «сверху вниз» (начиная со зрачкового рефлекса, заканчивают рефлексами, замыкающимися на нижних сегментах крестцового отдела спинного мозга). Необходимо не только учитывать уровень поражения, но и сопоставить выраженность рефлексов с одной и другой стороны. Результатом резкого повышения сухожильных рефлексов являются клонусы. При центральном параличе появляются патологические рефлексы и синкинезии. Последовательность исследования патологических рефлексов приведена в карте неврологического обследования (приложение №3).

Основными симптомами поражения экстрапирамидной системы являются маловыразительность движений (олигокинезии), замедленность движений (брадикинезии), отсутствие физиологических синкинезий (например, неподвижность рук при ходьбе - ахейрокинез), замедление мышления (брадипсихия), избыточные непроизвольные движения (гиперкинезы). Гиперкинезы возникают непроизвольно, исчезают во сне и усиливаются при волнении и произвольных движениях. При наличии у ребёнка гиперкинезов обращают внимание на ритм, форму, характер, локализацию и симметричность. У детей с ДЦП часто возникает атетоз, который проявляется в виде червеобразных, медленных движений чаще в дистальных отделах конечностей, реже в лицевой мускулатуре (перекашивание рта, гримасничанье, выпячивание губ, прищелкивание языком). Поражение экстрапирамидной системы может проявиться в виде припадков. Эти припадки относятся к разновидностям эпилепсии и проявляются приступами ригидности туловища и конечностей без потери сознания.

При исследовании функции мозжечка обращают внимание на походку. Для этого ребёнка просят пройти по комнате (медленно, быстро, сделать поворот). Для выявления расстройств равновесия при стоянии просят сдвинуть ноги (носки должны смыкаться), закрыть глаза и вытянуть руки (проба Ромберга). При выполнении этой пробы можно её усложнить (сенсибилизированная проба Ромберга).

Для исследовании координации предлагают выполнить пальце-носовую и коленно-пяточную пробы. Для выявления асинергии предлагают пробу Бабинского (ребёнка, лежащего на жесткой поверхности без подушки на спине, просят сесть со скрещенными на груди руками). При поражении мозжечка поднимается не туловище, а ноги. При подозрении на поражение мозжечка можно предложить пробы: «мимопопадание», на адиадохокинез, на дисметрию, пронаторную, Шильдера. Мозжечковое расстройство речи проявляется в виде смазанности, замедленности речи. Речь теряет свою плавность, становится скандированной (рассечение слова по слогам). В результате интенционного дрожания почерк становится неровным, зигзагообразным. Для того, чтобы у ребёнка младше 3 лет выявить наличие атаксии, необходимо систематическое наблюдение (как ребёнок берёт игрушку, стоит, бегает, прыгает).

Исследование чувствительной сферы у детей старшего возраста проводится по общепринятой схеме. Последовательность исследования приведена в приложении №3.

Сенсорные расстройства часто сопровождают двигательные нарушения при детском церебральном параличе. Сенсорное восприятие играет первостепенную роль в развитии познавательной деятельности и включает в себя зрительное, слуховое, кинестетическое и тактильное восприятие. У детей с ДЦП чаще сенсорные расстройства встречаются в виде недостаточного ощущения собственных движений. Ощущения от прикасания к какому-либо предмету недифференцированные, нечёткие. Дети с такими нарушениями плохо узнают предметы на ощупь (т.е страдает стереогноз), что задерживает развитие предметной деятельности и в дальнейшем вызывает значительные затруднения при усвоении навыков письма.

Нарушения слухового восприятия проявляются в виде снижения слуха на высокочастотные тона. В клинике это проявляется в виде нарушения звукопроизношения. Ребёнок не слышит высокочастотные звуки (т, к, с, п, э, ф, ш), поэтому пропускает или заменяет их на другие звуки. Нередко у детей с ДЦП встречается нарушение фонематического слуха. Некоторые дети очень чувствительны к звуковым раздражителям (вздрагивают при неожиданном звуке), при этом дифференцированное восприятие звуков недостаточное.

Зрительное восприятие при ДЦП может быть нарушено из-за ограничения движении глаз, нарушения фиксации взора, снижения остроты зрения и сужения полей зрения. Поэтому детям с такими нарушениями трудно отыскать взглядом игрушку или предмет, проследить за его перемещением или рассмотреть его.

Исследование вегетативной нервной системы у детей старшего возраста можно провести при помощи сердечно-сосудистых рефлексов (глазосердечный рефлекс Даньини-Ашнера, солярный рефлекс), клиностатической и ортостатической проб. Важно исследовать дермографизм (местный и рефлекторный), пиломоторный рефлекс, терморегуляцию и потоотделение.

Важным этапом в неврологическом обследовании является исследование корковых функций. В детском возрасте оно имеет свои особенности. Важно установить контакт с ребёнком, заинтересовать его заданиями, придавать непринужденный тон беседе. В беседе с родителями необходимо расспросить о поведении ребёнка дома, в школе (при необходимости запросить характеристику). Исследование корковых функций в условиях психолого-медико-педагогической консультации проводится совместно с психологом, логопедом и педагогом-дефектологом.

Для исследования **зрительного гнозиса** используют набор предметов, картинок (цветные, однотонные, контурные). Ребёнка просят определить, описать предметы, сравнить, какие предметы большие, какие маленькие. При этом оценивают не только узнавание предметов, но и сюжетов, лиц. Для исследования **слухового гнозиса** предлагают узнать знакомые ранее звуки (звон колокольчика, тиканье часов, звук барабана и т.д). Для выявления нарушений **сенситивного гнозиса** предлагают показать части тела, узнать на ощупь предметы. При нарушении регулирующего влияния второй сигнальной системы при сохранности простых и цепных безусловных рефлексов возникают расстройства целенаправленных действии (**апраксия, диспраксия**). Такие нарушения можно выявить с помощью специальных тестов (подражание действиям врача, по указанию делать определенные движения, показать, как едят суп, нарезают хлеб, расчесываются, чистят зубы и т.д). Для исследования гнозиса и праксиса в условиях ПМПК можно предложить различные варианты досок Сегена, кубики Косса.

Для исследования памяти применяют ряд психологических методик (запоминание слов, метод пиктограмм и т.д). Исследование мышления также основывается на применении психологических методик (матрицы Равена, кубики Косса, установление последовательности событий на серии сюжетных картинок и т.д).

Исследование речи проводится совместно с логопедом. Перед исследованием необходимо выяснить, не является ли ребёнок левшой. Для этого используют специальные тесты (переплетение пальцев рук, скрещивание рук на груди и т.д). Исследование речи включает в себя исследование речедвигательного и речесенсорного анализаторов и в условиях психолого-медико-педагогической консультации проводится совместно с логопедом. Состояние речесенсорного анализатора оценивается путём исследования фонематического слуха, понимания слов, простых предложений, лексико-грамматических структур. Речедвигательный анализатор оценивается исследованием звукопроизношения, отражённой и повествовательной речи. Нарушения письменной речи проявляются в виде **аграфии, дисграфии**. Причинами расстройства процесса чтения могут быть: а) нарушение условнорефлекторных связей между зрительным, речесенсорным и речедвигательным анализаторами – **алексия, дислексия**; б) поражение эфферентных путей – дизартрическое, тихое, монотонное и скандированное чтение. **Акалькулия, дискалькулия** встречаются при поражении премоторной и нижнетеменных областей левого полушария головного мозга. Для выявления этих нарушении ребёнку предлагается решить простые задачи на сложение, вычитание, умножение и деление.

При двигательных нарушениях речевые расстройства часто встречаются в клинике детского церебрального паралича в виде **дизартрии** (нарушение произносительной стороны речи вследствие недостаточной иннервации речевого аппарата). Особенностью дизартрии при ДЦП является недостаточность кинестетического восприятия. Ребёнок не только затрудняется в полном объёме выполнить артикуляционные уклады, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции, что приводит к затруднениям при выполнении целенаправленных действии и усугубляет нарушение звукопроизношения.

Тяжесть нарушений артикуляционной моторики прямо пропорционально тяжести двигательных нарушении верхних конечностей. Особенностью дизартрий при ДЦП является связь разных форм дизартрии с определенными формами ДЦП. Так, при спастической диплегии по данным литературы **псевдобульбарная дизартрия** встречается в 80% случаях. Степень тяжести дизартрии может варьировать от лёгкой (имеется лишь нечёткое произношение звуков) до тяжелой (ребёнок не может управлять своим артикуляционным аппаратом). Речь спастичного ребёнка часто имеет длительные паузы из-за чрезмерного напряжения мышц и внезапных спазмов.

При гиперкинетической форме ДЦП часто встречается **экстрапирамидная форма дизартрии**. Артикуляционная моторика характеризуется меняющимся мышечным тонусом (дистонией), наличием непроизвольных насильственных движений. Ребёнок затрудняется удержать статические артикуляционные уклады. Артикуляционные расстройства утяжеляются из-за наличия тонических спазмов, которые часто распространяются на дыхательную мускулатуру, мышцы гортани, обуславливая своеобразные нарушения дыхания и голосообразования. Гиперкинезы дыхательной мускулатуры делают голос затухающим, прерывистым. Ребёнок при этом вынужден сделать вдох для того, чтобы произнести отдельные слова, слоги, а иногда и звуков. При тяжёлой экстрапирамидной дизартрии интенсивность гиперкинезов возрастает, речь становится невнятной, грубо искажается звукопроизношение. При попытке к речи возникают и усиливаются гиперкинезы конечностей, мимической мускулатуры и туловища.

При двойной гемиплегии часто встречаются тяжелые формы псевдобульбарной дизартрии и **анартрия**. При атоническо-атактической форме ДЦП часто встречается **мозжечковая форма** дизартрии, которая характеризуется низким мышечным тонусом артикуляционного аппарата, отсутствием точности и соразмерности движений. Ведущим при этой форме дизартрии является грубое нарушение интонационного оформления речи и её монотонность. В некоторых случаях при смешанной форме дизартрии встречается сочетание различных форм дизартрии. В 3-5% случаев при ДЦП встречаются алалии. Алалия возникает при локальном повреждении корковых речевых зон и часто подтверждается данными электроэнцефалографии. Без специальной педагогической коррекции речь у детей с алалией не развивается и остаётся на уровне звукоподражания и лепетных слов.

После проведения клинического осмотра по показаниям проводятся инструментальные исследования. В итоге, учитывая анамнестические данные, клинический осмотр, результаты параклинических исследовании, совместное обсуждение с другими специалистами ПМПК, врач-невропатолог выставляет окончательный диагноз. Завершающим этапом является выработка тактики лечения и разработка рекомендаций для родителей и педагогов.

**Глава 3. Психолого-педагогическое обследование.**

Психолого-педагогическое обследование ребенка является частью комплексного психолого-медико-педагогического обследования, обеспечивающего всестороннее изучение особенностей его развития.

Основными целями психолого-педагогического обследования ребенка младенческого и раннего возраста являются: определение уровня психического развития ребенка, квалификация особенностей формирования психических функций, выявление степени и характера нарушений психического развития.

Задачами психолого-педагогического обследования являются:

1. Характеристика и определение уровня развития эмоциональной и коммуникативной сфер ребенка.

2. Характеристика и определение уровня развития сенсорных и двигательных функций.

3. Характеристика и определение уровня развития манипулятивной, предметной, игровой и учебной деятельности.

4. Характеристика и определение уровня развития умственного и речевого уровня развития (исследование психологических функций речи).

5. Характеристика и определение уровня социально-бытовой ориентировки.

6. Характеристика детско-родительских отношений.

7. Оценка психического развития, определение потенциальных возможностей ребенка, а также адекватных мер коррекционной помощи.

8. Разработка рекомендаций для родителей, специалистов, оказывающих коррекционную помощь ребенку.

**Основными методами** психолого-педагогического обследования является беседа (опрос) с матерью ребенка, наблюдение и экспериментальное исследование психологического статуса ребенка.

**Беседа с матерью** во время консультационного приема направлена на получение фактических сведений о психическом и речевом развитии ребенка. Мать, ежедневно общаясь с младенцем, обладает большим информативным материалом о развитии ребенка, который специалисты могут использовать при анализе результатов обследования. Вопросы, задаваемые матери, должны быть направлены на получение конкретных фактов из жизни ребенка, а не на оценку его развития матерью. Следует отметить, что этот метод не может являться единственным в определении уровня психического развития, а скорее будет вспомогательным по отношению к остальным двум, по причине субъективного отношения матери к ребенку. Беседа с матерью позволяет получить сведения об ее отношении к ребенку, о характере эмоционального общения с ним.

**Наблюдение** за ребенком осуществляется непосредственно на приеме в консультации, в течение всего периода обследования. Во время наблюдения психолог может выделить определенные моменты, характеризующие особенности психического и речевого развития ребенка: реакция на новую обстановку, незнакомые лица, особенности вступления в контакт, использование вербальных средств в общении, проявление интереса к окружающему, отношение матери к ребенку, характер эмоционального взаимодействия, поведенческие реакции: гипо- и гипорактивность, эмоциональная лабильность, повышенная возбудимость, истощаемость и др.

Для более глубокого изучения особенностей психического развития ребенка, выявление степени и характера его нарушений необходимо использовать методы экспериментального исследования, которые в большинстве случаев проводится в виде "обучающего" эксперимента. Метод обучающего эксперимента предполагает включение в его структуру различных мер помощи с целью выявления обучаемости ребенка. В процессе обследования используются следующие меры помощи: выполнение действия по подражанию, выполнение действия по подражанию с использованием жестов, с речевой инструкцией. Обучаемость, т.е. переход ребенка от неадекватных действий к адекватным свидетельствует о сохранных потенциальных возможностях ребенка.

При проведении этого исследования следует руководствоваться следующими **принципами:**

1. принцип моделирования психической деятельности, т.е. той деятельности, которую ребенок осуществляет в своей повседневной жизни;

2) принцип учета отношения ребенка к обследованию. Учитывая общее состояние ребенка, фон настроения, особенности поведения, специалистам необходимо сформировать у него положительное отношение к взаимодействию со взрослым, к предложенным заданиям.

3) принцип качественного анализа предполагает учет не только результатов выполнения отдельных проб, а тщательное рассмотрение всей психической деятельности ребенка, общего темпа ее протекания, характер выполнения проб, восприимчивость к обучению.

***Требования к проведению психолого-педагогического обследования:***

Психолого-педагогическое обследование целесообразно проводить после медицинского, так как для диагностики нарушений психического развития значимыми являются такие сведения как, амнестические данные, соматический, неврологический и психический статусы, сохранность функций зрения, слуха, а также характер и степень двигательных нарушений. Анализ этих сведений даст возможность психологу и логопеду выбрать нужное направление в обследовании, сделать его более целенаправленным в отношении выбора тактики, методик исследования.

Выбор метода и методик исследования определяется хронологическим возрастом ребенка, его моторными, сенсорными, интеллектуальными возможностями, наличием или отсутствием речи.

Проведение психолого-педагогического обследования детей раннего возраста имеет ряд особенностей. Дети не всегда легко и охотно вступают в контакт с экспериментатором и включаются в деятельность по выполнению заданий. Это связано, во-первых с тем, что у детей в возрастном периоде от 8-9 месяцев до 2-х лет закономерно проявление реакции страха, а также робости, стеснения в непривычной обстановке с незнакомыми людьми; во-вторых - наличием специфических страхов (белых халатов, прикосновения, перемещения в пространстве и др.), депрессивного настроения проявлений упрямства, негативизма и др. В случае отрицательного отношения или утомления и истощения обследование следует прекратить. Во время одного первичного приема рекомендуется предлагать ребенку не более 3-4 проб в зависимости от его возраста.

Рекомендуется начинать обследование с беседы с матерью и, не разлучая физически ребенка с ней, предоставить ему время для привыкания к новой обстановке, незнакомым людям.

Включение ребенка первого года жизни, а также детей с тяжелыми двигательными нарушениями в ситуацию обследования достигается привлечением его внимания к ярким звучащим игрушкам, ласковым эмоционально-речевым воздействием, постепенным и осторожным использованием тактильного контакта.

Детей в возрасте до 2 лет рекомендуется обследовать в непосредственной близости от мамы, в некоторых случаях желательно, чтобы ребенок сидел у нее на коленях. Иначе тревога, возникающая у детей этого возраста, может вызвать речевой негативизм. При этом ребенок усаживается спиной к маме, фиксируется таз, плечи ребенка подаются несколько вперед, чтобы между туловищем и бедрами сохранить угол в 90 градусов.

Включение в ситуацию обследования более старших детей легче всего достигается применением сюжетного объединения различных заданий в одну общую игру.

Начинать обследование целесообразно с наблюдения самостоятельной деятельности ребенка, фиксируя активность, адекватность, разнообразие его предметных, игровых действий. В случае, если ребенок не разворачивает деятельности с игрушками, взрослый включается в игру, предлагая игрушки и способы действий с ними.

Экспериментальное исследование следует начинать с легких заданий, которые будут доступны и интересны ребенку. Затем ему можно предложить ряд сложных и более скучных заданий, но при первых признаках утомления или насыщения, рекомендуется переключить внимание ребенка на выполнение более легкого задания или дать ему отдохнуть. При исследовании познавательной деятельности количество показов способов выполнения задания не должна превышать пяти раз. При этом речь взрослого организует, направляет, стимулирует и оценивает результативность действий ребенка. Необходимо постоянно эмоционально поддерживать ребенка, положительно оценивая его действия речью, жестами, экспрессивной мимикой, независимо от успешности его деятельности.

В тех случаях, когда ребенок практически полностью обездвижен и не владеет речью, то он только наблюдает игровые действия взрослого. Экспериментатор отмечает внимание ребенка к действиям взрослого, активность и устойчивость интереса, эмоциональное отношение к происходящему, экспрессивно-мимические реакции.

При подборе экспериметальных проб следует учитывать следующие положения:

1) методики исследования должны быть адекватны возрасту ребенка;

2) исследования той или иной функции должно проводиться не одной, а несколькими, близкими по направлению, методиками.

***Создание специальных условий для обследования детей с тяжелыми двигательными нарушениями***

Нередко в условиях ПМПК приходится обследовать детей с тяжелыми двигательными нарушениями, у которых могут быть не сформированны навыки удержания головы, сидения, захвата и произвольных действий с предметами. Известно, что задержка моторного развития у детей с церебральным параличом усугубляется проявлением патологических тонических рефлексов, гиперкинезов. Кроме того, у ребенка с ДЦП любые произвольные действия, волнение или страхи часто сопровождаются вегетативными и двигательными расстройствами, усилением гиперкинезов. В условиях обследования ребёнок реагирует на незнакомые условия, громкий голос и другие раздражители, которые оказываются для него чрезмерными и вызывают усиление патологических проявлений.

В таких случаях практически исключена возможность традиционного обследования ребенка. Необходимо использовать специальное оборудование, а также некоторые приёмы и уклады, помогающие ребёнку с церебральным параличом выполнять активные движения.

В условиях ПМПК предлагается использование напольного сидения и столика для детей раннего возраста (рис.1) и специальный стул для двигательной активности (рис.2), если ребенок, при оказании помощи, может сидеть. При этом следует фиксировать ребенка так, чтобы сохранить угол между туловищем и тазом, тазом и коленями, стопы и голени в 90 градусов. Для поддержания равновесия можно предложить ребенку специальные удерживатели.

Для проведения психолого-педагогического и логопедического обследования необходимо использовать функциональную посадку, при которой ребенок, в положении слегка нагнувшись вперед относительно тазобедренного сустава. Такая посадка дает возможность освободить руки и кисти для движения, а также для артикулирования. Ребенку легче говорить, когда он находится в наклонном положении, так как при этом меньше сжимается диафрагма и воздух легче проталкивается через голосовые связки.

Если ребенка невозможно усадить в специальный стул, то необходимо уложить его в определенную позу, которая позволит ребенку расслабиться. При выборе поз основной направленностью является обеспечение условий для снятия гипертонуса определенных групп мышц, тормо­жения гиперкинезов, выключения действия патологиче­ских синергии и содружественных движений, обусловли­вающих сохранность порочных поз и движений.

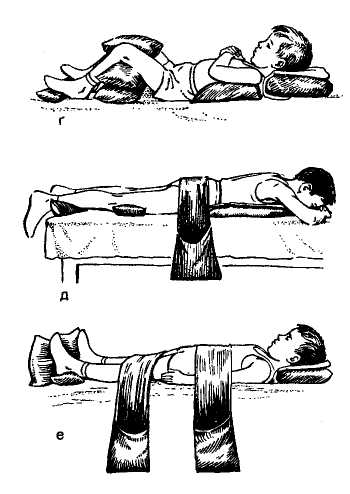
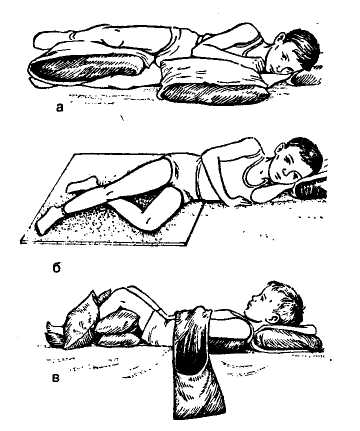
При выраженности двигательных нарушений ребенок укладывается в положение, при котором достигается максимальное мышечное расслабление. Стимульный материал располагается в поле его зрения. Такое обследование может проводиться на руках у матери, на ковре, кушетке, в специальном стуле.

При выраженности позотонических рефлексов или гиперкинезов перед началом обследования с целью мышечного расслабления и создания возможности для исследования уровня развития речи и предметной деятельности, ребенка укладывают в «рефлекс запрещающую позицию». Приведем примеры некоторых из них:

1. Поза эмбриона – в положении лежа на спине следует приподнимать и опускать голову ребенка на грудь, руки и колени согнуть и привести к животу. В этой позе производятся плавные покачивания до 6-10 раз, направленные на достижение максимального мышечного расслабления.

2. В положении на спине под шею ребенка подкладывается валик (угол 45 градусов), голова, плечи и шея ребенка несколько сгибаются, также сгибаются бедра, колени и спина (неполная «эмбриональная поза» в положении на спине). Чтобы добиться возможно большего мышечного расслабления, ребенок постепенно помещается в указанное положение путем равномерных плавных раскачиваний. Для фиксации позы желательно иметь специальные приспособления (валики с песком, поролоновые, резиновые круги, пояса и т.д.), при помощи которых ребенок фиксируется в этом положении. Руки должны быть опущены, если требуется, следует обложить руки мешочками с песком в зависимости от веса ребенка и выраженности гиперкинезов. При выраженности асимметричного шейно-тонического рефлекса зафиксировать голову валиками с обеих сторон в положении ребенка на спине.

Укладки в положении лежа на боку (рис.3 а,б) с полусогнутыми ногами, «круглой» спиной и опущенной головой используются для детей с тяжёлой степенью церебрального паралича, когда другие позы являются для них затруднительными.



Укладки в положении лежа на спи­не и животе (рис.3, в, г, д,е) применяются при наличии непроизвольных дви­жений конечностей. Ноги сгибаются во всех суставах, под колени и стопы кладутся валики (под колени — боль­шой, под стопы — маленький) и т. п.

При средней степени поражения церебральным параличом можно использовать следующие приёмы для снятия мышечного напряжения в верхних конечностей и создания возможностей действовать руками.

1. П о д д е р ж и в а ю щ а я посадка. Если вы установили эмоциональный контакт, и ребёнок чувствует себя спокойно у вас на руках, разместитесь с ним на полу на ковре. Ноги взрослого скрещены “по турецки”. Ребёнок находится в образовавшемся между туловищем и ногами взрослого пространстве. В случае повышения спастичности (тонуса) ноги взрослого накрывают ноги ребёнка и не дают им распрямиться. Одна рука взрослого (с более поражённой стороны) поддерживает туловище ребёнка, слегка прижимая его к себе. Другая рука взрослого полусогнута и расположена под рукой ребёнка, поддерживая её и стимулируя к активным действиям. Ребёнок в этой позе чувствует себя защищённым со стороны спины, и это придаёт ему уверенности в себе. Кроме того, взрослый создаёт как бы отсутствующий у ребёнка корсаж мышц, тем самым, освобождая руки ребёнка. Загашенное ногами взрослого возбуждение нижних конечностей не иррадиирует на верхнюю половину туловища и даёт возможность ребёнку активно действовать.

2. Как уже отмечалось, при нетяжелой степени поражения двигательной сферы ребёнок может сидеть в специальном или обычном стульчике. Повышение тонуса происходит при попытке к движению рукой, что не дает возможности производить различные действия с предметами при обследовании ребенка. Взрослый подходит к ребенку со стороны поражённой руки. Воздействовать нужно на биологически активную точку (БАТ), находящуюся на наружном локтевом сгибе руки ребёнка. Для этого большой палец взрослого накладывается на БАТ ребёнка и совершает вращательные движения. Остальные четыре пальца взрослого фиксированы в положении снизу. Воздействие производится в течение 5-7 секунд 3-4 раза.

Рис. 4 на 5 см.

Такое воздействие обычно производит расслабление предплечья и кисти ребёнка с церебральным параличом.

3. Если это воздействие произвело недостаточное расслабление кисти, то нужно обняв спастически сжатый кулачок ребёнка своей кистью, с небольшой силой сжать его, удерживая в таком (сжатом состоянии) 3-5 секунд. Затем, разжав свою руку, отпустить руку ребёнка, чуть-чуть шевельнув её. Спустя 1-2 секунды ладонь ребёнка раскроется и в неё можно вложить предмет или совершить совместное со взрослым захватывание.

4. Расслаблению кисти способствует также надавливание на ногтевую фалангу среднего пальца ребёнка в течение 5-6 секунд. Этот приём также способствует выработке активного захвата предмета ребёнком с церебральным параличом.

Определение «рефлекс запрещающей позиции» и фиксация позы с использованием приспособлений и оборудования, должны проводиться очень осторожно, чтобы не напугать ребенка и не вызвать негативной эмоциональной реакции.

***Обследование детей от 0 до 3-х лет***

Исследование сенсорных и двигательных функций

Исследование двигательной сферы осуществляется совместно с врачом-невропатологом. Выявляется наличие патологических тонических рефлексов и распространение их на мышцы языка, глаз, возможность удержания головы, умения поворачиваться, сидеть, пользоваться руками, ходить, что необходимо для развития ориентировочно-познавательной деятельности. Особое внимание уделяется состоянию кисти, особенностей захвата рукой предметов, возможности зрительно-моторной координации, манипулятивной и предметной деятельности. Исследуются сенсорные функции: ориентировочные зрительные и слуховые реакции, тактильное восприятие, стереогноз.

Последовательность появления врожденных и условно-реф­лекторных движений рук у ребенка, а также тонкой моторики рук и зрительно-моторной координации отражены в нормативах психофизического развития (Приложение 4). Оценка развития двигательной сферы ребенка осуществляется на основе сопоставления его моторного развития с нормативами. Окончательное заключение об уровне и возможностях формирования двигательной сферы производится в результате медицинского и психолого-педагогического обследования.

Следует обратить внимание на то, что нарушение зрительной фиксации и прослеживания, локализации источника звука, зрительно-моторной координации, мануального праксиса, стереогноза и др. могут быть обусловлены как собственными нарушениями и недостаточностью зрительного, слухового и двигательного анализаторов, так и резким снижением ориентировочной, познавательной активности при первичной интеллектуальной недостаточности.

Исследование коммуникативной и эмоциональной сфер ребенка

В процессе наблюдения и экспериментального исследования, а также при анализе данных полученных из беседы с матерью обращают внимание на следующие показатели:

В коммуникативной деятельности ребенка

- желание и готовность вступить в контакт

- пассивное, безразличное отношение к коммуникативным сиг­налам взрослого;

- определение уровня общения (выделение уровней общения основано на принципе этапности появления средств общения в онтогенезе, выделенных М.И.Лисиной).

I уровень - общение при помощи недифференцированных движений тела и головы в сочетании с экспрессивно-мимическими средс­твами общения: взглядом, улыбкой, выразительными движениями ли­ца, любыми проявлениями голосовой активности (этот уровень у здорового ребенка проходит в й-4 месяца).

II уровень - общение при помощи предметно-действенных средств общения: локомоторных движений и различных поз: прибли­жение, удаление, протягивание взрослому предметов, притягивание к себе и отталкивание взрослого, позы выражающие протест, жела­ние уклониться от контакта или стремление (прижаться к нему, быть взятым на руки, тянет руки к матери и т.д.). Этот уровень у здорового ребенка проходит в 6-12 месяцев).

III уровень - общение при помощи символических жестов, вы­разительной и разнообразной мимики, лепетных слов, звукоподража­ний, интонации (этот уровень общения здоровый ребенок проходит в 12-18 месяцев).

IV уровень - общение при помощи речи.

При диагностике развития эмоциональной сферы обращают вни­мание на следующее:

1) адекватность эмоций. Отмечают соответствие эмоциональных проявлений контексту той или иной ситуации.

2) разнообразие, выразительность эмоциональных реакций, как положительных так и отрицательных.

3) характер положительных эмоций, связанных:

- с раздражением различных анализаторов (тактильно-мышечного, вкусового, обонятельного, зрительного, слухового);

- с проявлением активности в движениях и действиях;

- с осуществлением своих намерений и желаний

-с общением с родными, чужими людьми, детьми.

Частота и длительность этих эмоций.

1. характер отрицательных эмоций, связанных с:

- чувством и страхом боли;

- пассивным состоянием ребенка;

- неудачами в проявлении активности;

- чувством страха передвижения в пространстве, падения,

страха медицинских манипуляций, белых халатов и др.

5) эмоциональное реагирование на поощрение, одобрения, заме­чания и требования.

Поощрение и одобрение вызывают радостную, окрашенную экс­прессивной мимикой реакцию ребенка. Замечания взрослого способс­твуют исправлению ребенком своего поведения в соответствии с за­мечаниями. Возможны другие реакции: ребенок не реагирует адек­ватно на одобрение и замечания, так как не понимает их смысла и значения; ребенок выдает ярко выраженную негативную агрес­сивную реакцию на замечания свидетельствующую о том, что он по­нимает смысл замечания, но не желает ему подчиняться; ребенок равнодушен к одобрению взрослого, когда не заинтересован в оцен­ке взрослого.

- Эмоциональное реагирование на успех и неудачу в деятель­ности.

Ребенок рад своим успехам и огорчается неудачам, и в том и в другом случае ребенок стремится к продолжению деятельности. Возможны другие реакции: ребенок безразличен к своим успехам и неудачам; в процессе деятельности реагирует только на успехи или только на неудачи, которые вызывают у него отказ от продолжения деятельности.

Выявляется уровень эмоционально-личностного развития ребен­ка. уровни (в основу выделения уровней развития положены стадии формирования привязанности по Р.Шпитцу):

0 уровень. Ребенок почти не проявляет или проявляет очень незначительно психическую активность, безразличен к эмоциональ­но-коммуникативным сигналам со стороны взрослого.

I уровень. Эмоциональное развитие ребенка находится на уровне "комплекса оживления". Ребенок вступает в контакт с любым взрослым, не выделяя среди них эмоционально-значимых (этот уровень соответствует 3-5 месяцам жизни здорового ребенка).

II уровень. Ребенок, предпочитает и признает мать как эмоци­онально значимого человека, боится, стесняется незнакомых лиц, дифференцирует своих и чужих. Избирательно относится к окружаю­щим (этот уровень здоровый ребенок, проходит в течении 8-30 меся­цев).

III уровень. Ребенок достаточно легко, но избирательно вступает в контакт с незнакомым лицом. Соотносит свое поведение с контекстом различных ситуаций, подчиняется требованиям взрос­лых, использует местоимение "я", знает свою подовую принадлеж­ность и ведет себя соответственно ей (30-36 месяцев).

При анализе и оценке полученных данных о развитии эмоцио­нальной и коммуникативной сферы, следует обратить внимание на следующие отклонения с их стороны:безразличное или слабо выра­женное отношение к окружающим, бедность, неадекватность и невы­разительность эмоциональных реакций, отсутствие или неполноцен­ность реакции на. одобрение, замечания, успех и неудачу могут свидетельствовать о первичной интеллектуальной недостаточности в той ли иной степени выраженности.

Разнообразие, выразительность и адекватность эмоциональных проявлений, при отсутствии более совершенных средств общения (жестов, речи) может свидетельствовать о первичной сохранности интеллекта.

0 и I уровни эмоционально-личностного развития, при несоответствии хронологическому возрасту указывает, .скорее всего на первичную интеллектуальную недостаточность. 0-уровень развития может также свидетельствовать о собственных эмоциональных нару­шениях, обусловленных определенной социальной ситуацией развития (нарушения взаимодействия матери и ребенка).

Задержка ребенка на II уровне эмоционально-личностного раз­вития в сочетании с различными страхами и другими невротическими симптомами также свидетельствуют об ее обусловленности социальными факторами (особенности взаимодействия матери и ребенка, тип воспитательской позиции).

Необходимо отметить, что выводы о первичной интеллектуаль­ной недостаточности и особенностях эмоционального развития могут быть сделаны лишь в результате комплексного (психоневрологичес­кого и психологического) обследования.

Исследование предметной и игровой деятельности

Для проведения обследования необходимо, иметь достаточный-набор предметов и игрушек: погремушки, мячи различной формы и текстуры, машинки, куклы, миш­ка, заяц и пр, кукольные наборы посуды, мебели, одежды, кубы, цилинд­ры-вкладыши, ведерко, - пластмассовая коробка о мелкими предмета­ми, кубики, пирамидки (в том числе о широким стержнем), матрешка*,* барабан.

Исследование проводится в процессе наблюдения за спонтанной игрой ребенка и в условиях экспериментальной обучающей игры. Начинать исследование целесообразно о наблюдения самостоя­тельной деятельности ребенка, фиксируя активность, адекватность, разнообразие его предметных, игровых действий. В случае, если ребенок не разворачивает деятельности о игрушками, взрослый включается в игру, предлагая игрушки и способы действий о ними.

При этом необходимо исследовать:

- возможность ребенка подражать взрослому способам действия с игрушками;

- возможность участия ребенка в совместной игре с взрос­лым,

- способность организовать собственную деятельность по ука­занию взрослого.

При анализе предметной и игровой деятельности необходимо обратить внимание на следующие нарушения игровой деятельности, свидетельствующие об интеллектуальных и эмоциональных нарушениях:

* отсутствие или снижение интереса к игре, а также потреб­ность в ней;
* несоответствие развития предметной и игровой деятельности
* возрасту;
* неадекватность предметных и игровых действий;
* бедность, стереотипность, однообразие действий;
* нарушение эмоциональных реакций (неадекватность эмоцио­нальных проявлений игровой ситуации.

Несоответствие развития предметной и игровой деятельности в сочетании о неадекватностью и бедностью предметных и игровых действий может свидетельствовать о первичной интеллектуальной недостаточности. Сохраняющиеся длительное время стереотипные, однообразные предметные и игровые действия с одной игрушкой или неигровыми предметами без социальной коммуникативной направлен­ности, могут свиде­тельствовать об эмоциональных нарушениях.

Исследование познавательной деятельности.

Для проведения экспериментально-психологического обследования детей первого года жизни используются пробы комплексного метода диагностики психического развития, разработанные О.В.Баженовой. Обследование детей 1-3 года жизни проводится с помощью методик психолого-педагогического исследования, предложенных Е.А.Стребелевой и Е.И.Морозовой.

Батарея психодиагностических методик с указанием возрастного диапазона применения представлены в таблицах 1,2.

Таблица1.

**Методики экспериментально-психологического исследования**

**психического развития детей первого года жизни**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Методика | Месяц | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1. Фиксация и прослеживание объекта | + | + | + | + |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Прекращение прослеживания при остановке предмета |  | + | + | + |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Прослеживание невидимой траектории |  |  | + | + | + | + |  |  |  |  |  |  |
| 4. Предвосхищение |  |  | + | + | + | + |  |  |  |  |  |  |
| 5. Поиск спрятанных предметов |  |  |  |  |  | + | + | + | + |  |  |  |
| 6. Прислушивание к звуку | + | + | + | + |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Рассматривание картинки |  |  | + | + |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Активация рук при попадании игрушки в поле зрения, захват игрушки |  |  | + | + | + | + | + |  |  |  |  |  |
| 9. Манипуляции с предметами |  |  |  |  |  | + | + | + | + | + | + | + |
| 10. Улыбка |  | + | + | + | + | + |  |  |  |  |  |  |
| 11. Отношение к формальному общению |  |  |  |  |  | + | + | + | + | + | + | + |
| 12. Игры с взрослыми |  |  |  |  |  |  | + | + | + | + | + | + |
| 13. Ответные звуки |  | + | + | + | + | + | + | + |  |  |  |  |
| 14. Понимание слов- «меток» |  |  |  |  |  |  |  |  | + | + | + | + |

Таблица 2.

**Методики экспериментально-психологического исследования**

**психического развития детей второго-третьего года жизни**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Методика | Год | | | |
| 1г.-1,5г. | 1,5г. – 2г. | 2г. - 2,5г. | 2,5- 3г. |
| «Cпрячь шарик»  две коробочки  три коробочки |  | + | +  + | + |
| «Кубы – вкладыши»  два куба  три куба  четыре куба  пять кубов | + | + | + | + |
| «Составление пирамидки»  из трех колец  из четырех колец |  |  | + | + |
| «Складывание матрешки»  односоставная  2-составная  3-составная  4-составная | + | + | + | + |
| Сортеры  Из 2 вкладышей  Из 3 вкладышей  Из 4 вкладышей  Из 6 вкладышей | + | + | + | + |
| 6. «Доска Сегена» (вариант – 1) |  |  |  | + |
| 7. Цветные кубики.  2 цвета (красный, желтый или белый)  3 цвета (красн., желтый, или белый и зеленый)  4 цвета (все цвета) |  | + | + | + |
| 8. Парные картинки.  Две пары  Три пары  Четыре пары |  | + | + | + |
| 9. Конструирование из палочек.  «Молоточек» (из двух палочек)  «Треугольник» (из трех палочек) |  |  | + | + |
| 10. Разрезные картинки.  Из двух частей  Из трех частей |  |  | + | + |

В вышеупомянутом учебно-методическом пособии по диагностике психического развития в раннем возрасте подробно описаны методики психологического обследования, где указаны направленность методики (какие психические функции позволяет исследовать данная методика), материал исследования, процедура проведения с включением в нее мер помощи и возрастные нормативы выполнения.

При характеристике познавательной деятельности детей необ­ходимо руководствоваться такими параметрами:

- адекватность действий (как принимает задания);

- способы выполнения задания:

- обучаемость в процессе выполнения;

- отношение к результату своей деятельности.

При характеристике первого параметра, следует обратить вни­мание на согласие ребенка выполнить продолженное задание, прояв­ление интереса, либо к игрушке, либо к общению с взрослым, по­нимание ими инструкции и адекватность действий, которое опреде­ляется как соответствие действий ребенка условиям данного зада­ния, диктуемый характером материала и требованиям инструкций.

При характеристике способов выполнения отмечается: самостоятельное выполнение задание; выполнение задания с помощью взрослого: самостоятельное выполнение задания после обучения.

Способы выполнения задания свидетельствуют об уровне разви­тия ориентировочной деятельности. Наиболее примитивным способом является действие силой или хаотичное действие без учета свойств предметов. Более высоким следует считать способ целенаправленных проб, когда ребенок последовательно перебирает вое варианты ре­шения, отбрасывая ошибочные действия. Самыми совершенными спосо­бами являются практическое примеривание и зрительное соотнесе­ние. При практическом примеривании ребенок уже начинает ориенти­роваться на свойства предметов, но не может еще соотнести их в наглядно-образном плане и прибегает к примериванию.

Ребенок, владеющим способом зрительного соотнесения, ориен­тируясь на свойства предметов, выполняет задание сразу, без предварительных проб и примеривания. Следует отметить, что ведущим способом в ориентировочной деятельности ребенка до 3-х лет является способ целенаправленных проб (или проб и ошибок).

При характеристике обучаемости отмечается восприимчивость ребенка к обучающей помощи взрослого. В процессе обследования ребенку предлагаются следующие виды помощи: выполнение действия по подражанию, выполнение задания по подражанию о использованием указательных жестов и речевой инструкции.

Количество показов способов выполнения задания не должно превышать пяти раз. При, этом речь взрослого организует, направ­ляет, стимулирует и оценивает результативность действий ребенка. Обучаемость, т.е. переход ребенка - от неадекватных действий к адекватным, свидетельствует о потенциальных возможностях ребенка.

Характеризуя отношение ребенка к результату своей деятель­ности отмечается заинтересованность деятельностью и конечным -ре­зультатом, способность замечать и корректировать ошибочные дейс­твия, соотносить, полученный результат о указанной целью.

Исследование уровня речевого развития направлено на выявле­ние особенностей формирования, регулирующей и познавательной функции речи. При характеристике коммуникативной функции речи обращают внимание на то использует ли ребенок речь, и, насколько - активно использует ее как средство общения (понимания речи и собственная речевая, активность).

При характеристике регулирующей функции речи следует выяснить, является ли речь регулятором деятельности ребенка и обес­печивает ли такие ее этапы как целеполагание, планирование, контроль. Индикаторами, свидетельствующие о развитии регулирующей функции речи ребенка, являются также моменты как наличие предварительной ориентировочной основы деятельности, комментирование (проговаривание) своих действий и ошибок, сравнение полу­ченного результата с заданным образцом и т.д.

Развитие познавательной функции речи определяется тем, нас­колько активно она используется ребенком как средство познания окружающего. Речевая познавательная активность ребенка проявля­ется в виде познавательного интереса (различные вопросы ребен­ка), в соответствующих возрасту обобщенных знаниях о свойствах и явлениях действительности, и сознательном использовании их в сво­ей практической деятельности.

При анализе и оценке результатов исследования умственного и речевого развития следует обратить внимание на следующее:

- неадекватное выполнение задания или примитивный способ деятельности, низкая восприимчивость к обучающей помощи, безраз­личное отношение к результату своей деятельности, низкий уровень развития функций речи может свидетельствовать о первичных нару­шениях интеллекта;

- неадекватность в действиях, неравномерное выполнение за­даний, безразличное отношение к полученному результату может сви­детельствовать об эмоциональных нарушениях;

В случае тяжелых двигательных нарушений (почти полная обездвиженность), отсутствие перцептивных действий о предметами не может являться признаком первичной интеллектуальной недоста­точности.

Оценка интеллектуальных функций у детей с церебральными па­раличами нередко затруднена из-за крайне ограниченного практи­ческого опыта манипулятивной и предметной деятельности. При отсутствии предметной и игровой деятельности у обездвиженных детей исследование зрительного восприятия, перцептивных действий и наглядно-дейс­твенного мышления оказывается невозможным. В этих случаях диагностика умственного развития ребенка осуществляется в процессе исследования других проявлений психической активности: в эмоциональной, коммуникативной сфере, различных видах деятельности. Так, например у детей с тяжелой гиперкинетической формой ДЦП развиваются такие виды деятельности как прослушивание различных текстов: сказок, стихов, рассказов, просмотр мультфильмов, общение с окружающими. При этом ребенок демонстрирует хорошее понимание смысла прочитанного для него текста. Он следит за сюжетом, эмоционально адекватно реагирует на происходящие события, действия героев; протестует, если пересказ не соответствует тексту, сам выбирает книги для чтения, проявляя тем самым избирательное и личностное отношение к этой деятельности.

Аналогичное поведение можно наблюдать и при просмотре мультфильмов и в общении с детьми и взрослыми. Все эти проявления психической активности ребенка таких как, разнообразие и выразительность эмоциональных реакций, их соответствие происходящему, хорошее запоминание текста, понимание его смысла, личностное отношение к происходящему, свидетельствуют о первичной сохранности интеллекта.

# Исследование социально-бытовой ориентировки

Исследование уровня развития социально-бытовой ориентировки у детей с ДЦП имеет значение не столько для диагностических, сколько для коррекционно-педагогических це­лей (разработка рекомендаций, коррекционных программ). Однако, следует учитывать то обстоя­тельство, что усвоение навыков опрятности, самообслуживания, об­щепринятых норм поведения может зависеть не только от тяжести двигательных нарушений, но и от интеллектуальной недостаточнос­ти, а также от особенностей эмоционально-личностного развития, обусловленных тем или иным типом воспитания. В этих случаях, сведения о развитии социально-бытовой ориентировки могут исполь­зоваться при оценке общего психического развития ребенка.

В процессе наблюдения или беседы с матерью оценивается уровень развития навыков опрятности, самообслуживания, а также социально-адекватного поведения.

I. Навыки опрятности

- просится по нужде

(сигнализирует какими-либо знаками)

- требует сменить белье

- если сходил под себя

- самостоятельно пользуется навыками опрятности

II. Навыки самообслуживания

1.Кормление

- нуждается в кормлении и специальном поильном сосуде

- ест сам пальцами, пьет из чашки с помощью

- ест сам дойкой, пьет из чашки, но немного проливает

- ест сам ложкой и вилкой, держит чашку сам и пьет не про­ливая

2. Умение раздеваться и одеваться. Выясняется умеет ли ребенок:

- самостоятельно или с помощью раздеваться

- самостоятельно или с помощью одеваться

- самостоятельно или с помощью застегивать пуговицы, шнуро­вать ботинки.

3. Выполнения социальных норм поведения

- выполняет правила, речевого и обиходного этикета, (здорова­ется, прощается).

- понимает и подчиняется требованиям.

- выполняет просьбы и требования взрослых.

**Общая оценка психического развития ребенка**

Для оценки психоречевого развития ребенка младенческого и раннего возраста предлагается использование поуровневой характеристики психического развития ребенка с ДЦП, разработанной Е.Ф.Архиповой. Обследование детей с церебральным параличом позволя­ет условно определить уровень их психоречевого развития. Все дети в зави­симости от уровня развития их психической деятельности могут быть отнесе­ны к четырем группам, которые соответствуют четырем уровням психического развития.

**I уровень** – низкий уровень развития.

*Характеристика голосовой активности, функ­ции общения.* Голосовая активность детей проявляется только в плачеи крике. Голос детей с церебральным параличом тихий, слабый, немодулированный, быстро истощающийся. По крику нельзя опрелитъ состояние ребенка и его желания. Дифференцированной голосовой ак­тивности нет - дети не гудят. Период бодрствования короткий, на его фоне возникают отрицательные реакции. Эмоциональное общение, с окружающими у детей выражено слабо. Улыбка недостаточно вырази­тельна или вообще отсутствует.

*Характеристика сенсорного развития.* Фиксация взора на предметах и игрушках слабо выражена. Прослеживание движу­щегося оптического объекта фрагментарно. Акустическая установка на звуковые раздражители снижена.

*Характеристика ориентировочно-познавательной деятельности.* Оптические и слуховые раздражители вызы­вают защитно-оборонительные реакции в виде вздрагивания, плача. Имеющиеся у некоторых детей ориентировочные реакции носят слабо выраженный познавательный характер.

*Характеристика двигательного развития.* По­ложение тела детей вынужденное (рис. 1, 2), отсутствуют произвольные движения, дети не удерживают голову (рис. 3), не могут повернул» ее в какую-либо сторону при прослеживании за движущейся игрушкой. Функции рук не развиваются *(рис.* 4).

*Характеристика артикуляционного аппарата, голоса и дыхания.* У детей с церебральным параличом изменения мышечного тонуса губ (рис. 5), языка (рис. б, 7) проявляются в паретичности, спастичности, дистонии или гиперкинезах (рис. 8). Нарушение подвижности губ и языка затрудняет процессы сосания и глотания. Неред­ко отмечается подтекание молока из углов губ или носа. Лицо амимичное. Иногда нарушается дыхание: оно поверхностно, аритмично, асинхронно с сосанием.

**П уровень-** наличие недифференцированной голосовой активности.

*Характеристика голосовой активности и функции общения.* С детьми возможно установить эмоциональный контакт, вызвать у них улыбку и оживление. Общение детей осу­ществляется посредством недифференцированных движений тела, голо­вы, сопровождающихся неорганизованной вокализацией, что соответ­ствует раннему до языковому уровню развития общения нормальных де­тей. Дети издают, недифференцированные звуки как спонтанно, так и отраженно, но певучего гуления нет. Детям доступно нечеткое произно­шение гласных звуков *о, э,* м. Их крик не является средством выражения своих состоянии и желаний. Голос немодулированный. В целом период бодрствования у них протекает вяло.

*Характеристика сенсорного развития.* Ярко вы­ражены недостаточность зрительного внимания, ограничение полей зре­ния, косоглазие; слуховое внимание на голос и речь также снижено. Ино­гда отмечается повышенная чувствительность на любой слуховой раз­дражитель, которая находит свое выражение в защитных реакциях в виде плача и вздрагивания.

*Характеристика ориентировочно-познавател­ьной деятельности.* Ориентировочные реакции на внешние раз­дражители возникают при условии постоянной стимуляции ребенка. Де­ти равнодушны к игрушкам, не обнаруживают адекватной реакции на новую ситуацию. Познавательная деятельность развита слабо, эмоцио­нальные реакции бедные.

*Характеристика двигательного развития.* Про­извольная моторика крайне ограниченна (рис. 9, 10). Дети слабо удер­живают голову (рис. 10), кисти рук в порочных положениях (рис. 11,12). У них начинает развиваться зрительно-моторная координация, они тя­нутся к игрушкам, но захват удается после многократных попыток. Манипулятивная деятельность отсутствует. При попытках посадить их дети не удерживают вертикального положения тела в специальном стуле.

*Характеристика артикуляционного аппарата, голоса и дыхания.* Нарушения функций мышц языка приводят к формированию его патологической формы (рис. 13, рис. 14). Наличие оральных синкинезии затрудняет произвольные движения языка и губ. Изменения тонуса мышц органов артикуляции проявляются в виде спастичности, паретичности, дистонии (рис. 15, 16). Голос детей слабый, не­модулированный. Дыхание в ряде случаев стридорозное. Выражена псевдобульбарная симптоматика.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Рис. 1. Опора с перекрестком ног. | Рис. 2. Патологические тонические рефлексы |
|  |  |
| Рис. 3. Ребенок не удерживает голову | Рис. 4. Недоразвитие функции рук. |
|  |  |
| Рис. 5. Вялость губ, сглаженность носогубных складок | Рис. 6.Массивный, напряженный язык |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Рис. 7.Отклонение языка от средней линии, утолщение его левого края. | Рис. 8. Гиперкинезы языка в покое. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Рис. 9. Отсутствие опорной функции рук. | Рис. 10. Патологическая опора на ноги, слабое удержание головы |
|  |  |
| Рис. 11. Порочное положение рук. | Рис. 12. Порочное положение кистей рук. |
|  |  |
| Рис. 13. Массивный язык без выраженного кончика, неравномерное распределение тонуса в мышцах языка. | Рис. 14. Раздвоенность языка. |
|  |  |
| Рис. 15. Язык спастически напряжен, загнут кверху. | Рис. 16. Вялость губ. |

**Ш уровень** - гуление. Этот уровень у детей с церебральным параличом в форме спастической диплегии характеризуется неравномерностью разви­тия сенсорного восприятия, зрительно-моторной координации, ори­ентировочно-познавательной деятельности, эмоциональной сферы и зву­кового общения с окружающими.

Характеристика голосовой активностии фун­кции общения. С детьми легко устанавливается эмоциональный контакт, они реагируют на интонации голоса человека. У них ярко вы­ражены "комплекс оживления" и направленность на общение со взрос­лым. Крик детей на этом этапе уже является средством выражения состояний, желаний и, следовательно, средством общения с людьми. Спонтанно и по подражанию дети произносят звуки гуления: длительные по звучанию гласные, губные и гортанные согласные звуки в сочетании с гласными *(бу, пу,* *ма* *ха, ка).* В гудений появляются аутоэхолалии, т. е. самоподражание при гулении.

*Характеристика сенсорного развития.* У детей по­являются дифференцированные зрительные и слуховые реакции: они уз­нают мать, отличают знакомых людей от незнакомых, их голоса. Труд­ности восприятия сильно ограничивают возможности познавательной деятельности детей.

*Характеристика ориентировочно-познаватель­ной деятельности.* Дети проявляют интерес к окружающему, обращают внимание на яркие игрушки, могут совершать с ними элемен­тарные манипуляции. Дети эмоциональны, активны, различают некото­рые речевые инструкции в конкретной ситуации.

*Характеристика двигательного развития.* У де­тей, находящихся на этом уровне, развивается зрительно- моторная ко­ординация. Они могут захватить игрушку, совершить с ней примитивные манипуляции, но их движения ограниченны, напряженны, крайне нелов­ки (рис. 17); игрушки часто выпадают из рук. Дети в состоянии удер­жаться в вертикальном положении в специальном стуле, но самостоя­тельно не сидят (рис. 18) и не стоят (рис. 19, 20).

*Характеристика артикуляционного аппарата, голоса и дыхания.* Становится сильно заметной псевдобульбарная симптоматика, проявляющаяся в нарушениях голоса, дыхания, про­цесса кормления. Четко проявляются такие патологические симптомы артикуляционнпго аппарата, как спастичность, (рис. 21), паретичность (рис. 22), дистония, гиперкинезы языка, оральные синкинезии. Подвиж­ность языка, губ значительно ограничена.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Рис. 17. Патологическое положение руки при захвате игрушки. | Рис. 18. Патологическая поза при сидении. |
|  |  |
| Рис. 19. Патологическая опора на ноги. | Рис. 20. Патологическая опора на ноги. |
|  |  |
| Рис. 21. Спастичность языка. | Рис. 22. Вялость губной мускулатуры, отсутствие позы закрытого рта. |

**IV уровень** - лепет. У детей обнаруживаются диспропорции в разви­тии отдельных функций; так, уровень развития эмоциональной сферы намного опережает уровень двигательного и речевого развития.

*Характеристика голосовой активности, функ­ции общения.* Средствами общения с окружающими являются вы­разительные движения головы и глаз, мимика, модулированный крик, лепет, упрощенные слова. Лепет характеризуется бедностью звуков и представляет собой сочетание губных согласных с нечеткими гласными звуками. Слогового лепета, как правило, не отмечается. Спонтанный лепет наблюдается редко, чаще возникает отраженный, односложный лепет. Аутоэхолалии в лепете выражены крайне слабо. Имеющиеся про­стые лепетные слова произносятся редко, после длительной стимуляции. Потребность речевого общения у детей выражена слабо, речевая актив­ность низка. Дети хорошо понимают обращенную речь: как простые ситуативные инструкции, так и сложные двух-трехступенчатые задания.

*Характеристика сенсорного развития.* Наруше­ния зрительного восприятия, связанные с косоглазием, ограничением полей зрения и т. п., приводят к трудностям фиксации взора на предмете. Однако высокий уровень психической активности детей способствует тому, что они приспосабливаются к "недостаткам" зрительного анализа­тора (рассматривают игрушку, повернув голову в сторону так, чтобы можно было фиксировать ее взором и т. д.). Нарушения слухового вос­приятия проявляются в снижении слухового внимания на речь, в трудно­стях локализации звука, речи. Все эти сенсорные нарушения задержи­вают темп психического развития детей.

*Характеристика двигательного развития.* Дети отличаются высокой активностью позна­вательной деятельности, устойчивостью внимания. Они заинтересованы в эмоциональном контакте; их эмоции носят дифференцированный ха­рактер. Дети проявляют живой интерес ко всему окружающему, длитель­но используют игрушку. У некоторых детей начинает развиваться пред­метная деятельность, но тонкие ручные движения у них отсутствуют. Уровень развития импрессивной речи значительно опережает уровень развития экспрессивной речи, а в ряде случаев даже приближается к воз­растной норме.

*Характеристика двигательного развития.* Дети могут сидеть в специальном стуле (рис. 23), держать голову, брать иг­рушки и манипулировать ими, но при этом часто отмечаются атаксия, гиперкинезы в руках, дизметрии, порочные положения кистей рук и пальцев (рис. 24). При помощи взрослых дети могут стоять и переступать у опоры, но положение ног при этом порочное (рис. 25). При поддержке за обе руки дети переступают, но часто с перекрестом ног. Некоторые дети могут самостоятельно сидеть (рис. 26).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Рис. 23. Умение сидеть в специальном стуле | Рис. 24. Патологическая поза кистей рук при захвате игрушки. |
|  |  |
| Рис. 25. Неустойчивая опора, стопы ног в патологическом положении. | Рис. 26. Кратковременное удержание позы сидения. |

*Характеристика артикуляционного аппарата.* Патологическое состояние артикуляционного аппарата проявляется в изменении мышечного тонуса губ (рис. 27, 28), языка, гиперкинезах языка (рис. 29, 30), что приводит к ограничению их подвижности, отсутствию произвольных артикуляционных движений и к другим изменениям. Почти у всех детей имеют место повышенная саливация и псевдобуль-барные явления, выраженные в большей или меньшей степени. У всех детей отмечаются слабость кусания и жевания.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Рис. 27. Вялость губной мускулатуры. | Рис. 28. Ассиметрия носогубных складок. |
|  |  |
| Рис. 29. Гиперкинезы языка в сочетании с оральными синкенизиями. | Рис. 30. Гиперкинезы языка при попытке взять игрушку. |

***Психологическое обследование детей дошкольного возраста.***

При решении вопросов дифференциальной диагностики интеллектуальной нормы, задержки психического развития и умственной отсталости у детей дошкольного возраста основным диагностическим критерием является уровень сформированности наглядно-действенного, наглядно-образного мышления, а также элементов логического понятийного мышления.

Формирование этих форм мышления происходит в процессе предметно-практической деятельности ребенка, на основе развития таких функций, как внимание, восприятие, память, речь, зрительно-моторная координация, мелкая моторика, произвольная регуляция деятельности. При диагностике интеллектуальных нарушений целесообразнее использовать методики, построенные по принципу игровых предметно-практических заданий. Эти методики обладают большими диагностическими возможностями, так как позволяют анализировать не только результат, но и сам процесс, способы выполнения задания. Их также удобно использовать в качестве обучающего эксперимента в игровой форме, с целью выявления обучаемости ребенка.

Выбор диагностических методик при проведении психологического обследования будет зависеть не только от возраста ребенка, но и от его интеллектуальных, физических возможностей. Следует отметить, что на качество способа выполнения могут влиять нарушения зрения - острота зрения ниже 0,09 и сужение полей зрения менее 20%, а также двигательные нарушения. Оценка психического развития полностью обездвиженного ребенка осуществляется по другим проявлениям психической активности (см. выше)

При оценке результатов выполнения этих методик необходимо руководствоваться также вышеперечисленными критериями: адекватность действий (как принимает задание), способ выполнения задания, обучаемость в процессе выполнения и отношение к результатам своей деятельности. Предлагается использовать следующие традиционно применяемые в психодиагностическом обследовании детей дошкольного возраста.

1. Методика "Разборка и складывание матрешки".
2. Методика "Разборка и складывание пирамидки".
3. Методика "Доски Сегена"
4. Методика "Почтовый ящик".
5. Методика "Разрезные картинки"
6. Методика "Включение в ряд".
7. Конструирование по образцу.
8. Методика " Классификация предметов"

Начиная с пяти-шести лет детям могут предлагаться также такие методики как "Кубики Кооса", "Классификация объекта по двум признакам" (В.М.Когана), "Установление последовательности событий" (серия сюжетных картинок), "Исключение предметов" и "Цветные прогрессивные матрицы" (тест Дж.Равена). Поскольку многие из перечисленных выше психодиагностических методик используются при обследовании детей 7-10 лет, то их описания и методические указания к интерпритации результатов обследования были изложены в ранее изданных пособии по обследованию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

***Исследование игровой деятельности.***

Игра, будучи ведущей деятельностью дошкольного периода, является одним из индикаторов психического развития ребенка. В игре получают свое воплощение все особенности ребенка как познавательной, так личностной сферы, поэтому исследование спонтанной игры, а также сочетание наблюдения с экспериментальным формированием игры способно дать вполне четкое представление о развитии ребенка. Исследование игры в условиях ПМПК имеет большое значение при разграничении умственной отсталости и задержки психического развития, при выявлении различных эмоциональных нарушений.

У детей с ДЦП нарушения формирования игровой деятельности обусловлены моторными нарушениями, которые обычно сочетаются у них с нарушениями зрительно-моторной координации или нарушением зрения.

Схема анализа игровой деятельности.

При анализе различных форм игры необходимо обратить внимание на следующие нарушения игровой деятельности, свидетельствующие об интеллектуальных и эмоциональных нарушениях:

- отсутствие или снижение интереса к игре, а также потребности в ней;

- несоответствие развития игры возрасту;

- трудности создания игровых ситуаций;

- бедность содержания игры;

- нарушение игровых действий;

- нарушение игрового общения;

- нарушение эмоциональных реакций.

При использовании анализа игровой деятельности в целях дифференциальной диагностики необходимо оценить прежде всего соответствие развития деятельности возрасту. Если развитие игровой деятельности соответствует возрасту, следует оценить индивидуальное своеобразие игры, которое может иметь и патологические черты. Если развитие игровой деятельности не соответствует возрасту, то это может свидетельствовать о наличии интеллектуальной недостаточности. К интеллектуальной недостаточности в данном случае относятся умственная отсталость и все виды задержки психического развития.

Если игра ребенка не соответствует особенностям игры умственно отсталых детей и общий характер интеллектуальной недостаточности не подтвержден, то необходимо выяснить, чем обусловлена задержка формирования игры и характер ее нарушений.

Определение характера интеллектуальной недостаточности у детей с ДЦП с помощью анализа игры в этом возрасте затруднительно, т.к. у таких детей закономерно страдание всех форм игры. Недоразвитие предметной деятельности вследствие моторных нарушений не формирует необходимой основы для процессуальной игры, соответственно затруднено развитие и более поздних форм игровой деятельности. Развитие игровой деятельности ребенка с ДЦП зависит от слишком многих факторов и поэтому нарушения ее формирования не имеют самостоятельного дифференциально-диагностического значения в выявлении общей интеллектуальной недостаточности.

Речевое недоразвитие мешает ребенку регулировать сюжетную игру, поэтому он склонен быстрее переходить к тем формам игры, где возможно общение со сверстниками, т.е. к сюжетно-ролевым. Сюжетно-ролевая игра регулируется всеми участниками, поэтому, с одной стороны, такому ребенку играть в нее проще и интереснее, чем в самостоятельную сюжетную игру, с другой стороны, речевые нарушения мешают ему общаться с другими детьми. Поэтому у такого ребенка может наблюдаться сосуществование ранних и поздн

их форм: при невозможности участвовать в сюжетной ролевой игре ребенок переходит к процессуальной.

***Обследование детей младшего школьного возраста.***

Вопросы психологического обследования детей младшего школьного возраста являются наиболее актуальными в практике ПМПК, в связи с тем, что в этом возрасте возникает необходимость в определении адекватных условий обучения, выбора наиболее соответствующего возможностям и особенностям ребенка типа образовательного учреждения. Поскольку выбор типа учебной программы определяется, прежде всего, интеллектуальными возможностями ребенка, то приоритетное значение в квалификации структуры различных форм интеллектуальной недостаточности, определении степени интеллектуального недоразвития, приобретают данные экспериментально-психологического исследования.

Для решения задач дифференциальной диагностики различных форм интеллектуальной недостаточности описания методик экспериментального исследования включают в себя интерпретации результатов обследования применительно к детям с нормативным развитием интеллекта, задержкой психического развития и умственной отсталостью. Предлагается использование следующей батареи психодиагностических методик:

1. Кубики Кооса.
2. Цветные прогрессивне Матрицы Равена
3. Исключение предметов.
4. Методика " Классификация предметов"
5. "Установление последовательности событий" ( серия сюжетных картинок.)
6. Понимание скрытого смысла текста.
7. Простые аналогии.
8. Невербальные аналогии
9. Исследование самооценки (методика Дембо).

**Глава IV. Логопедическое обследование**

**Целью** логопедического обследования детей с двигательными нарушениями является определение соответствия уровня развития речи возрасту ребенка, его интеллектуальному развитию, выявление возможных нарушений и особенностей речи, оценка возможностей речевого развития ребенка.

**Задачами** логопедического обследования являются:

* выявление нарушений в подвижности органов артикуляции;
* характеристика и определение уровня доречевого и речевого развития ребенка;
* характеристика и определение уровня развития импрессивной речи;
* характеристика и определение уровня развития экспрессивной речи;
* квалификация и дифференциальная диагностика речевых нарушений;
* определение соответствия уровня доречевого и речевого развития общему психическому развитию ребенка;
* оценка возможностей речевого развития ребенка и определение адекватных условий логопедической коррекции;
* оказание консультативной помощи родителям по вопросам обучения детей с нарушением опорно-двигательного аппарата;
* разработка рекомендаций для родителей, специалистов, оказывающих коррекционную помощь ребенку.

При проведении логопедического обследования в условиях ПМПК следует руководствоваться следующими **принципами:**

* 1. Всестороннее изучение ребенка: подробное выяснение данных анамнеза, учет условий и типа воспитания.
  2. Комплексный подход предполагает учет состояния перцептивных функций, двигательной сферы, эмоционального состояния ребенка.
  3. Системный подход опирается на связь и взаимовлияние всех структурных компонентов речи.
  4. Принцип развития предполагает анализ структуры речевого дефекта: выделение первичных и вторичных проявлений.
  5. Учет ведущей деятельности ребенка при обследовании.
  6. Учет онтогенеза речи.

Основными **методами** при обследовании речевого развития ребенка с ДЦП являются:

* изучение анамнеза и другой документации;
* беседа (опрос) с матерью ребенка;
* наблюдение за ребенком в ходе игровой и спонтанной деятельности с фиксацией всей речевой продукции;
* экспериментальное исследование речевого статуса ребенка в ситуации обусловленной речи.

Выбор метода и методик исследования определяется хронологическим возрастом ребенка, его моторными, сенсорными, интеллектуальными возможностями, наличием или отсутствием речи.

***Указания к проведению логопедического обследования детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.***

Логопедическое обследование желательно проводить после неврологического и психологического обследований в связи с особенностями эмоциональной сферы детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Анализ данных видов обследования поможет логопеду выбрать нужную тактику в обследовании, сделать его более целенаправленным в отношении выбора условий проведения и методик.

Логопедическое обследование детей с двигательными нарушениями, в частности, с ДЦП, имеет ряд особенностей, что обусловлено особенностями двигательных нарушений.

При выраженности двигательных нарушений ребенок укладывается в положение, при котором достигается максимальное мышечное расслабление. Стимульный материал располагается в поле его зрения. Такое обследование может проводиться на руках у матери, на ковре, кушетке, в специальном стуле. При выраженности позотонических рефлексов или гиперкинезов перед началом обследования с целью мышечного расслабления и создания возможности для исследования уровня развития речи и предметной деятельности, ребенка укладывают в «рефлекс запрещающую позицию». Приемы и способы расслабления ребенка и создания возможностей для его обследования изложены в главе «Психолого-педагогическое обследование» данного пособия.

При обследовании необходимо соблюдать принцип учета особенностей ребенка с ДЦП: уровень сформированности моторных, сенсорных и других функций и его отношение к обследованию (общее состояние, фон настроения, особенности поведения).

При обследовании детей раннего возраста, основной акцент следует сделать на исследование доречевого и раннего речевого развития, исследование импрессивной стороны речи, рефлекторных движений и голосовых реакций.

Для детей в возрасте от 1 до 3 лет дополнительно исследуются такие параметры речи, как:

* фонематический слух, фонематическое восприятие (с 2 лет),
* исследование лексико- грамматического строя речи,
* исследование развития фразовой речи.

Весь речевой материал должен быть подобран с учетом онтогенеза речи.

При обследовании детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата важное значение имеет подбор игрушек, наиболее удобных для захвата и удержания. Целесообразно также иметь специальное приспособление для фиксации предметных картинок (адаптируемый столик-мольберт) в поле зрения ребенка.

При обследовании детей от 0 до 1 года большое значение имеют анамнестические данные, полученные от родителей, непосредственное наблюдение за ребенком, а также предъявляются для рассмотрения погремушки, объемные, мягкие игрушки.

В 1г.3м. – изображения знакомых предметов. Для рассматривания предлагать картинки, на которых изображен один предмет без дополнительных деталей в статическом положении.

В 1 г.6м. можно предложить найти нужный предмет из 2-3 картинок. Можно предлагать картинки, на которых предмет изображен с достаточным количеством понятных детям деталей.

В 1г.9м.-2 года детям доступно понимание простых сюжетных картинок. После 2 лет можно предлагать к рассмотрению картинки с более широким содержанием сюжета.

Для исследования уровня сформированности фонематического восприятия с 2 лет 6 мес. - 3 лет предъявляются картинки-символы и плоскостное изображение предметов на слова-паронимы.

Для исследования сформированности фразовой речи можно использовать **метод непосредственной беседы** с ребенком и разыграть фрагмент сюжета знакомой сказки с наглядной опорой (персонажами сказки). Удобны в применении «Волшебные липучки».

В тех случаях, когда ребенок практически обездвижен и не владеет экспрессивной речью, то он только наблюдает игровые действия взрослого. При этом фиксируется внимание к действиям взрослого, выраженность речевого внимания, прислушивается ли ребенок к голосу, адекватно или не реагирует на изменение интонации, стойкость интереса, эмоциональное отношение, экспрессивно-мимические реакции, вокализации.

Для детей более старшего возраста логопедическое обследование проводится общепринятыми в логопедии приемами.

Включение в ситуацию обследования детей старшего возраста легче всего достигается применением сюжетного объединения различных заданий в одну общую игру.

Начинать исследование стоит с легких заданий, которые будут доступны и интересны ребенку. Затем ему можно предложить ряд сложных и более скучных заданий, но при первых признаках утомления или пресыщения, рекомендуется переключить внимание ребенка.

Обследование детей школьного возраста лучше начинать с исследования связной речи, в процессе обследования которой логопед сможет уточнить характер нарушений звукопроизношения, просодики, уровень развития словарного запаса и сформированность грамматического строя речи. Затем при необходимости возможно более детальное исследование всех структурных компонентов речи и характера нарушений артикуляционного праксиса.

Логопедическое обследование включает в себя анализ выписок из истории развития, истории болезни, сбор данных о раннем доречевом развитии, а также данных наблюдения и обследования ребенка. Произвести обследование и оценку доречевого развития в раннем возрасте крайне сложно, т.к. логопед имеет в своем распоряжении только небольшой спектр возможностей для того, чтобы вызвать у младенца звуки. Поэтому наряду с детальными собственными наблюдениями во время всего обследования, он должен в значительной степени руководствоваться данными матери. Обследование также усложняют затруднения матери при попытке описания доступных ребенку вокализаций, так как звуковые выражения младенца не имеют места в фонетической системе и потому их трудно повторить.

Логопедическое обследование проводится проводится совместно с врачом-невропатологом. Логопед участвует в неврологическом обследовании при определении мышечного тонуса ребенка, характера гиперкинезов, выявлении парезов и параличей, двигательных возможностей ребенка.

Общий **осмотр необходимо начинать** с наблюдения за ребен­ком. Это дает возможность оценить по­ложение тела ребенка, его поведение, эмоциональные и голосо­вые реакции, непроизвольные движения.

Затем обращается внимание на состояние **мимической мускулатуры** Проводится осмотр лица, глаз, выявляется наличие черепно-лицевых асимметрий. 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 парезах и параличах мимической мускулатуры на­блюдается комплекс симптомов: расширение глазной щели, опущение одного угла рта, сглаженность одной или обеих носогубных складок. Во время крика может отмечаться неравномерность образования скла­док на лбу, перетягивание рта в одну сторону, неплотное захватывание соски, подтекание пищи из угла рта. Все это может свидетельствовать о периферическом поражении ли­цевого нерва.

При центральном поражении лицевого нерва наблюдается сгла­женность носогубной складки, при крике рот перетягивает­ся в сторону более глубокой складки.

**Исследование артикуляционного аппарата** включает в себя оценку особенностей строения артикуляционных органов, по­ложения в покое при общем симметричном положении тела ребенка, оценку непроизвольных движений артикуляционно­го аппарата во время еды (сосания, глотания и др.), при мимических проявлениях, при голосовых и звуковых реакци­ях, а также наличия или отсутствия парезов, параличей, на­сильственных движений. По тому, как ребенок сосет и глотает, и как эти процессы сочетаются с дыханием, можно судить о функции тройничного, лицевого, подъязычного (сосание), языкоглоточного и блуждающего (глотание) нервов.

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

Отмечается наличие патологии в строении артикуляционного аппарата. Совместно с врачом обследуется состояние тонуса мышц артикуляционного аппарата, распределение его при эмоциональной нагрузке, воз­можности движения губ, языка. Обследуется состояние ораль­ных рефлексов, оральных синкинезий, характер гиперкинезов.. Учитываются ха­рактер голоса, крика и дыхания.

**Исследование голосовой и доречевой активности ребенка.** При обследовании доречевого уровня развития у детей логопед отмечает характер крика, его интонационно-выразительную окраску и коммуникативную функцию. Устанавливает наличие, характер и время появления интонируемого голоса, используе­мого ребенком как средство общения. Наблюдая за ребенком в период его бодрствования и во время занятий, логопед отмечает время появления гуления, его развитие от спонтанной вокали­зации до самоподражания и ответного гуления.

**Исследование речи** осуществляется в соответствии с традиционными методами и методиками логопедического обследования. Диагностические карты обследования доречевого и речевого развития предсталены в Приложениях 5-8. Методики исследования речевой функции и анализ ее нарушений у детей младенческого, раннего, дошкольного и школьного возрастов изложены в ранее изданных методических пособиях для специалистов ПМПК «Диагностика психического развития в раннем детстве» (Алматы 2000г) и «Психолого-медико-педагогическое обследование детей дошкольного и школьного возраста» (Алматы 2000г.), а также в других публикациях, перечисленных в списке литературы в данном пособии.

***Оценка доречевого и речевого развития детей***

При квалификации речевых нарушений у детей с церебральным параличом следует руководствоваться традиционными классификациями речевых расстройств: психолого-педагогической и клинико-педагогической. При оценке речевых нарушений у детей в возрасте до трех лет предлагается использование логопедического заключения «задержка доречевого или речевого развития» с указаниям ее происхождения.

В условиях психолого-медико-педагогических консультаций предлагается следующая систематизация речевых нарушений у детей, обусловленных двигательными нарушениями.

**Речевые нарушения, выявляемые у детей с церебральными параличами в младенческом и раннем возрасте.**

При квалификации нарушений речи в возрасте от 0 до 3-х лет рекомендуется использовать следующие заключения:

1.Задержка доречевого развития, обусловленная нарушением подвижности органов артикуляции.

2.Задержка речевого развития, обусловленная нарушением подвижности органов артикуляции (условно прогнозируемый (УП) вариант дизартрии, анартрии).

***Задержка доречевого развития, обусловленная нарушением подвижности органов артикуляции.***

У детей, в анамнезе которых есть указания на органическое поражение нервной системы, доречевое развитие может отличаться рядом патологических особенностей. В возрасте 2-3 месяца может выявляться псевдобульбарный синдром, проявляющийся в нарушениях сосания, глотания, дыхания, крика. Негативная симптоматика проявляется в виде параличей и парезов мышц губ, языка, мягкого неба, гортани, дыхательных мышц. При повышенном тонусе в мышцах органов артикуляции язык спастически напряжен, без выраженного кончика, приподнятый кверху («сосущий» язык), у других детей – оттянут кзади и все движения его оказываются недоступными. Крик тихий, плохо модулированный, нередко с носовым оттенком, интонационная вариабельность к 2 месяцам не развивается. Псевдобульбарный синдром может сочетаться с насильственными непроизвольными движениями в передне-заднем направлении. На понижение тонуса в мышцах языка при псевдобульбарном синдроме могут указывать трудности удержания рта закрытым, язык тонкий, распластанный, высунутый изо рта или находится между губами. При бульбарном синдроме в результате атрофии мышц одной стороны кончик языка заострен и отклонен в сторону. На стороне атрофии наблюдаются иногда фибриллярные подергивания, язык плохо контурируется, свисает мягкое небо. К 6 месяцам, как правило, стадия лепета не возникает, а позже характеризуется фрагментарностью, бедностью звуковых комплексов, малой активностью. Стойкое однообразие звуковых комплексов, отсутствие аутоэхолалий лепетного слога – ранний симптом задержки доречевого развития. Позитивные симптомы выражаются в сохранении ранних врожденных безусловных рефлексов в артикуляторной, фонаторной и дыхательной мускулатуре. Формирование импрессивной стороны речи задерживается вследствие влияния патологических тонических рефлексов, препятствующих формированию предметных действий. К 1 году ребенок с церебральной патологией может находиться на стадии гуления, в более легких случаях на стадии рудиментарного лепета.

***Задержка речевого развития, обусловленная нарушением артикуляционной моторики. (условно прогнозируемый (УП) вариант дизартрии, анартрии).***

Патогенез речевой задержки может быть обусловлен нарушением подвижности органов артикуляции при различных нарушениях опорно-двигательного аппарата. В этом случае, при исследовании подвижности органов артикуляции могут отмечаться нарушения тонуса мышц по типу паретичности, спастичности или дистонии, что приводит к невозможности или ограниченности произвольных движений артикуляционного аппарата и значительно задерживает оформление звукопроизношения. В тяжелых случаях ребенку недоступны произвольные движения губами, языком при относительно сохранных рефлекторных движениях: ребенок вытягивает губы на подносимую пищу, может облизать губы, вытягивает их, как при поцелуе, умеет пить через трубочку. Часто отмечаются нарушения актов жевания, глотания, гиперсаливация. У детей задерживается стадия формирования лепета, который, в тяжелых случаях, появляется к 2 годам. Издаваемые звуки отличаются однообразием.

Отмечается позднее (к 2,6-3 г.) появление слов, обозначающих предмет. Понимание речи не достигает обобщенного уровня: ребенок узнает предметы, или слова, обозначающие предметы, только в конкретной ситуации, в знакомой обстановке. Общее звучание речи может быть смазанным, нечетким, могут отмечаться гиперкинезы, что, в целом с выше перечисленными отклонениями, указывает на наличие дизартрии.

В тяжелых случаях неврологических нарушений в двигательной сфере у детей к 3 годам может быть диагносцирована анартрия.

**Речевые нарушения, выявляемые у детей с церебральными параличами после трех лет.**

Анализ литературы и практика свидетельствует о разнообразии речевых нарушений у детей с церебральным параличом, что обусловлено поражением различных мозговых структур. Распространенны следующие речевые нарушения у этих детей: **дизартрия** – нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи вследствие недостаточной иннервации артикуляционного аппарата; **анартрия** - полное или частичное отсутствие возможности звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц, **алалия**– системное недоразвитие речи в результате поражения или дисфункции корковых речевых зон. Уровень нарушения развития речи может быть различным: от задержки речевого развития до общего недоразвития речи 1-3 уровня. К речевым расстройствам непосредственно связанных с двигательными нарушениями при ДЦП относятся дизартрические и анартрические расстройства речи. Отметим основные симптомы этих нарушений, обусловленные нарушениями иннервации артикуляционного аппарата.

**1. Нарушения мышечного тонуса в органах артикуляции.**

При всех формах дизартрии отмечается изменение мышечного тонуса, характер нарушения которых зависит от локализации поражения. Мышечный тонус может меняться в зависимости от влияния позотонических рефлексов. Выделяют следующие формы нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре:

а)**спастичность артикуляционных мышц** выражается в постоянном повышении тонуса. Язык напряжен, оттянут вглубь рта, кончик языка не выражен. Спинка спастически изогнута, что способствует палатализации звуков, в результате чего ребенок затрудняется в дифференциации звуков по твердости-мягкости.

Повышение тонуса круговой мышцы рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта. Произвольные движения органов артикуляции затруднены. Часто сочетание повышения тонуса в мышцах лица, шеи, скелетных мышцах. С шейной мускулатурой непосредственно связаны мышцы дна полости рта и корня языка. Напряжение мышц шеи еще более ограничивает подвижность указанных мышц. Спастическое напряжение голосовых связок приводит к заменам звонких согласных на глухие.

Спастичность мышц органов артикуляции и шейной мускулатуры может усиливаться от влияния позотонических рефлексов.

б)**паретичность артикуляционных мышц –** пригипотонии язык тонкий, распластанный в полости рта, губы вялые, не могут плотно смыкаться, в результате чего рот часто приоткрыт, отмечается гиперсаливация. Недостаточность небно-глоточного затвора в результате гипотонии мышц мягкого неба может привести к назальному оттенку голоса. Струя воздуха, выходящая через рот очень слабая, т.к есть утечка через нос.

Чаще при гипотонии нарушается произнесение губно-губных согласных (п, п`, б, б`), особенно глухих, т.к. при их произнесении необходимо более сильное сжатие губ, затруднена палатализация. Нарушено произношение переднеязычных смычно-взрывных согласных (т, т`, д, д`), щелевых согласных (ш, ж, с, с`, з, з`). Часто отмечается межзубный и боковой сигматизмы.

Более сохранно произнесение губно-губных носовых – м, м` и губно-зубных щелевых согласных (ф, ф`, в, в`), артикуляция которых требует неплотного смыкания нижней губы с верхними зубами и образования плоской щели. Однако вследствие затрудненного подъема задней части языка к мягкому небу эти звуки могут иметь носовой оттенок и произноситься без достаточной веляризации.

в)**дистония артикуляционных мышц** – в состоянии покоя тонус мышц может быть понижен, а при попытке к речи резко нарастать. Характерной особенностью нарушений звукопроизношения при дистонии является непостоянный характер замен, искажений и пропуска звуков.

Оценка состояния тонуса артикуляционных мышц проводится совместно с врачом-невропатологом.

**2. Нарушение подвижности органов артикуляции.**

Структуру дефекта при дизартрии составляет паралич или парез мышц органов артикуляции, что обусловливает нарушение звукопроизношения.

При нарушении мышц губ страдает произнесение гласных, особенно лабиализованных (о, у) и согласных, особенно губно-губных смычных звуков (п, п`, б, б`, м, м`). ребенок не может вытянуть губы вперед, округлить их, растянуть углы губ в стороны, поднять верхнюю губу вверх, опустить вниз нижнюю губу. Недостаточная подвижность губ часто нарушает артикуляцию в целом, т.к. эти движения меняют размер и форму преддверия рта, оказывая тем самым влияние на резонирование всей ротовой полости.

Наиболее грубые нарушения звукопроизношения отмечаются при ограничении подвижности языка. Может выявляться недостаточность подъема кончика языка в верхнее положение, что обусловлено нарушением иннервации шило-подъязычной, шило-язычной, двубрюшной, подъязычно-глоточной, челюстно-подъязычной, язычно-глоточной, и язычно-небной мышц, при дополнительном поражении лопаточно-подъязычной мышцы и заднего брюшка двубрюшной мышцы ограничивается способность языка оттягиваться назад, что обусловит нарушение заднеязычных (к, г, х), а также гласных среднего и нижнего подъёма (э, о, а).

При ограничении подвижности мышц мягкого неба (небно-глоточной, небно-язычной и других мышц) голос приобретает назальный оттенок.

При дизартии часто отмечаются парезы мышц лицевой мускулатуры. Парезы височных и жевательных мышц обусловливают нарушения движений нижней челюсти.

**3. Нарушения дыхания** имеют сложный патогенез. Изменение тонуса в дыхательных мышцах приводит к недостаточному объему дыхания, нарушение реципрокной координации – к рассогласованию работы мышц антагонистов, участвующих во вдохе и выдохе. Задержка созревания дыхательной функциональной системы проявляется в преобладании «инфантильной» схемы дыхания (брюшного типа) в результате чего отмечается большая его частота и недостаточная глубина. При наличии гиперкинезов в дыхательной мускулатуре произвольный контроль над дыханием резко затруднен

**4. Нарушения голоса** обусловлены парезами мышц языка, губ, мягкого неба, голосовых складок, мышц гортани, изменением их мышечного тонуса и ограничением подвижности. Наибольшее значение имеет паретичность мышц гортани, особенно перстнещитовидных мыщц, осуществляющих натяжение истинных голосовых связок. Голос становится слабым, немодулированным. Нарушение реципрокной координации мышц, натягивающих голосовые связки и, уменьшающие их натяжение (грудино-щитовидные мышцы), так же обусловливает нарушение голоса.

Движения гортани тесно связаны с движением мышц языка, нёба, нижней челюсти. При тяжелой спастичности и резком ограничении их движений отмечаются выраженные нарушения голоса. При спастическом напряжении мышц голосового аппарата затруднена вибрация голосовых связок, что обусловливает замены звонких согласных на глухие. Вибрация может быть нарушена и при паретичности мышц голосового аппарата, голос при этом будет слабым, тихим. Нарушения голоса у детей с ДЦП разнообразны и зависят от формы дизартрии. Наиболее часто отмечаются недостаточная сила голоса (слабый, тихий, затухающий в процессе речи), отклонения тембра (глухой, с назальным оттенком, хриплый, монотонный, сдавленный, тусклый; может быть гортанным, форсированным, напряженным, прерывистым), слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (не могут произвольно менять высоту тона).

С точки зрения клинико-педагогической классификации нарушения звукопроизношения и просодической стороны речи в результате недостаточной иннервации речевого аппарата традиционно квалифицируются в следующих формах дизартрии.

1.Псевдобульбарная форма дизартрии.

2.Экстрапирамидная форма дизартрии.

3.Мозжечковая форма дизартрии.

4.Корковая форма дизартрии.

5.Бульбарная форма дизартрии.

6.Стертая форма дизартрии.

С точки зрения синдромологического подхода к анализу речевого нарушения выделяют:

1.Спастико-паретическую форму.

2.Спастико – ригидную форму.

3.Гиперкинетическую форму.

4.Атактическую форму.

В литературе достаточно широко и полно освещены вопросы диагностики анартрии и дизартрии у детей, поэтому нет необходимости в описании форм дизартрии в настоящем пособии.

**Глава 5 Консультирование родителей**

***1.1. Особенности семьи ребенка с церебральным параличом.***

*Отношение родителей к абилитации и реабилитации детей с ДЦП.*

Сотрудничество с родителями — это очень непростой процесс, от успешности которого во многом зависит эффективность всей абилитации. Практика показывает, что большинство родителей первоначально не готовы к адекватному взаимодействию и взаимо­пониманию в силу того, что их взгляд на собственного ребенка и его перспективы не совпадает с оценками врачей и педагогов.

К сожалению, на практике зачастую и педагоги не готовы к сотрудничеству, т.к., хотя они и понимают проблемы ребенка, но не понимают состояния родителей.

Как правило, родители детей с ДЦП в той или иной степени и в разные временные периоды проходят несколько этапов на пути к сотрудничеству со специалистами. Это — неприятие факта рождения больного ребенка, поиск причин и виновников, стрем­ление вылечить ребенка, признание необходимости специального образования и принятие ребенка таким, какой он есть. Лишь на последнем этапе становится возможным адекватный подход к абилитации ребенка.

*Восприятие родителями факта рождения больного ребенка.*Рождение больного ребенка всегда оказывается неожиданно­стью для родителей. Неприятное известие настолько ошеломляет, что первоначально и родители, и ближайшие родственники отказываются верить в случившееся. С одной стороны, это связано с тем, что большинство людей имеют небольшой и обычно индиви­дуальный опыт общения с грудными детьми. Младенцы с цере­бральным параличом кажутся им вполне здоровыми, т. к. у них нет внешних пороков развития, а увидеть отклонения в поведении но­ворожденного под силу только специалисту. С другой стороны, в обществе неправомерно распространено мнение о том, что дети с отклонениями в развитии рождаются либо у людей с асоциальным поведением, либо у людей с аналогичными врожденными заболе­ваниями. В действительности, уже в середине XX века было извест­но, что более половины детей с церебральным параличом — это первенцы молодых здоровых родителей.

Стремление считать своего ребенка успешным во всех от­ношениях — это нормальная родительская реакция, однако, здравомыслящий человек вынужден все-таки поверить врачу и не отказываться от лечения ребенка. Иногда родителям прихо­дится испытывать значительное давление со стороны бабушек и дедушек, настаивающих на том, чтобы маленького ребенка не «пичкали» лекарствами. Так как в большинстве случаев пол­ностью вылечить ДЦП невозможно, противники лекарств ут­верждают, что их применение бесполезно и даже вредно. Од­нако они не представляют, каковы последствия развития ребен­ка с таким заболеванием без ранней терапии. На самом деле, отказ от лечения ребенка является проявлением позиции неприятия больного ребенка. Родители отторгают реального ребенка с его диагнозом.

Позиция неприятия может быть выражена и более жестко, когда родители принимают свершившийся факт и при этом от­казываются от ребенка. К сожалению, в нашем обществе с уко­ренившимся советским менталитетом распространена мысль о том, что больному ребенку лучше жить в закрытом специальном упреждении, где врачи о нем позаботятся, нежели в семье, где он будет для всех обузой.

Родители, а это, как правило, люди молодого возраста, нуждается в существенной психологической поддержке на этом этапе. Прежде всего необходимо помочь родителям найти поддержку (среди своих близких родственников и убедить их в необходимости семейного воспитания ребенка, в том, что любой ребенок — живое существо — принесет радость любящим его родителям. Нужно разъяснить необходимость раннего лечения ребенка и обя­зательно — доверия специалистам. Важно познакомить родителей с тем, что бывают разные степени заболевания и различный прогноз, чаще — благоприятный.

*Стремление родителей узнать причину рождения ребенка с ДЦП.* И родители, и окружающие их люди часто не осознают абсурдность этой идеи — выяснение причин и виновников данной трагедии. Ведь ребенок уже родился! Выяснение причины не может изменить этого факта. Но оно может изменить, и не в лучшую сторону, отношения в семье ребенка. Ребенок с ДЦП значительно больше нуждается в полной гармоничной семье, нежели в достоверном знании причины своего заболевания.

Сведения о причинах необходимы для врачей и, конечно, для науки. Эти сведения ничего не дают родителям, да и специальным педагогам, т. к. стратегия педагогической абилитации ребен­ка с ДЦП не зависит от этиологии.

Но некоторые родители задерживаются на этой стадии, при­чем поиск причин может приобретать буквально навязчивый ха­рактер. Это показатель того, что взрослые по-прежнему не при­нимают своего больного ребенка, пытаясь вернуться в прошлое и изменить сценарий его рождения.

Необходимо убедить родителей отказаться от поиска винов­ников случившегося. Мы не будем далеки от истины, если при­знаем, что в настоящее время врачи не могут с точностью ут­верждать, какой именно фактор оказался роковым для ребенка. Одни и те же вредоносные факторы могут вызвать ДЦП, а могут и не оказать существенного влияния на развитие ребенка. Нужно принять своего ребенка с этим заболеванием так же, как с его цветом глаз и формой носа.

*Желание родителей вылечить ребенка.*На первый взгляд, желание вылечить ребенка отражает пози­цию объективного отношения родителей к нему. Увы, и здесь таятся подводные камни. Так как это желание — вылечить ре­бенка, чтобы он стал здоровым, как все. Реального ребенка ро­дители все еще не принимают.

Пока родители находятся на этом этапе, они, как ни странно, не готовы к сотрудничеству не только со специальными педагога­ми, но и с врачами, потому что они ищут такого врача, который полностью вылечит ДЦП. Если они не видят ожидаемого результа­та, то быстро перестают доверять врачу и даже отказываются от ле­чения. Так как в начальной резидуальной стадии проявления ДЦП становятся заметными, некоторые родители даже обвиняют врачей в ухудшении состояния ребенка. Они занимают негативную позицию по отношению к официальной медицине и охотно поддаются рекламным обещаниям: часть родителей обращается к различным «народным целителям», нарочито извещая об этом специалистов.

Практика показывает, что на этом этапе попытки убедить родителей прекратить поиски «волшебников» не оправдывают себя и нередко приводят к обратному результату. К сожалению, недобросовестные «целители» успешно эксплуатируют естествен­ное желание родителей сделать все, что в их силах, для излечения ребенка. А в силах родителей, обычно, оказывается лишь одно — заработать и отдать деньги.

По отношению к специальному воспитанию на этом этапе отчетливо проявляются две родительские позиции:

Категорический отказ, мотивированный тем, что ребенок будет вылечен. Родителям кажется, что если они признают необходимость специального воспитания, то признают, что он имеет неизлечимый недуг.

Родители обращаются к специальному педагогу, но педагог рассматривается ими как врач. Если через некоторое время родители не увидят, что ребенок вылечен, то и педагог станет в их глазах очередным «плохим специалистом».

Можно ли вылечить ДЦП? Строго говоря, в поздней резидуальной стадии ДЦП уже является не заболеванием, а состоянием, и допрос заключается не в лечении, а в развитии ребенка с этим состоянием. Однако периодически появляется информация о ме­тодах, приводящих к полному излечению. Нужно иметь в виду, что дети с ДЦП — крайне полиморфная группа с разнообразной этиологией. Некоторые, преимущественно легкие, формы удается излечить, и это делается в специализированных клиниках нашей страны, где применяются практически все известные в мире передовые технологии, подтвердившие свою эффективность.

Родители нередко выражают свое недовольство врачами пе­дагогам и психологам, пытаются советоваться с ними в вопро­сах лечения ребенка. К сожалению, не все работники специ­ального образования удерживаются в пределах своей компе­тентности.

Помощь родителям на этом этапе заключается в том, что нужно поддержать их стремление к лечению ребенка и объяс­нить, что для человека с любым хроническим заболеванием или состоянием важно регулярное наблюдение врача. В связи с этим наиболее эффективно лечение у одного врача с дополнительными консультациями ведущих специалистов в данной области. Как правило, сам лечащий врач и рекомендует такие консультации по мере необходимости. В любом случае, лечение ДЦП — про­цесс длительный, и если кто-либо обещает быстрые результаты, то это должно вызывать сомнение.

Нужно убедить родителей в том, что специальное образование не мешает лечению, а способствует ему. В процессе специально­го дошкольного образования ребенка подготавливают к следую­щей ступени — дальнейшему образованию, причем не именно в специальной школе, как ошибочно думают некоторые родители, а в школе вообще.

Осознание родителями необходимости специального образования.

Для многих родителей осознание необходимости специально­го образования проходит болезненно. Не все родители, отдающие ребенка в специальный детский сад, уверены, что это необходи­мо. Нередко в детском саду они начинают сравнивать детей и настаивать, чтобы в группу, которую посещает ребенок, не при­нимали детей с более выраженными нарушениями. Часть роди­телей даже через некоторое время отказывается от специального образования.

Уровень развития ин­теллектуальных и других высших психических функций у больных ДЦП, характер формирования их личностных качеств, успешность проводимых методов медицинской и социальной реабилитации в зна­чительной степени связаны с усло­виями семейного воспитания таких детей. В зависимости от правиль­ности понимания родителями со­стояния и перспектив здоровья сво­его ребенка и, соответственно, адек­ватности, согласованности приме­няемых ими методов воспитания, особенностей межличностных вза­имоотношений между членами се­мьи, направленность и темпы вос­становления нарушенных функций могут существенно варьировать. Об этом свидетельствует и наш опыт лечения больных ДЦП с помощью системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации.

Изучение особенностей психологического реагирования родителей на имеющийся у ребенка с ДЦП физический, речевой или психи­ческий дефект показало, что существует несколько вариантов воспри­ятия ими этого заболевания. Выявленные варианты отличаются глу­биной анализа родителями развившейся у ребенка патологии и степе­нью адекватности сформировавшихся в семье представлений о меди­цинском и социальном прогнозе. Особое значение имеет эмоциональная насыщенность и направленность переживаний родителей, связанных с заболеванием ребенка, пониманием ими собственной роли в даль­нейшей судьбе больного.

Были выделены основные типы восприятия родителями болезни своего ребенка.

1. Тип поверхностного воспитания. Представления родителей о тяжести и перспективах развившего­ся у их ребенка заболевания носит недостаточно полный и адекват­ный характер. Родители не понимают в полной мере своей ответственно­сти за его судьбу, не считают имеющееся заболевание тяжелым, тре­бующим каких-то специальных усилий с их стороны. Они верят в неограниченные возможности медицины и медицинских работников, на которых и стараются переложить всю ответственность за будущее своего ребенка и его здоровье. При этом они малоинициативны в ле­чении больного, проводят его пассивно, под давлением других род­ственников или по настоянию врачей. Без особых переживаний поме­щают своего ребенка в специализированные детские сады с круглосу­точным пребыванием, в соответствующие школы-интернаты и даже в учреждения соцобеспечения. Обычно такое восприятие здоровья ре­бенка с ДЦП возникает у интеллектуально недостаточно развитых или инфантильных родителей, характеризующихся наличием выра­женных иждивенческих тенденций и установок.

2. Тип демонстративного восприятия. Развившийся у ребенка церебральный паралич родители воспри­нимают как незаслуженный удар судьбы, испытующий их выдержку и силу любви. Больной в этих условиях выступает в сознании родите­лей, с одной стороны, наглядным результатом творящейся вокруг несправедливости, с другой — своеобразным «знаменем» и средством самоутверждения. Характерна позиция постоянного обвинения окру­жающих, медицинских и социальных работников в черствости, недо­статочной компетентности, а иногда и в злонамеренности. При этом демонстрируется не всегда реальная безграничная любовь к своему больному ребенку, «ради счастья которого они готовы на любые труд­ности и невзгоды». Это выражается в неустанном поиске все новых специалистов, все более эффективных методов и средств для лечения ДЦП, в требованиях направить их ребенка в специализированные клиники за границу, предоставить различные социальные льготы: улучшить жилье, обеспечить машиной и т.п. Любые возражения и несогласие медицинского персонала с точкой зрения таких родителей вызывают у них неприязнь, конфликтное поведение и жалобы в вы­шестоящие инстанции. Постепенно у них формируется своеобразная жизненная позиция, смыслом которой является неустанная борьба с бездушием внешнего мира, «выбивание» заслуженных такой тяжелой жизнью и своим мужественным поведением в ней всевозможных прав и благ. Больной ребенок все больше в сознании родителей отходит на задний план и выступает лишь как средство достижения целей мате­риального и морального самоутверждения. Такое восприятие болезни своего ребенка характерно для стеничных родителей, личностные ус­тановки которых формировались в условиях декларируемых госу­дарством обязательств по полной социальной защите своих граждан.

3.Тип каптострафического восприятия. Родители воспринимают заболевание своего ребенка как непоп­равимую катастрофу. Они не верят в возможность его выздоровле­ния, не представляют путей и методов восстановления нарушенных функций организма, не предпринимают каких-либо настойчивых и регулярных усилий по лечению больного. Считая себя наиболее пост­радавшими в данной ситуации, причину всех своих неприятностей они осознанно или, зачастую, неосознанно ищут в своем больном ре­бенке. Родители стесняются имеющегося у него физического, речево­го или психического дефекта, стараются меньше бывать с больным в обществе, при возможности отдают на воспитание родственникам или в специальные детские учреждения. Нередки случаи, когда один из родителей, чаще отец, уходит из семьи с больным ребенком, предос­тавляя оставшемуся с ребенком бывшему супругу самому нести все тяготы по его воспитанию. В то же время, мать больного, у которой сложился такой тип восприятия его болезни, нередко возлагает ос­новную вину за все неудачи в своей личной жизни, за невозможность повторного замужества, за отсутствие профессионального роста и т.д. на своего ребенка. Это может сопровождаться холодным и, иногда, скрыто-неприязненным отношением к ребенку, безразличием к даль­нейшей его судьбе. Такой тип восприятия больного ребенка чаще от­мечается у астенических и истероидных личностей.

4. Тип самообвинительного восприятия. В этих случаях чрезмерно болезненное и обостренное восприятие имеющегося у ребенка заболевания сочетается у родителей с тенден­цией видеть причину его возникновения в собственных ошибках и промахах. Родители (или один из них, чаще — мать) считают себя виновным в рождении такого ребенка, переосмысливают свое про­шлое, считают, что неправильно вели себя во время беременности и родов, что поздно обратили внимание на здоровье ребенка, непра­вильно и несвоевременно начали его лечить. Характерно наличие обо­стренного чувства жалости к ребенку, переживания своей родительс­кой несостоятельности, своей неспособности изменить ситуацию с его здоровьем. Фон настроения у таких родителей обычно стойко сни­жен. Их постоянно преследуют мысли о тяжелом заболевании, раз­вившемся у ребенка, переживания за его дальнейшую судьбу и буду­щее. Все свое время они посвящают уходу за больным, подчиняя этому весь уклад своей жизни. Такие родители активно ищут все но­вые, «более эффективные» методы лечения и реабилитации детей с церебральными параличами, обращаются за помощью в разные инстан­ции и к всевозможным специалистам. Неуверенность в себе заставля­ет их искать «компетентных врачей, на которых можно было бы пол­ностью положиться». Малейшее дополнительное недомогание ребен­ка (простуда, ушиб и т.п.) вызывают у них панику, усиление идей самообвинения, еще большее углубление субдепрессивного фона на­строения. Разговор с авторитетным для них врачом значительно об­легчает их состояние, улучшает настроение. Этот тип восприятия чаще возникает у родителей с астеническими, тревожно-мнительными чер­тами характера, с высоким чувством ответственности, сочетающимся с неуверенностью в себе, постоянными сомнениями в своих силах и возможностях.

5. Тип адекватного восприятия. Родители в целом правильно понимают характер заболевания ребенка, ответственно относятся к своим обязанностям по его лече­нию и воспитанию. Они достаточно осведомлены о причинах и усло­виях развития у детей церебральных параличей, особенностях их те­чения и исхода. Четко представляя значение своевременной диагнос­тики и раннего начала лечения ДЦП, они, как правило, уже в первые месяцы жизни своего ребенка замечают отклонения в его психофизи­ческом развитии и обращаются за помощью к специалистам. Зная о важности и необходимости непрерывного и продолжительного прове­дения больному лечебно-реабилитационных мероприятий, они неред­ко под руководством лечащего врача осваивают некоторые приемы массажа, лечебной гимнастики, мануальной терапии и т.п. Эти приемы они используют в домашних условиях после окончания больным курса стационарного лечения. Зная о неравномерности поражения при ДЦП различных моторных, речевых и психических процессов, они помогают ему развивать сохранившиеся функции, достигая в ряде случаев поразительных результатов. Именно у таких родителей боль­ные церебральным параличом дети лучше приспосабливаются к свое­му двигательному или речевому дефекту, имеют меньше личностных отклонений и достигают более высоких уровней социальной адапта­ции. Адекватный тип восприятия имеющейся у ребенка болезни чаще формируется у родителей с гармоничными личностными особен­ностями, характеризующихся достаточно высоким интеллектом, со­циальной активностью, уверенностью в себе, обладающих хорошими адаптационными способностями.

Особенности восприятия родителями развившегося у ребенка за­болевания оказывают большое влияние на их отношение к проведению ему лечебно-реабилитационных мероприятий, отражаются на эффек­тивности последних. Наиболее последовательны, настойчивы и ис­полнительны в реализации врачебных назначений, несмотря на раз­личие мотиваций, лежащих в основе их поведения, родители с демон­стративным, самообвинительным и адекватным восприятием этого заболевания.

Описанные типы неправильного воспитания детей, как показали наблюдения, достаточно часто встречаются в семьях больных ДЦП. При чем имеет место определенная зависимость между характером восприятия родителями развившегося у их ребенка заболевания и применяемыми в семье методами его воспитания.

Поверхностное восприятие родителями болезни своего сына или дочери в большинстве случаев способствует использованию таких ти­пов воспитания, как гипопротекция, потворствующая гипопротекция, эмоциональное отвержение, условия жестких взаимоотношений и про­тиворечивое воспитание.

Демонстративный тип восприятия заболевания своего ребенка нередко сочетается с использованием родителями таких форм его вос­питания, как доминирующая гипопротекция, потворствующая гипоп­ротекция, воспитание в атмосфере культа болезни, противоречивое воспитание и скрытое эмоциональное отвержение.

Катастрофическое восприятие болезни ребенка чаще имеет место у родителей, реализующих такие формы воспитания детей, как эмо­циональное отвержение, условия жестких взаимоотношений, повы­шенная моральная ответственность и воспитание вне семьи.

Самообвинительное восприятие заболевания преимущественно отмечалось у родителей, воспитывающих своих больных детей по типу потворствующей гипопротекции и в атмосфере культа болезни.

Адекватное восприятие родителями болезни ребенка крайне ред­ко сопровождалось неправильным его воспитанием. Именно гармо­ничная семья, характеризующаяся теплыми межличностными отно­шениями, правильно понимающая состояние здоровья своего ребен­ка, его возможности и перспективы, оказалась самой восприимчивой и благожелательной к предложенной системе медицинской и социаль­но-психологической реабилитации больных ДЦП. Адекватно оцени­вая эффективность различных методов лечения, ранее проводившихся ребенку, она уже с первых сеансов терапии становилась активным помощником врача. Такие родители строго выполняли все его инст­рукции не только во время нахождения их ребенка на стационарном лечении, но и после выписки домой. Четкость, последовательность и скрупулезность выполнения ими врачебных рекомендаций в значи­тельной степени способствовали повышению эффективности прово­димой терапии. Родительское участие и помощь в лечении ускоряли наступление положительных сдвигов у ребенка с церебральным параличом. ДЦП ребенка не толь­ко со стороны нарушенных двигательных функций, но и психичес­ких и речевых.

**2.2. Проведение консультативной работы.**

В настоящее время комплексная система лечеб­ных и психолого-педагогических реабилитационных мероприятий для детей с ДЦП должна вклю­чать в себя психокоррекционную и психотерапевтическую работу. Последнюю следует проводить как с их родителями, так и при достаточ­ной сохранности психических функций с самими детьми, страдающи­ми церебральными параличами.

В психолого-медико-педагогической консультации происходит выявление особенностей детско-родительских отношений, родительского отношения к больному ребенку, диагностика типа родительского воспитания и его нарушений. Обычно эту работу проводит психолог совместно с психиатром, однако все специалисты принимают участие в выявлении и обсуждении особеннностей семейного воспитания, поскольку эта информация необходима для выбора тактики и приемов консультирования родителей.

Как известно, консультативная работа специалистов ПМПК является одной из важных составляющей и по сути конечной целью диагностико-консультативного приема. В вышеуказанной литературе были освещены вопросы организации и содержания консультирования в условиях ПМПК. Кроме того, принципы и содержание индивидуально-возрастного консультирования довольно полно разработаны в психологической литературе При проведении консультативной работы с семьей ребенка с ДЦП необходимо руководствоваться изложенными в них принципами и методами консультирования.

Целью консультативной работы должно стать актуализация и оптимизация тех условий и возможностей, которыми обладает семья для оказания помощи ребенку в разрешении его проблем и более благоприятного психического развития. Основополагающий принцип организации консультативного приема – семейно-центрированный подход – предполагает

анализ и консультирование не отдельно взятого ребенка, а его семьи как совокупности особенностей ребенка, его родителей, их взаимодействия, условий и типа воспитания и т.д.

Консультирование семьи ребенка по самым различным проблемам его развития, как в медицинских, так и психолого-педагогических и социальных его аспектах, требует от каждого специалиста ПМПК, а не только психолога, определенных знаний и навыков в области психологии межличностных взаимоотношений. В современных условиях деятельности психолого-медико-педагогических консультаций знание основ теории и практики психологического консультирования является одной из составляющих профессиональной компетенции специалистов различных профилей

На основе анализаи интерпретации анамнестических данных и сведений о социальной ситуации развития ребенка, наблюдения в процессе консультативного приема и в экспериментальных ситуациях, результатов выполнения тестовых методик, психолог выявляет наличие или отсутствие той или иной психологической проблематики у ребенка, появление которой обусловлено характером детско-родительских отношений.

При анализе и характеристике детско-родительских отношений необходимо крайне осторожно и корректно проводить диагностику отклонений этих отношений. Диагносцирование нарушений детско-родительских отношений должно осуществляться в результате изучения совокупности многих факторов (данных анамнеза, социально-психологической истории развития ребенка, наблюдения, бесед и экспериментально-психологического исследования) в течении нескольких встреч с семьей ребенка. Проблема диагностики нарушений взаимоотношений матери и ребенка, в том числе достигающего клинического уровня является достаточно сложна и глубока, чтобы раскрывать ее данном пособии. Для решения этой проблемы требуется анализ с точки зрения разных специалистов (микропсихиатров, клинических психологов, семейных психотерапевтов). В условиях ПМПК происходит выявление только тех проблем семьи ребенка с ДЦП, которые препятствуют его успешной медицинской, психолого-педагогической и социальной реабилитации.

При выявлении проблем ребенка, связанных с особенностями и нарушениями детско-родительских отношений предлагается следующая тактика консультирования родителей. Беседа специалиста с родителями не должна содержать прямых ссылок и указаний на отклоняющееся родительское отношение к ребенку и критики родителей. Психолог, учитывая возможности и психологическую готовность родителей, обсуждает с ними причины беспокоящего их состояния и поведения ребенка, тактично и корректно старается подвести к осознанию проблем ребенка как следствия их неэффективных отношений с ним (используя, в качестве примеров конкретные факты, предоставленные родителями или очевидные для них). Психолог не может давать конкретных рекомендаций по нормализации детско-родительских отношений, если родители не осознают, или осознают не в полной мере своих проблем в отношениях с ребенком. В этих случаях, ссылаясь на необходимость помощи ребенку (проблемы которого для родителей очевидны), желательно направить семью ребенка к семейному психологу или психотерапевту. На основании данных всего обследования в ПМПК и после обсуждения с другими специалистами проблем ребенка психолог предлагает, в случае необходимости меры психокоррекционной помощи семье ребенка (посещение врача-психотерапевта, психолога). В связи с тем, что в стране крайне ограничены возможности оказания психологической и психотерапевтической помощи семье с ребенком раннего возраста, возможно проведение регулярных консультативных приемов в условиях ПМПК при наличии у психолога необходимой квалификации.

В последнее время получила распространение точка зрения о том, что эффективность консультирования семьи с «проблемным» ребенком в ПМПК в значительной степени определяется психотерапевтическим компонентом работы с семьей и этот момент консультационного процесса должен осуществляться каждым специалистом, будь то врач, психолог, педагог или социальный работник (М.М.Семаго 1998).

Консультирование должно быть направлено на достижение двух групп задач. Первая группа задач направлена на создание психологических условий для адекватного восприятия родителями ситуации, связанной с проблемами ребенка, формирование у них психологической готовности к длительной работе по преодолению этих проблем. Вторая - связана с освобождением родителей от чувства вины, преодоления стрессового состояния, создания и поддержания по возможности нормального климата в семье.

В психотерапевтической работе с родителями для уменьшения у них чувства стыда из-за проблем ребенка он рекомендует следующие тактики:

1. Развитие рабочего сотрудничества (родители должны поверить в то, что консультант им не судья и будет работать на их интересы).

2. Вызывание чувства стыда (помочь родителям выразить их чувства, с тем, чтобы адекватно принять их).

3. Акцентирование положительного (акцентируются те области деятельности семьи, где дела идут хорошо). Консультант должен постоянно «вознаграждать» родителей, подчеркивая их положительные стороны и поднимая самооценку.

После этапа комплексного диагностического обследования проводится совместное обсуждение результатов обследования всеми специалистами консультации, которое направлено на:

- полную оценку особенностей и характера нарушения психофизического развития ребенка;

- определение всех его нужд и потребностей в медицинских, психолого-педагогических и социальных услугах для преодоления имеющихся проблем;

- оценку особенностей и нарушений родительского отношения и семейного воспитания, препятствующих реабилитации ребенка.

- составление программы реабилитации, включающую все необходимые для успешной реабилитации ребенка, мероприятия: лечебные, психолого-педагогические, социальные, в том числе мероприятия, предназначенные для родителей (консультация психотерапевта (семейного психолога), юриста, других специалистов.

- выбор тактики, методов консультирования семьи ребенка.

На заключительном этапе проводится консультирование семьи включающее в себя две составляющие:

- информационную -сообщение результатов обследования, диагноза (при необходимости) изложение проблем, последовательности мероприятий, необходимых для ее решения;

- психотерапевтическую, которая в основном реализуется через обратную связь с родителями.

Принцип обратной связи предполагает постоянное обращение к родителям в ходе консультирования, привлечение их к совместному обсуждению проблем ребенка, к активному анализу нужд ребенка и способов их реализации. Особенно важно уточнить у родителей, что, по их мнению, мешает выполнению коррекционных мероприятий, сподвигая их тем самым на критическое осмысление как возможностей специалистов (врачей, педагогов, психологов и др.), так и своих для осущестления длительной и трудной работы с ребенком. Такая ситуация нередко провоцирует на актуализацию различных чувств у членов семьи. Важно дать возможность родителям свободно проявить эти чувства. Окончательное составление программы реабилитации ребенка завершается только после совместного обсуждения каждого ее пункта с родителями, внесения их замечаний и одобрения с их стороны. В конце консультирования обязательно следует, во-первых, поблагодарить родителей за активное участие в составлении программы реабилитации, подчеркнув уникальность и важность их информации о ребенке для специалистов, а во-вторых помочь им осознать, что ответственность за успешную реабилитацию ребенка лежит прежде всего на них.

**Глава V. Социально-педагогическое обследование.**

Социально-педагогическое обследование в психолого-медико-педагогической консультации является составной частью комплексного обследования ПМПК и проводится социальным педагогом. Социально-педагогическое обследование – это специально-организованный процесс исследования, диагностики и оценки, в котором происходит сбор информации о влиянии на ребенка и его семью социально-психологических, педагогических, экологических и социологических факторов, необходимый для дифференцированной поддержки. *Цель социально-педагогического обследования* – создание оптимальных условий для реабилитации и социальной адаптации социально-уязвимого ребенка.

Задачами социально-педагогического обследования являются:

1. Выявление особенностей социального развития ребенка, установление трудностей его развития, обусловленных проблемами семьи и определение адекватных условий его социализации.

2. Определение специальных образовательно-коррекционных, медицинских и социальных потребностей ребенка и установление его прав на получение социально-реабилитационных услуг.

3. Разработка индивидуальной программы реабилитации ребенка и рекомендаций по организации их лечения, воспитания и обучения в системе здравоохранения, образования, социальной защиты и альтернативных специальных учреждениях для детей с особыми потребностями в развитии.

4. Оказание консультативной помощи родителям (лицам, их заменяющим), педагогам, социальным работникам.

В зависимости от специфики диагностируемой проблемы могут использоваться следующие *методы*: беседа, интервью (опрос), наблюдение, анализ документов.

*Беседа* способствует установлению партнерских взаимоотношений между специалистами ПМПК и родителями ребенка. Она направлена на получение информации о социальной ситуации развития ребенка, позволяет привлечь семью к оценке социальных трудностей, поступков, формирование у них ответственности перед их решением.

Беседу с ребенком следует строить с учетом его индивидуально-возрастных особенностей.

*Интервью* позволяет социальному педагогу (специалисту по социальной работе) выбрать наиболее адекватные способы получения необходимой информации о ребенке и его семье и социальной помощи, в которой они нуждаются.

*Наблюдение* за ребенком и его семьей осуществляются в течение всего периода обследования. Наблюдая за ребенком в ходе его деятельности, можно выявить особенности социально-психологического состояния ребенка. Наблюдение за родителем позволяет узнать оценку ситуации клиентом, познакомится с его трактовкой имеющейся проблемы. На основе поведения человека, совокупности его вербальных и невербальных сообщений делается вывод о его личностных особенностях, характере его социальных ролей. Наблюдение за семейными взаимоотношениями позволяет сделать вывод об их состоянии и функционировании.

Посредством *анализа личных документов* на ребенка и семью (выписки МСЭ, истории болезни ребенка, педагогическая характеристика на ребенка, заключении психолога, справки о социально-экономическом положении и т.д.) исследуются отношения личности к тем или иным социальным процессам, социально-психологическим ситуациям, в которые он был включен. А также возможность проверить достоверность информации, представленной семьей посредством вышеперечисленных методов.

***Требования к проведению социально-педагогического обследования:***

- вовлечение в процесс обследования членов семьи, непосредственно участвующих в воспитании ребенка (бабушка, дедушка, тетя, няня, социальный работник и т.д.);

- внесение персональной информации о семье в документацию консультации только с согласия родителей;

- использование диктофона для объемной информации;

- общение с ребенком строится в доступной игровой форме в соответствии с его возрастными особенностями;

- привлечение семьи к максимальному решению собственных проблем.

Социально-педагогическое обследование проходит в 5 этапов:

1. первичная оценка, время сбора анамнеза различными специалистами консультации;
2. окончательная оценка, междисциплинарное обследование специалистами особенностей развития ребенка и определение барьеров среды;
3. разработка рекомендаций к ИПР;
4. социально - педагогическое консультирование по итогам обследования;
5. мониторинг результативности ИПР.

*Первый этап обследования* проводится во время сбора анамнеза, когда родитель впервые обращается с запросом в ПМПК. Роль социального педагога на этой стадии заключается в том, чтобы провести первичную оценку состояния, развития и потребности ребенка в социальной помощи.

На первом этапе обследования социальный педагог собирает информацию о социальной ситуации развития ребенка, полученную от родителей ребенка и его самого, детального изучения документов (выписка МСЭК, подробной выписки из истории болезни ребенка, педагогическая характеристика на ребенка, заключение психолога, продукты творческой деятельности ребенка (рисунки, поделки и т.д.), справки о социально-экономическом положении семьи).

Для характеристики социального статуса ребенка важны следующие сведения: когда впервые появились проблемы в развитии, шаги по преодолению этих трудностей, проводилась ли коррекционная, медицинская реабилитация, сведения о составе семьи, в каких жилищно-бытовых условиях проживает ребенок, наличие своего уголка и детских принадлежностей. Сепарационные моменты в жизни ребенка, воспитательный потенциал семьи, кто, почему и как часто занимается воспитанием ребенка, защищен ли ребенок в правовом отношении.

*Второй этап обследования* проводится с целью дифференцированного определения нужд и потребностей лица с ограниченными возможностями и его семьи в оказании адресной социально - педагогической помощи семье. Оценка развития психофизического состояния, социальной ситуации, определение барьеров социума (в социальном окружении, физической среде), обсуждение трудностей развития ребенка, выявление приоритетов.

Инструментарием работы социального педагога на втором этапе сбора информации является учетный документ «Социальный паспорт ребенка его семьи », в который и вносятся детальные сведения о микросреде ребенка.В зависимости от возраста ребенка заполняется та ил иная форма паспорта, каждая из которых ориентирована на особенности детей раннего, дошкольного и школьного возраста. При этом социальные потребности рассматриваются в рамках социальной модели реабилитации: ограничения во взаимодействии с социальной микро и макросредой, благополучие ребенка, способность родителей обеспечить жизненные потребности ребенка, его безопасность, стимуляцию.

Одной из главных задач социально-педагогического обследования является разработка индивидуальной программы реабилитации ребенка, в которой подтверждено право ребенка на получение различного вида услуг (медицинских, образовательных, социальных), предусмотренных Законодательством Республики Казахстан **(**Приложение9).

Процесс разработки ИПР в условиях ПМПК состоит из следующих этапов:

. Этап ориентации. На этом этапе важно выявить ребенка и семью, относящихся к социально-уязвимой группе. Специалисты ПМПК, социальный педагог в ходе сбора анамнеза устанавливают нужды и потребности ребенка и семьи в реабилитационных услугах.

Этап диагностики - процесс сбора специалистами данных о способностях и возможностях ребенка. Социальный педагог определяет потребности семьи, запросы, возможности. Вместе с родителями он выявляет финансовые, материальные ресурсы, наличие поддержки со стороны членов семьи, друзей. Затем команда специалистов решает, какие реабилитационные услуги необходимы ребенку и семье.

Этап планирования. Родители вместе с командой специалистов обсуждают результаты диагностики и ожидаемые результаты вмешательства, при этом родители могут задавать любые интересующие их вопросы, выражать несогласие и вносить свои предложения в программу реабилитации. При составлении индивидуальной программы реабилитации выделяют наиболее важные для реабилитации и социальной адаптации ребенка медицинские, образовательные и социальные услуги.

Этап посредничества. На этом этапе социальный педагог ПМПК устанавливает партнерские связи с организацией, на базе которой будет происходить реализация запланированных реабилитационных шагов. Рассмотрение, уточнение пунктов ИПР с социальным работником организации, знакомство семьи.

Этап мониторинга выполнения реабилитационных услуг, осуществляемый социальным педагогом. Мониторинг заключается в сравнении фактических и ожидаемых результатов реабилитации. По результатам мониторинга ИПР может быть изменена, скорректирована. Право же принимать окончательное решение принадлежит родителю.

Заключительное обсуждение проводится с целью подведения итогов, окончательной оценки степени эффективности программы. На этом этапе осуществляется перспективное планирование новой программы.

При выявлении нужд и потребностей ребенка в технических средствах реабилитации, социальный педагог руководствуется «Перечнем компенсаторных технических и вспомогательных средств» и вносит шифр по Перечню в соответствующие строки.

«Перечень компенсаторных технических и иных вспомогательных средств» ( далее – Перечень) содержит систематизированную информацию о производимой в мире компенсирующих технических и вспомогательных средствах для лиц с ограничениями двигательных функций Перечень предназначен с тем, чтобы облегчить подбор современных технических и вспомогательных средств с учетом возраста, индивидуальных особенностей, характера нарушения и степени потери функции. Каждому техническому средству в Перечне даны рекомендации по вопросу о том, в каких случаях и для чего их используют.

Для решения вопроса о необходимости ребенку того или иного технического средства социальный педагог консультируется с невропатологом и ортопедом консультации, после чего только специалист может рекомендовать родителям приобретение данного средства реабилитации. Социальный педагог разъясняет родителям для чего, зачем и какая реабилитационная польза от компенсаторного технического средства, а также информирует где и на каких условиях можно его приобрести.

**Глава 6. Организация социальной и медико-педагогической коррекционной помощи детям с двигательными нарушениями.**

Основной целью коррекционной работы при ДЦП является оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи; обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессио­нального обучения. Лечебно-педагогическая и социальная работа работа должна носить комплексный характер. Важное условие комплексного воз­действия — согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психиатра, врача ЛФК, ортопеда, логопеда, дефектолога, психолога, социального педагога, воспитателя. Необходима их общая пози­ция при обследовании, лечении, психолого-педагогической и ло­гопедической коррекции и социальной поддержке.

В нашей стране сложилась сеть специ­ализированных организаций Министерства здравоохранения, образования и социальной защиты: поликлиники, психоневрологические отделения, специализирован­ные санатории, ясли-сады, школы-интернаты для детей с нару­шениями опорно-двигательного аппарата, Дома ребенка, интер­наты (Министерства социальной защиты) и различные реабили­тационные центры. В этих организациях в течение длительного вре­мени осуществляется не только восстановительное лечение, но и квалифицированная помощь логопедов, дефектологов, психоло­гов, воспитателей по коррекции нарушений познавательной дея­тельности и речи.

В соответствии с Законом РК «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» (№343-II-РК, 11.07.2002) система оказания комплексной поддержки детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата имеет следующую структуру:

- выявление и диагностика;

- лечебная и профилактическая помощь;

- раннее развитие детей;

* дошкольное воспитание;
* школьное образование;
* профессионально-трудовое обучение;

- социальная работа и социальная помощь;

Выявление (скрининг) детей с риском нарушений опорно-двигательного аппарата происходит в организациях здравоохранения в возрасте от 0 до 3-х в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения РК «Правилами организации скрининга психофизических нарушений у детей раннего возраста (№83 от 29.01.03). Первый этап скрининга нарушений психофизического развития должен осуществляться в родовспомогательных учреждениях, второй – в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Основными задачами скрининга являются проведение массового скринингового обследования детей в младенческом и раннем возрасте, выявление детей с риском отставания в психофизическом развитии и направление их в психолого-медико-педагогические консультации (ПМПК) для углубленного обследования и решения вопросов оказания комплексной помощи.

Дети раннего возраста поступают в психолого-медико-педагогическую консультацию по результатам скрининга нарушений психофизического развития, по направлениям из организаций здравоохранения, социальной защиты, образования и по инициативе родителей.

В ПМПК проводится комплексное обследование детей междисциплинарной командой специалистов (врачи, психолог, специальные педагоги, социальный педагог). В ходе углубленного обследования перед специалистами стоит задача выявления всех особенностей и отклонений в развитии ребенка, а также их квалификация в рамках определенного заключения. Цельюконсультирования семьи ребенка является оптимизация тех условий, которыми обладает семья для оказания помощи ребенку в разрешении его проблем и более благоприятного психического развития. В результате комплексного обследования определяются потребности ребенка в медицинских, образовательных и социальных услугах, на основании чего составляется индивидуальная программа реабилитации ребенка, в которой отражены объем всех гарантируемых государством услуг, порядок и последовательность их реализации.

**Лечебно-профилактическая помощь**

Лечебно-профилактическая помощь детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата осуществляется в учреждениях здравоохранения: неврологических отделениях клинических больниц, детских поликлиниках и других учреждениях ПМСП, санаториях и реабилитационных центрах. Медицинская реабилитация детей с двигательными нарушениями также происходит в организациях образования (дошкольных и школьных специальных (коррекционных) организациях, кабинетах психолого-педагогической коррекции, реабилитационных центрах).

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 психоневрологических больницах) или санатории.

В комплексное восстановительное лечение детского церебраль­ного паралича включаются: медикаментозные средства, различ­ные виды массажа, лечебная физкультура (ЛФК), ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры.

Как правило, дети с церебральными параличами соматически ослаблены. У многих из них имеется гипоимунное состояние, очаги хронической инфекции. Адаптационно защитные возможности у этих детей ослабевают в большом коллективе и при повышенной нагрузке, поэтому им необходимо проводить общеукрепляющую терапию (витаминотерапию, кислородные коктейли, пробиотики ), больше гулять на свежем воздухе, проводить санацию очагов хронической инфекции.

Лечение детского церебрального паралича - процесс длительный, комплексный и требующий от больного значительных усилий и терпения. Только раннее начатое восстановительное лечение, его регулярность могут дать положительные результаты. Ребенок должен получать и стационарное лечение, и санаторно-курортное, и амбулаторное. Наиболее эффективное и полное восстановительное лечение больной ребенок может получить в психоневрологической клинике, специализированном психоневрологическом санатории, где курс лечения длится не менее месяца. Детальное обследование ребенка, длительное наблюдение за ним в условиях клиники и санатория позволяет не только максимально понять характер двигательного, психического и речевого поражения, но составить достаточно полное представление о компенсаторных возможностях мозга ребенка и, соответственно, подобрать оптимальное лечение. При необходимости назначается хирургическое лечение. Медикаментозное лечение занимает важное место в процессе реабилитации. Для восстановления недоразвитых или утраченных функций центральной нервной системы, а также для нормализации метаболических процессов в мозговой ткани широко применяют сосудистые препараты такие, как кавинтон, циннаризин, а также стимуляторы для развития когнитивныхфункций, памяти, мышления - ноотропил( пантогам), когитум, энцефабол, глицин, фенибут.

Также назначаются витамины (поливитамины, витамины группы В). Так как у детей с церебральным параличом, как правило, имеется нарушение мышечного тонуса, то им назначаются препараты, снижающие мышечный тонус( мидокалм, баклофен).

Физиотерапевтическое лечение довольно широко применяется при лечении контрактур, при высоком мышечном тонусе, при гипотонусе и пр. Также для лечения контрактур назначаются тепловые процедуры (озокеритовые, парафиновые, грязевые аппликации), которые вызывают расширение кровеносных сосудов, усиливают крово– и лимфообращение, улучшают трофические и регенеративные процессы, снижают мышечный тонус, увеличивают эластичность мышц и связок и соответсвенно, уменьшаются контрактуры.

Гидрокинезотерапия благоприятно действует на развитие моторики, на нормализацию мышечного тонуса, а также на центральную нервную систему больного ребенка в целом. Обязательным методом лечения являются ЛФК и массаж. В зависимости от состояния ребенка, клиники заболевания назначаются и различные виды массажа: классический, сегментарный, точечный, массаж воротниковой зоны, тонизирующий или седативный массаж.

В комплексе реабилитационных мероприятий лечебной физкультуре уделяется большое внимание, т.к. этот метод лечения полезен всем детям с церебральным параличом. В процессе занятий лечебной гимнастикой нормализуются биохимические процессы в нервно-мышечном аппарате, увеличивается подвижность в суставах, нормализуется мышечный тонус, улучшается координация, увеличивается объем движений.

В последние годы с внедрением космических технологий в медицинской практике появилась возможность более эффективной коррекции моторики и речи у детей с церебральным параличом. Так применяется в течение нескольких лет новый метод восстановления двигательных, речевых и психических функций для детей с ДЦП- метод динамической проприоцептивной коррекции( лечебные костюмы « Адели», «Гравистат»). Применение этого метода лечения решает следующие задачи:

Уменьшение интенсивности или же нейтрализация некоторых основных патологических тонических рефлексов.

Рефлекторную коррекцию патологических мышечных синергий.

Рефлекторную коррекцию порочного положения туловища и нижних конечностей.

Тренировку ослабленных мышц в оптимальном режиме.

Выработку стереотипа локомоторного акта максимально приближенного к физиологическому.

Этот метод применяется при различных формах детского церебрального паралича и при различной степени тяжести процесса. После проведения первого курса лечения отмечаются значительные улучшения моторики, речедвигательных функций.

**Коррекционно-педагогическая помощь**

Коррекционно-педагогическая помощь детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата осуществляется в организациях образования: кабинетах психолого-педагогической коррекции, реабилитационых центрах, специальных детских садах и школах для детей с нарушением ОДА, в комбинированных организациях образования.

Дети младенческого и раннего возраста коррекционно-педагогическую помощь могут получать в организациях здравоохранения (центры укрепления здоровья на базе различных подразделений поликлиник, психоневрологические отделения, санатории, реабилитационные центры) и в системе образования и социальной защиты (кабинеты-психолого-педагогической коррекции, реабилитационые центры, ясли-сады).

Основной особенностью коррекционного воздействия на ребенка с двигательными нарушениями является работа с семьей и индивидуальный план обслуживания ребенка. Работа с семьей проводится в следующих формах: поддержка семьи (психологическая, информационная), привлечение ее к разработке индивидуальной развивающей программы (ИРП), обучение родителей способам коррекции и стимуляции развития, представление необходимых материалов.

Индивидуальный план обслуживания ребенка начинается с вовлечения родителей в коррекционно-педагогический процесс, составление индивидуальной развивающей программы.

Принципы коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом:

В настоящее время разработаны основные принципы и направлентия коррекционно-педагогической работы с детьми с церебральным параличом в раннем и дошкольном возрасте (О.Г.Приходько 2000; Е.Фархипова 2006.)

1. Комплексный характер коррекционно-педагогической работы предусматривает постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Вследствие этого необходима совместная  
стимуляция (развитие) всех сторон психики, речи и моторики, а  
также предупреждение и коррекция их нарушений.

2. Раннее начало онтогенетически последовательного воздей­ствия, опирающегося на сохранные функции.

Раннее выявление патологии доречевого развития и своевременное коррекционно-педагогическое воздей­ствие в младенческом и раннем возрасте позволяют уменьшить, а в некоторых случаях и исключить психоречевые нарушения у детей с церебральным параличом в старшем возрасте.. Коррекционная работа строится не с учетом возраста, а с учетом того, на каком этапе психоречевого развития находится ребенок.

3. Организация работы в рамках ведущей деятельности.  
Нарушения психического и речевого развития при ДЦП в зна­чительной степени обусловлены отсутствием или дефицитом деятельности детей. Поэтому при коррекционно-педагогических ме­роприятиях стимулируется основной для данного возраста вид де­ятельности:

младенческий возраст (от рождения до 1 года). Ведущий вид деятельности — эмоциональное общение со взрослым;

ранний возраст (от 1 года до 3 лет). Ведущий вид деятельности — предметная;

дошкольный возраст (3—7 лет). Ведущий вид деятельности — игровая.

4. Наблюдение за ребенком в динамике продолжающегося пси­  
хоречевого развития.

5. Гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно-  
педагогической работы.

6. Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ре­бенка.

В силу огромной роли семьи, ближайшего окружения в процес­сах становления личности ребенка необходима такая организация среды (быта, досуга, воспитания), которая могла бы максималь­ным образом стимулировать это развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на психическое состояние ребенка. Родите­ли — основные участники педагогической помощи при ДЦП, осо­бенно если ребенок по тем или иным причинам не посещает ни­какого учебно-воспитательного учреждения. Для создания благо­приятных условий воспитания в семье необходимо знать особен­ности развития ребенка в условиях патологии, его возможности и перспективы развития, соблюдать правильный распорядок дня, организовать целенаправленные коррекционные занятия, сфор­мировать адекватную самооценку и правильное отношение к де­фекту, развить необходимые в жизни волевые качества. Для этого необходимо активное включение ребенка в повседневную жизнь семьи, в посильную трудовую деятельность. Важно, чтобы ребе­нок не только обслуживал себя (самостоятельно ел, одевался, был опрятен), но и имел определенные обязанности, выполнение ко­торых значимо для окружающих (накрыть на стол, убрать посуду). В результате у него появляется интерес к труду, чувство радости, что он может быть полезен, уверенность в своих силах. Часто роди­тели, желая избавить ребенка от трудностей, постоянно опекают его, оберегают от всего, что может огорчить, не дают ничего де­лать самостоятельно. Такое воспитание по типу «гиперопеки» при­водит к пассивности, отказу от деятельности. Доброе, терпеливое отношение близких должно сочетаться с определенной требова­тельностью к ребенку. Нужно постепенно развивать правильное отношение к своей болезни, к своим возможностям. В зависимости от реакции и поведения родителей ребенок будет рассматривать себя или как инвалида, не имеющего шансов занять активное место в жизни, или, наоборот, как человека, вполне способного достичь определенных успехов. Ни в коем случае родители не дол­жны стыдиться больного ребенка. Тогда и он сам не будет стыдить­ся своей болезни, не будет уходить в себя, в свое одиночество.

*Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в доречевой период являются:*

- развитие эмоционального общения со взрослым (стимуляция «комплекса оживления», стремления продлить эмоциональный контакт со взрослым, включения общения в практическое сотруд­ничество ребенка со взрослым).

- нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата (уменьшение степени проявления двигательных дефек­тов речевого аппарата — спастического пареза, гиперкинезов, атак­сии, тонических нарушений управления типа ригидности). Разви­тие подвижности органов артикуляции.

- стимуляция голосовых реакций, звуковой и речевой активнос­ти (недифференцированной голосовой активности, гуления, ле­пета и лепетных слов).

- коррекция кормления (сосания, глотания, жевания). Стимуля­ция рефлексов орального автоматизма (в первые месяцы жизни — до 3 мес), подавление оральных автоматизмов (после 3 месяцев).

- развитие сенсорных процессов (зрительного сосредоточения и плавного прослеживания; слухового сосредоточения, локализации звука в пространстве, восприятия различно интонируемого голоса взрослого; двигательно-кинестетических ощущений и пальцевого осязания).

- развитие речевого дыхания и голоса (вокализация выдоха, уве­личение объема, длительности и силы выдоха, выработка ритмич­ности дыхания и движений ребенка).

- формирование движений руки и действий с предметами (нор­мализация положения кисти и пальцев рук, необходимых для фор­мирования зрительно-моторной координации; развитие хвататель­ной функции рук; развитие манипулятивной функции — неспеци­фических и специфических манипуляций; дифференцированных движений пальцев рук).

-формирование подготовительных этапов понимания речи.

*Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в раннем возрасте являются:*

- формирование предметной деятельности (использование пред­метов по их функциональному назначению), способности произ­вольно включаться в деятельность. Формирование наглядно-дей­ственного мышления, произвольного, устойчивого внимания, переключения в деятельности.

-формирование речевого и предметно-действенного общения с окружающими (развитие понимания обращенной речи, собственной речевой активности; формирование всех форм безречевой ком­муникации — мимики, жеста и интонации).

-развитие знаний и представлений об окружающем (с обобща­ющей функцией слова).

- стимуляция сенсорной активности (зрительного, слухового, кинестетического восприятия). Тренировка всех форм узнавания предметов.

- формирование функциональных возможностей кистей и паль­цев рук. Развитие зрительно-моторной координации (путем фор­мирования пассивных и активных действий).

*Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в дошкольном возрасте являются:*

- развитие игровой деятельности;

-развитие речевого общения с окружающими (со сверстниками и взрослыми).

- увеличение пассивного и активного словарного за­паса, формирование связной речи. Развитие и коррекция наруше­ний лексического, грамматического и фонетического строя речи.

-расширение запаса знаний и представлений об окружающем.

- развитие сенсорных функций ( зрительно, слухового, кинестетического восприятия и стереогноза);

- формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений.

-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 алалической 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.

Закрепление достигнутых результатов у детей школьного возра­ста наиболее полно осуществляется в специализированных шко­лах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

В соответствии с Инструкцией по приему детей с по приему в специальные (коррекционные) организации образования для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в эти организации направляются дети школьного возраста:

- самостоятельно передвигающиеся, не требующие индивидуального ухода;

- самостоятельно не передвигающиеся при обеспечении их специальными условиями для физического доступа в школу: наличие пандусов, широких дверных проемов, подъемника инвалидного кресла, подъемника вдоль лестницы, автоматических открывателей дверей и т.д.

В 1 класс принимаются дети 7-8 лет, достигшие функциональной школьной зрелости, определяемой психолого-медико-педагогической консультацией. Допускается превышение возраста, установленного для общеобразовательных школ на 1-2 года.

Для детей, не прошедших специализированной дошкольной подготовки, а также для детей, не достигших функциональной зрелости, открываются подготовительные классы.

Дети, у которых двигательные расстройства сочетаются с легкой и умеренной умственной отсталостью, выделяются в специальные вспомогательные классы, организуемые при наличии контингента в составе данной образовательной организации. Зачисление детей во вспомогательные классы проводится на основании заключения психолого-медико-педагогической консультации.

Коррекционно-педагогическая работа в школах-интернатах направлена на развитие познавательной деятельности и коррекции ее нарушений, формирование высших психических функций, воспитание социально адаптивных форм поведения и деятельности.

По желанию родителей дети с негрубыми нарушениями опорно-двигательного аппарата и не имеющих нарушений интеллекта и речи могут обучаться в общеобразовательной школе.

В небольших городах и в сельской местности самостоятельно передвигающиеся дети с сохранным интеллектом обучаются в комбинированных организациях образования, совмещающие функции общеобразовательной школы и специальной (коррекционной) школы, в которой открываются специальные классы для таких детей.

Дети имеющие тяжелые двигательные нарушения (при отсутствии возможностей самостоятельно удерживать голову, сидеть, передвигаться) обучаются на дому.

Детям, у которых отмечается сочетание тяжелых двигательных и интеллектуальных нарушений рекомендуется социальное обслуживание на дому.

Трудовое обучение, профессиональная ориентация осуществляется в специальных школах-интернатах, в которых работают различные трудовые мастерские: швейные, столярные и т.п.Детей в условиях школы обучают различным специальностям.

После окончания школы дети с нарушениями ОДА в зависимости от тяжести психофизического нарушения продолжают профессиональное обучение в специальных группах профтехучилищ, колледжах, высших учебных заведениях.

**Социальная помощь**

Социально-бытовая реабилитация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата является важным звеном в системе реабилитационных мероприятий. Социальная диагностика, оценка потребностей и составление индивидуальной программы реабилитации происходит в ПМПК.

В последние годы создан большой арсенал современных технических средств реабилитации, основной целью которых является компенсация нарушенных или утраченных функций, обеспечение относительной независимости от окружающих. Технические средства реабилитации существенно облегчают жизнь ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Они должны быть абсолютно безопасны и просты в обра­щении.

Все технические средства реабилитации можно разделить на несколько групп:

1. Средства передвижения — различные варианты детских инва­лидных колясок (комнатные, прогулочные, функциональные,  
   спортивные). Во многофункциональных креслах-колясках дети могут  
   проводить значительное время. В них имеется столик для приема  
   пищи и занятий, съемное судно, отделение для книг, специальная емкость для хранения термосов с пищей.
2. Средства, облегчающие передвижение — ходунки и ходилки  
   (комнатные и прогулочные), костыли, крабы, трости, велосипеды; специальные поручни, пандусы, съезды на тротуарах.
3. Средства, облегчающие самообслуживание детей с наруше­нием функций верхних конечностей: специальные предметы оби­  
   хода (наборы посуды и столовых приборов, приспособления для  
   одевания и раздевания, открывания и закрывания дверей, для самостоятельного чтения, пользования телефоном; особые выключатели электроприборов, дистанционное управление бытовыми  
   приборами — телевизором, приемником, магнитофоном).
4. Двигательные тренажеры.
5. Лечебно-нагрузочные костюмы («Адели—92»). Костюм используется для лечения различных форм церебрального паралича в  
   любом возрастном периоде жизни ребенка, начиная с раннего  
   возраста. Создавая правильные взаимоотношения между частями  
   тела и устраняя порочные установки, костюм способствует формированию правильной схемы взаиморасположения частей тела и  
   схемы движения, что является основой для формирования мото­рики. Костюм представляет собой замкнутую систему «плечевой пояс — стопы». Благодаря амортизаторам несколько растягивают­ся спастичные мышцы (снижается тонус мышц), уменьшается патологическая и активизируется физиологическая афферентация с мышечно-связочного аппарата; уменьшается частота и амплиту­да гиперкинезов. Дети, страдающие церебральным параличом, быстрее овладевают двигательными навыками. В лечебно-нагрузоч­ном костюме можно проводить любые упражнения, намного улуч­шая и ускоряя их результативность.
6. Сенсорные комнаты и сенсорные стимулирующие наборы. Сенсорная комната дает возможность подавать стимулы различ­ной модальности — зрительной, слуховой, тактильной — и ис­пользовать эту стимуляцию длительное время. Сочетание стимулов различных модальностей (музыки, цвета, запахов) может оказы­вать различное воздействие на психическое и эмоциональное со­стояние ребенка — тонизирующее, стимулирующее, укрепляю­щее, восстанавливающее, успокаивающее, расслабляющее. В усло­виях сенсорной комнаты используется массированный поток ин­формации на каждый анализатор. Таким образом восприятие ста­новится более активным. Такая активная стимуляция всех анализа­торных систем приводит не только к повышению активности вос­приятия, но и к ускорению образования межанализаторных свя­зей. В отличие от традиционных методов педагогической коррек­ции, для которых характерно небольшое количество и однообра­зие материала, в самом оборудовании сенсорной комнаты заложе­но разнообразие стимулов. Продуманное применение различных стимулов повышает эффективность коррекционных занятий, со­здавая дополнительный потенциал для развития ребенка.

Занятия в сенсорной комнате могут быть как индивидуальны­ми, так и групповыми. Коррекционно-педагогические занятия про­водятся психологом, логопедом-дефектологом, инструктором ЛФК. Каждый специалист при этом решает свои специфические задачи.

Мотив работы в сенсорной комнате зависит от ведущего вида деятельности ребенка. Для дошкольников — это игровая деятель­ность. Занятия в сенсорной комнате можно превратить в игру, сказку. Все занятие может проходить по единому игровому сценарию («по­лет на луну», «путешествие по морским глубинам» и т. д.).

Коррекционно-педагогические занятия в сенсорной комнате направлены на решение двух комплексов задач:

- релаксация: а) нормализация нарушенного мышечного тонуса (снижение тонуса, уменьшение спастичности мышц); б) сня­тие психического и эмоционального напряжения;

- активизация различных функций центральной нервной системы: а) стимуляция всех сенсорных процессов (зрительного, слухового, тактильного, кинестетического восприятия и обоняния);  
б) повышение мотивации к деятельности (к проведению различных медицинских процедур и психолого-педагогических занятий). Возбуждение интереса и исследовательской деятельности у ребен­ка; в) создание положительного эмоционального фона и преодо­ление нарушений эмоционально-волевой сферы; г) развитие речи и коррекция речевых нарушений; д) коррекция нарушенных выс­ших корковых функций; е) развитие общей и мелкой моторики и коррекция двигательных нарушений.

7. Мягкие игровые комнаты.

Применение различных технических средств реабилитации у де­тей с нарушениями опорно-двигательного аппарата зависит от ха­рактера, степени и тяжести нарушенной или утраченной функции. Прежде чем рекомендовать ребенку-инвалиду то или иное техни­ческое средство, необходимо оценить степень нарушения функции с тем, чтобы предложить именно то средство, которое дало бы воз­можность, с одной стороны, скомпенсировать имеющийся дефект, а с другой — позволило использовать возможность восстановления нарушенной функции. Реабилитационное оборудование для детей выпускается главным образом зарубежными фирмами, однако в пос­ледние годы разрабатывается и изготавливается широкий ассорти­мент отечественных детских технических средств реабилитации.

Приложение 1

Карта неврологического обследования детей от 0 до 1 года с нарушениями опорно-двигательного аппарата

I. **Паспортные данные:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II. **Жалобы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## III. **Анамнез жизни и заболевания** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## **Общемозговые симптомы** (рвота, срыгивания ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

V. **Оценка общего состояния:**

Состояние (тяжёлое, средней тяжести, удовлетворительное)

Поведение (двигательно активный, заторможен, эмоциональный и т.д)

## Сон (засыпание (быстрое, медленное, спокойное), характер - глубокий, спокойный, беспокойный и т.д, длительность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VI.**Общий осмотр** (физическое развитие: нормосомия, гиперсомия, гипосомия, дисгармоничное развитие; стигмы дизэмбриогенеза) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

VII.**Осмотр области головы** (окружность головы, окружность груди большой родничок, его размеры, состояние краёв родничка, состояние черепных швов, состояние поверхностных вен головы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

VIII. **Исследование черепно-мозговых нервов** (реакция на запахи, реакция зрачка на свет, форма и размер зрачка, прослеживание, узнавание знакомого лица, разность глазных щелей, подвижность глазных яблок, наличие косоглазия, птоз, мидриаз, экзофтальм, энофтальм, симптом Грефе, симптом «заходящего солнца», симметричность лица, слезотечение, реакция на слуховые реакций, характер голоса, нарушение глотания, сосания, жевания, положение мягкого нёба и язычка в покое и при фонации, поворот головы в сторону, наличие кривошеи, асимметрия мышц плечевого пояса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IX. **Исследование двигательной сферы** (объём активных и пассивных движений, изменение мышечного тонуса, формула моторного развития, характеристика общей и мелкой моторики, оральной моторики, поза, мимика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

X. **Исследование рефлекторной сферы** (безусловные рефлексы: хоботковый, поисковый (искательный рефлекс Куссмауля), сосательный, орбикулопальпебральный, ладонно-ротовой рефлекс Бабкина, хватательный, рефлекс Моро, рефлекс Бабинского, рефлекс Керинга, рефлекс опоры, рефлекс автоматической ходьбы, рефлекс ползания Бауэра, рефлекс Галанта, рефлекс Переса, лабиринтный тонический рефлекс, симметричный шейно-тонический рефлекс, асимметричный шейный тонический рефлекс, выпрямляющая туловищная реакция, верхний рефлекс Ландау, нижний рефлекс Ландау, цепные шейные и туловищные установочные рефлексы, цепной установочный рефлекс с туловища на туловище, редукция безусловных рефлексов, наличие патологических рефлексов, гиперкинезов, сухожильные рефлексы ).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

XI. **Вегетативная нервная система** (дермографизм, мраморность кожных покровов, акроцианоз, гипергидроз, вздутие живота, нарушение стула). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

XII. **Исследование чувствительной сферы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

XIII. **Речь** (время появления гуления, лепета, слов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## XIV. **Результаты параклинических данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

XV**. Заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

XVI. **Рекомендации** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №2

Карта неврологического обследования детей от 1 до 3 лет с нарушениями опорно-двигательного аппарата

I. **Паспортные данные:**

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_ пол \_\_\_\_\_\_\_\_дет.сад \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Домашний адрес, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о родителях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II. **Жалобы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## III. **Анамнез жизни и заболевания** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## IV. **Общемозговые симптомы** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**V **Оценка общего состояния:**

Состояние (тяжёлое, средней тяжести, удовлетворительное)

Поведение (двигательно активный, заторможен, эмоциональный и т.д)

## Сон (засыпание (быстрое, медленное, спокойное), характер - глубокий, спокойный, беспокойный и т.д, длительность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VI.**Общий осмотр** (физическое развитие: нормосомия, гиперсомия, гипосомия, дисгармоничное развитие; стигмы дизэмбриогенеза) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

VII**Осмотр области головы** (окружность головы, форма головы, выраженность венозной сети)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

VIII. **Исследование черепно-мозговых нервов** (симметричность лица, наличие косоглазия, слезотечение, разность глазных щелей, реакция на слуховые реакций, характер голоса, нарушение глотания, положение мягкого нёба и язычка в покое и при фонации, поворот головы в сторону, наличие кривошеи, асимметрия мышц плечевого пояcа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IX. **Исследование двигательной сферы** (объём активных и пассивных движений, изменение мышечного тонуса, определение силы мышц, формула моторного развития, характеристика общей и мелкой моторики, оральной моторики, поза, мимика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

X. **Исследование рефлекторной сферы** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

XI. **Вегетативная нервная система** (дермографизм, мраморность кожных покровов, акроцианоз, гипергидроз). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

XII. **Исследование чувствительной сферы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

XIII.  **Менингиальный симптомокомплекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

XIV.**Речь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## XV. **Результаты параклинических данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

XVI**. Заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

XVII. **Рекомендации** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №3

Карта неврологического обследования

детей школьного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата

I. **Паспортные данные:**

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_\_\_пол \_\_\_\_\_\_\_\_ школа \_\_\_\_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дом. тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество родителей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Жалобы** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

III. **Анамнез жизни и заболевания** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### **IV.** Общемозговые симптомы **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

V. **Оценка общего состояния** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Состояние (тяжёлое, средней тяжести, удовлетворительное)

Поведение (двигательно активный, заторможен, эмоциональный и т.д)

## VI. **Общий осмотр** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VII. **Осмотр области головы** (окружность головы, выраженность венозной сети). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIII. **Исследование функции черепно-мозговых нервов**

1 пара (обонятельный нерв): гипосмия, гиперосмия, дизосмия, обонятельные галлюцинации

2 пара (зрительный нерв): острота зрения (норма, амблиопия, амавроз), цветоощущение (ахроматопсия, дисхроматопсия ксантопсия и т.д), поля зрения (концентрическое сужение полей зрения, скотома, гемианопсия), раздражение зрительной коры (макропсия, микропсия, метаморфопсия, зрительные галлюцинации).

3, 4, 6 пары (глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы): глазные щели (равномерность, полный или частичный птоз), положение глазных яблок в орбите, форма зрачков, их величина, реакция их на свет, конвергенция, аккомодация, расходящееся косоглазие, сходящееся косоглазие, экзофтальм, энофтальм, мидриаз, миоз , диплопия, отстутствие движения глазного яблока кнаружи, кнутри, кверху, книзу.

5 пара (тройничный нерв): боли в области выхода ветвей нерва, нарушение чувствительности, наличие herpes zoster на лице, объём движений нижней челюсти, жевательных мышц.

7 пара (лицевой нерв): асимметрия лица, сглаженность носогубных и лобных складок, перекашивание угла рта лагофтальм, симптом Белла, симптом ресниц, слезотечение, альтернирующие синдромы, сухость глаз, гиперакузия, нарушение вкуса, боли в лице, ухе, сосцевидном отростке, симптом Хвостека.

8 пара (преддверно-улитковый нерв): острота слуха (гиперакузия, гипакузия, глухота), локализация звука, слуховые галлюцинации, головокружение, нистагм, нарушение координации.

9, 10 пара (языкоглоточный нерв, блуждающий нерв): гипогейзия, агейзия, гипергейзия, парагейзия сухость во рту, нарушение глоточного и нёбного рефлекса, дисфагия, поперхивания, гнусавый носовой оттенок голоса, боль в миндалинах, задней стенке глотки, в спинке языка, глубине уха, нарушение сердечного ритма (тахикардия, брадикардия), расстройство дыхания.

11 пара (добавочный нерв): поворот головы в противоположную сторону и вверх, приподнимание плеча, оттягивание плечевого пояса кзади, приведение лопатки к позвоночнику.

12 пара (подъязычный нерв): дизартрия, анартрия, дисфагия, дисфония, афония, осмотр языка в полости рта и при высовывании, рефлексы орального автоматизма.

IX. **Исследование двигательной сферы** (пирамидная, экстрапирамидная системы, мозжечок)

***Формула моторного развития***

***Положение больного*** *(активное, пассивное, вынужденное) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Форма позвоночника, грудной клетки, кистей, стоп*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Конфигурация мышц, их объём*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Измерение объёма конечностей на симметричных участках*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Объём активных движений***:

##### Наморщивание лба кверху \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Зажмуривание (смыкание век) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поднятие верхнего века \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Взгляд вверх \_\_\_\_\_\_\_\_ Взгляд вниз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Взгляд в стороны \_\_\_\_\_\_\_\_ Конвергенция глазных осей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оттягивание углов рта кнаружи и вверх \_\_\_\_\_\_\_\_ Вытягивание губ трубочкой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жевательные движения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сжимание челюстей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Движения нижней челюсти в стороны и вперёд \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Открывание рта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Высовывание языка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Поднятие мягкого нёба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Глотание \_\_\_\_\_\_\_\_

Сгибание головы вперёд \_\_\_\_\_\_\_ Сгибание головы кзади \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Поворот головы в стороны \_\_\_\_\_\_Сгибание туловища кпереди \_\_\_\_\_\_\_\_Сгибание туловища в стороны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Поднятие плеч \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ротация плеча кнаружи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ротация плеча кнутри \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Поднятие рук до горизонтали \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Поднятие рук выше горизонтали \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сгибание в локтевом суставе \_\_\_\_\_\_\_\_ Суппинация предплечья \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Разгибание в локтевом суставе \_\_\_\_\_\_\_\_\_Пронация предплечья \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сгибание кисти \_\_\_\_\_\_\_\_ Разгибание кисти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сгибание пальцев руки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отведение и приведение («растопыривание») пальцев \_\_\_\_\_ Сгибание основных фаланг при одновременном разгибании средних и концевых фаланг \_\_\_\_\_\_ Сгибание в тазобедренном суставе (приведение бедра к животу) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Разгибание в тазобедренном суставе \_\_\_\_\_\_\_\_ Приведение бедра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отведение бедра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ротация бедра кнутри \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Разгибание в коленном суставе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ротация бедра кнаружи \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Разгибание стопы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сгибание стопы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отведение стопы \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Приведение стопы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Разгибание пальцев стопы \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сгибание пальцев стопы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ходьба на носочках \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ходьба на пятках \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Объём пассивных движений

*Оценка* ***силы мышц***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Движение | Сила мышц | |
| 1 | Сгибание в локте | Справа | Слева |
| 2 | Разгибание в локте |  |  |
| 3 | Сгибание кисти |  |  |
| 4 | Разгибание кисти |  |  |
| 5 | Сгибание пальцев руки |  |  |
| 6 | Разгибание пальцев руки |  |  |
| 7 | Сгибание в колене |  |  |
| 8 | Разгибание в колене |  |  |
| 9 | Сгибание стопы |  |  |
| 10 | Разгибание стопы |  |  |
| 11 | Сгибание пальцев ноги |  |  |
| 12 | Разгибание пальцев ноги |  |  |

***Проба Мингаццини-Барре:***

Верхняя проба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нижняя проба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Изменение мышечного тонуса*** *(*гипертония, гипотония, дистония, атония*)*

***Исследование рефлекторной сферы*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сухожильные рефлексы (рефлексы со слизистых оболочек, кожные, сухожильные, надкостничные и суставные рефлексы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Патологические рефлексы

Кистевые патологические рефлексы (кистевой аналог с-ма Россолимо, с-м Жуковского, с-м Якобсона-Ласка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стопные патологические рефлексы (с-м Россолимо, с-мЖуковского, с-м Бехтерева I, с-м Бехтерева П, с-м Бабинского, с-м Оппенгейма, с-м Гордона, с-м Шеффара, с-м Пусепа) \_\_\_\_\_\_

Синкинезии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Гиперкинезы***(ритм, характер, форма, симметричность, локализация) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Исследование функции мозжечка***

Равновесие при ходьбе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Равновесие в покое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проба Ромберга \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сенсибилизированная проба Ромберга \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пальценосовая проба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пяточно-коленная проба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Указательная проба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пронаторная проба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проба Шильдера \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проба на адиадохокинез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проба на асинергию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

X. **Исследование чувствительной сферы**

***Поверхностная чувствительность***

Болевая чувствительность: анальгезия, гипальгезия, гиперальгезия, анестезия, гипестезия, гиперестезия, полиестезия, аллохейрия, дизестезия, парестезия, гиперпатия, боли (характер, локализация, распространенность, периодичность. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Температурная чувствительность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тактильная чувствительность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Глубокая чувствительность

Чувство давления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чувство массы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вибрационная чувствительность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Сложные виды чувствительности***

Чувство локализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дикриминационная чувствительность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кинестетическая чувствительность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Двухмерно-пространственное чувство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стереогноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

XI. **Вегетативная нервная система** ( артериальное давление, дермографизм, мраморность кожных покровов, акроцианоз, гипергидроз). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

XII. **Менингиальный симптомокомплекс** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

XIII. **Иследование речи**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

XIV.**Исследование гнозиса и праксиса** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### **XV.** Трудности обучения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## XVI. **Результаты параклинических данных** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**XXVII.** Заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Рекомендации**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 4.

**Нормативы нервно-психического развития ребенка первых трех лет жизни.**

# 1месяц.

# *Сенсомоторные реакции*

## Кратковременное зрительное сосредоточение на неподвижной яркой игрушке или лице взрослого. Кратковременное ее прослеживание скачкообразными движениями глаз по горизонтали.

Кратковременное слуховое сосредоточение на звук, голос. Мигание при громких звуках.

Двигательное замирание или множественные беспорядочные движения конечностей при тактильном раздражении.

###### Двигательные реакции.

## Статика: Отчетливые безусловные рефлексы: поисковый, сосательный, хватательный, Моро, реакция опоры ног (выпрямление бедер и коленей при постановке на ноги) и автоматическая походка ( при сменном переносе массы тела), наличие защитного рефлекса и рефлекса Бабкина, физиологическая флексорная мышечная гипертония.(Руки согнуты во всех суставах, пальцы сжаты в кулачок и приведены к туловищу, ноги согнуты и слегка отведены в бедрах)

## Кинетика: лежа на животе кратковременное приподнимание головы и установка ее по средней линии (лабиринтный установочный рефлекс на голову). Спонтанные нецеленаправленные движения конечностей.

## Руки согнуты, кисти рук сжаты в кулак.

## *Эмоционально-социальные реакции. Отношеня Мать-Дитя*

## Спокойное выражение лица, реакции удовольствия или неудовольствия: хмурится, кричит на голод, пробуждение, мокрые пеленки.

Реакция «ротового» внимания: на обращение взрослого кратковременное сосредоточение на его лице, губы вытягиваются вперед, может появиться слабая улыбка.

Успокаивается, когда его берут на руки.

*Голосовые реакции.*

Громкий чистый крик с коротким вздохом и удлиненным выдохом. Гласноподобные звуки между а и э, связанные с отдельными гортанными звуками: ге, хе.

**2 месяц**

*Сенсомоторные реакции.*

Фиксация взгляда на неподвижном предмете или лице взрослого и прослеживание движущегося предмета по горизонтали.

Слуховое сосредоточение и поиски глазами и головой источника звука.

Замирание и реакция удовольствия на поглаживание головы.

*Двигательные реакции.*

**Статика**: начало угасания безусловных рефлексов и флексорной гипертонии. Повышается тонус в разгибателях, увеличивается объем активных движений. Ребенок отводит руки в сторону, поднимает их выше горизонтального уровня, поворачивает голову в сторону. Ноги при опоре больше согнуты и касаются поверхности кончиками пальцев ног.

**Кинетика**: в положении лежа на животе поднимает и кратковременно удерживает голову (5—10сек.) на высоте 5 см, начинает удерживать голову в вертикальном положении, но еще непостоянно. Уменьшается влияние экстензорного тонуса на положение головы. (не запрокидывает голову)

*Тонкая моторика*: удерживает вложенную игрушку всей кистью. Ладони в свободном состоянии чаще всего слегка раскрыты.

*Эмоционально-социальные реакции. Отношения Мать-Дитя.*

Положительный эмоциональный фон в состоянии биологического комфорта и неудовольствие (хныкание, гримасы или крик) при неприятных воздействиях.

Реакция радостного оживления на обращение взрослого в виде широкого открывания глаз, улыбки, вокализаций. Следит и ищет глазами взрослого. Успокаивается и затихает, если берут на руки. Крики и вокализации выражают разные эмоциональные состояния (удовольствие и неудовольствие, например, при прекращении общения с ним или при изменении положения его тела).

*Голосовые реакции.*

Крик интонационно-выразительный. Гукание (ке, ге, хе) и начального гуления (агу, ахе, э—рхе) возникает, становится интонационно выразительным.

**3 месяц.**

*Сенсомоторные реакции.*

Длительно фиксирует и плавно прослеживает движущийся предмет поворот головы во всех направлениях: горизонтальном, вертикальном и круговом, прекращает прослеживание при остановке предмета. Подолгу рассматривает подвешенные над ним игрушки.

Поворачивает голову и глаза к источнику звука.

Поворачивает голову к месту тактильного раздражения.

*Двигательные реакции****.***

Статика: угасание безусловных рефлексов. Хорошо удерживает голову в любом положении тела, опирается на предплечья в положении лежа на животе. При опоре на поверхность ноги остаются согнутыми (физиологическая астазия). Ослабевает дорсальная флексия стопы, в связи с чем подошвенная флексия встречает сопротивление.

Кинетика: активное произвольное положение в кровати, попытки поворота на бок. Сгибает и выпрямляет руки и ноги. Подносит руки ко рту.

*Тонкая моторика:* при демонстрации яркой звучащей игрушки или после дотрагивания ее кистей рук ребенка увеличивается активность в кистях рук(шевелит пальцами, сжимает и разжимает ладони), может появиться реакция направления рук к игрушке. Ребенок направляет к предмету руку с полуоткрытой ладонью, дотрагивается до него и выпускает из рук. Тянет руки в рот. Угасает хватательный рефлекс.

*Эмоционально-социальные реакции. Система Мать-Дитя.*

В общении с взрослым появляется комплекс оживления: серия глубоких вздохов, улыбка, улыбка, смех, вскидывание ручек и ножек, вокализации, радостное повизгивание, крики. Реакция неудовольствия и протеста (крик, плач) на прекращение контакта со взрослым, попытки привлечения к себе его внимания. Начинает выделять мать из окружающих его взрослых (поисковые движения на ее голос). Крики и вокализации выражают разные эмоциональные состояния.

*Голосовые реакции.*

Крики интонационно-выразительные. Певучее гуление: гласноподобные звуки (а, ы, э), согласноподобные гортанно-глоточно-заднеязычного происхождения (к, г, х) и губно-губные (п, б, м). Начало самоподражания в гулении и подражания звукам взрослого.

**4 месяц**

*Сенсомоторные реакции*

Устойчивая фиксация взгляда на интересующем объекте и прослеживание за его движением во всех направлениях. Перевод взгляда с предмета на предмет.

Находит источник звука поворотом головы в любом направлении.

Поворачивает голову и протягивает руку в сторону тактильного раздражения.

#### *Двигательные функции*

Статика: Владеет движением головы во всех направлениях (контроль положения головы).

Кинетика**:** Пытается из положения лежа на спине поворачиваться на бок (шейная выпрямляющая реакция). Угасание безусловных рефлексов (опора на согнутые ноги, приподнимание ног).

*Тонкая моторика:* целенаправленно тянется руками к игрушке и дотрагивается до нее.. Поднимет обе руки, когда ему предъявляют предмет, кисти частично разжаты. Рассматривает свои руки, которые держит на срединной линии перед собой, активно шевелит ими, ощупывает их, наблюдает за результатом. Тянет руки в рот. Удерживает вложенную в руку игрушку. Тянет ручки, ножки, одежду или вложенную в руку игрушку в рот.

*Эмоционально-социальные реакции. Система Мать-Дитя.*

Четко выражен комплекс оживления. Появление смеха, испуга. Адекватно реагирует на выражение лица взрослого. Требует внимания к себе, протестует против прекращения общения с ним. Интонационно-выразительные вокализации, отражающие, различные эмоциональные состояния (крики радости, удовольствие, страх, неудовольствие).

Выделяет мать из окружающих взрослых: радуется ее появлению, кричит при уходе, требует ее присутствия.

#### *Голосовые реакции*

Активное, певучее, интонационно-выразительное гуление (переднеязычные (т, д), фрикативные звуки, образующиеся на выдохе, смычно-губные согласные (б, м). Самоподражание в гулении.

**5 месяц**

#### *Сенсомоторные реакции*

Прослеживает взглядом за двумя предметами попеременно.

Дифференцирует звуки. Прислушивается к музыке.

Быстрая реакция на тактильное раздражение кожи. Положительная реакция на прикосновение к телу и к голове.

*Внимание*: формирование избирательного внимания (предпочитает тот или иной зрительный объект).

#### *Двигательные реакции*

Статика:Полное угасание безусловных рефлексов. Переворачивается со спины на живот. В положении лежа на животе перестает опираться на предплечья, а предпочитает качание на животе: голова, руки, грудная клетка подняты вверх, а ноги совершают толкательные симметричные разгибательные движения?

Кинетика: Опирается на ступню (кончики пальцев?) при стоянии с поддержкой.

*Тонкая моторика*: Целенаправленно под контролем зрения тянется рукой к игрушке, захватывает ее ладонью и удерживает в руке. Тянет ручки, ножки, одежду или игрушку в рот.(сопровождаются оральными синкинезиями и в другой руке)

*Социально-эмоциональная реакции. Система Мать-Дитя*

#### Дифференцированные, выразительные мимические движения соответствующие эмоциональным состояниям. Появление дифференцированных эмоциональных реакций. Инициирует контакт со взрослым (вокализациями, взглядом).

Выделяет мать среди окружающих. Формируются коммуникативные связи с ней: ощупывает ее лицо, тянется к ней. Смеется в голос, когда с ним играют.

##### *Голосовые реакции*

Разнообразное, активное, певучее гуление. Самоподражание в гулении. Появление лепета (слоговых цепочек: «ге-ге-ге», «де-де-де»,).Дифференциация направления звука.

**6 месяц**

*Сенсомоторные реакции.*

Рассматривает предмет на близком расстоянии (формирование аккомодации и конвергенции – бинокулярного зрения).

Дифференцированно и избирательно реагирует на звуки. Узнает знакомые голоса.

Четко и быстро локализует тактильные раздражения.

*Внимание:* формируется устойчивость внимания, переключение внимания с одного объекта на другой.

Проявляет активный интерес к окружающим, стремится к его освоению.

Ищет частично спрятанный под платком предмет.

##### *Двигательные реакции*

**Статика**: переворачивается с живота на спину (выпрямляющая рефлекс туловища). Начинает самостоятельно сидеть или сидит с поддержкой. Появляется оптическая реакция опоры. Лежа на животе, опирается на вытянутые руки и открытые ладони, голова поднята на 90 градусов.

**Кинетика**: Попытки передвижения (подползает к игрушке или переставляет руки). Опирается на ступни ног при стоянии с поддержкой более 10 сек., поза неуклюжая, ноги выпрямляет в коленях и слегка в бедрах. Опирается на руки 5-10 секунд, придерживаемый взрослым под животом. Лежа на животе, опирается на локоть одной руки, другой тянется вперед (к игрушке). Лежа на спине и играя, держит ноги поднятыми.

*Тонкая моторика*: целенаправленно тянется и захватывает игрушку всей поверхностью ладони и вытянутым большим пальцем. Формируется противопоставление большого пальца остальным при захвате. Перекладывает игрушку из одной руки в другую. Уменьшение синкинезий.

*Действия с предметами*: трясет, стучит игрушкой, перекладывает ее из одной руки в другую.

*Социально-эмоциональные реакции. Система Мать-Дитя*

Редуцируется комплекс оживления. Различает своих и чужих. Перед вступлением в контакт с незнакомым человеком отмечается ориентировочная реакция. Эмоционально откликается на характер выражения лица взрослого, понимает простые его жесты. Активно стремится к общению со взрослым с помощью жестов и вокализаций. Прослеживает взгляд взрослого.

Тянется к матери, стремится к общению с ней, привлекает ее к общению.

*Голосовые реакции:*

Протяжное произношение отдельных гласных. Появление лепета (слоговых цепочек: «ба-ба-ба», «да-да-да», «та-та-та»). Активное самоговорение: спонтанное или после стимуляции.

**7 месяц**

##### *Сенсомоторные реакции*

Одновременно следит за двигающимся предметом и удерживает игрушки в руке.

Дифференцирует тон и интонацию обращенной речи.

Угасает реакция на тактильное раздражение при отвлечении внимания игрой.

*Внимание*: Длительная фиксация внимания (2-3 минуты) на двух интересных объектах одновременно. Легкость переключения внимания.

Стойкий познавательный интерес к окружающему. Повторение усвоенных навыков (манипуляции с игрушками).

##### *Двигательные реакции*

**Статика**: Стоит с поддержкой, пружинит ногами, посаженный ( сидит реакции равновесия и опоры). Опирается на руки более 10 секунд, придерживаемый взрослым под животом.

**Кинетика**: ползает на животе. Лежа на спине хватает ноги руками. Лежа на животе, опирается на одну руку, чтобы другой рукой схватить предложенную игрушку.

*Тонкая моторика*: захватывает предмет, противопоставляя большой палец остальным.

*Действия с предметами*: берет одну игрушку в одну руку и другую во вторую, манипулирует с двумя игрушками, тянется к третьей. Осуществляет различные манипуляции: трясет, стучит друг об друга, бросает вниз, сжимает, разрывает, растягивает и др. Цепные (повторяющиеся) действия.

*Эмоционально-социальные реакции. Система Мать-Дитя*

Дифференцирует своих и чужих. На незнакомое лицо может реагировать реакцией страха, смущения, робости. Активно привлекает взрослого к освоению окружающего. Разнообразие, выразительность мимических и голосовых реакций, отражающих различное эмоциональное состояние. Понимает жесты взрослых.

Пьет из чашки, которую держит взрослый.

Активно ищет контакт с матерью взглядом, улыбкой, лепетом, жестом, тянется на «ручки», отрицательно реагирует на ее уход.

*Голосовые реакции*

Активный, многосложный, интонационно-выразительный лепет. Последовательно соединяются гласные звуки, велярные звуки, фрикативные, смычно-губные звуки. Самоговорение.

Развивается предпосылки понимания речи: на вопрос «где?» ищет и находит взглядом предмет, неоднократно называемый, находящийся постоянно в определенном месте (мама, папа, баба, часы, люстра и др. )

8 месяц

##### *Сенсомоторные реакции*

Зрительная оценка размера предмета: соизмеряет захват игрушки (изменяет положение кисти перед захватом).

Дифференцирует голоса знакомых людей, узнает простые музыкальные мелодии.

*Внимание***:** активное сосредоточение внимания, удерживание внимания одновременно на двух объектах.

##### *Двигательные реакции*

**Статика**: Подтягивается вверх из положения лежа на животе (туловище подается вперед), держась за пальцы взрослого. Посаженный, самостоятельно сидит, ложится, встает, держась за опору, стоит и опускается.(реакции выпрямления и равновесия) Подтягивается вверх из положения сидя, держась за руки взрослого, с приложением собственных сил. Уверенно стоит более 10 сек., слегка опираясь на руки взрослого, ноги и спинка прямые, возможны повороты головы в разные стороны.

**Кинетика:** Начинает ползать на четвереньках. Переступает, стоя у опоры.

*Тонкая моторика*: захватывает предмет, прижимая большой палец к указательному со средним. Координированные, точные движения кистью и пальцами. Хлопает в ладоши.

*Действия с предметами*: осуществляет различные манипуляции: отталкивает, кидает, стучит предметом об предмет, манипулирует одновременно с двумя-тремя предметами, рассматривает и манипулирует с мелкими предметами.

*Эмоционально-социальные реакции. Система Мать-Дитя*

Дифференцирует своих и чужих. Страх незнакомого лица. Избирательно относится к окружающим, может реагировать реакцией страха, смущения, робости. Активно привлекает взрослого к изучению окружающего. Разнообразие, выразительность мимических и голосовых реакций, отражающих различные эмоциональные состояния. Понимает жесты взрослых, подражает им. Играет в игры с взрослым: «ладушки», «ку-ку» и др.

Сам держит в руке хлеб, печенье и ест.

Формируется привязанность к матери, ребенок реагирует плачем на ее уход и отсутствие.

*Голосовые реакции*

Многосложный лепет, различающийся по интонации и силы тона (произносит звуки тихим голосом). Самоговорение. Имитирует звуки взрослого. Понимает словесные инструкции: «где?», «дай», «на».

9 месяц

##### *Сенсомоторные реакции*

Зрительная оценка расстояния до предмета (соизмеряет расстояние при захвате предмета). Дифференцирует ритм.

*Внимание*: Активное, устойчивое внимание (5-7 минут), умение переключаться с одного объекта на другой. Удерживание внимания на двух предметах. Находит спрятанную игрушку под одной из двух коробок.

Стойкий познавательный интерес к окружающему.

*Память*. Повторение усвоенных навыков (манипуляции с игрушками), предвосхищение действий в знакомых играх.

##### *Двигательные реакции*

Статика: Легко подтягивает туловище вперед, держась за пальцы взрослого, из положения лежа на животе. Сидит устойчиво и длительное время. Подтягивается из положения сидя, держась за руки взрослого, сгибая ноги в коленных суставах и пытается встать. С легкой поддержкой хорошо стоит, опираясь на полную ступню, голова, спина и ноги выпрямлены, вертит головой по сторонам.

Кинетика: Ползает, начинает ходить, держась за опору.

*Тонкая моторика*: захватывает мелкие предметы большим и вытянутым указательным пальцем (пинцетный захват). Хлопает в ладоши.

*Действия с предметами***:** активно и долго манипулирует с предметами: кидает, катает, вынимает и складывает в коробку, открывает дверцы шкафов, ящики столов.

*Эмоционально-социальные реакции. Система Мать-Дитя*

Дифференцирует своих и чужих. Реакция на незнакомое лицо – реже в виде страха, чаще в виде робости, стеснения, любопытства. Активно привлекает взрослого к освоению окружающего. Разнообразие, выразительность мимических и голосовых реакций, жестов, отражающих различное эмоциональное состояние. Понимает и имитирует жесты взрослых. Целенаправленно использует жест для взаимодействия со взрослым (указательный жест и др.).Играет в игры «ладушки», «ку-ку», «коза рогатая» и др.

Пьет из чашки, сам придерживая ее руками. Формируется навык опрятности (спокойно относится к процессу высаживания).

Формирование привязанности с матерью: радуется, улыбается, тянется на руки, призывает к участию в игре, пугается при ее внезапном уходе.

*Голосовые реакции*

В лепете разнообразные, звуковые сочетания, ребенок начинает предпочитать удвоенные слоги, т.к. они более соответствуют словоформам русского языка. Лепетные псевдослова – метки (мама, баба). Интонационно-мелодическая имитация фразы: ребенок эхолалично повторяет слоги, хорошо копирует интонацию, воспроизводит мелодическую схему знакомых фраз, приветствий, с удовольствием произносит различные губные звуки, восклицания, междометия, выполняет действия по словесной инструкции «дай ручку», «открой ротик», «поцелуй маму» и др.

10 месяц.

##### *Сенсомоторные реакции*

Дальнейшее формирование зрительного контроля действия в соответствии с расстоянием и размерами предметов.

Совершенствование дифференциации восприятия различных звуков (тиканье часов), ритма, тона звуков, простых музыкальных мелодий.

Локализует болевую точку (потирает, поглаживает).

*Внимание***:** Активное, устойчивое зрительное и слуховое внимание (произвольное), Стойкий познавательный интерес к окружающему. Поиск спрятанного под платком предмета.

*Память****.*** Повторение усвоенных навыков (манипуляции с игрушками), предвосхищение действий в знакомых играх.

##### *Двигательные реакции*

##### Статика: Подтягивается из положения сидя, держась за руки взрослого, сгибая ноги в коленных суставах и встает. Попытки стоять без поддержки.

##### Кинетика: Ползает, ходит у опоры. Идет вперед с поддержкой за обе руки.

*Тонкая моторика*: берет мелкие предметы пинцетным захватом (большим и указательным пальцем), может брать щипцовым захватом: подушечками согнутого указательного и оппозиционного большого пальцев.

*Действия с предметами*: целенаправленные предметные действия: вкладывание, вынимание, вставляет палец в отверстия под контролем пальца, катает машинку, мячик.

*Эмоционально-социальные реакции. Система Мать-Дитя*

Дифференцирует своих и чужих. Избирательно относится к окружающим. Реакция на незнакомое лицо – реже в виде страха, чаще в виде робости, стеснения, любопытства.. Активно привлекает взрослого к освоению окружающего. Разнообразие, выразительность мимических и голосовых реакций, жестов, отражающих различное эмоциональное состояние. Понимает и имитирует жесты взрослых. Целенаправленно использует жест для взаимодействия со взрослым (указательный жест и др.).Играет в игры «ладушки», «ку-ку», «коза рогатая» и др.

Формирование привязанности с матерью: радуется, улыбается, тянется на руки, призывает к участию в игре, пугается при ее внезапном уходе. Выражает отношение к матери в ласках.

*Голосовые реакции*

Говорит 3-4 лепетных слова, имеющих предметную соотнесенность (мама, папа, баба, би-би или др.). Показывает по словесной просьбе части лица и 5-7 простых одноступенчатых инструкций: «возьми шарик», «где часики?», «покачай лялю» «дай», «покажи»и др.

11 месяц.

##### *Сенсомоторные реакции*

Зрительный контроль за движением руки по инструкции.

Узнавание простых музыкальных фраз.

Прослеживание места прикосновения болевого раздражения.

*Внимание*: Активное, зрительное и слуховое внимание на интересном объекте (2-3 минуты). Поиск спрятанного предмета под одним из двух.

*Память*. Повторение усвоенных навыков (манипуляции с игрушками), предвосхищение действий в знакомых играх. Ищет предметы в знакомых местах.

##### *Двигательные реакции*

Статика: Стоит самостоятельно или придерживаясь за опору.

Кинетика: Попытки самостоятельно ходить без опоры. Шагает вперед, придерживаемый за одну руку. Самостоятельно подтягивается, придерживаясь за опору, чтобы встать.

*Тонкая моторика*: собирает мелкие предметы щипцовым захватом (подушечками указательного и большого пальцев). Снимает и нанизывает кольца с большими отверстиями на стержень пирамидки. Использует обе руки для выполнения действий с предметами.

*Действия с предметами*: целенаправленные действия с предметами соответственно их назначению: вкладывание, вынимание, катает машинку, мячик, снимает и нанизывает кольца пирамиды, достает один предмет другим.

*Эмоционально-социальные реакции. Система Мать-Дитя*

Эмоционально-речевой контакт со взрослым и использование символических жестов.

Угасание симбиотической связи с матерью при сохранении привязанности к ней.

*Голосовые реакции*

Говорит 4-5 лепетных слова, имеющих предметную соотнесенность (мама, папа, баба, би-би или др.). Показывает по словесной просьбе части лица и 5-7 простых одноступенчатых инструкций: «дай», «покажи», «возьми шарик», «где часики?», «покачай лялю» и др.

12 месяцев.

##### *Сенсомоторные реакции*

*Внимание*: Активное, зрительное и слуховое внимание на интересном объекте (5-7 минуты). Находит игрушку, спрятанную под одной из трех коробок.

*Память*. Повторение усвоенных навыков (манипуляции с игрушками), предвосхищение действий в знакомых играх. Помнит куда он положил игрушку. Ищет предметы в знакомых местах.

##### *Двигательные реакции*

Статика: Стоит без поддержки, приседает и встает.

Кинетика:Самостоятельно ходит.

*Тонкая моторика*: собирает мелкие предметы щипцовым захватом. Снимает и нанизывает кольца с большими отверстиями на кольца пирамидки, ставит кубик на кубик. Использует обе руки для выполнения действий с предметами.

*Действия с предметами*: целенаправленные действия с предметами соответственно их назначению: открывает и закрывает коробки, вкладывает и вынимает предметы, катает машинку, мячик, снимает и нанизывает кольца пирамиды, достает один предмет другим, ставит кубик на кубик, качает куклу.

*Эмоционально-социальные реакции. Система Мать-Дитя*

Эмоционально-речевой контакт с взрослым и использование символических жестов. Имитирует жесты, слова и бытовые действия взрослых

Угасание симбиотической связи с матерью при сохранении привязанности к ней.

*Голосовые реакции*

Говорит 5-6 лепетных слов, имеющих предметную соотнесенность (мама, папа, баба, би-би или др.). Показывает по словесной просьбе части лица и 10-11 инструкций:

**1год – 1год 6мес.**

***Предметная деятельность****:* выполняет прямые и обратные действия с предметами: открывает и закрывает коробки, дверцы шкафов т.д., вынимает и складывает предметы в коробку. Осуществляет различные действия, совместно или по показу взрослого: строит башню из 3-5 кубиков, вкладывает 2-4 разных по размеру фигуры одну в другую, легко снимает и с небольшими затруднениями нанизывает кольца пирамиды, разбирает и складывает 1 составную матрешку, вкладывает фигуры (круг, треугольник) в соответствующие пазы сортера.

При попытке достать недосягаемый предмет использует в качестве орудия другой (встает на стульчик, использует палку). Имитирует действия взрослых, связанных с использованием назначения различных предметов: катает машинку, коляску, мяч, звонит звонкому, убаюкивает куклу, перелистывает страницы книги, "разговаривает" по телефону и «вытирает» тряпкой пыль, «подметает», расчесывается и т.д.

К полутора годам появляются процессуально-игровые действия: загружает машинку, катает ее, сопровождая звуками, кормит куклу, кладет ее спать. Имитирует действия взрослых, связанных с использованием назначения предметов:

## ***Речь:*** в активе 10-20 лепетных слов, звукоподражаний и слов, в которых произносится один(ударный слог) в двусложных словах. Понимание 10-15 словесных инструкций в знакомой ситуации, сопровождаемые жестом.( "Дай мне", "Принеси", "Положи", "Сядь"и т.д.). Показывает по просьбе 5-7 окружающих предметов, 1-3 картинки, части лица.

К полутора годам - название лиц, предметов (15-20 сл.), названия действий (1-2: "бух", "ди", "дай", "пать"), воспроизводит 1 ударный слог в двухсложных словах или 2 одинаковых слога (мама, вава). Использует слова в роли аморфного предложения. Понимание слов и фраз ограничено конкретной ситуацией. Понимает название окружающих бытовых предметов, игрушек, показывает их изображения на картинках (3-6), выполняет одноступенчатые словесные инструкции без жеста (например "дай мне машину", "принеси шапку из коридора", "положи мячик на стул" и др.), показывает 6-7 частей тела, лица.

***Двигательная сфера***: Ходит с поддержкой или самостоятельно (1г), ходит длительно, не присаживаясь, меняет положение: приседает, наклоняется, поворачивается, пятится, может перешагивать препятствия 5-10 см(1г.3мес), 15-20см (1г.6мес.) приставным шагом. Залезает на стул. Карабкается на одну ступеньку вверх. Бросает рукой мячик.

К полутора годам балансирует на одной ноге (3-5 секунды), катается на 3-х колесном велосипеде, поднимается по лестнице приставным шагом. Карабкается на диван и с дивана. Идет и несет мяч обеим руками, не теряя равновесия.

***Мелкая моторика***: Захватывает два небольших предмета одной рукой. Пользуется ложкой, сначала неловко, захватывая ее всей ладонью и, проливая, затем навык постепенно совершенствуется. пользуется ложкой, Опускает предметы в коробку через узкое отверстие. Вынимает палочки из отверстий и вкладывает палочку в отверстие. Складывает спички в коробочку.(1г.3-6мес.) Выполняет предметные действия, используя согласованные действия обеих рук. Рисует точки или короткие штришки на бумаге.

***Эмоционально-личностная и коммуникативная сфера***. Процесс отделения от матери: отходит от нее для самостоятельного изучения окружающего. Может легко переносить кратковременную разлуку с ней. При ведущей эмоциональной привязанности к матери формируются привязанности к другим родным. Адекватно реагирует на похвалу, порицание, настроение окружающих взрослых, сопереживает им. Дифференцированно и избирательно относится к окружающим постоянство проявлений симпатии и антипатии к определенным лицам. Хорошо дифференцирует эмоциональные состояния окружающих взрослых, сопереживает им. Средства общения: выразительные мимика, вокализации, жесты, позы, слова, аморфные фразы. В незнакомой обстановке выражена реакция на незнакомое лицо, возможны реакции страха, стеснения, робости, отказа от контакта. Активное стремление к самостоятельности. На запреты, ограничения и невыполнения требований могут отмечаться реакции протеста (плач, крики), упрямства, злости, агрессии.

***Социальные умения и навыки***. Самостоятельно ест густую, позже жидкую пищу ложкой, пьет из чашки. Помогает при одевании и раздевании (просовывает, поднимает руки, ноги и т.д.), снимает носки, шапку. К полутора годам формируются навыки опрятности.

**1год 6мес. – 2года.**

***Предметная деятельность***: строит башню из 6-8ми кубиков, поезд из 2-4х кубиков по показу, вкладывает фигуры (круг, квадрат, треугольник, прямоугольник) в соответствующие пазы Досок Сегена, вкладывает 4 различных по размеру предмета один в другой, складывает 2-3-х составную матрешку (по показу), соотносит 2 цвета по образцу.

***Игровая деятельность***: Процессуальная игра, в которой ребенок воспроизводит социальные действия и осуществляет ряд последовательных действий: сажает куклу за стол, кормит ее ложкой, поит из чашечки, укладывает спать, укрывает ее; или - загружает машинку кубиками, везет ее, разгружает, строит из кубиков гараж для машины.

***Речь***: в активном словаре 30-40 (1,5 г.) и 60-70(2г.) слов: названия лиц, предметов, глаголы (неспрягаемые) в повелительном наклонении: *иди, дай, неси*; наречия: *где, вон там, хорошо, надо*; прилагательные:. Произносит 2-х сложные слова, в 3-х сложных словах может пропускать один слог (*собака - бака, молоко - моко*). Ближе к двум годам появляются согласования существительных в винительном и дательном падеже, предлоги, начинает строить фразы из двух-трех слов. Понимает названия предметов, действий, признаков. Начинает понимать вопросы косвенных падежей, выполняет двухэтапную инструкцию (Возьми ложку и отнеси на кухню). Показывает по словесной инструкции изображения на предметных и сюжетных картинках (10-15). Показывает 6-8 частей тела. Слушает короткие стихи, сказки.

***Двигательная сфера***: Ходит по ограниченной поверхности (ширина 15-20 см.) приподнятой над полом, бежит на заплетающихся ногах, забирается на большой стул, идет вверх по лестнице самостоятельно и спускается приставным шагом, бросает мяч одной рукой попеременно в горизонтальную цель. Подпрыгивает на двух ногах, балансирует на одной ноге (2-3 сек). Бьет по мячу в положении стоя не держась. К двум годам хорошо бегает. Прыгает на двух ножках.

Мелкая моторика: перелистывает станицы одну за другой пальцами, укладывает мелкие предметы в коробочку левой и правой рукой, нанизывает на веревочку бусины, используя согласованные действия обеих рук. Правильно держит, не проливая, ложку с жидкой пищей. Рисует каракули и линии, копирует крест, к двум годам круг.

***Эмоционально-личностная и коммуникативная сфера***: усиливается процесс отделения от матери. Ребенок может находиться вдали от матери, оставаться без нее на продолжительное время, Дифференцированное и избирательное отношение к окружающим. Проявляет привязанность: обнимает, целует. Ребенок все больше предпочитает действовать и играть самостоятельно (« Я сам»), но требует внимания и похвалы от взрослых, проявляет радость и гордость при достижении результата, при запретах и ограничениях - проявления упрямства, негативизма, агрессии. Ребенок использует все больше вербальные средства общения. Проявляет интерес к другим детям, наблюдает за их игрой.

***Социальные умения и навыки***: Навыки опрятности сформированы. Раздевается с помощью взрослого, снимает самостоятельно ботинки, штаны, шапку. Ест самостоятельно жидкую пищу. Пытается надевать шапку, штаны, обувь. Произносит слова приветствия и прощания в нужный момент, когда ему напоминают.

**2года – 2года 6 мес.**

***Познавательная деятельность***: строит башню из 8-9 кубиков, поезд из 3-х кубиков с трубой (по показу), вкладывает фигуры(5-6) в соответствующие пазы досок Сегена (в-1) способом проб и ошибок, соотносит 3 предмета по цвету, 4 предмета по форме (круг, квадрат, треугольник, прямоугольник), вкладывает 4-5 различных по размерам предметов один в другой, складывает 2-3-х составную матрешку, совмещая на ней рисунок, собирает 4-х составную пирамидку с учетом величины колец, соотносит 3 парные картинки, конструирует по образцу молоточек (Т).

***Игровая деятельность:***

Процессуальные предметно-игровые действия процессуальная игра), ребенок воспроизводит ряд последовательных социальных действий. Появляется сюжетная игра. Ребенок разворачивает определенный сюжет, проговаривает свои действия, высказывается от имени куклы и других персонажей, логически завершает игру. Может использовать предметы-заместители и замещающие действия.

***Речь:*** словарный запас 100-150 слов: существительные, глаголы, прилагательные, наречия и местоимения (я, ты, мне); предлоги (на, к, в, с); вопросы (почему?), числительные (один, два). Может нарушать слоговую структуру слова в многосложных словах например: «цепилась»-«зацепилась». Допускается неправильное произношение свистящих, щипящих, сонорных звуков. Использует окончания практически всех падежей, но при этом может допускать ошибки. Появляется форма глагола прошедшего времени, согласование существительных с прилагательными и глаголами, использует множественное число существительных и глаголов.

Понимает 2-3-х ступенчатую инструкцию. Показывает на картинках одежду, обувь, животных, растения и т.д. Понимает вопросы косвенных падежей, значения предлогов в привычной, конкретной ситуации и на сюжетной картинке. Понимает прочитанные короткие рассказы, сказки, сопровождающегося показом игрушек или иллюстраций.

Фразы состоят из 3-4 слов. Активно использует вопросительные предложения. Пытается описать то, что с ним произошло или происходило раньше. Запоминает и декламирует маленькие стишки, поет простые песенки.

***Двигательная сфера:*** перешагивает через палку высотой 20-30 см. приподнятую от пола. Балансирует на одной ноге 3-5 секунд. Прыгает на двух ногах, продвигаясь вперед.

***Мелкая моторика:*** укладывает мелкие предметы в коробочку левой и правой рукой. Нанизывает на веревочку бусины. Расстегивает пуговицы, пытается застегивать. Рисует линии (дорожку), круги. С небольшими затруднениями соединяет по просьбе большой палец с остальными, выполняет позу "кольцо" из двух пальцев и показывает два пальца («заячьи ушки»).

***Эмоционально-коммуникативная сфера:*** При сохранении привязанности к матери и другим близким людям достаточно свободно вступает в контакт с другими людьми. В общении ведущую роль приобретают вербальные средства общения. Проявляет интерес к детям, но совместной игры еще нет, игра рядом.

Требует предоставления самостоятельности («Я сам»), оценки и похвалы от взрослого за достигнутый результат. Похвала вызывает желание сделать еще лучше. Осуждение огорчает, невыполнение требований и запреты вызывают бурные эмоциональные реакции: плач, крик, обиду, злость, проявления агрессии.

Начинает говорить о себе в первом лице, ориентироваться на полоролевое поведение. Первые проявления волевых усилий: может терпеливо ждать, когда выполнят его желание, выполняет просьбу взрослого, даже если не хочет. В поведении начинает руководствоваться такими понятиями, как «хорошо-плохо», «можно-нельзя».

***Социальные умения и навыки:*** самостоятельно одевается и раздевается, но еще не умеет застегивать пуговицы, шнуровать ботинки. Ест аккуратно. Моет и вытирает сам руки и лицо. Начинает усваивать правила этикета: здоровается, прощается, благодарит.

**2 года 6мес. – 3 года.**

***Познавательная деятельность:***

Восприятие и мышление: различает основные формы, цвета, величину, предметов, вкладывает фигуры в соответствующие пазы досок Сегена (в-1) способом проб и ошибок и практического примеривания (5-6 фигур). Соотносит 4 предмета по цвету, показывает и называет 4 цвета по просьбе. Вкладывает 6 различных по размерам предметов один в другой. Собирает 5-составную пирамиду с учетом величины колец. Соотносит 4 парные картинки. Складывает трех-четырех-составную матрешку.

Конструирует по образцу молоточек и домик. Определяет предмет (дает по просьбе). Определяет предметы одинаковые по весу («тяжелый-легкий»), фактуре («гладкий-пушистый»). Различает по вкусу и запаху некоторые фрукты, овощи, продукты. Узнает на ощупь предметы контрастных форм. Показывает, что находится далеко, близко, вверху, внизу, впереди, сзади.

***Внимание:*** преобладает непроизвольное внимание, может быть сосредоточенным в течении нескольких минут, пока сохраняется непосредственный интерес к воспринимаемым объектам. В три года ребенок находит 5-6 изображений на картинках, из 10 карточек.

***Память:*** преобладание непроизвольной образной памяти, развивается произвольное запоминание (стихи, короткие сказки). Может запомнить и выполнить 4-5 действий подряд: встать со стула, обойти стол кругом, взять книгу, подойти с ней к двери, постучать рукой в дверь, запоминает и повторяет простую фразу из 6-7 слов и 3 цифры.

***Игровая деятельность:*** сюжетная игра: с помощью речи ребенок планирует и регулирует сюжет, реализует высказывания персонажей игры, придерживается замысла игры. Использует предметы-заместители (вместо ножа - карандаш) и заменяющие действия (режет «ножом» хлеб). Часть игровых действий переносится в вербальный план: их никто не совершает, но ребенок сообщает о них и они считаются совершенными.

***Конструктивная деятельность***: делает небольшие элементарные постройки: гараж, башню, мост, поезд. Конструирует по образцу молоточек и домик.

***Изобразительная деятельность****:* Рисует крест, круг, вертикальные линии, воспроизводит простые формы. Изображает человека (головоногов" без туловища). Тот же "головоног" употребляется и для изображения собаки, лошади.

***Двигательная сфера:*** учится бегать, ходить на носках. Перешагивает через палку или веревку высотой 30-35 см. приподнятой от пола, перепрыгивает через линию начерченную на полу. Балансирует на одной ноге 7-10 секунд. Прыгает на одной ножке. Сидит на корточках.

***Мелкая моторика:*** застегивает и расстегивает пуговицы, с затруднениями завязывает шнурки. Рисует круг, прямоугольник, головонога.

Соединяет большой палец с остальными, выполняет позы "кольцо", "заячьи ушки", "коза".

***Речь:*** в словаре до 300 слов, все части речи. Допускается неправильное произношение свистящих, шипящих и сонорных звуков, нарушения слоговой структуры многосложных слов. Сформирован, в основном, грамматический строй языка. Многословное предложение (3-5слов). Хорошо воспроизводит стихи, пересказывает короткие сказки. Рассказывает о событиях, происшедших с ним в прошлом (неделю, месяц назад). Использует переносное значение слов.

Понимает сложноподчиненные предложения, значения предлогов. Понимает слова с обобщающим значением (одежда, обувь, игрушки). Понимает содержание сказок, рассказов,

***Эмоционально-коммуникативная сфера:*** легко и свободно вступает в контакт с окружающими людьми, используя вербальные средства общения. Стремление к самостоятельности, независимости. Волеизъявление своих желаний и намерений, упрямство, негативизм, реакции протеста.

Формирование целенаправленной, произвольной деятельности: подчиняет свои действия поставленной цели, правилам, указаниям взрослого. Появляется внешняя регуляция речи: ребенок проговаривает вслух свои действия заранее и по ходу выполнения. Стремится к общению с детьми, играет в совместные игры. Пользуется местоимением «я», знает свой пол, подражает и придерживается паттернам поведения своего пола.

***Социальные умения и навыки:*** самостоятельно одевается и раздевается, неловко застегивает и расстегивает пуговицы, шнурует ботинки. Самостоятельно выполняет правила гигиены, этикета, подчиняется общепринятым нормам поведения соответственно контексту ситуации. Имеет достаточно широкий запас представлений об окружающем, знает свое полное имя (Ф.И.О.), место жительство или адрес, возраст, пол.

**Возрастные особенности двигательного развития**

**3-4 года**

***Общая моторика:*** Бросает мяч из-за головы. Хватает катящийся мяч.Спускается по лестнице используя попеременноту или другую ногу. Прыгает на одной ноге.Стоит на одной ноге в течении 10секунд. Сохраняет равновесие при качании на качелях.

***Мелкая моторика:*** держит карандаш пальцами, копирует формы несколькими чертами. Обводит по контуру. Копирует крест. Конструирует различные постройки из кубиков и пр.Режет ножницами. Складывает бумагу более чем в один раз.

**4-5лет**

***Общая моторика:*** Прыгает на одной ноге, , затем на другой ноге. Ходит по бревну. Поднимается вверх по лестнице.

***Мелкая моторика***: Раскрашивает простые формы. Рисует простой дом (квадрат и диагонали). Рисует человека, изображая от 2 до 3-х частей его тела. Копирует квадрат, звезду. Определяет предметы в мешке на ощупь. Лепит из пластелина (от 2 до 3 частей). Шнурует ботинки.

**5-6 лет**

**Общая моторика**: Хорошо прыгает, бегает, прыгает чернез веревочку, прыгает попеременно на одной и другой ноге, бегает на носках. Катается на двухколесном велосипеде. Учится кататься на коньках, играть в футбол, хоккей.

***Мелкая моторика:*** Аккуратно вырезает картинки. Пишет буквы и цифры. Дорисовывает недостающие детали к картинке. Бьет молотком по гвоздю. Воспроизводит геометрические фигуры по образцу.

Приложение 5

**Схема логопедического обследования ребенка от 0 до 1 года.**

**1.Дата обследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2.Ф. И. , возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.Заключение невропатолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4. Данные анамнеза.**

а) течение беременности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) роды\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

асфиксия\_\_\_\_\_\_\_вес\_\_\_\_\_\_рост\_\_\_\_\_\_\_баллы по шкале Апгар\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в) когда приложен первый раз к груди\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г) как сосал\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_вскармливание грудное до \_\_\_\_\_\_\_\_ мес.

**5. Раннее психомоторное развитие.**

а) начал держать голову\_\_\_\_\_\_ мес., сидеть\_\_\_\_\_\_ мес., ходить\_\_\_\_\_\_ мес.

б) зрительное сосредоточение \_\_\_\_ мес.

в) слуховое сосредоточение \_\_\_\_ мес.

г) манипуляции с предметами \_\_\_\_ мес.

**6. Доречевое и раннее речевое развитие.**

**Исследование импрессивной стороны речи.**

1 уровень:

- реакция ротового внимания на обращение взрослого( N в 1-2 мес.)

- прислушивается к голосу( N к 2 мес.)

- выражено речевое внимание( N к 2 мес.)

- адекватно реагирует на изменение интонации( N к 4 мес.)

- узнает знакомые голоса(N к 3-4 мес.)

- дифференцированная реакция на звуки, выделение предпочтений (пение и др.) (N к 4 мес.)

- подражает интонации взрослых ( N к 6 мес.)

2 уровень:

* понимает отдельные инструкции в знакомых словосочетаниях;
* подчиняется некоторым словесным командам, типа: «Где мама?», «Дай ручку», «Поцелуй маму», «Нельзя», «Горячо» и др.(N к 7- 8 мес.)
* использует экспрессивно-мимические средства общения (N к 7 мес.)
* выполняет разученные движения при игре: «Прятки», «Коза-дереза», «Сорока»(N к 8 мес.)
* узнает близких по имени(N к 8 мес.)
* находит знакомые предметы из числа 2-3 (N к 8 мес.)
* формируются первые обобщающие понятия (N к 8 мес.).

- находит нужный предмет вне конкретной обстановки (N с 10 мес.)

3 уровень:

* выполняет отдельные одноступенчатые инструкции, типа:«Дай…»,«Возьми…»,«Открой ротик» и др. ( N к 12 мес.)
* показывает по просьбе части лица, тела, одежды на себе, на маме, на кукле(N к 12 мес.)
* понимает названия предметов и игрушек (N к 10-12 мес.)
* узнает их на плоскостном изображении(N к 12- 14 мес.)
* выполняет по просьбе разученные действия с игрушками(N к 12 мес.)
* узнает на фотографии знакомых (N к 12 мес.)

**Исследование экспрессивной стороны речи.**

1. **Исследование строения артикуляционного аппарата.**

Верхняя челюсть: N, аномалии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нижняя челюсть: N, аномалии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нос: N, деформации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Губы: N, деформации, укорочение верхней губной уздечки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Язык: N, массивный, узкий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Твердое небо: N, высокое, узкое, уплощенное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мягкое небо: N, укороченное, наличие расщелины\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прикус: N, тенденция к формированию прогнатии, прогении\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подъязычная уздечка: N, укорочена, с массивным тяжем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Исследование подвижности органов артикуляции.**

**а) Наблюдение за состоянием мимических мышц в покое, в движении, при оскале,** **крике;**

* тонус: N, гипотонус, гипертонус, дистония
* выраженность носогубных складок и их симметричность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* равномерность образования складок на лбу при крике\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* мимика выразительная, вялая, лицо амимичное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**б) Наблюдение за положением губ в покое:**

* отмечается характер линии губ и плотность их смыкания: N, спастическое напряжение губ, плотное смыкание рта, губы плотно не смыкаются, рот полуоткрыт, губы вялые, перетягивание угла рта в одну сторону: вправо, влево; опускание угла рта вниз: справа, слева;

**в) Наблюдение за положением языка в покое:**

* язык по средней линии, язык тонкий, распластан в полости рта;
* напряженный, оттянут кзади, спинка языка приподнята;
* кончик языка не выражен, приподнят кверху;
* девиация языка вправо, влево;
* мышечный тонус языка: N, гипотонус, гипертонус, дистония;

**Исследование рефлекторных движений.**

**Губы**: движения в полном объеме, не вытягивает губы на подносимую пищу, неплотное захватывание соска, соски, подтекание пищи из угла рта: справа, слева; не снимает пищу губами, при крике перетягивание угла рта вверх, опускание угла рта;

Гиперкинезы лицевой мускулатуры:

**Язык**: движения в полном объеме, ограничение движений вправо, влево, вверх, вниз, кзади, кончика языка вперед; синеет при непроизвольных движениях.

Насильственные движения в мышцах языка

Мышечный тонус языка: физиологический, гипотонус, гипертонус, дистония.

**Мягкое небо**: отклонение увули от средней линии вправо, влево при крике, провисание всей небной занавески;

Непроизвольные движения мягкого неба: движения в полном объеме, затруднено глотание, поперхивания при глотании, попадание пищи в нос, наличие саливации (указать интенсивность).

**Нижняя челюсть**: движения в полном объеме, ограничены движения при открывании рта, при закрывании рта, нарушено откусывание, жевание.

1. **Дыхательный аппарат.**

* **брюшное дыхание (до 6 мес);**
* смешанное дыхание (после 6 мес.)
* инфантильное дыхание (преобладание брюшного дыхания: большая частота дыхания, недостаточная глубина);
* **стридорозное дыхание**

Ритм дыхания: N, дискоординация вдоха и выдоха; поверхностный вдох; укороченный слабый выдох.

**Исследование голосовых реакций.**

* кашель, чихание: N, слабость кашлевого толчка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* звуки при сосании, зевании, звуки кряхтения, причмокивания\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* рефлекторный крик с гласноподобными звуками, имеющими носовой оттенок (N 0-2 мес.)
* Характеристики крика: громкий, чистый, с коротким вдохом и удлиненным выдохом; тихий, маловыразительный, слабый, истощающийся, прерывающийся, пронзительный, с носовым оттенком; отдельные всхлипывания на вдохе; отсутствие крика.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Раздражители, вызывающие крик: физиологическая реакция (на дискомфорт, голод и т.д.); часто беспричинно, не успокаивается при ощущении соска, соски.
* звуки гуканья, гыканья\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( N в 1 мес.)
* Раздражители, вызывающие гуканье: непроизвольно; на присутствие взрослого в поле зрения ребенка; на эмоционально-речевое общение со взрослым; на звук игрушки; на тактильное прикосновение взрослого; при сочетании ряда раздражителей; только при вокализации выдоха в ходе дыхательной гимнастики;

Звуков гуканья нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

смех\_\_\_\_\_\_\_\_\_( N с 16 нед.)

-интонационная вариабельность крика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( N с 3 мес.)

-гуление: активное, частое гуление, редкие звуки; только при вокализации выдоха в ходе дыхательной гимнастики; отсутствует, звуки при гулении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( N с 2 мес.)

Раздражители, вызывающие гуление: непроизвольно; в комплексе оживления(с 3 мес.); на присутствие взрослого; на эмоционально-речевое общение со взрослым; на звук игрушки; на тактильное прикосновение; при сочетании ряда раздражителей; только при вокализации выдоха в ходе дыхательной гимнастики; звуков гуления нет.

-«истинное»,певучее гуление, самоподражание ( без сопровождения диффузными движениями)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( N с 4 мес.)

-лепет: произносит отдельные слоги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( N с 6 мес.)

-интонированный, подолгу лепечет однообразные слоги лепета(N с 7 мес.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Раздражители, вызывающие лепет: непроизвольно; в ходе предметно-делового общения со взрослым; на эмоционально-речевое общение; при виде игрушки; при тактильном прикосновении; при сочетании ряда раздражителей; только при вокализации выдоха; не подражает взрослому, не повторяет за ним слоги; звуков лепета нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-длина лепетных цепей до 4-5 сегментов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( N к 8 мес.)

-эхолалично повторяет слоги, хорошо копирует интонацию, воспроизводит мелодическую схему знакомых фраз, приветствий (N к 9 мес.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-произносит различные губные звуки, восклицания, междометия

-восклицания сопровождает выразительной мимикой и жестом.

-повторяет за взрослым слоги, которых нет в его лепете ( N к 10 мес.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-лепетные слова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( N к 11 мес.)

-звукоподражания, слова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( N к 12 мес. 5-10 слов)

**Заключение:**

Приложение 6

**Схема логопедического обследования от 1 до 3 лет.**

**1. Дата обследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2.Ф. И. , возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.Заключение невропатолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Исследование импрессивной стороны речи.**

1 уровень:

- реакция ротового внимания на обращение взрослого ( N в 1-2 мес.)

- прислушивается к голосу ( N к 2 мес.)

- выражено речевое внимание ( N к 2 мес.)

- адекватно реагирует на изменение интонации ( N к 4 мес.)

- узнает знакомые голоса (N к 3-4 мес.)

- дифференцированная реакция на звуки, выделение предпочтений (пение и др.) (N к 4 мес.)

- подражает интонации взрослых ( N к 6 мес.)

2 уровень:

* понимает отдельные инструкции в знакомых словосочетаниях;
* подчиняется некоторым словесным командам, типа: «Где мама?», «Дай ручку», «Поцелуй маму», «Нельзя», «Горячо» и др.(N к 7- 8 мес.)
* использует экспрессивно-мимические средства общения (N к 7 мес.)
* выполняет разученные движения при игре: «Прятки», «Коза-дереза», «Сорока»(N к 8 мес)
* узнает близких по имени(N к 8 мес.)
* находит знакомые предметы из числа 2-3 (N к 8 мес.)
* формируются первые обобщающие понятия ( N к 8 мес.).
* находит нужный предмет вне конкретной обстановки (N с 10 мес.)

3 уровень:

* выполняет простые одноступенчатые инструкции, типа:«Дай…»,«Возьми…»,«Открой ротик» и др. ( N к 12 мес.)
* показывает по просьбе части лица, тела, одежды на себе, на маме, на кукле(N к 12 мес.)
* понимает названия предметов и игрушек (N к 10-12 мес.)
* узнает их на плоскостном изображении(N к 12- 14 мес.)
* по просьбе выполняет разученные действия с игрушками(N к 12 мес.)
* узнает на фотографии знакомых (N к 12 мес.)

4 уровень:

* понимает названия действий в различных ситуациях («покажи, кто сидит, спит и т.д.)
* понимает двухступенчатую инструкцию (2 года). («Пойди в кухню и принеси чашку», «Возьми платок, вытри нос» и т.д.)
* понимает значение предлогов в привычной, конкретной ситуации
* в знакомой ситуации начинает понимать вопросы в косвенных падежах («На чем ты сидишь?», «Во что ты играешь?») (2 г.6 м.)

5 уровень:

* понимает прочитанные короткие рассказы и сказки (2 г.6 м.-3 года)

а) со зрительной опорой

б) без зрительной опоры

1.Исследование понимания слов:

- предлагается показать различные игрушки, предметы, их изображения на картинках: «Покажи зайчика, собачку», «Возьми лошадку, мишку», «Дай мне рыбку, пирамидку»

1. Понимание слов, обозначающих действие:

а)выполнение простых инструкций:»Дай ручку», «Поцелуй маму», «Поиграй в ладушки», «Помаши ручкой» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Пассивный словарь(2 г.6 м.)

* игрушки: кукла, мишка, мяч, юла, зайка;
* посуда: чашка, тарелка, ложка;
* одежда: шапка, пальто, ботинки, платье, штаны, рубашка;
* мебель: стул, стол, шкаф, кровать;
* части тела: голова, руки, ноги, шея;
* части лица: глаза, рот, нос, щеки, лоб;
* домашние животные: собака, кошка, петух, лошадь, корова;
* транспорт: машина, автобус, поезд, самолет;
* фрукты: яблоко, апельсин, слива;
* части тела животного: голова, ноги, хвост, глаза, усы;
* действия: одеваться, есть, пить, улыбаться, играть, строить, кататься, мыть, гладить, лечить;
* качественные прилагательные: большой, маленький, длинный, короткий, красный, синий, желтый, зеленый, сладкий, кислый;
* наречия: близко, далеко, низко, высоко, быстро, медленно, темно, светло.

понимание простых загадок, отгадка на которые прячется в самой загадке: «Кто нам молоко дает и мычит «му»? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Обследование понимания грамматических форм.

а)ед. и мн. число существительных (2 г.)

Картинки: стол-столы, шкаф-шкафы, шар-шары, гриб-грибы, кот-коты, карандаш-карандаши и т.д. «Дай мне гриб, грибы», «Покажи, где собака, где собаки» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б)понимание слов, образованных при помощи уменьшительно-ласкательных суффиксов

Маленькие предметы будем называть ласково «Покажи, где стул, где стульчик» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в)понимание числа глаголов: «Покажи где сидит, где сидят?», «О ком говорю «поют»?», «Стоят на окне (что?)… цветы»

г)понимание м.р и ж.р глаголов прошедшего времени

«Девочку и мальчика зовут одинаково – Женя. Покажи, где Женя нарисовала? Где Женя нарисовал?, «Где Женя поставила чайник? Где Женя поставил?» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

д) понимание префиксального изменения глаголов

Картинки с изображением противоположных действий. «Где мальчик входит? Где выходит? Наливает воду? Выливает?»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

е)понимание глаголов сов. и несов. вида

«Покажи, какая девочка моет руки, какая вымыла? Ставит чашку, поставила?»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ж)понимание предлогов.

«Положи палочку в коробку, под коробку, на коробку, возьми из коробки».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

з)понимание числа прилагательных

«Большие (что?)…шары. Синие (что?) чашки.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и)понимание рода прилагательных

«Красная (что?) , красное (что?), красный (что?)»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

к)понимание простых текстов, сказок со зрительной опорой и без нее.

Читают текст, ребенок должен ответить на вопросы.

**Исследование экспрессивной стороны речи.**

1. **Исследование строения артикуляционного аппарата.**

Верхняя челюсть: N, аномалии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нижняя челюсть: N, аномалии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нос: N, деформации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Губы: N, аномалии, укорочение верхней губной уздечки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зубы: N, диастемы, отсутствие резцов, неправильный рост\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Язык: N, массивный, узкий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Твердое небо: N, высокое, узкое, уплощенное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прикус:N, прогнатия, прогения, глубокий закрытый, передний открытый, боковой открытый

**Исследование подвижности органов артикуляции:**

## а)наблюдение за состоянием мимических мышц в покое, в движении:

(отмечается выраженность носогубных складок и их симметричность, характер линии губ и плотность их смыкания, наличие гиперкинезов мимической мускулатуры, удерживание рта закрытым)

-закрыть оба глаза изолированно, нахмурить брови, наморщить лоб, нос;

(наличие синкинезий)

-равномерность образования складок на лбу при крике, перетягивание рта в одну сторону, плотно ли захватывает соску

б) подвижность органов артикуляции:

-вытянуть губы вперед, округлить, растянуть в стороны, поднять вверх верхнюю губу, опустить вниз нижнюю;

-сделать оскал при сомкнутых зубах на 1 сек., 3 сек., 5 сек. (подергивания, удержание заданное время, синкинезии);

-широкое открывание рта с оскаливанием на 1 сек.,3 сек., 5 сек.

* Пробы на выявление скрытых парезов.

-широкий язык на нижней губе (девиация, при удержании подергивания, оттягивается вглубь рта);

-показать язык, поднять вверх, опустить вниз 5-6 раз;

-надуть щеки и втянуть между зубами (равномерность);

-пощелкать языком 6-8 раз, чтобы была натянута подъязычная связка (есть ли «соскальзывания» языка);

-показать язык широким;

* Дети часто показывают узкий по всей длине язык, загнутый книзу.

-открыть рот, высунуть язык и удерживать по средней линии, одновременно следить глазами за перемещающимся молоточком в боковых направлениях и верхне-нижнем (отметить есть ли отклонения языка);

-ребенок выполняет артикуляционные уклады, логопед кладет руки ему на шею (отмечается напряжение шейной мускулатуры)

**5.Исследование слухового внимания, фонематического слуха:**

1г.4м.-1г-6м.-различает неречевые звуки.

Материал: бубен, колокольчик, деревянные ложки.

Методика выявления: ребенку предлагается угадать, что звучало.

1г.7м.-1г.9м.- различение речевых звуков.

Материал: ширма, собака, кошка, петух.

Методика выявления: ребенку предлагается угадать, кто подал голос.

1г.10м.-2 г. – различает высоту голоса.

Материал: большая и маленькая собаки, кошки и т.д.

Методика выявления: спрашивают: «Видишь, у меня большие животные и маленькие. Маленькие говорят тихим голоском, а большие громким. Отгадай, кто сейчас скажет?»

2г.-3 г.. – различает слова-паронимы.

Материал: картинки (мишка-миска, коза-коса, стол-стул, усы-уши, ежата-мышата, бусы-весы)

Методика выявления: ребенку предлагается показать нужную картинку.

3 г. –дифференциация оппозиционных фонем.

Материал: картинки-символы.

1. **Исследование звукопроизношения.**

Гласные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Согласные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_свистящие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_шипящие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_аффрикаты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Исследование слоговой структуры слова.**

3 года: отраженно повторить слова: дом, кот, тетя, каша, бусы, малина, волосы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7.Исследование словарного запаса и грамматического строя речи.**

Уровень развития активного словаря выясняется методом опроса, с помощью наблюдения за игровой деятельностью.

1г.-1г.3м.- использует лепетные слова, звукоподражания, междометия.(до 10 слов).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1г.4м.-1г.6м. – звукоподражания, лепетные слова, слова, обозначающие предметы и знакомые действия с ними\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ребенку в игровой ситуации предлагаются различные игрушки, предметы быта и спрашивают: «Что это? Кто это?»

1г.7м. – 1г.9м. – употребляет глаголы, пользуется фразой из 2 слов.

Наблюдая за ребенком в игровой деятельности, отмечают все его речевые высказывания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1г.10м –2 г.- (запас 200-300 слов) употребляет глаголы повелительного наклонения 2 лица ед. ч., инфинитив, наст. и прош. время 3 л. ед.ч. (-ет, -ит); сущ. мн. ч. в И.п. с окончанием –и; прил. без согласования с сущ. (чаще в И. п. ед.ч. м.р. и ж.р.); наречия: вот, там, хорошо, надо, не надо\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2г.-2г.6м.- употребляет сущ. в Д.п., Р.п., Т.п.; сущ. в ед. и мн. ч. (-ы, фонетически допустимо –и); прил. без согласования с сущ.в И.п.; глаголы ед. и мн.ч. в изъявительном наклонении; изменяет глаг. по лицам (кроме 2 лица мн.ч.); дифференцирует наст. и пр. вр. В прош.вр. смешивает род.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2г.7м.-3г.- (1000-1500 слов) усвоены способы согласования прил. с сущ. в косвенных падежах; употребляет сущ., глаг. во мн ч.; появляются краткие причастия, усваиваются формы возвратных глаголов, использует сложноподчиненные предложения.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Исследование фразовой и связной речи.**

Применяют метод непосредственной беседы с ребенком, отмечают все речевые высказывания детей в специально организованной игровой деятельности. Просят рассказать фрагмент сказки.

Заключение:

Приложение 7

**Логопедическое обследование детей от 3 до 6 лет.**

**1. Дата обследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2.Ф. И. , возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.Заключение невропатолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Исследование импрессивной стороны речи:**

**1.Исследование понимания слов, обозначающих предмет:**

* предлагают ребенку показать расставленные перед ним игрушки, предметы, их плоскостное изображение на картинках: «Покажи зайчика, собачку», «Возьми лошадку, мишку», «Дай мне рыбку, пирамидку» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Понимание слов, обозначающих действие:**

а)выполнение простых инструкций: «Дай ручку», «Поцелуй маму», «Помаши ручкой»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) Предъявляются сюжетные картинки, на которых одно и то же лицо совершает разные действия: «Покажи, где девочка кушает? Где спит? Где читает? Кто здесь шьет?» и т.д.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в) Предъявляются предметные картинки:

«Дай то, из чего ты пьешь», «Дай то, чем едят, на чем сидят, чем гладят»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г)понимание названий действий, выраженных возвратными глаголами:

«Кто здесь умывается? Одевается? Причесывается? Обувается?»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

д) понимание названий действий, сходных по ситуации:

«Покажи, кто умывается? А кто вытирается?», « Кто купается, кто стирает?», «Покажи какой мальчик рисует, а кто пишет?», «Кто прыгает, а кто бежит?»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Обследование понимания грамматических форм.**

а)ед. и мн. число существительных

Картинки: стол-столы, шкаф-шкафы, шар-шары, гриб-грибы, кот-коты, карандаш-карандаши и т.д. «Дай мне гриб, грибы», «Покажи, где собака, где собаки»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б)понимание слов, образованных при помощи уменьшительно-ласкательных суффиксов

Маленькие предметы будем называть ласково «Покажи, где стул, где стульчик» и т.д.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в)понимание числа глаголов

«Покажи где сидит, где сидят?», «О ком говорю «поют»?», «Стоят на окне (что?)… цветы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г)понимание м.р и ж.р глаголов прошедшего времени

«Девочку и мальчика зовут одинаково – Женя. Покажи, где Женя нарисовала? Где Женя нарисовал?, «Где Женя поставила чайник? Где Женя поставил?»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

д)понимание префиксального изменения глаголов

Картинки с изображением противоположных действий. «Где мальчик входит? Где выходит? Наливает воду? Выливает?»

е)понимание глаголов сов. и несов. вида

«Покажи, какая девочка пьет чай, какая выпила? ставит чашку, поставила?»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ж)понимание предлогов.

«Положи палочку в коробку, под коробку, на коробку, возьми из коробки».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_з)понимание числа и рода прилагательных

«Большие (что?)…шары. Синие (что?) чашки. Красная (что?) , красное (что?), красный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и)понимание текстов, сказок (со зрительной опорой и без нее)

Читают текст, ребенок должен ответить на вопросы.

**Исследование экспрессивной стороны речи.**

1. **Исследование строения артикуляционного аппарата.**

Верхняя челюсть: N, аномалии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нижняя челюсть: N, аномалии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нос: N, деформации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Губы: N, деформации; укорочение верхней губной уздечки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зубы: N, диастемы, отсутствие или смена резцов, неправильный рост\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Язык: N, массивный, узкий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Твердое небо: N, высокое, узкое, уплощенное, наличие расщелины\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прикус: N, прогнатия, прогения, глубокий закрытый, передний открытый, боковой открытый

**2. Исследование подвижности органов артикуляции:**

## **а)наблюдение за состоянием мимических мышц в покое, в движении, при оскале**(отмечается выраженность носогубных складок и их симметричность, характер линии губ и плотность их смыкания, наличие гиперкинезов мимической мускулатуры, удерживание рта закрытым, опущение угла рта с одной стороны; равномерность образования складок на лбу)

**б) Подвижность органов артикуляции:**

**жевательно-артикуляционные мышцы:(5 пара)**

-удерживать широко открытый рот под счет от 1 до 10;

Обратить внимание на положение нижней челюсти. Она должна быть неподвижна. При слабости мышц будут отмечаться трудности удержания.

-выдвинуть нижнюю челюсть, оттянуть назад, движения влево, вправо. Все движения удержать под счет от 1 до 5.

**мимико-артикуляционные мышцы:**

-сморщить лицо и вытянуть губы вперед. Удерживать под счет от 1 до 3.

-улыбнуться и раскрыть рот. Удерживать под счет от 1 до 5.

-вытянуть губы вперед, округлить, растянуть в стороны, поднять вверх верхнюю губу, опустить вниз нижнюю;

-сделать оскал при сомкнутых зубах на 1 сек., 3 сек., 5 сек. (подергивания, удержание заданное время, синкинезии);

-наморщивание носа;

-надуть щеки и втянуть между зубами (равномерность);

-широкое открывание рта с оскаливанием на 1 сек.,3 сек., 5 сек.

**мышцы языка:**

-широкий язык на нижней губе (девиация, при удержании подергивания, оттягивается вглубь рта);

-сделать язык широким-узким («лопатка»-«иголочка» 5-6 раз);

-поцокать;

-облизать верхнюю губу («вкусное варенье» 5-6 раз);

-движения вверх-вниз («качели» 5-6 раз);

-движения в передне-заднем направлении (5-6 раз);

-уклады «чашечка», «желобок», удержать под счет от 1 до 5);

-пощелкать языком 6-8 раз, чтобы была натянута подъязычная связка (есть ли «соскальзывания» языка);

* Пробы на выявление скрытых парезов.

-открыть рот, высунуть язык и удерживать по средней линии, одновременно следить глазами за перемещающимся молоточком в боковых направлениях и в верхне-нижнем (отметить есть ли отклонения языка);

-ребенок выполняет артикуляционные уклады, логопед кладет руки ему на шею (отмечается напряжение шейной мускулатуры)

1. **Исследование фонематических процессов:**

а)исследование фонематического восприятия:

3 г. – различает слова-паронимы.

Материал: картинки (мишка-миска, коза-коса, стол-стул, усы-уши, ежата-мышата, бусы-весы)

Методика выявления: ребенку предлагается показать нужную картинку.

3 г. –дифференциация оппозиционных фонем.

Материал: картинки-символы.

б)исследование фонематических представлений:

- выбрать картинки на заданный звук (без проговаривания вслух);

-разложить картинки, в названии которых есть оппозиционные звуки;

-дифференциация нормативного и ненормированного произношения:

мишка: мифка, мишка, митка, миска; коза: коса, коза, кожа, козя, коза;

щенок: сенок, ченок, щенок, шенок, ценок; часы: цасы, сясы, часы, тясы;

в)исследование фонематического анализа:

5 лет: простые формы: (узнавание звука на фоне слова, вычленение первого и последнего звуков из слова, определение места звука в слове(начало, середина, конец);

-подними руку, если услышишь в слове звук(экранировать артикуляцию):

«з»-кот, лук, сад, жук, зуб, вода, сила, цапля, замок, ножик, сапог, коза, дорога, коза;

«ч»-дом, чай, рыба, тетерев, синий, цирк, щетка, чемодан, тишина, цыпленок, чулок;

«д»-рак, сом, ток, парк, дом, сумка, вода, крыша, парта, ворона, дело, буква, удочка;

-подними руку, если услышишь слово(экранировать артикуляцию):

«голос»-рыба, крот, колос, колхоз, голос, термос, мороз, холост, зерно, голос, овес;

-вычленение начальной ударной гласной: Аня, Оля, иней, утка, ослик, утро, аист;

-вычленение начального согласного: муха, санки, зонт, мак, кошка;

-вычленение последнего согласного: дом, сук, шкаф, карандаш, луна;

-определение места звука в слове (начало, середина, конец):

определить место звука «а» в одно- и двусложных словах: аист, два, мак; «и» в словах: иней, лист, три;

-подобрать слова, в которых звук «л» в начале, середине, конце слова;

6 лет: сложные формы: (определение количества, последовательности и места звука в слове по отношению к другим звукам, не называя слова):

-сколько звуков в слове: «лук», «мак», «дом»; «мама», «рама», «лапа»; «диван», «сахар», «лужок», «лампа», «лужок», «санки»; «грач», «врач», «шкаф»; «волк», «тигр», «полк»; «трава», «крыша», «брови»; «клумба», «крышка», «крошка»; «паровоз», «кастрюля», «капуста» Какой первый, последний, третий?

г)исследование фонематического синтеза:

Звуки поссорились, подружи их: с, о, н; у, х, м, а; а, к, р, у;

Исследование слоговой структуры слова:

3 года: отраженно повторить слова: дом, кот, тетя, каша, бусы, малина, волосы.

4-5 лет: назвать предметные картинки, отраженно повторить, ответить на вопросы (Где подстригают волосы?): дом, каша, снег, капуста, крыша, кошка, мостик, пуговица, скворечник, простокваша, лекарство, помидоры, сквозняк, телевизор, сковорода, свисток, милиционер, аквариум, парикмахерская, строительство.

6 лет: Водопроводчик чинил водопровод. Милиционер регулирует уличное движение. В аквариуме плавают разноцветные рыбки. Строителиработают на строительстве высотного дома. Волосы подстригают в парикмахерской.

**Исследование звукопроизношения и словарного запаса** (3 г.-1000-1500 слов; 4 г.-1500 слов; 5л.-3000 слов; 6 г.-4000 слов);

-повторить слоги: аса, ася, аза, азя, аца, аша, ажа, ача, аща, ала, аля, ара, аря.

-повторить слова: собака-маска-нос; сено-василек-высь; замок-коза; зима-магазин; цапля-овца-палец; шуба-кошка-камыш; жук-ножи; щука-вещи-лещ; чайка-очки-ночь; рыба-корова-топор; река-варенье-дверь; лампа-молоко-пол; лето-колесо-соль.

- назвать изображения на картинках:

* игрушки: кукла, мишка, мяч, юла, зайка, машина, собака;
* посуда: чашка, тарелка, ложка, кастрюля, ложка, вилка, нож, ваза;
* одежда: шапка, пальто, платье, штаны, рубашка, брюки, платье;
* обувь: тапки, ботинки, сапоги, туфли, сандалии;
* мебель: стул, стол, шкаф, кровать, диван;
* части тела: голова, руки, ноги, шея, живот, спина, локоть, колено;
* части лица: глаза, рот, нос, щеки, лоб, брови;
* домашние животные: собака, кошка, петух, лошадь, корова, баран, свинья;
* транспорт: машина, автобус, поезд, самолет, мотоцикл;
* фрукты: яблоко, апельсин, слива, груша, виноград;
* овощи: картошка, капуста, свекла, помидор, огурец, баклажан;
* части тела животного: голова, ноги, хвост, глаза, усы;
* действия: одеваться, есть, пить, улыбаться, играть, строить, кататься, мыть, гладить, лечить, рисовать и др.;
* качественные прилагательные: большой, маленький, длинный, короткий, широкий, узкий, высокий, низкий, красный, синий, желтый, зеленый, белый, черный, сладкий, кислый;
* наречия: близко, далеко, низко, высоко, быстро, медленно, темно, светло.

- глаголы: заяц прыгает, а ласточка…, червяк ползает, а рыба…; лошадь скачет, а змея…, кузнечик прыгает, а гусеница…, кошка мяукает, а собака…, машина едет, а самолет…

-подбор антонимов:

Птица летает высоко, а комар … Река глубокая, а ручеек…Подушка мягкая, а камень…Лимон кислый, а груша… Днем светло, а ночью…Машина едет быстро, а муравей ползет…Машина в гараж заехала, а потом… Мальчик в дом зашел, а потом …Воду в ведро налили, а потом…

1. **Исследование грамматического строя речи:**

Навыки словообразования, словоизменения:

а)**мн.ч. сущ. в И.п. и Р.п.:** «Я буду говорить так, как будто предметов много, а ты так, как будто один»: стол-столы, шкаф-.., звезда-…, плащ-…, вещь-…, окно-…,дом-…, глаз-…, город-…, стул-…, дерево-…, перо-…, носок-…, чулок-…, кусок-…, день-…, лоб-…, пень-…, сон-…, ухо-…; **Нет чего?:** столов, носков, окон, звезд и т.д.

б)**образование слов с уменьшительно-ласкательными суффиксами**: «Я буду говорить о больших предметах, а ты о маленьких»: стол-столик; рука-…, голова-…, стул-…, ухо-…, локоть-…, дерево-…, перо-…, лошадь-…, гнездо-…

**в) образование слов с суффиксами увеличительности:** «Я буду говорить о маленьком человечке, а ты о великане»: ручка- ручище, глазик-…, рот-, нога-…,

**г) образование названий детенышей животных:**

**-**основа сохраняется в неизменном виде: у льва-…,у лисы-…, у мышки-…, у лягушки-…, у козы-…, у утки-…, у орла-…;

**-**происходит чередование согласных в корне слова: у медведя-…, у верблюда…, у волка…, у зайца-…, у кролика-…, у белки-…, у кошки-…, у индюка-…;

**-**в названиях детенышей животных другая основа слова: у коровы-…, у лошади-…, у свиньи-…, у овцы-…, у курицы…, у собаки-…;

**д) образование притяжательных прилагательных:** у вороны голова воронья, у оленя-…, у лисы-…, у собаки-…, у кошки…, у птицы-…, у медведя-…, у белки-…; у тигра-…, у лошади-…, у курицы-…, у утки-…, у барана рога бараньи, у коровы-…, у вороны перья-…, у барсука нора …

**е) образование относительных прилагательных:** кукла из бумаги- бумажная, салат из моркови-…, варенье из яблок-…, сок из апельсина -…, стол из дерева-…;

**ж) образование качественных прилагательных:** лису за хитрость называют хитрой, волка за жадность-…, зайца за трусость-…, медведя за силу-…, льва за смелость…; днем жара-день жаркий, снег-…, дождь-…

**з)предложно-падежные конструкции:** коробка со счетными палочками:

Куда положила палочку? (на коробку, под коробку), откуда достала?(из-под коробки), куда спрятала?(за коробку), откуда выглядывает (из-за коробки).

1. **Исследование связной речи:**

а)Пересказ прослушанного текста: 3 г.- «Мама пошла на базар и купила рыбу. Пришла домой, положила рыбу на стол, а сама ушла. В это время забрался в кухню кот Васька и съел всю рыбу. Даже косточек не оставил»

6 лет: «Муравей хотел напиться воды и спустился к ручью. В это время волна захлестнула его и он стал тонуть. Пролетала мимо голубка, бросила муравью прутик. Муравей выбрался по нему на берег. На следующий день охотник расставил сети и поймал голубку, а муравей подкрался к охотнику и укусил его за палец. Охотник вскрикнул, отпустил сети и голубка улетела.»

Учитывается **критерий смысловой** **целостности**: воспроизведение всех смысловых звеньев; воспроизведение с незначительными сокращениями; пересказ неполный, имеются значительные сокращения, или искажения смысла, привнесения; **критерий лексико-грамматического оформления:** без аграмматизмов; без аграмматизмов, но наблюдается стереотипность оформления высказывания, трудности актуализации слов, единичные лексические замены; отмечаются аграмматизмы, множество лексических замен; **критерий самостоятельности выполнения:** самостоятельный пересказ; пересказ после оказания помощи или повторного прочтения; по вопросам.

б)Составление рассказа по серии сюжетных картинок.

Учитывается правильная последовательность смысловых звеньев, учет причинно-следственных связей, наличие аграмматизмов, характер синтаксических конструкций.

**Заключение:**

Приложение 8

**Логопедическое обследование детей от 6 до 10 лет.**

**1. Дата обследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2.Ф. И. , возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.Заключение невропатолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Исследование импрессивной стороны речи:**

**4.Исследование понимания слов, обозначающих предметы и действия:**

-предъявляются различные предметные и сюжетные картинки;

а) сюжетные картинки, на которых одно и то же лицо совершает разные действия: «Покажи, где девочка кушает? Где спит? Где читает? Кто здесь шьет?» и т.д.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) предметные картинки: «Дай то, из чего ты пьешь», «Дай то, чем едят, на чем сидят, чем гладят»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в)вопросы ставятся к названиям действий, выраженные возвратными глаголами.

«Кто здесь умывается? Одевается? Причесывается? Обувается? Одевается?»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г)поставить вопросы к картинкам, где изображены действия, сходные по ситуации

«Покажи, кто умывается? А кто вытирается?», « Кто купается, кто стирает?», «Покажи какой мальчик рисует, а кто пишет?», «Кто прыгает, а кто бежит?»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.Обследование понимания грамматических форм**

а)ед. и мн. число существительных:

Картинки: стол-столы, шкаф-шкафы, шар-шары, гриб-грибы, кот-коты, карандаш-карандаши и т.д. «Дай мне гриб, грибы», «Покажи, где собака, где собаки»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б)понимание слов, образованных при помощи уменьшительно-ласкательных суффиксов

Маленькие предметы будем называть ласково «Покажи, где стул, где стульчик» и т.д.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в)понимание числа глаголов:

«Покажи где сидит, где сидят?», «О ком говорю «поют»?», «Стоят на окне (что?)…цветы»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г)понимание м.р и ж.р глаголов прошедшего времени:

«Девочку и мальчика зовут одинаково – Женя. Покажи, где Женя нарисовала? Где Женя нарисовал?, «Где Женя поставила чайник? Где Женя поставил?»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

д) понимание префиксального изменения глаголов:

Картинки с изображением противоположных действий. «Где мальчик входит? Где выходит? Наливает воду? Выливает?»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

е)понимание глаголов сов. и несов. вида:

«Покажи, какая девочка моет руки, какая вымыла? Ставит чашку, поставила?»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ж)понимание предлогов:

«Положи палочку в коробку, под коробку, на коробку, возьми из коробки».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

з)понимание числа и рода прилагательных:

«Большие (что?)…шары, синие (что?)… чашки, красная (что?)…, красное (что?)…, красный (что?)…»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Понимание** **текста**. «Однажды лев заболел и не мог ходить на охоту. Тогда он стал звать зверей к себе в гости. Пробегала мимо лиса. Лев ее спрашивает: «Лиса, а ты почему не заходишь ко мне?». Лиса отвечала: «Я вижу много следов, ведущих в твою пещеру, а обратных не вижу». Сказала так и убежала.

**7.понимание логико-грамматических конструкций:**

-понимание флективных отношений: предлагается показать

**-карандашом ручку, ручкой карандаш,**

**карандаш ручкой, ручку карандашом** ( в этом случае необходимо обусловить свои действия системой логико-грамматических отношений вразрез с порядком слов во фразе).

- понимание сравнительных отношений:

**Коля выше Васи.** Кто самый высокий?

**Оля темнее Тани.** Кто самый светлый?

**Нина светлее Тани, но темнее Кати.** Кто самый темный?

**Папоротник ниже куста.** Что выше?

-понимание предложений с логическими инверсиями:

**Колю ударил Петя.** Кто драчун?

**Мишу встретил Вася.** Кто приехал?

**Таня бежит за Олей.** Кто впереди?

**Внука проводил дедушка.** Кто уезжал?

**Охотник шел за собакой.** Кто шел впереди?

-понимание временных конструкций:

Перед завтраком я прочитал газету.

Что я сделал раньше: позавтракал или прочитал книгу?

**Петя пошел в кино после того, как прочитал книгу.**

Что Петя сделал раньше: прочитал книгу или пошел в кино?

**Таня бежит за Олей.** Кто впереди?

**Внука проводил дедушка.** Кто уезжал?

**Охотник шел за собакой.** Кто шел впереди?

-понимание конструкций родительного падежа:

Предлагаются пары картинок, изображающие женщину с собакой и собаку, мужчину с мотоциклом и мотоцикл, дочка и мама (показать, где **хозяйка собаки, владелец мотоцикла, мамина дочка, дочкина мама**).

**Исследование экспрессивной стороны речи.**

1. **Исследование строения артикуляционного аппарата.**

Верхняя челюсть: N, деформиции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нижняя челюсть: N, деформации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нос: N, деформации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Губы: N, укорочение верхней губной уздечки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зубы: N, диастемы, отсутствие или смена резцов, неправильный рост\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Язык: N, массивный, узкий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Твердое небо: N, высокое, узкое, уплощенное, наличие расщелины\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прикус: N, прогнатия, прогения, глубокий закрытый, передний открытый, боковой открытый\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. Исследование подвижности органов артикуляции:**

**а)наблюдение за состоянием мимических мышц в покое, в движении, при оскале:** отмечается выраженность носогубных складок и их симметричность, характер линии губ и плотность их смыкания, наличие гиперкинезов мимической мускулатуры, удерживание рта закрытым, опущение угла рта с одной стороны)

**б) Подвижность органов артикуляции:**

**жевательно-артикуляционные мышцы:(5 пара)**

-удерживать широко открытый рот под счет от 1 до 10;

Обратить внимание на положение нижней челюсти. Она должна быть неподвижна. При слабости мышц будут отмечаться трудности удержания.

-выдвинуть нижнюю челюсть, оттянуть назад, движения влево, вправо. Все движения удержать под счет от 1 до 5.

**мимико-артикуляционные мышцы:**

-сморщить лицо и вытянуть губы вперед. Удерживать под счет от 1 до 3.

-улыбнуться и раскрыть рот. Удерживать под счет от 1 до 5.

-вытянуть губы вперед, округлить, растянуть в стороны, поднять вверх верхнюю губу, опустить вниз нижнюю;

-сделать оскал при сомкнутых зубах на 1 сек., 3 сек., 5 сек. (подергивания, удержание заданное время, синкинезии);

-наморщивание носа;

-надуть щеки и втянуть между зубами (равномерность);

-широкое открывание рта с оскаливанием на 1 сек.,3 сек., 5 сек.

**мышцы языка:**

-широкий язык на нижней губе (девиация, при удержании подергивания, оттягивается вглубь рта);

-сделать язык широким-узким («лопатка»-«иголочка» 5-6 раз);

-поцокать;

-облизать верхнюю губу («вкусное варенье» 5-6 раз);

-движения вверх-вниз («качели» 5-6 раз);

-движения в передне-заднем направлении (5-6 раз);

-уклады «чашечка», «желобок», удержать под счет от 1 до 5);

-пощелкать языком 6-8 раз, чтобы была натянута подъязычная связка (есть ли «соскальзывания» языка);

* Пробы на выявление скрытых парезов.

-открыть рот, высунуть язык и удерживать по средней линии, одновременно следить глазами за перемещающимся молоточком в боковых направлениях и в верхне-нижнем (отметить есть ли отклонения языка);

-ребенок выполняет артикуляционные уклады, логопед кладет руки ему на шею (отмечается напряжение шейной мускулатуры)

1. **Исследование фонематических процессов:**

а)исследование фонематического восприятия:

3 г. – различает слова-паронимы.

Материал: картинки (мишка-миска, коза-коса, стол-стул, усы-уши, ежата-мышата, бусы-весы)

Методика выявления: ребенку предлагается показать нужную картинку.

3 г. –дифференциация оппозиционных фонем.

Материал: картинки-символы.

-повторить слоги: аса, ася, аза, азя, аца, аша, ажа, ача, аща, ала, аля, ара, аря.

**б)исследование фонематических представлений:**

- выбрать картинки на заданный звук (без проговаривания вслух);

-разложить картинки в названии которых есть оппозиционные звуки;

-дифференциация нормативного и ненормированного произношения:

**мишка**: мифка, мишка, митка, миска; **коза**: коса, коза, кожа, козя, коза;

**щенок**: сенок, ченок, щенок, шенок, ценок; **часы**: цасы, сясы, часы, тясы;

**в)исследование фонематического анализа:**

**5 лет: простые формы**: (узнавание звука на фоне слова, вычленение первого и последнего звуков из слова, определение места звука в слове(начало, середина, конец);

-подними руку, если услышишь в слове звук(экранировать артикуляцию):

**«з»**-кот, лук, сад, жук, зуб, вода, сила, цапля, замок, ножик, сапог, коза, дорога, коза;

**«ч»**-дом, чай, рыба, тетерев, синий, цирк, щетка, чемодан, тишина, цыпленок, чулок;

**«д»**-рак, сом, ток, парк, дом, сумка, вода, крыша, парта, ворона, дело, буква, удочка;

-подними руку, если услышишь слово(экранировать артикуляцию):

**«голос»**-рыба, крот, колос, колхоз, голос, термос, мороз, холост, зерно, голос, овес;

-вычленение начальной ударной гласной: Аня, Оля, иней, утка, ослик, утро, аист;

-вычленение начального согласного: муха, санки, зонт, мак, кошка;

-вычленение последнего согласного: дом, сук, шкаф, карандаш, луна;

-определение места звука в слове (начало, середина, конец):

определить место звука **«а»** в одно- и двусложных словах: аист, два, мак; **«и»** в словах: иней, лист, три;

-подобрать слова, в которых звук **«л»** в начале, середине, конце слова;

**6 лет: сложные формы**: (определение количества, последовательности и места звука в слове по отношению к другим звукам, не называя слова):

-сколько звуков в слове: **«лук», «мак», «дом»; «мама», «рама», «лапа»; «диван», «сахар», «лужок», «лампа», «лужок», «санки»; «грач», «врач», «шкаф»; «волк», «тигр», «полк»; «трава», «крыша», «брови»; «клумба», «крышка», «крошка»; «паровоз», «кастрюля», «капуста»** Какой первый, последний, третий?

**г)исследование фонематическосо синтеза:**

Звуки поссорились, подружи их: **с, о, н; о, д, м; у, х, м, а; а, к, р, у;**

1. **Исследование слоговой структуры слова:**

**3 года**: отраженно повторить слова: дом, кот, тетя, каша, бусы, малина, волосы.

**4-5 лет**: назвать предметные картинки, отраженно повторить, ответить на вопросы (Где подстригают волосы?): дом, каша, снег, капуста, крыша, кошка, мостик, пуговица, скворечник, простокваша, лекарство, помидоры, сквозняк, телевизор, сковорода, свисток, милиционер, аквариум, парикмахерская, строительство.

**6 лет**: Водопроводчик чинил водопровод. Милиционер регулирует уличное движение. В аквариуме плавают разноцветные рыбки. Строители работают на строительстве высотного дома. Волосы подстригают в парикмахерской.

**12. Исследование звукопроизношения и словарного запаса** (3 г.-1000-1500 слов; 4 г.-1500 слов; 5л.-3000 слов; 6 г.-4000 слов);

-повторить слова: собака-маска-нос; сено-василек-высь; замок-коза; зима-магазин; цапля-овца-палец; шуба-кошка-камыш; жук-ножи; щука-вещи-лещ; чайка-очки-ночь; рыба-корова-топор; река-варенье-дверь; лампа-молоко-пол; лето-колесо-соль.

- показать на картинках:

* игрушки: кукла, мишка, мяч, юла, зайка, машина, собака;
* посуда: чашка, тарелка, ложка, кастрюля, ложка, вилка, нож, ваза;
* одежда: шапка, пальто, платье, штаны, рубашка, брюки, платье;
* обувь: тапки, ботинки, сапоги, туфли, сандалии;
* мебель: стул, стол, шкаф, кровать, диван;
* части тела: голова, руки, ноги, шея, живот, спина, локоть, колено;
* части лица: глаза, рот, нос, щеки, лоб, брови;
* домашние животные: собака, кошка, петух, лошадь, корова, баран, свинья;
* транспорт: машина, автобус, поезд, самолет, мотоцикл;
* фрукты: яблоко, апельсин, слива, груша, виноград;
* овощи: картошка, капуста, свекла, помидор, огурец, баклажан;
* части тела животного: голова, ноги, хвост, глаза, усы;
* действия: одеваться, есть, пить, улыбаться, играть, строить, кататься, мыть, гладить, лечить, рисовать и др.;
* качественные прилагательные: большой, маленький, длинный, короткий, широкий, узкий, высокий, низкий, красный, синий, желтый, зеленый, белый, черный, сладкий, кислый;
* наречия: близко, далеко, низко, высоко, быстро, медленно, темно, светло.

-глаголы: заяц прыгает, а ласточка…, червяк ползает, а рыба…; лошадь скачет, а змея…, кузнечик прыгает, а гусеница…, кошка мяукает, а собака…, машина едет, а самолет…

-подбор антонимов:

Птица летает высоко, а комар … Река глубокая, а ручеек…Подушка мягкая, а камень…Лимон кислый, а груша… Днем светло, а ночью…Машина едет быстро, а муравей ползет…Машина в гараж заехала, а потом… Мальчик в дом зашел, а потом …Воду в ведро налили, а потом…

1. **Исследование грамматического строя речи:**

Навыки словообразования, словоизменения:

а)**мн.ч. сущ. в И.п. и Р.п.:** «Я буду говорить так, как будто предметов много, а ты так, как будто один»: стол-столы, шкаф-.., звезда-…, плащ-…, вещь-…, окно-…,дом-…, глаз-…, город-…, стул-…, дерево-…, перо-…, носок-…, чулок-…, кусок-…, день-…, лоб-…, пень-…, сон-…, ухо-…; **Нет чего?:** столов, носков, окон, звезд и т.д.

б)**образование слов с уменьшительно-ласкательными суффиксами**: «Я буду говорить о больших предметах, а ты о маленьких»: стол-столик; рука-…, голова-…, стул-…, ухо-…, локоть-…, дерево-…, перо-…, лошадь-…, гнездо-…

**в) образование слов с суффиксами увеличительности:** «Я буду говорить о маленьком человечке, а ты о великане»: ручка- ручище, глазик-…, рот-, нога-…, зубы-

**г) образование названий детенышей животных:**

**-**основа сохраняется в неизменном виде: у льва-…,у лисы-…, у мышки-…, у лягушки-…, у козы-…, у утки-…, у орла-…;

**-**происходит чередование согласных в корне слова: у медведя-…, у верблюда…, у волка…, у зайца-…, у кролика-…, у белки-…, у кошки-…, у индюка-…;

**-**в названиях детенышей животных другая основа слова: у коровы-…, у лошади-…, у свиньи-…, у овцы-…, у курицы…, у собаки-…;

**д) образование притяжательных прилагательных:** у вороны голова воронья, у оленя-…, у лисы-…, у собаки-…, у кошки…, у птицы-…, у медведя-…, у белки-…; у тигра-…, у лошади-…, у курицы-…, у утки-…, у барана рога бараньи, у коровы-…, у вороны перья-…, у барсука нора …

**е) образование относительных прилагательных:** кукла из бумаги- бумажная, салат из моркови-…, варенье из яблок-…, сок из апельсина -…, стол из дерева-…;

**ж) образование качественных прилагательных:** лису за хитрость называют хитрой, волка за жадность-…, зайца за трусость-…, медведя за силу-…, льва за смелость…;

**з)предложно-падежные конструкции:** коробка со счетными палочками:

Куда положила палочку? (на коробку, под коробку), откуда достала?(из-под коробки), куда спрятала?(за коробку), откуда выглядывает (из-за коробки).

1. **Исследование связной речи:**

а)пересказ прослушанного текста:

Читают текст, ребенок должен ответить на вопросы (из пособия И.Н.Садовниковой, 1983)

Горошины.

В одном стручке сидели горошины. Прошла неделя. Стручок раскрылся. Горошины весело покатились на ладонь мальчику. Мальчик зарядил горохом ружьё и выстрелил. Три горошины залетели на крышу. Там их склевали голуби. Одна горошина закатилась в канаву. Она дала росток. Скоро он зазеленел и стал зеленым кустиком гороха.

Учитывается **критерий смысловой** **целостности**: воспроизведение всех смысловых звеньев; воспроизведение с незначительными сокращениями; пересказ неполный, имеются значительные сокращения, или искажения смысла, привнесения; **критерий лексико-грамматического оформления:** без аграмматизмов; без аграмматизмов, но наблюдается стереотипность оформления высказывания, трудности актуализации слов, единичные лексические замены; отмечаются аграмматизмы, множество лексических замен; **критерий самостоятельности выполнения:** самостоятельный пересказ; пересказ после оказания помощи или повторного прочтения; по вопросам.

б)составление рассказа по серии сюжетных картинок. Учитывается правильная последовательность смысловых звеньев, учет причинно-следственных связей, наличие аграмматизмов, характер синтаксических конструкций.

**Заключение:**

Приложение 9

**Индивидуальная программа реабилитации**

**лица с ограниченными возможностями**

# Экспертная диагностика

1. Клинико – функциональный диагноз (на основе МКФ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Социально-средовая характеристика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Психолого-педагогическая характеристика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Экспертное заключение:**

4. Имеются ограничения жизнедеятельности и способностей (необходимое подчеркнуть):

* к самообслуживанию (частичное, полное)
* к передвижению (частичное, полное)
* к общению (частичное, полное)
* к контролю за своим поведением (частичное, полное)
* к обучению (частичное, полное)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5. Подтверждены потребности в проведении реабилитации,  в т.ч.: | Срок реализации | | Ответственность за исполнение ИПР возлагается |
| нач. | кон. |
| 5.1. *Медицинская реабилитация:* |  |  |  |
| 5.1.1. консультация специалистов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.1.2. лечение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.1.3. протезирование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| *5.2. Социальная реабилитация:* |  |  |  |
| 5.2.1. обслуживание на дому социальным работником |  |  |  |
| 5.2.2. Обеспечение техническими и иными вспомогательными средствами:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.2. а. тифлотехникой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.2.б. сурдотехникой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.2.в. тифлосурдотехникой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.2.г. техническими средствами для двигательной реабилитации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.2д. протезно-ортопедическими средствами\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.3. Обучение пользованию предоставляемыми техническими средствами\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.4. Обеспечение физического доступа к объектам социальной инфраструктуры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.4.а. изменение жилищно-бытовых условий в соответствии с особенностями заболевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.4.б. создание образовательных условий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.5. Необходимость проживания или пребывания в специальных реабилитационных организациях (указать тип организации)\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.6. Воспитание и обучение в специализированных организациях\_\_(указать тип организации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.6.а. занятие с специальным педагогом ( логопед, дефектолог, тифлопедагог, сурдопедагог, социальный педагог, ЛФК) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 5.2.6.б. проведение занятий по развитию социальных, бытовых и санитарно - гигиенических навыков, научить ребенка обслуживать себя, свою семью (нужное подчеркнуть) |  |  |  |
| 5.2.7. Консультативная и информационная помощь (указать профиль) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.7. Социально-правовая помощь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.8. Психологическая помощь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.9. Материальная помощь: |  |  |  |
| 5.2.9.а. натуральная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.2.9.б. финансовая \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5.3. Профессиональная реабилитация |  |  |  |
| 5.3.1. профессиональная ориентация (необходимое подчеркнуть, указать профиль, специализацию): |  |  |  |
| * профессиональная консультация |  |  |  |
| * профессиональный подбор |  |  |  |
| 5.3.2. профессиональное обучение (необходимое указать каким навыкам) |  |  |  |

**Этапный эпикриз**

6. Реализация индивидуальной программы реабилитации

* реализована в полном объеме в указанные сроки
* нереализована полностью в указанные сроки (указать по каждому мероприятию причину невыполнения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* разработка новой индивидуальной программы реабилитации с учетом анализа нереализованных мероприятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Эффективность индивидуальной программы реабилитации

* клинико-функциональные показатели\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* социально-средовые показатели\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* учебные показатели\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Составители ИПР | Ф.И.О. | Подпись |
|  | Зав. ПМПК/отделения |  |  |
|  | Социальный работник /педагог |  |  |
|  | Психолог |  |  |
|  | Логопед-дефектолог |  |  |
|  | Невропатолог |  |  |
|  | Ортопед |  |  |
|  | Реабилитолог |  |  |
|  | Родитель |  |  |
|  | Лицо с ограниченными возможностями (инвалид) |  |  |
|  |  |  |  |

Приложение 10.

**Социально-правовая защита детей -инвалидов**

**(перечень гарантированных социальных услух)**

* Получение пособия по инвалидности – пособие назначается со дня установления инвалидности, (статья 35 Закона «С социальной защищенности инвалидов в РК»);
* Предоставление дополнительного денежного пособия по воспитанию и обучению на дому, согласно заключению психолого-медико-педагогической консультации, если отсутствует возможность осуществлять воспитание и обучение детей-инвалидов в общих или специальных дошкольных или учебных организациях и с учетом желания и возможности родителей (статья 23 Закона «О социальной защищенности инвалидов в РК»);
* Социальное обслуживание на дому (СТ РК 1173-2003);
* Гарантированное бесплатное получение социальной и медико-педагогической коррекционной поддержки. (Закон РК «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержки детей с ограниченными возможностями »);
* Бесплатное обследование в государственных медицинских организациях, ПМПК или отделах медико-социальной экспертизы и бесплатную медицинскую помощь в порядке, установленном законодательством РК. Родители и иные законные представители детей с ограниченными возможностями имеют право присутствовать при освидетельствовании ребенка ПМПК.
* Бесплатное предоставление лекарств (статья 36 Закона «О социальной защищенности инвалидов в РК»);
* Бесплатное обеспечение (инвалидные коляски, слуховые аппараты);
* Бесплатное или с 50 скидкой обеспечение по медицинским показаниям протезно-ортопедическими изделиями (статья 36 Закона «О социальной защищенности инвалидов в РК»);
* Санаторно-курортное лечение в санатории «Балбулак» ( 1 раз в 3 года);
* Улучшение жилищных условий (статья 39 Закона «О социальной защищенности инвалидов в РК»);
* Освобождение дохода одного из родителей ребенка инвалида от выплаты подоходного налога, земельного налога (ст 144, ст 324 Налоговый кодекс РК);
* Бесплатное посещение организаций культуры (статья 13 Закона «О социальной защищенности инвалидов в РК»);
* Азиатское общество по правам детей- инвалидов. Бесплатные юридические консультации. Телефон**: 72-47-08**

Алгоритм оказания социально-правовой помощи детям-инвалидам

Бесплатное предоставление лекарств Санаторно-курортное

(статья 36 Закона лечение в санатории

«О социальной защищенности «Балбулак» (1 раз в 3 г.)

инвалидов в РК»);

Освобождение дохода одного из родителей ребенка инвалида от выплаты подоходного налога, земельного налога (ст 144, ст 324 Налоговый кодекс РК);

**в бухгалтерию**

**по месту работы**

**Справка**

**о инвалидности**

Социальное обслуживание на дому (СТ РК 1173-2003);

**Заявление**

**в**

**РЦТЗСЗН**

**ПМПК по месту жительства**

Бесплатное обеспечение техническими и иными средствами реабилитации (инвалидные коляски, слуховые аппараты)

**Необходимые документы:**

**1.Справка об инвалидности**

**2.Заключение и направление сурдолога**

Слуховой аппарат

(по месту жительства)

Бесплатное или с 50 скидкой обеспечение по медицинским показаниям протезно-ортопедическими изделиями (статья 36 Закона «О социальной защищенности инвалидов в РК»);

**Справка**

**об инвалидности**

**Направление**

**врача ортопеда**

Государственная адресная социальная помощь – выплата в денежной форме, предоставляемая государством лицам (семьям) с месячным среднедушевым доходом ниже черты бедности, установленной в областях, городах (Закон РК от 17 июля 2001 г. «О государственной адресной социальной помощи»).

**РЦТЗСЗН**

Необходимые документы:

1. Заявление с указанием номера СИК
2. сведение о составе семьи:
3. сведения о полученных доходах членов семьи заявителя:
4. сведения о наличии личного подсобного хозяйства

**Литература**

1. Архангельский Г.В. Практикум по невропатологии. М., 1967.
2. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным пара­личом (доречевой период). — М., 1989.
3. Архипова Е. Ф.Логопедическая работа с детьми раннего возраста./учебное пособие. – М.: АСТ:Астрель, 2006.
4. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М. Рук-во по неврологии раннего детского возраста. Киев.1980.
5. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. — Киев, 1988.
6. Бадалян Л.О. Детская неврология. Москва. ООО «МЕДпресс». 1998.
7. Баженова О. В. Диагностика психического развития детей первого года жизни. – М.: МГУ, 1986.
8. Богородинский Д.К., Скоромец А.А., Шварев А.И. Рук-во к практическим занятиям по нервным болезням. М., «Медицина», 1977.
9. Горюнова А.В. ,Козловская Г.В., Римашевская Н.В. Стандартизированная клинико-психологическая методика «ГНОМ». //Методические рекомендации. – М., 1989.
10. Пантюхина Г.В. Печора К.Л., Фрухт Э.Л. Диагностика нервно-психического развития детей трех лет жизни. – М.:ЦОЛИУВ, 1979.
11. Воронцов И.М., Коровин А.М. Анатомо-физиологические особенности, методы исследования и семиотика поражений нервной системы у детей. Уч.-метод. пособие. Ленинград., 1988.
12. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития детей с церебральным параличом. — М., 1977.
13. Диагностика психического развития в раннем детстве. -/под ред.Сулейменовой Р.А.: учебно-методическое пособие. Алматы,2000.
14. Журба Л.Г., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. - М.: Медицина, 1981.
15. Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Масшюкова ЕМ. Воспитание детейцеребральным параличом в семье. — М., 1993.
16. Кешишян Е.С. Психомоторное развитие детей первого-второго года жизни.- М.,2000.
17. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом (методические рекомендации). — М.; СПб., 1998.
18. Левченко И.Ю. Этапы коррекции нарушений психики у детей с церебральными параличами: Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации. — М.,89.
19. Левченко И.Ю., Приходько О.Г.Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М.,2001.
20. Мастюкова Е.М. Диагностика нарушений психоречевого развития у детей с церебральными параличами и пути логопедических и педагогических мероприятий в этом периоде. – М.,1973.
21. Мастюкова ЕМ. Физическое воспитание детей с церебральным параличом. Младенческий, ранний и дошкольный возраст. — М., 1991.
22. Мастюкова ЕМ., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. — М., 1985.
23. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича: Сборник научных трудов. — М., 1991.
24. Методическое письмо по обследованию нервной системы новорожденных и детей 1-го года жизни. Москва.1968.
25. Приходько О.Г. Специальное образование лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата. / Специальная педагогика: учебн.пособие для студ.высш.учеб.заведений/ под ред. Н.М.Назаровой.- М.:Издательский центр «Академия», 2000.
26. Психолого-медико-педагогическое обследование детей дошкольного и младшего школьного возраста -/под ред.Сулейменовой Р.А.: учебно-методическое пособие. Алматы,2000.
27. Белопольская И.Л. Проблемы психологического консультирования детей с отклонениями в развитии. – В кн.: практикум по патопсихологии - /под ред. Б.В.Зейгарник, В.В.Николаевой, В.В.Лебединского. –М.: МГУ,1987.
28. Семаго М.М. Консультирование семьи «проблемного ребенка (психокоррекционные аспекты работы психолого-консультанта) // Семейная психология и семейная терапия. – 1998. - №1.
29. Семенова К.А., Мастюкова ЕМ., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитацинная терапия детей с церебральным параличом. — М., 1972.
30. Семенова К.А., Махмудова Н.М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. — Ташкент, 1979.
31. Стребелева Е.А. Методические рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей (2-3лет): Ранняя диагностика умственного развития. - М.: Компания «Петит», 1994.
32. Сулейменова Р.А., Ерсарина А.К. Скрининговая аттестация развития детей раннего возраста. Метод.рекомендации. Алматы, 2001.
33. Ткачева В.В.Психологические особенности матерей, имеющих детей с тяжелыми двигательными нарушениями.- //Коррекционная педдагогика.-2004.- №1(3).
34. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Москва. «Техлит», 1996.
35. Шамарин Т.Г., Белова Г.И. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей. — Калуга, 1996.
36. Шамансуров Ш.Ш., Трошин В.М., Кравцов Ю.И. Детская неврология. Ташкент. 1995.
37. Шипицина Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. Москва.2001.