## ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

В связи с тем, что в состоянии моторики установлен ряд отклонений, мы сочли необходимым описать способы и приемы ее обследования у детей дошкольного возраста. Обследование необходимо для установления характера нарушений произвольной моторики, а также выявления степени задержки или отставания в моторном развитии. Эти данные служат дополнительным материалом для дифференциальной диагностики речевых нарушений. Они помогают определить средства дифференциального коррекционного воздействия в процессе занятий и выбрать способы индивидуальной работы. Обследование проводится в три этапа и отражает динамику состояния моторной сферы: в начале, середине и в конце коррекционных занятий.

По анамнестическим данным уточняются речевое развитие ребенка от рождения до трех лет, особенности развития моторных функций, характер манипулятивной и игровой деятельности, наличие навыков самообслуживания (в соотношении с возрастными нормами).

Обследование состояния произвольной моторики включает следующие моменты:

— обследование произвольной мимической моторики (качество и объем движений мышц лба, глаз, щек);

— обследование речевой моторики (сила, точность, объем, переключаемость движений губ, языка, щек);

— состояние отдельных компонентов общей произвольной моторики: статическая и динамическая координация, одновременность, отчетливость движений;

— обследование тонкой моторики пальцев рук (качества и степени дифференцированного движения, возможности действий с предметами).

### *Обследование произвольной мимической моторики*

Для обследования детей от 4 до 6 лет используются тесты Л.А.Квинта в модификации Г.Гельнитца (методика адаптирована применительно к разным возрастам):

1.  Поднять брови *(«Удивление»).*

2.  Слегка сомкнуть веки.

3.  Прищурить глаза («Яркое *солнце»).*

4.  Плотно сомкнуть веки («Стало *темно»).*

5.  Сжать губы.

6.  Придать губам такое положение, которое требуется для игры на духовом инструменте.

7.  Вытянуть губы как для произнесения звука «о».

8.  Надуть щеки.

9.  Оскалить зубы *(«Заборчик»).*

10.  Вытянуть губы, как для свиста.

Задания повторяются подряд 3 раза. Желательно проводить обследование в игровой форме.

Оценка производится по трехбалльной системе. Полноценное, четкое выполнение оценивается 1 баллом; частичное, недостаточно четкое — 2 баллами; невыполнение более 7 заданий — 3 баллами.

Дается общая характеристика мимики по наблюдению за ребенком (живая, вялая, напряженная, спокойная, отсутствие мимики — амимия, гримасничанье, дифференцированная и недифференцированная мимика).

### *Обследование речевой моторики*

1.  Открывание и закрывание рта.

2.  Рот полуоткрыть, широко открыть, закрыть.

3.  Имитация жевательных движений.

4.  Попеременное надувание щек.

5.  Втягивание щек.

6.  Оттягивание углов рта как для произнесения звука «и», затем губы сделать круглыми — «о»; вытянуть губы — «у».

7.  Высовывание «широкого» и «узкого» языка, удержание заданной позы на счет до пяти.

8.  Покусывание кончика языка.

9.  Касание кончиком языка поочередно правого и левого углов рта, верхней и нижней губы *(«Часы»).*

10.  Упор кончика языка в нижние зубы с одновременным выгибанием спинки языка *(«Кошка сердится»).*

11.  Присасывание спинки языка к небу, пощелкивание *(«Поцокаем», «Поехали на лошадке»).*

12.  Поднять кончик языка вверх, облизать верхнюю губу сверху вниз *(«Вкусное варенье»).*

13.  Произнесение гласных звуков на твердой и мягкой атаке. Задания преподносятся в игровой форме, каждое движение повторяется 3 раза.

Оцениваются сила речевых движений (слабые, сильные), точность (неточные, точные), объем (неполный, полный) и переключаемость (медленная, быстрая). Отмечаются наличие синкинезий, девиации языка, быстрота формирования артикуляционного уклада, длительность удержания позы.

Оценка: 1 балл — четкое выполнение движении; 2 балла — незначительные изменения объема, силы и точности движений; 3 балла — отсутствие удержания поз; выраженные изменения силы, точности, объема; трудности переключения речевых движений; девиация языка.

### *Обследование общей произвольной моторики*

С этой целью используются тесты мотометрической шкалы Озерецкого—Гельнитца. Обследуются как статическая, так и динамическая координация, одновременность, отчетливость движений.

*4 года*

1.  Стояние в течение 15 ее закрытыми глазами; руки вытянуты по швам, ноги поставлены таким образом, чтобы носок левой ноги тесно примыкал к пятке правой ноги, стопы расположены по прямой линии. (Схождение с места, балансирование при выведении балльной оценки учитывается как минус).

2.  Пальце-носовая проба. Коснуться, закрыв глаза, указательным пальцем правой и левой рук (по очереди) кончика носа. (Задание считается невыполненным, если ребенок коснется не кончика носа, а какого-либо другого места, или сначала коснется другого места, а потом кончика носа. Допускается повторение задания 3 раза для каждой руки. Положительная оценка выставляется при двукратном правильном выполнении задания.)

3.  Подпрыгивание. Одновременно отделяются от земли обе ноги. Высота прыжка не учитывается. Задание считается невыполненным, если обследуемый не умеет сразу отделить от земли обе ноги, приземляется на пятки, а не на носки, в течение 5 с производит меньше 7 подпрыгиваний. Допускается повторение.

4.  Обследуемому предлагается в течение 10 с указательными пальцами горизонтально вытянутых рук описывать в воздухе круги произвольного, но одинакового размера. Правой рукой круги описываются по направлению часовой стрелки, левой — в обратном направлении. (Задание считается невыполненным, если ребенок вращал руками в одноименную сторону, описывал круги неправильной формы или неодинакового размера. Задание может повторяться не более 3 раз.)

5.  Подать руку, попросить крепко пожать ее сначала правой, потом левой и, наконец, обеими руками. При наличии лишних движений задание считается невыполненным.

*5 лет*

1.  Стояние в течение 10 с на пальцах ног («на цыпочках») с открытыми глазами. Руки вытянуты по швам, ноги плотно сжаты, пятки и носки сомкнуты. (Задание считается невыполненным, если обследуемый ребенок сошел с первоначальной позиции или коснулся пятками пола. Учитываются шатание, балансирование и опускание на пальцах ног. Допускается повторение до 3 раз.)

2.  Подпрыгивание с открытыми глазами попеременно на правой и левой ноге на расстояние 5 м. Ребенок сгибает под прямым углом ногу в коленном суставе, руки на бедрах. По сигналу он начинает прыгать и, допрыгав до заранее указанного ему места, опускает подогнутую ногу. Скорость не учитывается. (Задание считается невыполненным, если обследуемый больше чем на 50 см отклоняется от прямой линии, касается пола подогнутой ногой и размахивает руками. Допускается повторение задания 2 раза для каждой ноги.)

3.  Справа и слева по бокам спичечной коробки (на расстоянии, равном длине спички) расположены тесно в ряд (вертикально) по 10 спичек с каждой стороны. По сигналу обследуемый начинает укладывать спички в коробку, для чего он должен большим и указательным пальцами обеих рук одновременно брать с каждой стороны по спичке и одновременно складывать их в коробку. Первыми берутся спички, ближайшие к стенкам коробки. В течение 20 с должно быть уложено не менее чем по 5 спичек. (Задание считается невыполненным, если ребенок производит движения разновременно или уложил за 20 с менее 5 спичек. Допускается повторение задания.)

4.  Обследуемому предлагается оскалить зубы (широко улыбнуться). Следят за тем, чтобы не было лишних движений.

*6 лет*

1.  Стояние с открытыми глазами в течение 10 с попеременно на правой и левой ноге. Одна нога согнута под прямым углом в коленном суставе, руки вытянуты по швам. Задание считается невыполненным, если обследуемый опустил приподнятую ногу, коснулся пола подогнутой ногой, сошел с места. Учитывается и приподнимание подогнутой ноги, балансирование, подпрыгивание.

2.  Попадание мячом в цель с расстояния 1 м. Цель — квадратная доска 25\*25 см на стене, на уровне груди обследуемого. Ребенок кидает мяч диаметром 8 см с «развернутого плеча» сначала правой, затем левой рукой. Задание считается выполненным, если из 3 метаний правой рукой мальчики 2 раза попадут в цель (девочки — 2 раза из 4 метаний). В протоколе указывается, для какой руки задание не выполнено. Задание можно повторить.

3.  Перепрыгнуть с места без разбега через веревку, протянутую на высоте 20 см от пола. При прыжке необходимо сгибать обе ноги и одновременно отделять их от земли. Из трех проб испытуемый должен 2 раза перепрыгнуть веревку, не задев ее. Задание считается невыполненным при касании руками пола, падении.

4.  Обследуемый марширует по комнате в любом темпе. Маршируя, он должен, взяв катушку в левую руку, сматывать с нее нитку и наматывать ее на указательный палец правой руки в течение 15 с. После перерыва в 5—10 с предлагают взять катушку в правую руку. Задание считается невыполненным, если обследуемый во время маршировки более 3 разменял темп или проделывал задание разновременно (отмечается, для какой руки выполнение не удалось). Допускается повторение 2 раза.

5.  Ребенку предлагается взять в руки перкуссионный молоток и несколько раз сильно ударить им по столу. Следят за тем, чтобы не было лишних движений. Выполнение заданий оценивается по трехбалльной системе.

### *Обследование тонких движений пальцев рук*

Определение качества и степени дифференцированности движений:

1.  Сжать пальцы в кулак.

2.  Загнуть каждый из пальцев попеременно то на правой, то на левой руке («Пальчики прячутся»).

3.  Соединить пальцы одной руки с пальцами другой («Пальчики здороваются»).

### *Обследование действий с предметами*

1.  Выложить узор мозаики.

2.  Самостоятельно застегнуть пуговицы.

3.  Вычертить карандашом вертикальные палочки в разлинованной тетради.

4.  Нанизывать на нитку бусинки.

5.  Укладывать в коробку правой и левой руками по одной 5 спичек (палочек).

Оценка: 1 балл — четкое выполнение всех заданий; 2 — выполнение не более 5 заданий из предложенных; 3 — выполнение одного-двух заданий из числа предложенных; плохая координация, неловкость движений.

При обследовании и в процессе наблюдений учитываются: общий вид ребенка, осанка, отношение к речевой инструкции, активность, ориентировка в пространстве, координация слова с движением, наличие патологических или сопутствующих речи движений, состояние мышечного тонуса, признаки утомляемости, темп движений, упражняемость в моторных навыках.

*Возрастные особенности развития зрительно-моторной координации*

|  |  |
| --- | --- |
| Возраст | Навыки поведения |
| 3—6 мес. | Направляет руки ко рту. Следит за движением рук. Под контролем зрения направляет руку к предмету и захватывает его |
| 6—12 мес. | Развивается «единое» поле зрения и действия. Глаз направляет движение руки. Перекладывает предмет из одной руки в другую. Может положить ложку в чашку, кубики в коробку |
| 1—2 года | Чертит штрихи и «каракули». Держит чашку, поднимает ее и пьет. Помещает квадрат в квадратную прорезь, овал — в овальную. Повторяет изображения нескольких горизонтальных, вертикальных и округлых линий |
| 2—3 года | Может крутить пальцем диск телефона, рисует черточки, воспроизводит простые формы. Режет ножницами. Рисует по образцу крест |
| 3—4 года | Обводит по контурам, копирует крест, воспроизводит формы. Хватает катящийся к нему мяч |
| 4—5 лет | Раскрашивает простые формы. Копирует заглавные печатные буквы. Рисует простой «дом» (квадрат и диагонали). Рисует человека, изображая от 2 до 3 частей его тела. Копирует квадрат, звезду. Дорисовывает три части в незавершенную картину |
| 5—6 лет | Аккуратно вырезает картинки. Пишет буквы и числа. Дорисовывает недостающие детали к картинке. Бьет молотком по гвоздю. Воспроизводит геометрические фигуры по образцу |

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИЗАРТРИИ

### *Дифференциальная диагностика по локально-диагностическим признакам*

*Корковую дизартрию*часто смешивают с дислалией или моторной алалией. Правильная диагностика имеет большое значение, так как вызывает существенные изменения в содержании и методике коррекционной логопедической работы. При дислалии нет органической симптоматики, звуки ставятся значительно легче, а главное, быстрее автоматизируются и вводятся в самостоятельную речь; прогноз благоприятный. При корковой дизартрии прогноз будет зависеть от тяжести дефекта, точности диагностики, выбора методов логопедического и медицинского воздействия, от сроков и длительности коррекционной работы. По своим проявлениям корковая дизартрия напоминает моторную алалию, так как прежде всего нарушается произношение сложных по звукослоговой структуре слов. Отличается тем, что нет нарушений в развитии лексико-грамматического строя, просодическая сторона речи сохранна. Мимика и речь живы и выразительны, голос звонкий, повышенная речевая активность; а при дизартрии голос монотонный, затухающий, лицо амимично.

*Подкорковая дизартрия****.***Причина возникновения — поражение подкорковых узлов головного мозга. Неврологический статус колебания мышечного тонуса (дистония), наличие в мимической и артикуляционной мускулатуре насильственных движений (гиперкинезов), которые возможны даже в состоянии покоя, при речевом акте нарастают. В результате чего ребенок, только что правильно говоривший, через мгновение не может произнести ни звука, и все это из-за артикуляционного спазма. Главной особенностью является то, что наряду с нарушением звукопроизношения для подкорковой дизартрии характерно отсутствие стабильных, однотипных нарушений, страдает вся просодическая сторона речи: темп, ритм, интонация. Эти дети говорят или быстро, или, наоборот, медленно с паузами. Их речь монотонна, однообразна, не модулирована. Голос — прерывистый, затухающий, переходящий в неясное бормотание, с носовым оттенком. Возможны непроизвольные выкрики, прорываются фарингеальные звуки. Таким образом, речевые возможности ребенка зависят от его состояния. Важно всегда помнить и учитывать, что подкорковая дизартрия осложняется нарушениями слуха по типу нейросенсорной тугоухости (прежде всего страдает слух на высокие тона).

*Мозжечковая дизартрия*в чистом виде встречается редко. Этиологические факторы (причины) — поражение мозжечка и его связей с другими отделами центральной нервной системы, а также лобно-мозжечковых путей.

Неврологический статус — отмечается пониженный тонус языка, губ; язык тонкий, распластанный, подвижность его ограничена, артикуляционная поза удерживается с трудом, испытывает трудности в ощущении и сохранении произвольной позы, что связано с постоянно меняющимся мышечным тонусом. Движения языка не точны, при более тонких движениях отмечается мелкое дрожание языка. Мягкое небо — паретично. Подвижность, объем, темп движений органов артикуляции ограничен, снижен. Мимика вялая. Нарушена координация движений. Речевой статус — речь при мозжечковой дизартрии невнятная, замедленная, ребенок не в состоянии координировать речедвигательный процесс, он с трудом ворочает языком. Речь толчкообразная, скандированная, с нарушенной модуляцией ударений, затуханием голоса к концу фразы, иногда сопровождается выкриками отдельных звуков. Диагностировать помогают походка и речь «пьяного» человека.

*Бульбарная дизартрия*произошла от латинского термина. Продолговатый мозг имеет форму луковицы, отсюда его название.

Причина возникновения — одностороннее или двустороннее поражение периферических двигательных нейронов (тройничного, лицевого, языкоглоточного, блуждающего и подъязычного). Бульварная дизартрия представляет собой симптомо-комплекс речедвигательных расстройств, развивающихся в результате поражения ядер, корешков или периферических отделов УП, IX, X, XII пар черепно-мозговых нервов.

Неврологический статус — имеет место периферический парез; параличи и парезы мышц артикуляционной мускулатуры избирательные, вялые. В детской практике наибольшее значение имеют односторонние избирательные поражения лицевого нерва (VII пары ч. м. н.), что ведет к вялым параличам мышц губ, одной щеки. Подвижность артикуляционной мускулатуры ограничена в зависимости от степени паралича. Лицо амимично. Нарушается глотание твердой и жидкой пищи, затруднено жевание.

Речевой статус — голос слабый, назализованный, нет звонких звуков, они оглушаются, причина — парез голосовых связок Многочисленные искажения звукопроизношения из-за паретического состояния мышц, языка, глотки. Речь невнятная, крайне нечеткая, замедленная. Грубо искажается произношение всех губных звуков по типу приближения их к единому глухому щелевому губно-губному звуку. Все смычные приближаются к щелевым, переднеязычные — к единому глухому плоскощелевому звуку.

*Псевдобульбарная дизартрия*— двусторонние поражения центральных двигательных кортико-бульбарных нейронов, идущих от коры головного мозга к ядрам черепно-мозговых нервов ствола.

Неврологический статус — повышение мышечного тонуса в отдельных мышечных группах по типу спастичности, вызывает спастическую форму псевдобульбарной дизартрии; понижение мышечного тонуса — паретическую форму. Отмечается ограничение произвольных движений. Язык напряжен, оттянут назад, кончик языка не выражен, отклоняется в здоровую сторону, наблюдается саливация (слюнотечение). Движения замедлены в темпе, отличаются малой амплитудой, истощаемостью, повышением мышечного тонуса, диффузным перемещением.

Речевой статус — в звукопроизношении избирательные трудности, страдают *р*, *л, ш, ж, ц, ч*(сложные по артикуляции переднеязычные звуки). При спастической дизартрии происходит озвончение глухих согласных. Голос, дыхание, интонационно-мелодическая сторона речи нарушены. При паретичной — страдают смычно-губные звуки *(п, б,* *м),*язычно-альвеолярные гласные *(и, ы, у).*Отмечается назализация звуков.

Возникает частичный или полный периферический вялый паралич, или парез.

Направление к невропатологу (Образец)

К…. Ваня, 15.07. 20013 г. р., проживающий по адресу: … Посещает группу компенсирующей направленности для детей с ТНР ГБДОУ «Детский сад № … района Санкт-Петербурга».

Диагноз. Тяжелое нарушение речи. Общее недоразвитие речи (II-II ур. речевого развития). Стертая псевдобульбарная дизартрия (спастическая форма) ???

При обследовании выявлено следующее.

В физическом статусе отмечаются общая физическая слабость, маленький рост, узкая грудная клетка, двигательная недостаточность (нарушениях равновесия и координации движений), слабость мышц, иннервируемых тройничным нервом, ограничение объема движений в верхних и нижних конечностях с обеих сторон.

В неврологическом статусе наблюдаются микросимптоматика: стертые, неярко выраженные парезы (языка, нижней губы), гипрекинезы, синкинезии в мимической и речевой мускулатуре, асимметрия лица, рта, наблюдается сглаженность носогубных складок. Язык напряжен, отмечается синдром перочинного ножа или пружины. Особенно трудным оказывается движение высунутым языком вверх с загибанием кончика к носу. Все движения артикуляторных органов замедлены в темпе, отличаются малой амплитудой, истощаемостью. Акт глотания затруднен, поэтому отмечается повышенная саливация. Страдают все согласные со сложными укладами, а особенно сложные по артикуляции переднеязычные звуки: [р], [л], [ш], [ж], [ч], [ц].

В вегетативной нервной системе изменения мозаичны, фрагментарны (потливость верхних и нижних конечностей, цианичность языка, повышенная саливация).

В психологическом статусе нарушения эмоционально-волевой сферы, которые проявляются в пугливости, повышенной возбудимости ребенка, чрезмерной чувствительности ко всем раздражителям

Прошу подтвердить диагноз Стертая псевдобульбарная дизартрия (спастическая форма) и указать сопутствующие синдромы (пирамидной недостаточности, гипертензионный и т.п.).

## Источники:

## Поваляева М.А. Справочник логопеда - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002 -- 448 с.

## <https://pedlib.ru/Books/3/0061/3_0061-84.shtml>

## [academypreschool@yandex.ru](mailto:academypreschool@yandex.ru)