УТВЕРЖДАЮ:

Главный врач

БУЗ ВО «Вологодская

городская больница № 1»

\_\_\_\_\_\_\_П.Е.Шепринский

«26» апреля 2019 г.

**Программа восстановительного обучения**

**при бульбарной дизартрии у больных,**

**перенесших острое нарушение мозгового кровообращения**

Вологда, 2025 г.

Составители:

Лапина Н.М., логопед высшей квалификационной категории, кандидат педагогических наук, БУЗ ВО «Вологодская городская больница № 1»

Тюпина А.А., логопед первой квалификационной категории БУЗ ВО «Вологодская городская больница № 1»

Содержание

Пояснительная записка.

Формы организации деятельности логопеда в медицинском учреждении.

Характеристика бульбарной дизартрии.

Программа восстановительного обучения при бульбарной дизартрии у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Методы работы.

Используемая литература.

Приложение.

**Пояснительная записка**

По статистике, мозговой инсульт занимает первое место (40-50%) среди патологий, служащих причиной инвалидности. Количество лиц, перенесших инсульт, увеличивается с каждым годом. Часто такие люди нуждаются в коррекции речевых функций и обращаются за помощью в различные медицинские учреждения, где есть услуги логопеда. Людям с ОНМК, необходим особый индивидуальный подход, включающий в себя преодоление речевых нарушений, коррекцию коммуникативных навыков. Родственники данных пациентов также нуждаются в квалифицированной логопедической консультации.

В группе речевых дисфункций, развивающихся у больных с последствиями нарушения мозгового кровообращения, второй по значимости после афазии является дизартрия (13,4%).

Дизартрия (от греч. *дис –* нарушение признака или функции, *артрон –* сочленение) – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации органов артикуляции.

Клинико-физиологические аспекты дизартрии определяются локализацией и глубиной поражения головного мозга, а именно:

- периферических двигательных нервов;

- ядер периферических двигательных нервов (стволовые отделы);

- ядер, располагающихся в стволе и подкорковых отделах, отвечающих за безусловно-рефлекторные речевые реакции.

Программа разработана в соответствии с Федеральным законом РФ «Об образовании» № 273-ФЗ от 29 декабря 2012 года, уставом бюджетного учреждения здравоохранения Вологодской области «Вологодская городская больница № 1», приказом Министерства здравоохранения РФ № 383 от 28.12.1998 г. «О специализированной помощи больным при нарушении речи и других высших психических функций», приказом МЗ РФ № 928н от 15.11.2012г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения».

Данная программа несет коррекционно-восстановительную направленность: формирование мотивации к восстановлению утраченных навыков, коррекцию коммуникативных навыков, коррекцию речевых нарушений.

Программа направлена на реализацию системы специализированной помощи в медицинских организациях лицам, перенесших инсульт, с речевыми нарушениями.

*Содержание программы* разработано с учетом клинического диагноза, психологического статуса, индивидуальных особенностей пациента.

В работе логопеда медицинской организации можно выделить 3 направления деятельности:

- диагностическое: обследование состояния речи пациента;

- коррекционно-развивающее: коррекционная работа по специальной коррекционно-обучающей программе соответственно диагнозам в форме индивидуальных занятий;

- консультативное: проведение консультации для родственников пациентов, систематическое консультирование медицинского персонала.

Программа рассчитана на лиц, перенесших ОНМК, обратившихся к логопеду в медицинскую организацию Учреждения.

*Специфика программы* в том, что она учитывает клиническую и педагогическую классификацию речевых нарушений. Также в программе уделяется внимание наличию нескольких дефектов у пациентов и индивидуальным особенностям лиц, перенесшим ОНМК.

Актуальность программы заключения в специализированной логопедической помощи лицам перенесшим инсульт. Реализация данной программы поможет пациентам исправить нарушение речи, восстановить утраченные навыки, успешно адаптироваться к социальной среде.

*Педагогическая целесообразность* программы заключается в том, что при выполнении содержания программы, обеспечивается достижение поставленных логопедом целей и задач по преодолению речевых нарушений у лиц, перенесших инсульт с конкретным логопедическим диагнозом.

Цель программы: преодоление бульбарной дизартрии у лиц, перенесших ОНМК в условиях медицинской организации.

Задачи программы:

- осуществлять специализированную логопедическую помощь больным с бульбарной дизартрией, перенесших ОНМК, с учетом особенностей их психофизического развития и индивидуальных возможностей;

- корректировать у пациентов коммуникативные умения и навыки;

- оказывать консультативную и методическую помощь родственникам пациентов, перенесших инсульт.

В основе программы заложены следующие принципы восстановительного обучения:

- использование сохранных анализаторов в качестве опоры при обучении;

- использование остаточных возможностей наиболее упроченных форм деятельности;

- восстановление функций не в пассивной, а в активной, саморегулирующей форме;

- принцип программирования;

- принцип обратной связи;

- принцип комплексного воздействия.

Программа предполагает коррекционно-восстановительную работу при бульбарной дизартрии с больными перенесшими ОНМК, и обратившимися к логопеду в медицинскую организацию. Рассчитана на различное количество занятий, за один курс восстановления, количество занятий зависит от длительности пребывания пациента в неврологическом отделении для больным с нарушением мозгового кровообращения (в среднем 11 занятий), длительность логопедических занятий зависит от индивидуальных особенностей, сложности дефекта, физических возможностей пациента и его соматического состояния (продолжительность занятия от 10 до 40 минут).

Для пациентов при индивидуальной работе с бульбарной дизартрией – 1,5 посещения в час. Срок реализации программы зависит от продолжительности стационарного лечения пациента. В остром периоде логопедическую работу следует начинать как можно раньше для предупреждения возникновения и фиксации патологических речевых стереотипов и осложнений.

**Характеристика бульбарной дизартрии**

Дизартрия – это нарушение звукопроизношения, голосообразования и просодики, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата: дыхательного, голосового, артикуляционного. При дизартрии нарушается двигательный механизм речи за счет органического поражения центральной нервной системы. Структуру дефекта при дизартрии составляет нарушение всей произносительной стороны речи и внеречевых процессов: общей и мелкой моторики, пространственных представлений и др. Структура дефекта в специальной литературе достаточно изучена.

Теоретическими и методическими аспектами дизартрии занимались исследователи: О.В.Правдина, К.А.Семенова, М.Ю.Эйдинова, Е.Н.Винарская, Г.В.Гуровец, Р.И.Мартынова, Л.А.Чистович, Е.Ф.Соботович, Э.Я.Сизова, А.Н.Корнев, Т.Г.Визель, Г.В.Чиркина, Е.М.Мастюкова, И.И.Панченко, М.В.Ипполитова, Л.В.Лопатина, Е.Ф.Архипова и другие.

Большинство специалистов, занимающихся изучением структуры дефекта речи при дизартрии, понимают под этим дефектом невнятную, смазанную, мало разборчивую речь, обусловленную очаговыми поражениями мозга.

Основные проявления дизартрии: нарушения артикуляции звуков; речевого дыхания, нарушение голосообразования и, как следствие, нарушение качества голова; нарушение темпа, ритма и интонации речи. Все нарушения могут проявляться в различной степени.

Бульбарная форма дизартрии обусловлена вялым параличом, связанным с поражением вещества продолговатого мозга и ядер черепно-мозговых нервов. Здесь же проходят проводящие пути (нисходящие и восходящие), которые связывают продолговатый мозг со спинным мозгом, верхним отделом ствола мозга, стриопаллидарной системой, корой больших полушарий, ретикулярной формацией, лимбической системой.

В отличие от других форм дизартрии, при бульбарной дизартрии могут быть поражены изолированные мышечные группы, что обусловлено нарушением функции конкретных черепно-мозговых или спинно-мозговых нервов (с двух сторон), а также их комбинацией.

Симптомокомплекс двигательных расстройств в виде вялого паралича обусловлен очаговых поражением ядер, корешков или периферических стволов IX (языкоглоточный), Х (блуждающий), XII (подъязычный), V (тройничный) и VII (лицевой) пары черепно-мозговых нервов. Двигательные волокна этих нервов иннервируют мышцы глотки, гортани надгортанника, язычка мягкого нёба, языка.

Эти мышцы обеспечивают речевую артикуляцию, звучание голоса, а также акт глотания.

Параличи мышц глотки приводят к затрудненному глотанию, поэтому при глотании больные поперхиваются. Паралич мышц надгортанника приводит к попаданию жидкой пищи в гортань и трахею.

Паралич мышц мягкого нёба вызывает затекание пищи в полость носа.

Паралич мышц гортани приводит к провисанию голосовых складок, что вызывает афонию или гипофонию – голос становится беззвучным.

Из-за провисания мягкого нёба голос может приобретать назализованный оттенок. Наряду с нарушением артикуляции и голоса страдают такие важные, безусловно-рефлекторные функции, как жевание и глотание (дисфагия или афагия). У взрослых пациентов утрата автоматизма глотания является тяжелым осложнением, восстановление невозможно без специального обучения.

Нёбный и глоточный рефлексы исчезают.

Основные характеристики нарушений речи могут быть объяснены мышечной слабостью, пониженным мышечным тонусом и влиянием этих нарушений на темп, объем и точность речевых артикуляций. Именно состоянием мышц и объясняется другое название этой дизартрии – «паретическая», т.е. вялая.

При бульбарном параличе мышцы артикуляторного, голосового и дыхательного отделом периферического аппарата имеют низкий тонус и характеризуются гипотонией, вплоть до атонии, нарушением кровоснабжения. Особенно резко ухудшен отток крови, так как вены атоничны, расширены. Мышцы уменьшаются в объеме, становятся резко ослабленными, гипотоническими или полностью атоническими, и не реагируют рефлекторно на раздражения (арефлексия).

При этой форме дизартрии нередко наблюдаются атрофические явления в мышцах, в связи с чем отмечаются фасцикуляции и фибрилляции.

Фасцикуляции представляют собой видимые глазом аритмичные, изолированные подергивания в волокнах мышцы, находящейся в состоянии покоя; фибрилляции – спонтанные сокращения отдельных мышечных волокон, которые внешне не видны.

При бульбарной дизартрии, наряду с атрофическими явлениями и гипотонией, имеется гипорефлексия и даже арефлексия.

У пациента, страдающего бульбарной формой дизартрии, отсутствуют как произвольные, так и непроизвольные движения в том отделе речевого периферического аппарата, в котором имеются вялые параличи мышц.

При обследовании ротовой полости обнаруживается, что в тех случаях, когда парализована мышца языка, язык истончен, иногда отмечается синюшность, нередко исчерчен участками более бледного цвета (атрофия), в случаях выраженных атрофии видны фасцикуляции. Он лежит плашмя на дне ротовой полости, не участвует в захватывании и продвигании пищевого комка. Больной не в состоянии осуществить произвольные движения: высунуть язык вперед, в бок, вниз и вверх.

При вялом параличе мягкого нёба отмечается его бледность, оно свисает в ротовую полость, нередко касаясь маленьким язычком корня языка.

Губы синюшны, истончены, не могут раздвинуться в улыбке, сделать «трубочку» и плотно смыкаться. Лицо бледное, аммимичное.

У взрослых с бульбарной дизартрией полностью сохраняется понимание речи окружающих, чтение про себя и письменная речь.

У всех больных с бульбарной дизартрией нарушения речевая артикуляция, а значит, страдает фонетическое оформление речи, в то же время грамматический строй и возможности использования словаря в полном объеме не меняются.

Речь таких больных звучит как невнятная, смазанная, неразборчивая, является трудной для восприятия слушателями.

При изолированном вялом парезе мышц голосовых складок нарушается произношение согласных звуков. Их противопоставленность по принципу глухости – звонкости ослабляется, а иногда исчезает вовсе. В речи остаются глухие или полузвонкие варианты. В силу резкого ослабления голоса больные произносят вместо «дом» - «том» и т.д. Ухудшается противопостав-ление звуков по признаку шумный – сонант, гласные звуки нередко начинают звучать как сложные звуковые сочетания с шумовым призвуком, например: вместо «а» больной произносит «ха», т.е. утрачивается самосто-ятельность гласных, а, следовательно, меняется звуковое оформление и речи.

Парез мышц нёбной занавески не позволяет использовать ротовой резонатор избирательно. Все звуки речи произносятся при свободном проходе выдыхаемого воздуха, как через рот, так и через нос, и поэтому голос становится назализованным.

Особо грубые нарушения в артикуляции наблюдаются при парезе мышц языка, который обычно сопровождается парезом мышц нижней челюсти, что препятствует ее участию в реализации устной речи.

Как известно, согласные звуки противопоставляются по признаку: глухой – звонкий, твердый – мягкий, а также по месту образования: щелевые, смычные, аффрикаты и дрожащие. Звук «л» теряет смычку и напряжение спинки языка (например, «лампа» - «вампа» - «ампа»).

Изолированный парез мышц кончика языка делает невозможным произнесение звука «р» - сложнейшего вибранта, который требует высоко-ординированной и специализированной активации мышечных волокон на четко изолированном участке большой язычной мышцы (например, «рак» - «ак», «лак» - «ак»).

Как «л» так и «р» в случаях пареза вместо вибранты и взрывного становятся щелевыми.

При поражении всех мышц языка более всего нарушаются самые дифференцированные переднеязычные звуки.

При преобладании пареза в мышцах корня языка наблюдаются преимущественно нарушения артикуляции заднеязычных звуков (например, вместо «кукушка» - «тутушка»). Взрывные заднеязычные звуки произносятся как щелевой заднеязычный звук («гром – хвом», «гора – хава»).

Так как артикуляция мягких звуков требует менее дифференцированной иннервации мышц языка, чем артикуляция твердых, но при вялом параличе мышц языка мягкие звуки нарушаются меньше твердых. В тоже время изолированное поражение мышц спинки языка вызывает нарушение артикуляции среднеязычных мягких звуков.

При параличе мышц корня языка возникает компенсаторное напряжение мышц гортани и щелевой звук приобретает верхнее- и нижнегортанный оттенок.

Паралич круговой мышцы рта и губных мышц приводит к нарушению произнесения взрывных звуков и аффрикат. Они превращаются в соответствующие щелевые. Губные взрывные при этом конвергируют к глухому плоско-щелевому губно-губному звуку (»булка» - «пулка»).

Присущая русским щелевым звукам круглая форма щели при параличе этих мышц исчезает и взрывные звуки и аффрикаты превращаются в плоскощелевые, т.е. звуки, несвойственные русской фонологической системе («чек – тек», «щека – ссека»).

Таким образом, парез языка и губ упрощает артикуляторную программу и звуки речи превращаются в менее дифференцированные глухие щелевые звуки.

*Нарушение произношения гласных звуков.* Как известно, гласные звуки противопоставляются по ряду, высоте и огубленности. Вялый паралич артикуляторных мышц не позволяет противопоставлять гласные по этим признакам. Все они, начинают конвергировать к одному звуку, типа безударного гласного «а» или «э».

Таким образом, при бульбарной дизартрии наблюдаются различные варианты упрощения речевых артикуляций, что связано с распределением и глубиной параличи в мышцах голосовых складок, мягкого нёба, языка, нижней челюсти и губ.

При парезе мышц голосовых складок, корня языка и мягкого нёба в артикуляцию звонких звуков включается вся остальная мускулатура речевого аппарата. Вместо открытой назализованности при произношении звуков возникает закрытая назализация, вследствии чего эти звуки теряют носовой оттенок. Произнесение в этих условиях носовых звуков («м», «н») ведет к их замене на ротовые пары.

Так как вялые парезы при бульбарной дизартрии распределяются неравномерно по отдельным мышечным группам артикуляционного аппарата, то наблюдается избирательность в расстройствах артикуляции у разных больных. У одних лиц нарушаются только губные смычные звуки. У других – только заднеязычные смычные звуки, у третьих - переднеязычные звуки.

Выводы:

1.Бульбарная дизартрия характеризуется снижением тонуса мышц речевого аппарата в связи с органическим поражением моторных нейронов в продолговатом отделе мозга.

2.Нарушения моторной реализации фонологической системы речи, замещение ее набором звуков нередко чуждых русской звуковой системе и объединяемых по принципу их анатомо-физиологической доступности. Динамика и варианты зависят от распределения и степени пареза мышц периферического речевого аппарата.

3.У лиц со сформировавшейся до заболевания устной речью нарушается моторная реализация звуковой системы русского языка по следующим закономерностям:

- парез мышц голосовых складок, резко снижающий амплитуду их колебаний и возможность достаточного накопления подскладочного давления воздуха, влечет за собой оглушение согласных и гласных звуков со стиранием в произношении фонологических противопоставлений по признакам звонкий-глухой, шумный-сонант, гласный-согласный;

- парез мышц мягкого нёба, вызывающего пассивное провисание нёбной занавески в ротовую полость, приводит к исчезновению моторной противоположности звуков по принципу ротоносовой (назализация);

- парез мышц губ и языка (преимущественно в том или другом отделе) вызывает замену взрывных звуков и аффрикат соответствующими щелевыми, упрощение характера щели, замену звуков р, л на щелевые;

- парез мышц языка, губ и нижней челюсти имеет следствием стирание различий в фонологических противопоставлений гласных звуков по признакам высоты, ряда и огубленности.

Для обследования больных при бульбарной дизартрии используется Карта нейропсихологического исследования больных с нарушением высших психических функций и альбом для исследования высших психических функций под редакцией академика РАО профессора В.М.Шкловского (Карта в Приложении 1).

Обследование следует начинать с установления контакта с пациентом, с выяснения его преморбидного статуса (образовательного, профессиональ-ного, семейного). Следует внимательно выслушать субъективные жалобы больного, отмечая их активность или пассивность, наблюдая эмоциональное состояние больного, его общую ориентированность в окружающем, степень критичности и адекватности поведения, общую коммуникабельность. Оценка динамики состояния нарушенных функций осуществляется 1 раз в 5-7 дней и отмечается в карте нейропсихологического обследования.

Контрольное нейропсихологическое исследование речи и высших психических функций оценивается перед выпиской из стационара по тем же критериям, что и при первичном обследовании.

**Формы организации деятельности логопеда**

**в медицинском учреждении**

- консультативно-диагностический прием пациентов и родственников лиц, перенесших ОНМК;

- индивидуальное занятие.

*Диагностический первичный прием* проводится по направлению врача-невролога.

*Индивидуальные* занятия проводятся логопедом с пациентом по направлению врача-невролога, обследования речи и высших психических функций и заключению логопеда.

Методы восстановительного обучения

- словесные: изложение материала, беседы, инструкции, анализ выполненных работ;

- наглядные: иллюстрации, предметные и сюжетные картинки, инструкционные карты, таблицы, схемы;

- практические: упражнения, работа по образцу;

- репродуктивные методы (при этом методе обучающиеся воспроизводят полученные знания в речевой деятельности);

- по подражанию, метод отражённой речи, метод сопряжённой речи, метод самостоятельного высказывания.

**Программа восстановительного обучения при бульбарной дизартрии**

**у больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения**

1.Формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи.

2.Снижение степени проявления парезов в мышцах речевого аппарата:

- борьба со слюнотечением;

- нормализация мышечного тонуса с использованием приемов массажа, пассивной и активной артикуляционной гимнастики.

3.Развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата:

- уточнение схем произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений;

- развитие амплитуды произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений;

- развитие скорости переключения произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений;

- развитие работоспособности мышц артикуляционного аппарата.

4.Нормализация речевого дыхания:

- развитие глубины физиологического вдоха, длительности физиологического выдоха, используя статические упражнения, динамическую гимнастику;

- развитие продолжительности речевого вдоха;

- развитие продолжительности речевого выдоха;

- развитие работоспособности мышц отдела дыхания.

5.Нормализация фонетической окраски звуков:

- уточнение артикуляций искаженных звуков;

- закрепление четкой реализации звуков всех групп изолирование в речевом потоке.

6.Восстановление мелодико-интонационной стороны речи:

- развитие силы голоса;

- развитие звонкости голоса;

- развитие диапазона звуко-высотных переходов;

- нормализация темпа, ритма речи;

- развитие работоспособности мышц голосового отдела;

- узнавание и воспроизведение ритмико-мелодических фрагментов;

- формирование интонационного рисунка фразы по образцу, по заданию, самостоятельно.

7.Восстановление глотательной функции.

8.Развитие контроля за произносительной стороной речи.

**Методы и приемы коррекционно-восстановительной работы**

**Логопедический массаж**

Каждое занятие обычно начинается с массажа. Его проведение сокращает сроки речевой работы в несколько раз. Массаж улучшает кровообращение и обменные процессы в тканях, нормализует тонус мышц. Координирует их движения, оказывает благоприятное воздействие на нервную систему.

Проводится тонизирующий массаж воротниковой зоны, мимических мышц лица, губ, языка, мягкого нёба. Используются все виды массажных движений: поглаживающие, разминающие, похлопывающие и вибрационные.

**Артикуляционная гимнастика для мимических мышц лица**

1.Нахмурить брови.

2.Поднять брови (выразить удивление).

3.Наморщиться.

4.Закрывать-открывать глаза.

5.Подмигивать.

6.Надуться.

7.Сделать обиженное выражение (опустить углы рта).

**Артикуляционная гимнастика для щек**

1.Надувание щек и удерживание их в таком положении (статика, то есть удерживание в одном положении).

2.Надувание щек – втягивание их в себя (динамика, то есть смена положений).

3.Поочередное надувание то правой, то левой щеки.

4.Поочередное движение языком то в правую, то в левую щеку.

5.Попеременная улыбка то правым, то левым углом рта («кривая улыбка»).

6.Имитация напряженного жевания (представить, что жуете резину).

7.Полоскание (как имитация процесса, так и полоскание с водой).

**Артикуляционная гимнастика для губ**

1.Растягивание губ в стороны (улыбка).

2.Оскал (показ верхних зубов).

3.Сделать обиженное лицо (вытягивание нижней губы вперед).

4.Изобразить удивление (губы вперед).

5.Изобразить ужас (рот широко открыт).

6.Выдыхать на плотно сжатые губы, вызывая их вибрацию.

7.Многократно произносить губно-губные звуки: *б-б-б-б, п-п-п-п.*

8.Акцентуированно произносимые слоги на резком выдохе: *ба – бо – бу – бы – бэ; бя – бё – бю – би – бе; па – по – пу – пы – пэ; пя – пё – пю – пи – пе.*

9.Акцентуированно произносимые слоги с большим напряжением губ: *ма – мо- му – мы – мэ; мя – мё – мю – ми – ме.*

**Скороговорки и текст с губно-губными звуками («б», «п», «м»)**

Пройти по подземному переходу.

Пешеход пошел по переулку.

Переспрашивать у прохожего.

Предупреждать об опасности.

Подумать, помолчать и приступить.

**Борис Борисович Бобров**

Бобров Борис Борисович берёт берет и пальто перед тем, как покинуть дом, потому что погода испортилась. Похолодало. Пора подбирать ботинки потеплее. Погода пасмурная, возможно, пойдет даже проливной дождь.

Борис Борисович опаздывает, поручение преждевременно исполнить не успел. Привык не опаздывать и успевать, по крайней мере, к последним минутам пятого часа быть на месте. Берёт портфель, убирает берет и пальто на место. Потом принимается принимать посетителей. Посещение каждого посетителя записывается в специальные бумаги, хранящиеся на подоконнике в папке.

**Артикуляционная гимнастика для мышц языка**

1.Рот открыт, губы в улыбке; легко покусывая, помассировать зубами всю поверхность языка, медленно высовывая и затем втягивая его в рот. Потом чесать язык зубами (кусаем язык зубами).

2.Рот открыт, губы в улыбке. Облизывать кончиком языка верхнюю губу, затем нижнюю (облизываем языком слева направо верхнюю губу, а затем нижнюю).

3.Рот закрыт. Облизывать передние нижние и верхние зубы. Следить, чтобы челюсть и губы не двигались («чистим зубы»).

4.Рот закрыт. Облизывать зубы под губами круговыми движениями языка («чистим зубы»).

5.Быстро, многократно и резко произносить «т»: *т-т-т-т-т-т.*

6.Широкий язык присосать к твердому нёбу, удерживать, затем оторвать со щелчком (щелкаем языком).

7.Рот открыт, губы в улыбке, двигать язык к уголкам рта вправо-влево. Следить, чтобы челюсть и губы были неподвижны, язык не скользил по нижней губе (двигаем языком влево – вправо).

**Скороговорки**

Не тот, товарищи, товарищу товарищ, кто при товарищах товарищу товарищ, а тот, товарищи, товарищу товарищ, кто без товарищей товарищу товарищ.

Четверть четверика гороха без червоточинки.

Константин констатировал конституцию.

Расчувствовавшаяся Лукерья расчувствовала нерасчувствовавшегося Николку.

Разнервничавшегося конституционалиста Пропроколокропенко нашли акклиматизировавшися в Константинополе.

Водовоз вез воду из-под водопровода.

Ампула лампы, апломбом наполненная, на пол упала и лопнула полая.

Под крышей коробки квартирного дома в укромной каморке укрылись хоромы.

Будьте бережны к изображению. Поражено оно. Порушено временем.

Протокол про протокол протоколом запротоколировали.

Стоит поп на копне, колпак на попе, копна под попом, поп под колпаком.

В стране, распластанной по сторонам света, версты верстая, распространяется ветер.

Неувядание ночи дивной предвидело день в свидании с ливнями.

Герои греки поворотили реки, перевернули горы, у Пифагора горе.

Разрезая взором узор на озере, развивает зрение дозор.

Эстрамадура. Страну эту в старое время придумал мудрый сеньор.

Как тележке тяжело! Пожалей ее малешко.

Дерут враги друг друга грубо.

Жалится жизнь сквозь железные жалюзи.

Резанул резоном резво разнесенный резонанс.

В парус бриг впряг бриз близ берега.

Веткой сакуры встречает Сикоку. Всего-то.

Выражения из кожи и шерсти ложатся на ложе из жести.

Весьма воздействует на нас словес изысканная вязь.

Бренный мир отвергший дервиш брел по древнему Дербенту.

Баркас примчался в порт Мадрас, матрос принес на борт матрас, в порту Мадрас матрас матроса порвали в драке альбатросы.

Ткет ткач ткани на платки Тане.

Дыбра – это животное в дебрях тундры, вроде бобра и выдры, враг кобры и пудры. Бодро тибрит ядра кедра и дробит добро в недрах.

Из-под пригорка, из-под подвыподверта зайчик с приподвыподвертом переподвыподвернулся.

**Комплекс упражнений для больных с дисфагией**

**Комплекс упражнений для нормализации тонуса мышц глотки и мягкого нёба**

*Дыхательные упражнения*

1.Вдох-выдох носом.

2.Вдох-выдох ртом.

3.Вдох носом – горячий выдох ртом (с хрипом).

4.Вдох носом – на выдохе «бросаем тяжелый груз»: *а-а-а-х; о-о-о-х; у-у-у-х; э-э-э-х.*

*Основные упражнения*

1.Зевать с открытым ртом.

2.Произвольно покашливать.

3.Глотать с напряжением по половине чайной ложки воды (то есть фактически глотать слюну).

4.Произвольно покашливать.

5.Зевать с открытым ртом.

6.Выражать свое «удивление» чему-то, «возмущение»: *А-га?! О-го?! У-гу?! Э-ге?!*

7.Грубо и резко произносить слова с переднее- («т», «д») и заднеязычными («к», «г») звуками:

Когда-тогда! Как-так! Какой-такой! Какая-такая!

Как бы не так! Вот так! Вот такой! Вот такая! Вот тогда!

8.Произносить слова с заднеязычными звуками («к», «г», «х»):

- как Катя, как каток, как кипяток, как колокол, как компот, как кот, как кукушка, как кошка, как кусок;

- где город, за годом год, галка загадала; который год гости гадали, где хозяин.

9.Подражать стону (рот закрыт, длительный стон для тренировки тонуса мышц глотки).

10.Изображать «китайских борцов». Произносить резко, на выдохе: *Ха! Хо! Ху! Хы! Хэ!*

11.Произносить гласные звуки *а-э* резко, на твердой атаке.

12.Произносить гласные звуки *и-а* изображать икоту).

13.Вдох и выдох с храпом.

**Комплекс упражнений для больных с дисфонией**

*Программа восстановления фонации (голоса)*

1.Вдох-выдох носом, 3-5 раз.

2.Вдох-выдох ртом, 3-5 раз.

3.Вдох носом – выдох ртом горячей струей воздуха («протираем стекло»), 3-5 раз.

4.Произносить на выдохе (как будто несли тяжелый груз и вдруг его резко бросили): *у-х-х-х; а-х-х-х; о-х-х-х; э-х-х-х.*

5.Зевать.

6.Произвольно покашлять несколько раз.

7.Произносить гласные на выдохе с интонацией вопроса или удивления (растягиваем гласные):

- одна гласная: *а-а-а? о-о-о? у-у-у? э-э-э? ы-ы-ы?*

- две гласные: *а-о? о-у?*  *ы-а? а-э?*

- три гласные: *а-о-у? ы-э-а? э-ы-у?*

- пять гласных: *а-о-у-ы-э?*

8.Имитировать «убаюкивание ребенка» (произносить с изменением высоты голоса):

А АА

У УУ

ЫЫ Ы

Э ЭЭ

О О О

9.Произносить «вопрос/требование» в резкой, «грубой» форме:

*Когда тогда?!!! Как так?!!! Как так?!!!* (несколько раз подряд).

10.Произносить слова, фразы с заднеязычным «горловыми» звуками «к», «г», «х»:

- как Катя, как каток, как Коля, как Костя, как кипяток, как каракатица, как крокодил, как колокол, как кукушка, как кашка, как кошка, как киска;

- где город, галка загадала, где гол; который год гости гадали, где хозяин;

- хата с краю; хозяин хаты; холст, халат и кисть.

11.Воспроизводить автоматизированные ряды и ряды с изменением:

- силы (громкости) голоса;

- высоты (неполный ряд: считать до пяти; перечислять три-пять дней недели);

- на одном речевом выдохе: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Понедельник, вторник, среда, четверг, пятница, суббота, воскресенье. Направлять голос вдаль. Разрабатывать его полетность. Каждое слово произносить на отдельном выдохе, тянуть. Ставить перед собой цель сказать не громче, а как можно «дольше», как бы пропеть данное слово,

поймать его эхо (кричать вдаль, то есть при произнесении каждого слова увеличивать силу голоса, словно объект удаляется от нас, а мы пытаемся его догнать, «пока не уплыл»).

Эй! Там! На том берегу. Толкни лодку! Эй, кто на том берегу? Кто там? Плыви к нам! Мы тут, а ты там! Подплывай скорей к нам! Толкай лодку! Греби к нам! Мы тут, а ты там! Плыви к нам!

12.Закреплять фонацию на поздних этапах восстановления.

Голосом изображать наплыв волн и их снижение.

**Шторм**

Идет волна, (начинаем тихо, затем голос повышается)

Еще волна.

Вот третья им вослед спешит.

За ними силою полна

Волна четвертая бежит.

Вот пятая о скалы бьет (пик)

И отступает далеко. (голос понижается)

Стремителен шестой полет, (голос повышается)

Она, взмывая высоко,

Разбилась в брызги (пик)

И опять

Пошла на берег наступать. (голос повышается)

Волна седьмая, (начинаем громко, затем снижаем голос)

Вслед восьмая,

И я слегка звук опускаю.

Волною новою пленен, (голос повышается)

Мне грозный рокот моря слышен,

Мой голос крепнет,

Силы полн, звучит он

Выше,

Выше,

Выше.

Встает огромною волной (максимально громко)

Девятый вал передо мной.

**Используемая литература**

1. Алмазова Е.С. К вопросу о нарушении голоса. // Очерки по патологии речи и голоса. М., 1960.
2. Альбом для исследования высших психических функций. Под редакцией академика РАО профессора В.М.Шкловского М., 2012.
3. Бондаренко Л.В. Звуковой строй современного русского языка. М. Просвещение, 1977г. с.175.
4. Волкова Л.С. Логопедия. Москва. 2002.
5. Волкова Л.С. Хрестоматия по логопедии. Ч. I. М.: ВЛАДОС, 1997.
6. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. М. 2006.
7. Винарская Е.Н. Дизартрия. М.: Астрель. 2005.
8. Евзельман М.А. Нарушение речи у больных с мозговым инсультом и ее коррекция: Учебно-методическое пособие для врачей. Орел. 2006.
9. Логопедия. Практическое пособие для логопедов, студентов и родителей. Ростов - на - Дону .Феникс 2004.
10. Оппель В.В. Восстановление речи после инсульта.– Л.Медицина,1972.
11. Столярова Л.Г., Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Особенности нарушения речи у больных с мозговым инсультом и некоторые прогностические факторы ее восстановления. В кн.: Оптимизация реабилитационнго процесса при церебральном инсульте., Л.1990.
12. Стрельникова А.Н.. Дыхательные упражнения. «АСТРЕЛЬ», Москва 2005.
13. Хомская Е.Д. Мозг и активизация. М, МГУ. 1987.
14. Цветкова Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М – 1972.
15. Шахпарова Н.В.Постинсультные нарушения высших функций: феноменология, прогноз, реабилитация: Автореф. дис. д-ра мед. наук. 2011.

**Приложение 1**

**Карта нейропсихологического исследования**

Дата обследования № ист. \_\_\_\_\_\_\_ Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

возраст \_\_\_\_\_\_\_ образование  профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

знание других языков \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ведущая рука \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы:

Ориентирован/а /

Критика

Эмоциональная сфера

Психическая активность

Внимание

Поведение

**ОБЪЕКТИВНО:**

**Импрессивная речь:**

1. Понимание внеситуативных вопросов

ситуативных вопросов

пародоксальных вопросов

2. Понимание простых инструкций

Показ предметов

серий

частей тела

3. понимание сложных инструкций

4. фонематический анализ

**Экспрессивная речь:**

1. спонтанная речь

2. автоматизированная речь

3. дезавтоматизированная речь

4. повторная речь

звуков речи

слов

фраз

5.Называние:

реальных предметов

предметов по рисунку

частей тела

действий

качеств

6. Произвольная фразовая речь

составление фразы по картинке

с заданным словом

пересказ

7. Составление рассказов

по сюжетной картинке

на заданную тему

**Праксис**

1. мимический

2.оральный

3. органов артикуляции (о/а)

мышечный тонус

объем движений языка

объем движений губ

состояние мягкого неба

точность позы

подвижность о/а

глоточный рефлекс

саливация

речевое дыхание голос

4. смысловые жесты

5. позы кисти, пальцев

6. реципрокная координация

7. ассиметричное постукивание

8. сомато – пространственный праксис

9. динамический праксис

мануальный

графические пробы

10. условные реакции выбора

**Письмо**

1. двигательные автоматизмы

2. списывание

3. под диктовку

4. звукобуквенный анализ и синтез состава слова

5. спонтанное письмо

**Чтение (показ)**

1. букв разного шрифт

2. глобальное: идеограмм

неидеограммных текстов

3. аналитическое:

слов

фраз

текста

**Счет**

1. запись чисел

2. прочтение чисел

3. запись многозначных чисел

4. чтение многозначных чисел

5. счетные операции

6. серийный отчет

**Гнозис зрительный**

1. предметный

реалистических изображений

перечеркнутых и наложенных

стилизованных

2. симультанный

деление отрезка пополам

пересчет точек

3. понимание сюжетных картин

4. оптико-пространственный гнозис

5. цветовой

6. лицевой

7. невербальный слуховой гнозис

**Конструктивно-пространственная деятельность**

рисование геометрических фигур

рисование предметов (человек, дом, стол)

рисование сюжетов

складывание из частей предметов

схемы тела

поворот геометрических фигур

**Память**

модально - специфические формы памяти

слухо-речевая память

зрительная память

двигательная память

**Исследование интеллектуальных процессов**

1. решение арифметических задач

2. интерпретация пословиц, метафор

3. понимание сюжетных текстов

4. обобщение и классификация

**Заключение:**

**Рекомендации:**