**Логопедический массаж для детей с тяжелыми нарушениями речи при ДЦП.**

**Соколова О.Г., К.П.Н., учитель-логопед ЦППРИК «Ирида».**

**г. Москва. 2014 г.**

1. **Особенности нарушений речи при детском церебральном параличе**. Двигательные расстройства при детском церебральном параличе могут сочетаться с изменениями психики, речевой деятельности, зрения, слуха,

с нарушениями чувствительности. Речевые нарушения проявляются в расстройстве артикуляции, фонации, дыхания и диагностируются как дизартрия, либо анартрия. При логопедическом обследовании наблюдается слабая подвижность речевой мускулатуры, неясный голос, короткое поверхностное дыхание, отсутствие или искаженное произношение многих звуков, замены одних звуков на другие звуки.(Рис.1)

Наиболее часто встречающаяся форма детской дизартрии при ДЦП - это псевдобульбарная дизартрия. Основная коррекционная работа проводится нами именно с этим видом нарушений речи. У ребенка наблюдается псевдобульбарный паралич или парез, при котором поражаются проводящие пути, идущие от коры головного мозга к ядрам языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов (рис.2 ).

1. **Нейрофизиологические основы нарушения речи при ДЦП.** Псевдобульбарный паралич или парез обусловлен поражением пирамидного (двигательного ) пути,(Рис.3) идущего от коры больших полушарий, пересекающего головной мозг и продолжающегося в передних и боковых столбах головного мозга, экстапирамидной системы, объединяющей со спинным мозгом все отделы мозга, находящиеся ниже коры – вестибулярный аппарат, мозжечок, красные ядра. На уровне варолиева моста и продолговатого мозга часть волокон пирамидного пути заканчивается в ядрах следующих черепно –мозговых нервов: тройничном, отводящем, лицевом, языкоглоточном, блуждающем, добавочном, подъязычном( Рис.4, Рис.5) Этот короткий пучок волокон носит название корково –бульбарного пути. Он начинается от нижних отделов передней центральной извилины. Пирамидный путь (корково – спинальный и корково –бульбарный) является центральным отрезком пути, передающим двигательные импульсы от клеток коры головного мозга к ядрам черепно –мозговых нервов и клеткам спинного мозга. Он не выходит за пределы центральной нервной системы(Рис.7).

От двигательных ядер черепно-мозговых нервов и от клеток передних рогов спинного мозга начинается периферический отрезок пути, по которому импульс направляется к мышцам. Передача двигательного импульса осуществляется по двум нейронам. Один проводит импульсы от клеток коры двигательного анализатора к клеткам передних рогов спинного мозга к ядрам черепно –мозговых нервов, другой- к мышцам лица, шеи, туловища и конечностей (рис.8 )

При поражении пирамидного пути наступает нарушение на противоположной поражению стороне, и возникает паралич (полное отсутствие движения) или частичное ослабление (парез).

При логопедическом зондовом массаже логопед должен опираеться на знание строения головного мозга, знание функциональной значимости не только участков головного мозга, но и на знание функций 12 пар черепно-мозговых нервов.

При назначении и проведении зондового массажа производится стимуляция нервных окончаний тройничного нерва- Y пара,

лицевого -YII пара, языкоглоточного – IX пара, блуждающего – X пара, и подъязычного нерва - XII пара черепно –мозговых нервов. Окончания данных черепно –мозговых нервов находятся в периферическом отделе речевого анализатора . Начало тройничного нерва – между лобными долями больших полушарий головного мозга, а лобные доли головного мозга, поле №10, базируется на тесном контакте с речевой областью, формирует высшие психические функции человека, его произвольную деятельность(Рис. 6). Наибольшее значение имеет нижняя лобная извилина коры головного мозга человека (поля № 44 и 45), так как связана с речевой функцией. Рядом с отделами, иннервирующими артикуляционную мускулатуру, располагается участок коры, обеспечивающий общую и мелкую моторику рук. В средней лобной извилине, которая соответствует участку иннервации лицевой мускулатуры (поля №4 и№6) располагается поле №8, обеспечивающее содружественные движения головы и глаз при поворотах.

Y пара - тройничный нерв- образует три ветви – глазничную, скуловую, нижнечелюстную. Первые две ветви являются чувствительными и иннервируют кожу верхнего лицевого отдела, слизистые оболочки носа, век, глазное яблоко, верхнюю челюсть, десны и зубы. Часть волокон снабжает мозговые оболочки. Нижнечелюстная ветвь тройничного нерва иннервирует нижний отдел кожной поверхности лица, передние две трети языка, слизистую рта, зубы и десны нижней челюсти. Двигательные волокна этой ветви иннервируют жевательные мышцы. Расстройства этих волокон вызывают паралич жевательных мышц, вследствие чего ограничиваются движения нижней челюсти, а она, как известно, является единственной подвижной костью черепа.

Потому массаж органов артикуляции стимулирует нервную деятельность не только периферического отдела речевого анализатора, но и лобного отдела центральной нервной системы. Вследствие чего, при внимательном изучении пациента и знании невропатологии органов речи и слуха, можно добиться значительных результатов в развитии подвижности органов артикуляции: языка, нижней челюсти, мягкого неба, щек, губ, гортани, глотки и органов дыхания.

**3.Основы логопедического массажа.**

Принцип зондового массажа органов артикуляции основан на стимуляции органов артикуляции, мышц шеи и груди, включении их в работу. Используются классические зонды (Рис.11), рекомендованные С.Н. Шаховской ( «Логопедия» М.,2002 г., Е.В. Новикова «Зондовый массаж»М., 2005 г.)

Зондовый массаж может сопровождаться коррекционными упражнениями для развития мелкой моторики рук, которые называют пальчиковой гимнастикой. Наше выступление на III Всероссийской конференции по психотерапии в 1999 году было основано на разработке упражнений для развития мелкой моторики рук при подготовке детей к освоению письменной речи.

Практические занятия с ребенком с ограниченными возможностями, каковыми являются дети с детским церебральным параличом, начинаются с логопедического обследования. Устанавливается вид нарушения. Одним из видов нарушением речи при ДЦП является псевдобульбарная и корковая дизартрия. Разделяется легкая, средняя и тяжелая степень дизартрии.

При тяжелой степени дизартрии, называемой анартрия, у больных детей наблюдается малоподвижное лицо, отвисание нижней челюсти, обильное слюноотделение при высунутом языке, ограниченные движения губ, но после массажа и коррекции речи ребенок овладевает небольшим объемом слов. Положительные эмоции выражаются в виде улыбки, а после длительной стимуляции артикуляционного аппарата, логопедического массажа, упорной коррекционной работы дети начинают произносить отдельные слоги, затем слова.

**4.Подготовительная работа при массаже органов артикуляции**

Все зонды для массажа предварительно обрабатываются мыльно - содовым раствором, ополаскиваются их под струей воды и помещаются для кипячения в стерилизатор, специально для этого предназначенный. В стерилизаторе зонды кипятятся в течение 25-30 минут, вода сливается. Необходимо тщательно вымыть руки.

**5. Виды массажа** **органов артикуляции**

Логопед проводит следующие виды работы зондами:

1. Разминание мышц органов артикуляции
2. Растирание
3. Вибрация
4. Поколачивание
5. Точечные прикосновения
6. Надавливание и надавливающие круговые движения
7. Покручивающие движения мышц лица в одной точке и покручивающие более глубокие движения мышц лица.

**6. Технология проведения логопедического массажа**

Массаж начинается со щечных мышц, круговыми движениями зонд подводится к жевательной мышце. У одних детей – слабые, малоподвижные щеки (Рис.9) –поэтому зонд захватывает мускулатуру жевательных мышц - большой и малой скуловой, щечной, у других- вялые губы (Рис.10) – нужно массировать круговую мышцу рта, а также мышцу, опускающую угол рта. Затрагиваются мышцы, приближенные по своему анатомическому строению, к носу- мышцу, поднимающую верхнюю губу и мышцу, поднимающую угол рта – с помощью приемов разминания и точечного массажа.

Если у ребенка лицо симметричное, но малоподвижный язык, короткая или деформированная подъязычная связка – массаж делается с открывания ротовой полости и произвольных движений нижней челюсти на открывание-закрывание рта, челюсть отводится вправо – влево. Проводится оттягивание губ вперед-назад, улыбка – трубочка формируется. Производятся надавливающие круговые движения на жевательные мышцы, круговую мышцу рта - с тем, чтобы укрепить тонус мышц губ.

Эффективны легкие поколачивающие движения снизу вверх по челюстно –подъязычной мышце, а также поверхностное разминание и растирание подъязычно-язычной мышцы со стороны нижней челюсти.

Зондовый массаж языка начинается зондом №7 с массажа продольных мышц языка от середины к кончику – к выходу из ротовой полости (Рис.12). Массаж языка – самый ответственный по исполнению. Проводят его, не нарушая слизистых покровов. Вначале определяются точки на корне языка, надавливание на которые вызывает рвотный рефлекс. Отступив от них вперед, логопед проводит массаж языка, слегка оттягивая мышцы вперед, убирая спазм. Зонд нажимает на язык, одновременно вытягивая мышцу справа, а затем это движение повторяется с левой стороны. Далее разминается середина языка зондом №7 от середины языка к его кончику надавливающими движениями. Е.В. Новикова в книге «Зондовый массаж» показала работу с зондом №12, №9, можно для такой работы применять зонд № 7.

Зонд №2 массирует язык от середины к краям. Сначала захватывается зондом участок языка выше к корню, а затем разминается с помощью петельки языковая мышца, которая растягивается к кончику языка. Производится массаж правой и левой боковых сторон языка. Необходимо приучать ребенка выполнять покусывающие движения языка от середины к кончику и обратно, что стимулирует произношение звуков «Л», «Н», «Д», «Т».

Далее язык подтягивается вверх с целью вытягивания подъязычной связки. Используется зонд №4. При малом размере ротовой полости работать этим зондом не всегда получается. Можно применить зонд №2 для частичного приподнимания краев языка вверх, а затем, глубже подведя его под середину языка, подтягивать язык снизу вверх, растягивая подъязычную связку.

Точечный массаж языка выполняется после массажа продольных мышц, чтобы активизировать вертикальную и поперечную мышцы.(Рис.12). В процессе работы ребенку предлагается свернуть язык в трубочку, чтобы включить все мышцы. Как правило, уже после 3-5 сеансов массажа язык начинает сворачиваться в трубочку, мышцы укрепляются. При проведении массажа проверяется произнесение изолированных шипящих или свистящих, чтобы установить уровень готовности мышц : «Скажи С-С или Ш-Ш» , обязательно провести работу над резонансом звука в ротовой полости, предлагая ребенку произнести гласные А-Э,О-У, Ы.

Проблемой в работе логопеда при ДЦП является частое повторение спастических судорог, при которых как подъязычно – язычная мышца, так и мышцы языка сжимаются в комок, не могут расправиться и лежать ровно. Подобные судороги часто мешают работе логопеда. При систематическом проведении массажа амплитуда спазмов уменьшается.

Зондовый массаж точнее воздействует на нужные точки. При зондовом массаже логопед видит всю поверхность ротовой полости и не сможет вызвать случайно рвотный рефлекс, который иногда возникает у детей при ДЦП.

После установления вида нарушения, заполнения речевой карты, определяется направление работы над звуками: вызываются вначале гласные звуки, затем проводится работа над согласными - шипящими, свистящими, сонорными. Эта работа проводится только после зондового массажа и усвоенной ребенком артикуляционной гимнастики.