ДЬЯКОВА
ЕЛЕНА АЛЕКСАНДРОВНА

Президент Международного института речевой патологии (США).
Кандидат педагогических наук, доцент, член международной Ассоциации плавной речи, действительный член Ассоциации практических психологов.
Автор более 60 статей и 4 книг по проблемам речевой патологии.
Автор метода «Логопедический массаж».
Регулярно проводит семинары и мастер-классы как в России, так и за рубежом.

ISBN 978-5-88923-351-0

Е.А. ДЬЯКОВА ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ДИЗАРТРИИ

Е.А. ДЬЯКОВА

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ

при разных формах

ДИЗАРТРИИ

Е.А. ДЬЯКОВА

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ
при разных формах дизартрии

Учебное пособие

МОСКВА
В. Секачев
2012

Все права защищены.
Никакая часть данной книги не может переиздаваться
или распространяться в любой форме и любыми средствами,
электронными или механическими, включая фотокопирование,
звукозапись, любые запоминающие устройства
и системы поиска информации,
без письменного разрешения правообладателя.

Дьякова Е.А.

Логопедический массаж при разных формах дизартрии : учеб. пособие для студ. – М., 2012. – 136 с.

ISBN 978-5-88923-351-0

В учебном пособии массаж представлен как самостоятельная целостная логопедическая технология формирования произносительной стороны речи при дизартрии. Особое место отводится физиологическому обоснованию целесообразности использования массажа, излагаются научные представления о строении и анатомо-физиологических механизмах периферического речедвигательного аппарата, сформулированы основные принципы составления массажных программ и специфика проведения логопедического массажа при разных формах дизартии. Подробно осещены вопросы логопедической диагностики состояния тонуса и двигательных функций мышц периферического речевого аппарата при дизартрии, указана специфика данной диагностики при назначении логопедического массажа, а также представлены четкие диагностические критерии необходимости назначения логопедического массажа. Систематизированы и описаны приемы дифференцированного логопедического массажа с учетом этиопатогенетических механизмов разных клинических форм дизартрии, описаны различные виды и комплексы логопедического массажа, даны методические рекомендации по их применению. Подробно излагается методика выполнения логопедического массажа, что предваряется рекомендациями к его подготовке и проведению. Комплексы массажных движений дополнены приемами активных и пассивных двигательных упражнений. Книга иллюстрирована многочисленными фотографиями конкретных приемов и техник логопедического массажа.

Учебное пособие предназначено для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 031800-Логопедия, логопедов и дефектологов. Может быть также полезно медицинским работникам (невропатологам, массажистам и инструкторам ЛФК, работающим в отделениях для детей с речевой патологией), а также родителям, имеющим детей с речевой патологией.

ISBN 978-5-88923-351-0

© Е.А. Дьякова, 2012
© В. Секачев, издание, 2012

ПРЕДИСЛОВИЕ

Одним из наиболее распространенных речевых нарушений дошкольного возраста является дизартрия. Теоретические и практические аспекты данной проблемы широко освещаются в современной отечественной литерературе (Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова, Е.Н. Винарская, Л.В. Лопатина, И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюкова, И.И. Мамайчук, И.И. Панченко, О.Г. Приходько, Л.Б. Халилова и др.). Изучение дизартрии как речевого нарушения охватывает неврологические, логопедические, психологические и психолингвистические аспекты исследования. Данный интерес к проблеме дизартрии связан как с разработкой новых подходов в исследовании и диагностике, так и в определении новых более эффективных технологий реабилитационного процесса. В соответствии с современными педагогическими теориями, представление о педагогических технологиях связывается с определенным набором базисных техник, использование которых позволяет прогнозировать и достигать желаемого результата учебно-воспитательного процесса. Одной из основных задач коррекционной работы при дизартрии является формирование произносительной стороны речи, что предполагает использование целого ряда логопедических технологий, среди которых логопедический массаж занимает одно из значимых мест.

Использование логопедического массажа как одного из методов коррекционно-педагогического воздействия при тяжелых речевых нарушениях применяется относительно давно (Е.Ф. Архипова, Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова, О.В. Правдина, К.А. Семенова и др.). Однако приемы дифференцированного массажа, применяемого при разных формах дизартрии, еще недостаточно освещены в современной литературе и внедрены в широкую практику. В настоящее время становится ясно, что логопедический массаж как одна из технологий должна занимать свое строго определенное место в ряду других коррекционных методов воздействия.

В данном учебном пособии массаж представлен как самостоятельная целостная логопедическая технология формирования произносительной стороны речи при дизартрии. Особое место отводится физио-

логическому обоснованию целесообразности использования массажа при дизартрии, излагаются научные представления о строении и анатомо-физиологических механизмах периферического речедвигательного аппарата, сформулированы основные принципы составления массажных программ и специфика проведения логопедического массажа при разных формах дизартии. В пособии достаточно подробно освещены вопросы логопедической диагностики состояния тонуса и двигательных функций мышц периферического речевого аппарата при дизартрии, указана специфика данной диагностики при назначении логопедического массажа, а также представлены четкие диагностические критерии необходимости назначения логопедического массажа. Систематизированы и описаны приемы дифференцированного логопедического массажа с учетом этиопатогенетических механизмов разных клинических форм дизартрии, описаны различные виды и комплексы логопедического массажа, даны четкие методические рекомендации по их применению. Подробно излагается методика выполнения логопедического массажа, что предваряется рекомендациями к его подготовке и проведению. Комплексы массажных движений дополнены приемами активных и пассивных двигательных упражнений. Книга иллюстрирована многочисленными фотографиями конкретных приемов и техник логопедического массажа.

Данное учебное пособие предназначено для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 031800-Логопедия, логопедов и дефектологов. Может быть также полезно медицинским работникам (невропатологам, массажистам и инструкторам ЛФК, работающим в отделениях для детей с речевой патологией), а также родителям, имеющим детей с речевой патологией.

ОТ АВТОРА

Прошло около дести лет, с тех пор как была написана книга «Логопедический массаж» (изд. «Академия», 2003, 2005, 2010, 2012). За эти годы логопедический массаж приобрел широкую популярность среди практикующих логопедов. Мы проводим обучающие семинары, мастер-классы и можем наблюдать насколько за последнее десятилетие возрос интерес логопедов к освоению логопедического массажа. Участники наших семинаров это логопеды из разных городов России, а также стран ближайшего зарубежья — Латвии, Литвы, Казахстана, Украины, Белоруссии. Значительный интерес к освоению логопедического массажа по предложенной нами методике проявили логопеды из стран западной Европы и США. Понятно, что этот интерес обусловлен теми позитивными результатами, которые специалисты получают в коррекционной работе, используя логопедический массаж в своей практике. За эти годы мы накопили большое количество положительных отзывов и интересных наблюдений, полученных от слушателей наших семинаров. Мы также получаем большое количество писем, фотографий и видеозаписей, свидетельствующих о высокой эффективности логопедического массажа в практической работе логопедов как педагогических, так и медицинских учреждений. Слова удивления и восхищения при получении быстрого, достаточно видимого и стойкого результата, которые мы слышим от логопедов, прошедших наши семинары по логопедическому массажу, убедили нас в необходимости нового издания учебо-методического пособия, посвященного данной технологии. Мы надеемся,что расширение круга профессионалов, владеющих приемами логопедического массажа будет способствовать оптимизации логопедической помощи лицам с дизартрией.

Президент
Международного Института Речевой Патологии

ДЬЯКОВА ЕЛЕНА АЛЕКСАНДРОВНА

diakova@yandex.ru
www.logeped-diakova.ru
tsmus.info

Глава 1

МЕТОД ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА В КОРРЕКЦИИ ДИЗАРТРИИ

Логопедический массаж — активный метод механического дозированного воздействия, который изменяет состояние мышц, нервов, кровеносных сосудов и тканей периферического речевого аппарата. Логопедический массаж представляет собой одну из логопедических техник, способствующих нормализации произносительной стороны речи и эмоционального состояния детей, подростков и взрослых, имеющих речевые нарушения.

Наиболее актуально применение логопедического массажа для лиц страдающих дизартрией. Известно, что дизартрия это нарушение звукопроизносительной и мелодико-интонационной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата. Дизартрия связана с органическим поражением нервной системы, в результате чего нарушается двигательная сторона речи. Это нарушение может возникать как у детей, так и у взрослых. Причиной дизартрии в детском возрасте является поражение центральной нервной системы главным образом в пре- или перинатальном периоде жизни. Как правило, дизартрия возникает на фоне центрального паралича или его остаточных явлений. Детский церебральный паралич (ДЦП) включает в себя большую группу двигательных нарушений, которые развиваются как результат органического поражения двигательных систем мозга. Такие дети характеризуются отставанием в моторном развитии, нарушением формирования произвольных движений, дизонтогинезом в формировании двигательных навыков. Известно, что признаки детского церебрального паралича могут быть обнаружены с рождения, что нарушает весь ход психического развития ребенка с ДЦП в целом. В частности, существенно замедляется и искажается процесс формирования речи. Как правило, диагноз дизартрия может быть поставлен ребенку, в соответствии с нормами речевого онтогенеза только после 1 года, а порой и после двух лет, когда должно начаться активное формирование экспрессивной речи. В дальнейшем в большинстве случаев (до 76%) у детей, страдающих детским церебральным параличом возникает тяжелое речевое нарушение — дизартрия.

Дизартрия, может также диагностироваться у детей с резидуальными диффузными нарушениями мозговой деятельности без четко выраженного очага поражения (Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова, 2009). Как правило, речь детей страдающих дизартрией формируется с некоторой задержкой. В первую очередь нарушается звукопроизносительная сторона речи. Чаще всего страдает произношение сложных по артикуляции звуков, свистящих, шипящих, аффрикат, сложных сонорных. В целом произношение звуков может характеризоваться как нечеткое, смазанное. Голос может быть слабым, глухим, иссекающимся, хрипловатым, а также назализованным. Просодическая сторона как правило страдает, в результате чего, речь мало интонированная и невыразительная. Темп речи может быть изменен как в сторону ее ускорения, так и замедления. Фонематическое восприятие у таких детей также может быть нарушено. Довольно часто у детей с дизартрией отмечается бедность словаря и недостаточное владение грамматическими конструкциями.

Двигательные рсстройства, у детей с дизартрией могут быть выражены в разной степени: от паралича до незначительных отклонений в движении органов артикуляции. Соответственно, степень выраженности дизартрии может быть разной: от полной невозможности произнесения звуков (анартрия), до еле заметной на слух нечеткости произношения (минимальные проявления дизартрии), что зависит от характера и тяжести поражения нервной системы.

В зависимости от клинической формы дизартрии, мышечный тонус может быть повышенным, пониженным или наблюдаться мышечная дистония.

Различают несколько клинических форм дизартрии, характер которых связан с местом органического поражения мозга. В клинике взрослых принято выделять спастическую, паралитическую, гиперкинетическую, мозжечковую и корковую формы дизартрии (Винарская Е.Н., 2005). Однако, в детском возрасте чаще всего встречаются смешанные формы, при которых проявляются симптомы пареза, спастичности и гиперкинезов. В современной логопедии существует несколько классификаций дизартрий детского возраста, которые представлены в работах Е.М. Мастюковой (1966), К.А. Семеновой (1968), И.И. Панченко (1977), Л.М. Шипицыной, И.И. Мамайчук (2001). Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова (2009) предлагают выделять спастико-паретическую форму дизартрии в трех ее вариантах: спастический, паретический и гиперкинетический варианты; а так же гиперкинетическую и атонически-астатическую формы дизартрии, однако обращая внимание, на условность выделения данных форм в детском возрасте.

Основными клиническими признаками дизартрии является нарушение мышечного тонуса и двигательной функции (парезы, параличи) мышц периферического речвого аппарата, что приводит к нарушению произносительной стороны речи. При этом парезы и параличи от-

дельных мыщечных групп речевого аппарата при дизартрии детского возраста могут распределяться крайне неоднородно. Эти дети могут иметь различную неврологическую симптоматику в области мимических и речевых мышц, что выражается в виде их асимметрии, сглаженности носогубных складок и т. п. Более выраженные изменения мышечного тонуса артикуляционной мускулатуры, в частности языка и губ, мягкого неба, мышц гортано-глоточного кольца, могут приводить к нарушениям функции сосания, жевания, а в тяжелых случаях и глотания. Как правило, ребенок с дизартрией затрудняется в выполнении определенных артикуляторных поз, объем движений ограничен, страдает амплитуда и сила движений, наблюдается быстрая истощаемость при нагрузке, трудности ритмического выполнения артикуляторных проб. Нарушение артикуляционной моторики и слабость кинестерических ощущений сочетается с различной патологической симптоматикой в виде сиинкинезий, тремора, гиперкинезов, гиперсаливацией, а также с патологическими изменениями голосовой функции и речевого дыхания.

Патологическое состояние мышечного тонуса и нарушение двигательной функции мышц речевого аппарата являются основными показаниями к назначению логопедического массажа.

Показания к применению массажа в логопедической практике

Логопедический массаж входит в комплексную медико-педагогическую систему реабилитации детей, подростков и взрослых, страдающих дизартрией, а также используется в целях профилактики дизартрических расстройств у детей доречевого периода развития, у которых имеются различного рода двигательные нарушения. В целом массаж применяется в коррекционной педагогической работе во всех тех случаях, когда имеются *нарушения тонуса мышц периферического речевого аппарата.*

Место массажа в комплексной системе коррекционно-педагогического воздействия

Логопедический массаж — является составной частью комплексной медико-психолого-педагогической работы. Он может проводиться на всех этапах коррекционного воздействия, но особенно значимо его использование на начальных этапах работы. Нередко массаж является необходимым условием эффективности логопедического воздействия. В целях профилактики речевых расстройств массаж используется на самых ранних этапах лечебно-педагогической работы с детьми раннего возраста, имеющими различного рода неврологическую симптоматику, особенно страдающими детским церебральным параличом.

При преодолении артикуляторных нарушений логопедический массаж проводится наряду с пассивной, пассивно-активной и активной артикуляционной гимнастикой. В том случае, если у ребенка с дизартрией имеются выраженные нарушения фонематического восприятия, логопедический массаж целесообразно начинать после того, как будет проведена работа по формированию восприятия звуков на слух. При незначительных нарушениях фонематического восприятия логопедический массаж можно проводить параллельно с работой по его формированию.

Логопедический массаж как средство профилактики речевых нарушений

В последние десятилетия в условиях детских поликлиник и неврологических отделений детских больниц все шире внедрятся в практику ранняя логопедическая помощь детям с различными нарушениями двигательной сферы и ДЦП, в целях профилактики развития речевых нарушений. С этой точки зрения, логопедический массаж является одним из необходимых методов комплексной медико-педагогической помощи детям раннего возраста. Амбулаторно-поликлинические условия создают широкие возможности для предупреждения и коррекции дизартрии у детей раннего и дошкольного возраста. Специалисты детских поликлиник наряду с постоянным динамическим наблюдением, проводят профилактические осмотры детей не только в поликлинике, но и в детских дошкольных учреждениях. Совместная работа врачей и логопедов позволяет рано выявлять отклонения от нормы в состоянии двигательных функций детей, которые впоследствии могут сказаться на развитии речи. Одним из важнейших направлений развития логопедической помощи детям в условиях поликлиники является направление, связанное с предупреждением речевых нарушений и последствий речевой патологии. Перед специалистами, оказывающими помощь детям раннего и дошкольного возраста стоят следующие задачи: а) предупреждение речевых нарушений- первичная профилактика; б) предупреждение перехода речевых расстройств в хронические формы, а также предупреждение последствий речевой патологии -вторичная профилактика. Поэтому с детьми, имеющими нарушение моторных функций в анамнезе и имеющих фактор риска дизартрии должна проводиться не только лечебно-оздоровительные мероприятия, осуществляемые врачами, но и коррекционно-педагогические, которые проводятся логопедом. В данном случае логопедический массаж выступает как одно из эффективных средств профилактического воздействия. Он может осуществляться как массажистом, так и логопедом поликлиники. К этой работе должны быть максимально привлечены также и родители, которые могут быть обучены специалистом по технике проведения не сложных приемов массажа в области артикуляционного аппарата.

Обучение логопедическому массажу

Логопедический массаж, как и любой другой вид массажа является практическим методом, имеющим свои специфические особенности, которым возможно овладеть только на практике в процессе тренировочных занятий. Овладение логопедическим массажем, как целостной технологией является для специалиста не простой задачей. Для этого требуются освоение практических навыков специфических массажных движений которые, существенно отличаются от движений, используемых в массаже общего профиля, поскольку строение артикуляционного аппарата имеет свои особенности; а также умение составлять программы логопедического массажа, опираясь на результаты логопедической диагностики.

Как правило, практическое обучение специалистов проводится на специальных курсах и мастер-классах по логопедическому массажу в структуре повышения квалификации. Курс обучения специалистов состоит из 36 учебных часов и требует также дополнительной активной тренировочной работы по выполнению практических заданий и навыков, полученных в процессе тренинга.

Логопедический массаж может осуществлять логопед, дефектолог или медицинский работник, прошедший специальную подготовку по овладению техникой логопедического массажа и имеющим сертификат, разрешающий использовать данный метод в практической работе, знающий анатомию и физиологию мышц, обеспечивающих речевую деятельность, а также этиопатогенез речевых нарушений. Элементы массажа могут осуществляться родителями ребенка, специально проинструктированными и обученными специалистом.

Физиологическое действие массажа

Массаж оказывает благоприятное физиологическое воздействие на организм в целом. Под влиянием массажа возникает ряд местных и общих реакций, в которых принимают участие все ткани, органы и системы. В основе физиологического механизма массажа лежат сложные взаимообусловленные рефлекторные, нейрогуморальные и обменные процессы, регулируемые центральной нервной системой.

Начальным звеном в механизме этих реакций является раздражение рецепторов поверхности кожи. Поверхность кожи представляет собой огромное чувствительное поле, которое является периферической частью кожного анализатора, а значит, она неразрывно связана с центральной нервной системой. Импульсы, возникающие при раздражении кожных покровов в процессе массажа по афферентным путям поступают в центральную нервную систему, обратная импульсация по эфферентным путям поступает в ткани и мышцы. В результате меняется

общая нервная возбудимость, оживляются утраченные или сниженные рефлексы. В целом, формирующиеся ответные реакции способствуют нормализации регулирующей и координирующей функции центральной нервной системы.

Массаж оказывает прямое и рефлекторное воздействие на системы лимфообращения и кровообращения. Под влиянием массажа изменяется состояние капилляров кожи. Капиллярная система является рефлексогенной зоной в сосудистой системе. Это означает, что изменения состояния капилляров под влиянием массажа вызывают отчетливые изменения во всей сосудистой системе. Под влиянием массажа капилляры расширяются, увеличивается газообмен между кровью и тканями (кислородная терапия тканей), усиливаются окислительно-восстановительные процессы. Ритмические массажные движения облегчают продвижение крови по артериям, ускоряют отток венозной крови. Массаж оказывает рефлекторное воздействие на всю лимфатическую систему, улучшая функцию лимфатических сосудов. Таким образом массаж улучшает питание мышц и тканей, повышает обменные процессы. В результате рефлекторного действия тепла и усиления обменных процессов в тканях наступает активная гиперемия.

Особенное значение имеет влияние массажа на мышечную систему. Многочисленные исследования показывают, что под воздействием массажа повышается эластичность мышечных волокон, объем, сила и сократительная функция и работоспособность мышц. Целый ряд исследований посвящены изучению влияния массажа на изменение биоэлектрической активности мышц и их тонуса при заболеваниях центральной и периферической нервной системы. Наблюдения и изучение динамики биопотенциалов на электромиограммах показало снижение тонуса спастических мышц и повышение его при вялых параличах после массажа (Штеренгерц А.Е., Белая Н.А, 1992). Соответственно, дифференцированное применение различных приемов массажа позволяет понизить тонус при спастичности мышц и, напротив, повысить его при вялых парезах артикуляционной мускулатуры, что помогает формированию и осуществлению активных произвольных, координированных движений органов артикуляции.

Функция мышц неразрывно связана с сухожильно-связочным аппаратом. Под влиянием массажа увеличивается эластичность связочного аппарата. Связочный аппарат и суставы приобретают большую подвижность.

Таким образом местные и общие реакции, возникающие в результате непосредственного механического воздействия массажа на ткани, не являются самостоятельными, а представляют генерализованную реакцию организма рефлекторного характера.

Между силой воздействия при массаже и ответной реакцией организма существует сложная зависимость. При легком, медленном погла-

живании снижается возбудимость массируемых тканей. Это оказывает успокаивающее воздействие, возникает приятное чувство тепла, покоя, улучшается самочувствие. Энергичные и быстрые движения при массажном воздействии повышают раздражимость массируемых тканей.

Таким образом, логопедический массаж оказывает общее положительное воздействие на организм в целом, вызывая благоприятные изменения в нервной и мышечной системах, играющих основную роль в речедвигательном процессе.

Исходя из общих представлений о физиологическом механизме воздействия массажа как на организм в целом, так и непосредственно на мышечную систему периферического речевого аппарата, можно сформулировать **основные цели логопедического массажа**:

1) нормализация мышечного тонуса общей, мимической и артикуляционной мускулатуры;

2) уменьшение проявления парезов и параличей мышц речевого аппарата;

3) снижение патологических проявлений, сопутствующих нарушениям двигательной функции мышц речевого аппарата (синкинезии, гиперкинезы, патологические рефлексы орального автоматизма, девиации, гиперсаливация и т. п.);

4) стимуляция кинестетических и проприоцептивных ощущений;

5) увеличение объема и амплитуды артикуляционных движений;

6) формирование произвольных, координированных движений органов артикуляции;

7) нормализация эмоционального состояния.

Многолетний эмпирический опыт коррекционно-педагогической работы с лицами, страдающими дизаритрией дает возможность утверждать, что применение логопедического массажа позволяет значительно сократить время коррекционной работы, особенно над формированием произносительной стороны речи. Благодаря использованию логопедического массажа, который приводит к постепенной нормализации мышечного тонуса и активизации двигательной функции мышц речевого аппарата, формирование нормативного произнесения звуков может происходить в ряде случаев спонтанно. При выраженной неврологической симптоматике, только использование логопедического массажа, особенно на начальных стадиях коррекционной работы, может обеспечить положительный эффект.

Глава 2

КРАТКИЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Логопедический массаж выполняется в области мышц головы, шеи, а также плечевого пояса. Особое внимание в процессе логопедического массажа уделяется мышцам периферического речевого аппарата, к которым относятся мышцы языка, губ, щек, мягкого неба.

Логопед должен хорошо представлять себе строение и функции тех мышц, в области которых будет проводиться логопедический массаж, что позволит составить индивидуальную программу массажа и обеспечит ее правильное выполнение. Укажем ряд причин необходимости этих знаний для овладения данной технологией:

1. Мышцы артикуляционного аппарата достаточно мелкие, так что не всегда возможно определить пальпаторно их местонахождение. Точное знание анатомического строения мышц артикуляционного аппарата позволит осуществить адекватный выбор *места* массажных движений.

2. Каждая отдельная мышца или мышечная группа имеет строго определенную функцию в выполнении артикуляторных движений. Соответственно знание функциональной роли каждой мышцы в выполнении артикуляционных движений дает возможность правильно подбирать *комплекс* массажных движений в каждом индивидуальном случае.

3. Знание анатомии и физиологии периферического речевого аппарата позволяет выделить мышцы или мышечные группы, несущие основную нагрузку в выполнении определенной двигательной функции и мышцы принимающие косвенное участие в выполнении той же функции. Это позволяет специалисту правильно определить *последовательность* воздействия на массируемые области.

4. Знание особенностей строения костно-мышечной системы и нервно-мышечного аппарата позволит логопеду грамотно подбирать *приемы* массажных движений не только с учетом патогенетических механизмов речевого расстройства, но и с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка, выявленных в результате диагностики.

Таким образом, представления об анатомии и физиологии периферического речевого аппарата обеспечат научно-методическую базу для полноценного овладения логопедическим массажем.

2.1. АНАТОМИЯ ГОЛОВЫ

Классическая анатомия делит лицо на несколько топографических областей: (1) лобная, (2) глазничная, (3) носовая, (4) подглазничная, (5) ротовая, (6) подбородочная, (7) щечная, (8) жевательная, (9) скуловая, (10) височная (*рис. 1*). Специфика такого деления лица зависят от особенностей строения костных, мышечно-сухожильных, сосудистых, нервно-ганглионарных и лимфатических структур.

Скелетом головы является череп, состоящий из отдельных костей, соединенных между собой швами. Топографически различают кости черепа и кости лица. Это разделение происходит следующим образом.

Кости черепа включают непарные кости: лобную, затылочную, клиновидную, решетчатую, — и парные: теменную, височную. Они образуют полость, в которой помещается головной мозг.

Кости лица включают непарные кости: нижнюю челюсть, подъязычную кость, сошник, — и парные: верхнюю челюсть, скуловую и нёбную кости, нижние носовые раковины, носовые кости.

Кости лица и кости черепа соединены между собой неподвижно, за исключением нижней челюсти, соединенной посредством височно-нижнечелюстного сустава подвижно. Височно-нижнечелюстной сустав одно из важных костных образований, с функцией которого связаны такие процессы, как жевание, глотание, дыхание и артикуляция.

Височно-нижнечелюстной сустав. Движения нижней челюсти возможны только благодаря работе височно-нижнечелюстного сустава. Это парный сустав, образованный головками нижней челюсти, суставные поверхности которой покрыты соеденительнотканным хрящем (*рис. I* на *цветной вклейке*). Правый и левый височно-нижнечеслюстные суставы в совокупности образуют одно комбинированное сочленение. При движении в суставах возможно опускание и поднятие нижней челюсти, движение ее вперед, назад и в стороны (направо и налево). Для правильного функционирования височно-нижнечелюстного сустава и ощущения комфорта в осуществлении движений нижней челюсти необходимо, чтобы его работа была правильно сбалансирована с обеих сторон. Это обеспечивается как правильным

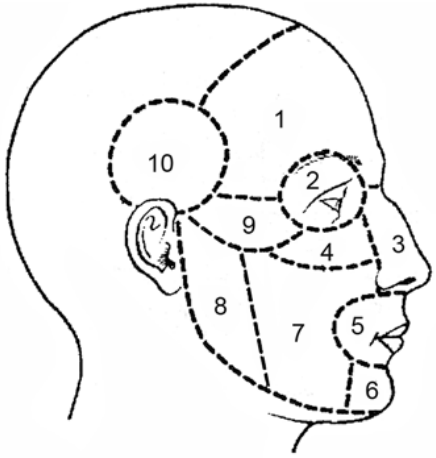

Рис. 1. Анатомические области лица человека

функционированием самого сустава, так и группой жевательных мышц, непосредственно вовлеченных в осуществление его двигательной функции. Процессы жевания, глотания, дыхания и артикуляции требуют, чтобы движения височно-нижнечелюстного сустава были также синхронны с движениями соответствующих мышц, осуществляющих эти акты.

2.2. МЫШЦЫ ГОЛОВЫ И ЛИЦА

Мышцы головы делятся на две группы: жевательные и мимические мышцы, или мышцы лица; в особую группу выделяют мышцы окружности рта.

Группа жевательных мышц включает жевательную мышцу, височную мышцу и крыловидные мышцы (*рис. 2* и *рис. I на цветной вклейке*).

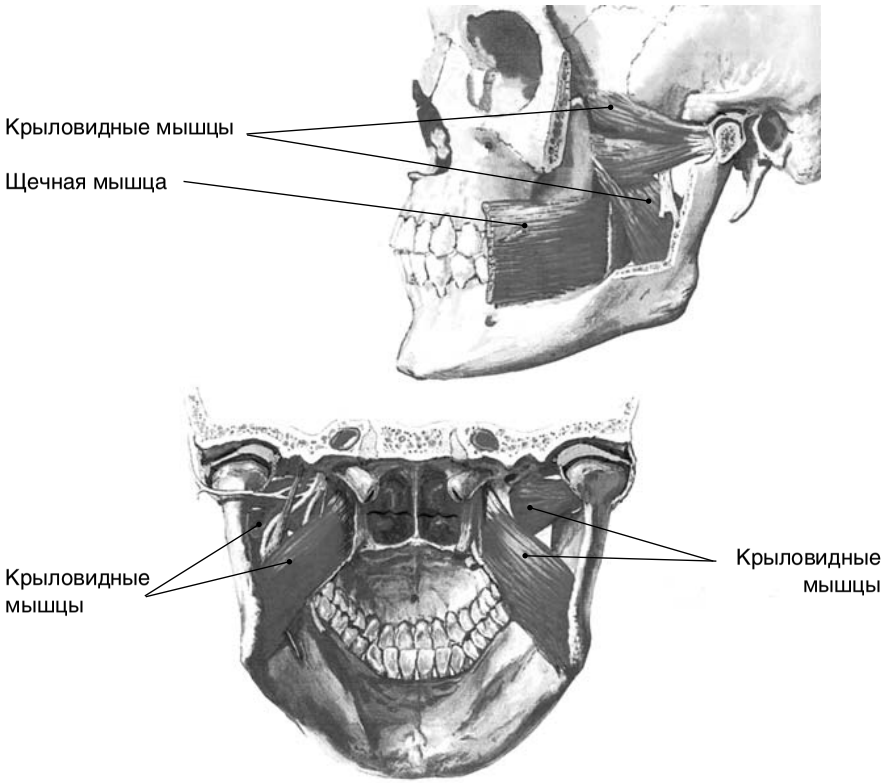

Рис. 2. Крыловидные мышцы

Основная функция группы жевательных мышц сводится к движению нижней челюсти (поднимание, опускание, движение вперед, назад и в стороны).

Жевательная мышца состоит из двух частей: поверхностной и глубокой, которые одним концом прикрепляются к скуловой кости и другим — к нижней челюсти. Функции: поднимает опущенную нижнюю челюсть, участвует в выдвижении челюсти вперед.

Височная мышца расположена на височной поверхности черепа. Пучки мышц, направляясь вниз, образуют мощное сухожилие, которое прикрепляется к нижней челюсти.

Функции: поднимает опущенную челюсть, выдвинутую вперед челюсть тянет назад.

Крыловидные мышцы расположены по внутренней стороне жевательной мышцы, прикрепляясь к скуловой кости и к кости нижней челюсти.

Функции: при одностороннем сокращении смещают нижнюю челюсть в противоположную сторону, при двустороннем — выдвигают вперед и поднимают опущенную нижнюю челюсть (см. *рис. 2*).

Кроме этого косвенно в движениях нижней челюсти принимают активное участие мышцы дна полости рта (надподъязычные мышцы), прикрепляющиеся к подъязычной кости, а также подкожная мышца шеи (*рис. 3 и рис. II на цветной вклейке*).

Мимические мышцы (*рис. 4*), или собственно мышцы лица, состоят из дугообразных и круговых мышечных волокон, которые расположены преимущественно вокруг отверстий глаз, рта, носа и ушей. Эти мышцы участвуют в замыкании или, напротив, в расширении этих отверстий. Они меняют их форму на лице, образуя различные складки. Это довольно мелкие мышцы, участвующие в образовании различных мимических движений, меняющие выражение лица вследствие их тесной связи с эмоциогенными структурами мозга. Активно действующие мимические мышцы характеризуются подвижностью, готовностью к сокращениям. Благодаря этому создается определенная тяга мышц, действующих в направлении наиболее часто задействованных сокращений и расслаблений эффекторных групп. При редком использовании тех или иных мышечных групп могут наблюдаться характерные структурные изменения тканей лица, что может являться определенным диагностическим критерием при обследовании взрослых (*рис. 5*). Следует иметь в виду, что некоторые мимические мышцы выделяются не анатомически, а функционально. Укажем наиболее крупные из мимических мышц.

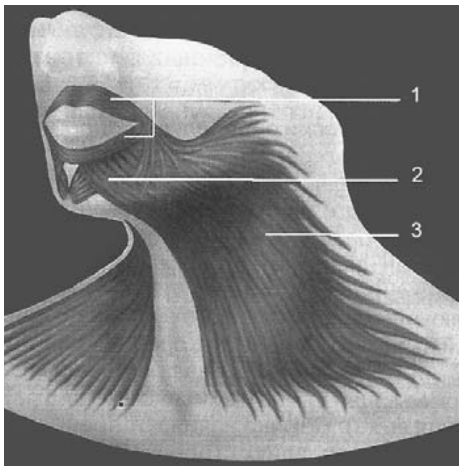

Рис. 3. Схема вставления подкожной мышцы шеи:

1 — круговая мышца рта; 2 — мышцы, опускающие нижнюю губу; 3 — подкожная мышца шеи

Затылочно-лобная мышца соединена с сухожильным шлемом, производит смещение кожи головы. Состоит из лобной и затылочной частей. Лобная часть поднимает брови и расширяет глазную щель.

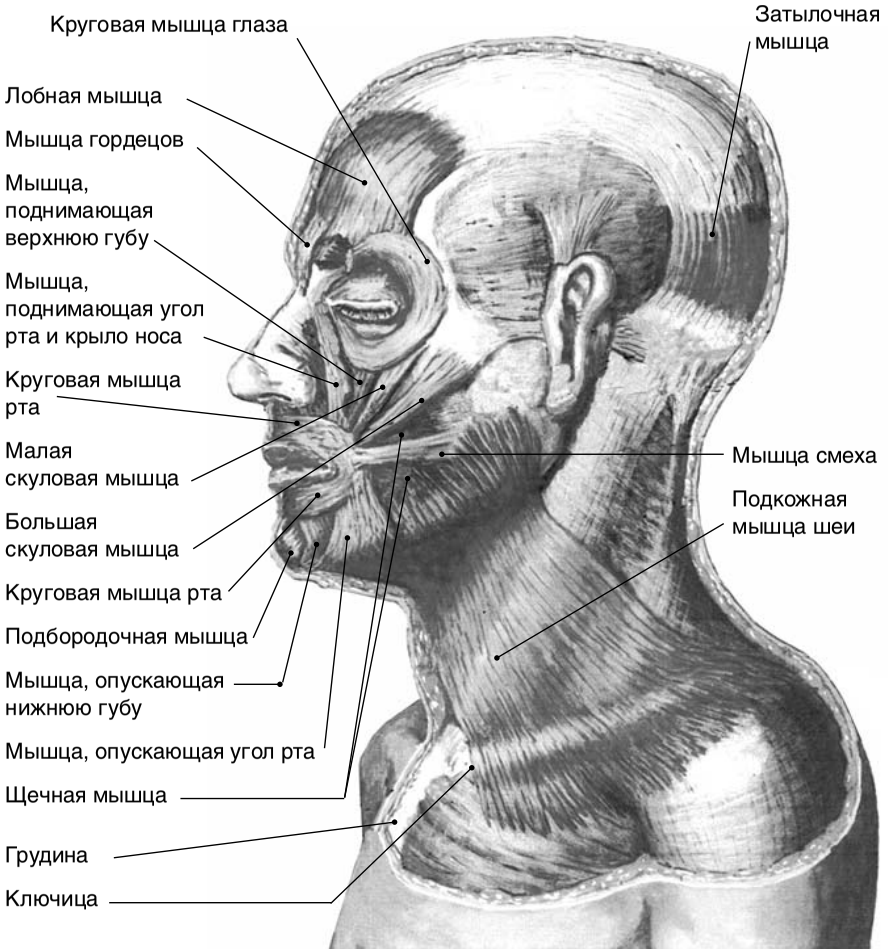

Рис. 4. Мышцы головы

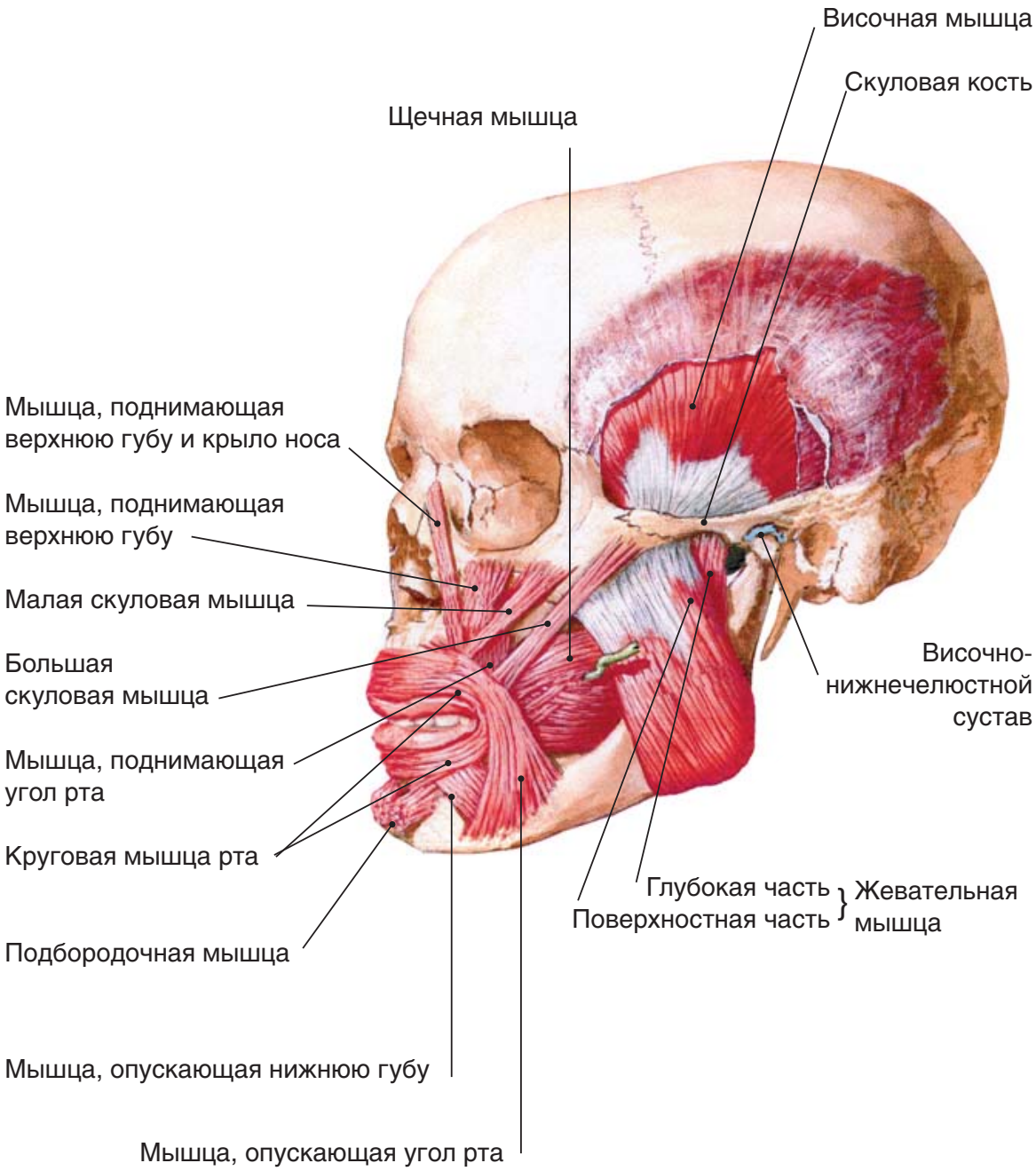

Рис. I. Мышцы окружности рта

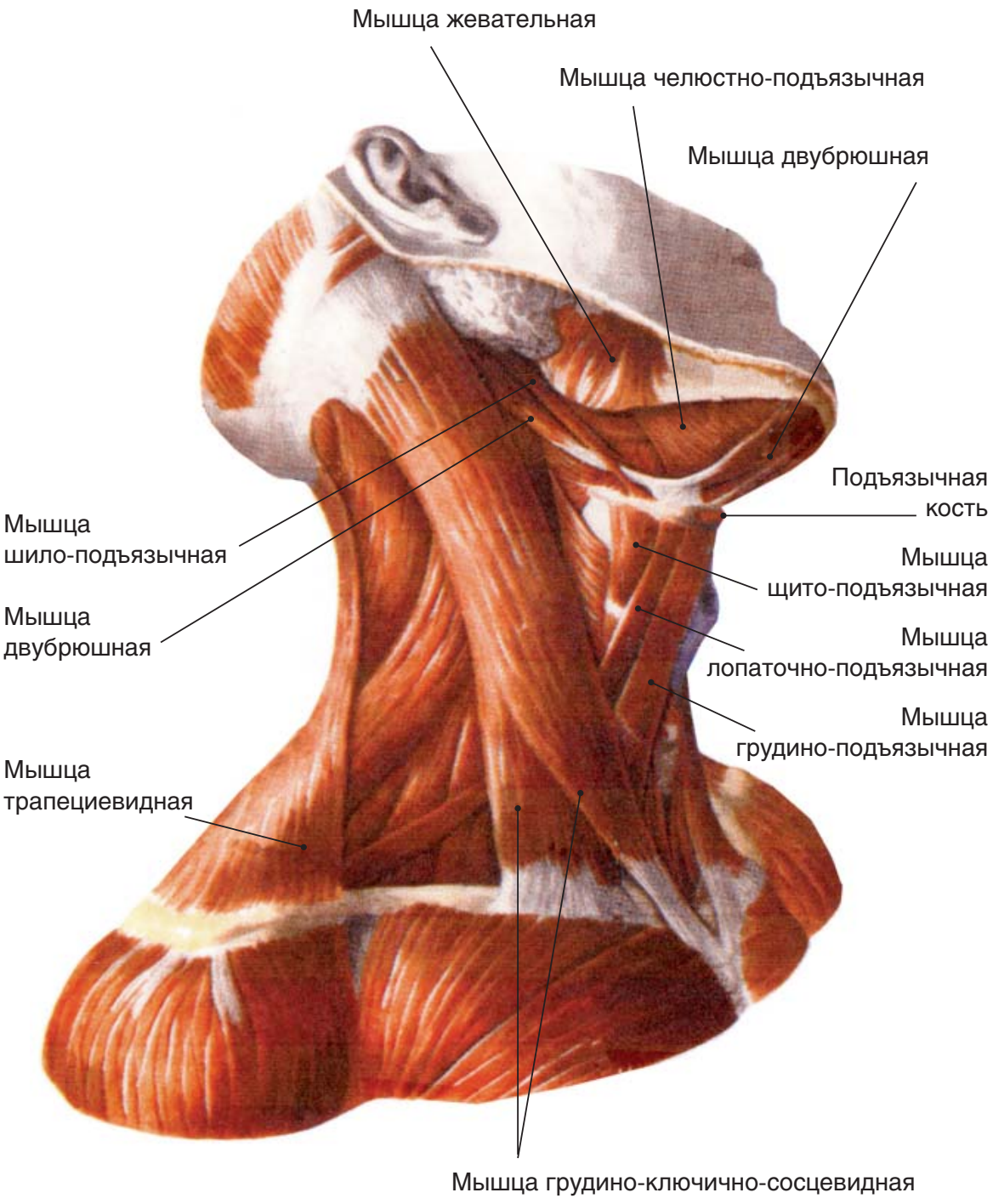

Рис. II. Мышцы шеи

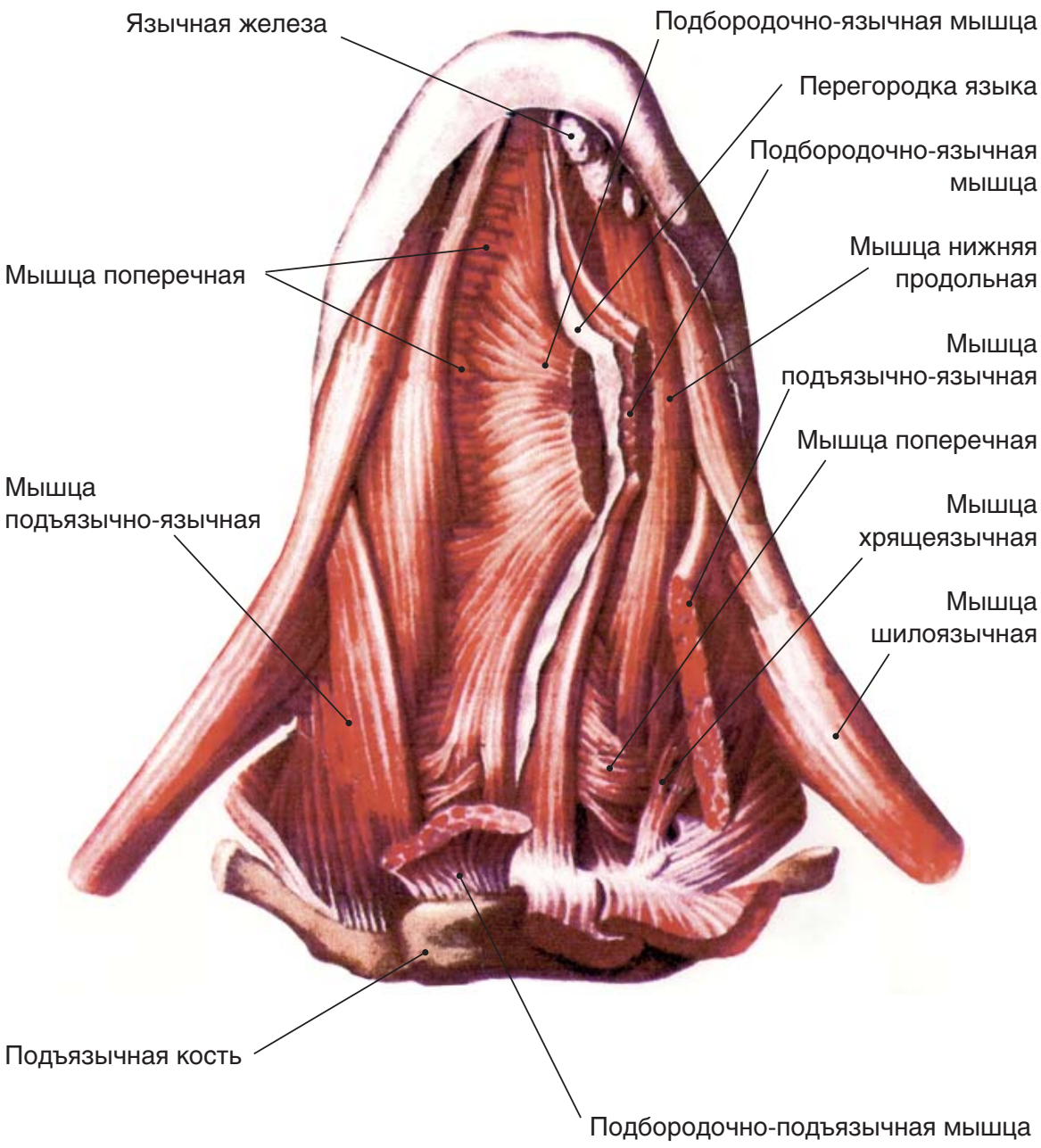

Рис. III. Мышцы языка (вид снизу)

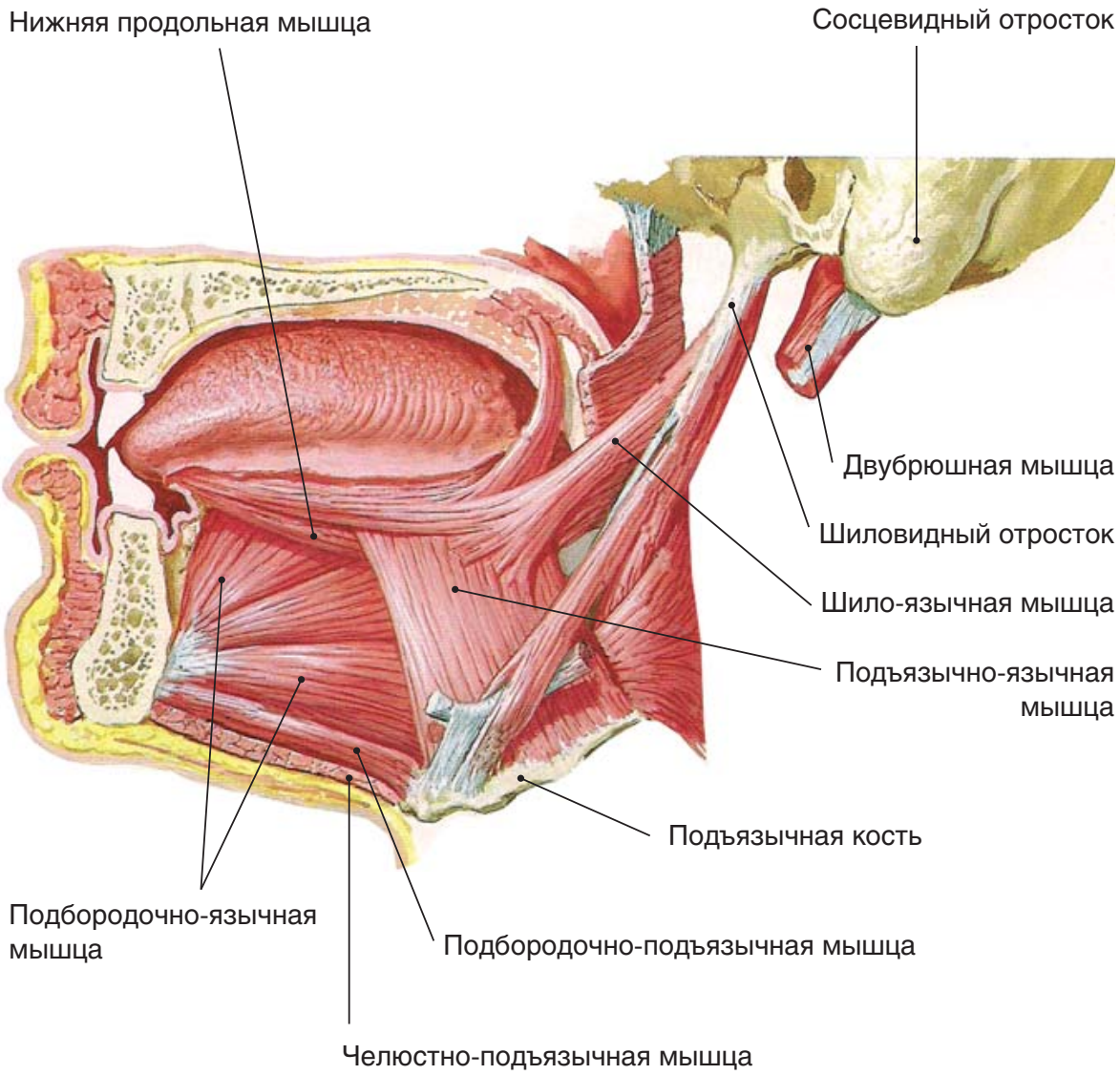

Рис. IV. Мышцы языка (вид сбоку в разрезе)

Мышца, сморщивающая брови, прикрепляется к коже бровей, сводит кожу бровей к срединной линии, образуя вертикальные складки у переносицы.

Мышца гордецов начинается на спинке носа и прикрепляется к коже. Образует у корня носа поперечные складки.

Круговая мышца глаза располагается вокруг глазницы, осуществляет суживание глазной щели, смыкание век.

Носовая мышца проходит по крыльям носа, оттягивает книзу ноздри, суживая их при этом.

Мышцы окружности рта (*рис. I на цветной вклейке*) делятся на две группы. Одна из них — круговая мышца рта, сокращение которой суживает ротовую щель, другая группа — это мышцы, расположенные радиально по отношению к ротовой щели, их сокращение приводит к ее расширению.

Круговая мышца рта образована круговыми мышечными пучками, расположенными в толще губ. Мышечные пучки плотно сращены с кожей углов рта и срединной линии губ.

Функции: суживает ротовую щель, вытягивает губы вперед.

Большая скуловая мышца начинается от скуловой кости, направляясь вниз, вплетается в круговую мышцу рта и кожу угла рта.

Функция: тянет угол рта вверх и кнаружи.

Мышца, поднимающая угол рта, начинается от клыковой ямки верхней челюсти вплетается в угол рта.

Функция: тянет угол рта вверх и кнаружи.

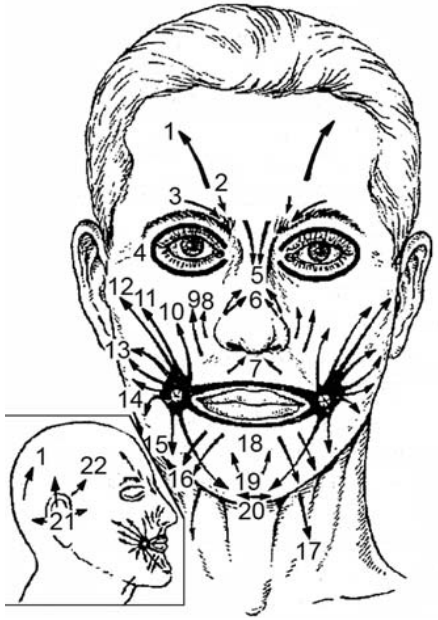

Рис. 5. Направление тяги мимических мыц (схема):

1 — при натяжении кожи лба и поднятии бровей; 2, 3 — при опускании и сморщивании бровей; 4 — при зажмуривании глаз; 5— при образовании поперечной складки надпереносья; 6— при раздувании ноздрей; 7— при опускании перегородки носа; 8, 9 — при поднятии верхней губы; 10—13 — при поднятии угла рта и растягивании ротовой щели; 14, 15 — при опуска нии угла рта; 16 — при опускании нижней губы; 17, 18 — при натягивании кожи нижней части лица; 19, 20 — при изменении рельефа подбородка; 21, 22 — при движении ушной раковины

Малая скуловая мышца; мышца, поднимающая верхнюю губу, и мышца, поднимающая верхнюю губу и крыло носа также начинаются от скуловой кости и, образуя единую мышечную пластинку, вплетаются в кожу верхней губы и крыла носа.

Функции: поднимают верхнюю губу и подтягивают крыло носа, усугубляя носогубную складку.

Мышца смеха (является непостоянной) вплетается в кожу угла рта.

Функция: оттягивает угол рта кнаружи.

Щечная мышца, или *мышца трубачей* образует основу щек. Начинается от наружной поверхности верхней и нижней челюстей в области альвеол вторых больших коренных зубов. Направляясь вперед, пучки щечной мышцы переходят в верх¬нюю, нижнюю губы и угол рта.

Функции: оттягивает угол рта в сторону, при двустороннем сокращении растягивает ротовую щель, прижимает внутреннюю поверхность щек к зубам.

Мышца, опускающая угол рта, идет от нижней челюсти, поднимаясь к углу рта.

Функция: тянет угол рта книзу и кнаружи.

Мышца, опускающая нижнюю губу, тянет нижнюю губу книзу.

Подбородочная мышца вплетается в кожу подбородка.

Функция: тянет кожу подбородка кверху, вытягивает нижнюю губу.

2.3. ПОЛОСТЬ РТА

Полость рта кроме производства звуков речи, выполняет целый ряд жизненно важных функций. Режуще-жевательная, вкусовая, слюновыделительная, защитная и сигнальная функции рта обеспечивают основные жизненные потребности организма. Кроме этого, благодаря теснейшим контактам с головным мозгом через тройничный, блуждающий и языкоглоточный нервы полость рта как одна из важнейших рефлексогенных зон обладает многосторонними связями с различными системами организма. Слизистая оболочка полости рта это чрезвычайно стимуляционная зона. Ни одна область человеческого тела не имеют такого мощного «выхода наружу» в область ствола головного мозга. Поверхность полости рта располагает обширными представительными зонами блуждающего, языкоглоточного, и тройничного нервов. Поэтому раздражение этой области под воздействием массажных движений, особенно задней стенки глотки способно вызвать существенные положительные изменения в состоянии пациента. Эти изменения могут касаться не только нормализации состояния тонуса мышц, но и изменения эмоционального состояния, а также стимуляции центральной нервной системы в целом.

Анатомически полость рта ограничена спереди губами, по бокам — щеками, сверху — нёбом (твердым и мягким), снизу — языком и мыш-

цами, образующими дно полости рта. Сзади, через перешеек зева, полость рта сообщается с глоткой и носоглоткой.

Губы — две мышечные складки, которые ограничивают ротовую щель. Концы ротовой щели носят название углов рта. Видимая поверхность губ покрыта кожей, которая переходит в слизистый покров на их внутренней поверхности. Толщу губ образуют преимущественно круговая мышца рта, рыхлая соединительная ткань, кожа и слизистая оболочка. На кожной поверхности верхней губы по срединной линии находится непарный, ограниченный кожными валиками губной желобок, примыкающий к бугорку верхней губы. От щек верхняя губа отделена носогубными бороздами, или складками. Нижняя губа отделена от подбородка горизонтально идущей подбородочно-губной бороздой. В подслизистой основе губ залегают в большом количестве губные железы, достигающие величины горошины. Выводные протоки этих желёз открываются на поверхности слизистой части губ.

Щеки образованы щечной и жевательной мышцами и снаружи покрыты кожей, а изнутри — слизистой оболочкой. Между щечной и жевательной мышцами находится подкожная жировая клетчатка. В слизистой оболочке щек имеется несколько протоков слюнных желёз.

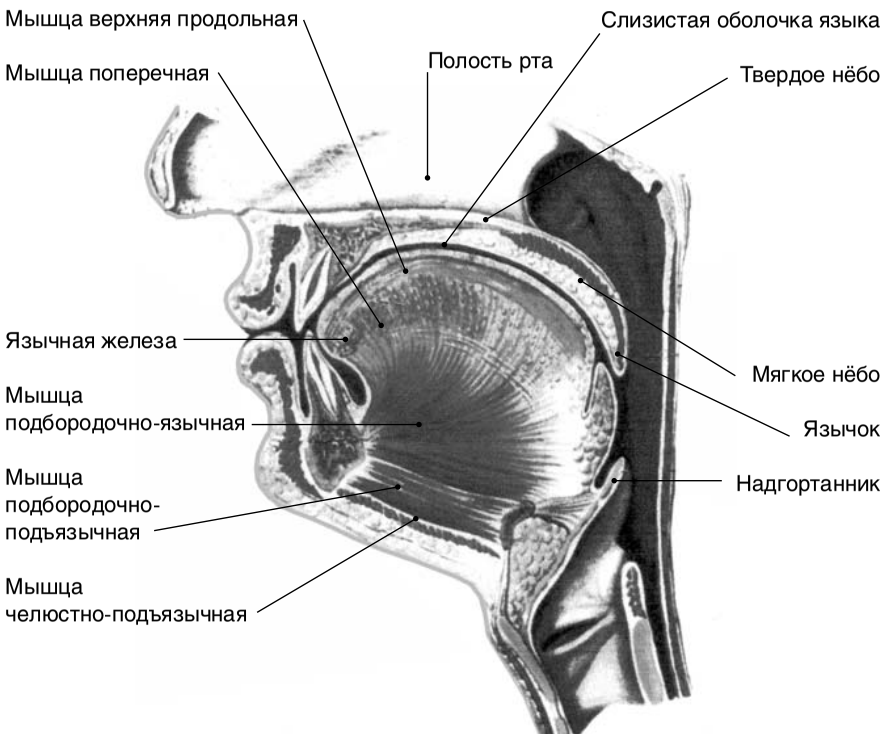

Рис. 6. Полость рта и носа в разрезе

Полость рта при сомкнутых челюстях полностью заполнена языком. Ее наружной стенкой являются зубные дуги и десна, верхней — нёбо, нижней — группа надподъязычных мышц (двубрюшная, шилоподъязычная, челюстно-подъязычная, подбородочно-подъязычная) (*рис. 6*).

Нёбо делится на твердое и мягкое. Его передняя часть — твердое нёбо — имеет костную основу. Задняя часть — мягкое нёбо — в основном образована мышцами и слизистой оболочкой, в которой расположены нёбные железы. Посередине слизистой оболочки имеется узкая беловатая полоска — шов нёба. В области шва слизистая оболочка тоньше, чем по краям. Мягкое нёбо также называют *нёбной занавеской.* Оно представляет собой подвижную перегородку между полостями рта и глотки. Его свободный край образует по средней линии язычок. Мышца язычка представляет собой два мышечных пучка, которые выходят из мышц мягкого нёба и сходятся к срединной линии язычка, что обусловливает его коническую форму.

По обеим сторонам язычка мягкое нёбо разделяется на две расходящиеся ножки (*рис. 7*) — нёбные дуги, из которых передняя идет к корню языка и называется *нёбно-язычной дугой*, а задняя прикрепляется к боковой стенке глотки и называется *нёбно-глоточной дугой.* В пространстве между нёбными дугами лежат нёбные миндалины. При каждом глотательном движении нёбные дужки вытягиваются, приближаются друг к другу так, что между ними остается маленькая щель, которая вполне закрывается язычком, т.е. в момент глотания полость носа отделяется от полости глотки.

Мышцы мягкого нёба иннервируются IX и X ветвями черепных нервов.

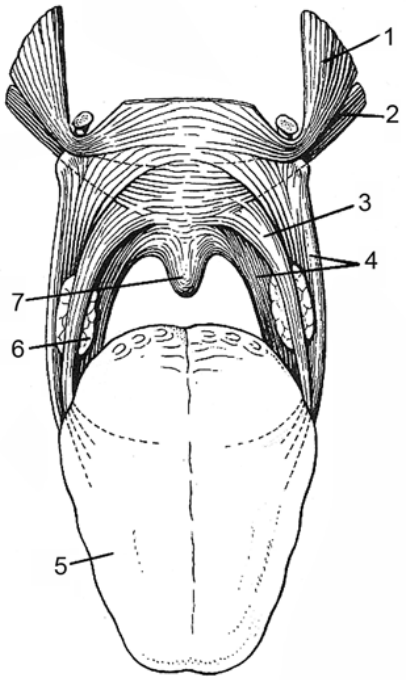

Рис. 7. Мышцы мягкого неба (схема):

1 — м. нарягающая небную занавеску; 2 — м. поднимающая небную занавеску; 3 — небно-язычная дуга; 4 — небно-глоточная дуга; 5 — язык; 6 — небная миндалина; 7 — язычок

Наиболее важными мышцами неба и зева являются следующие.

Мышца напрягающая небную занавеску растягивает передний отдел мягкого неба и глоточный отдел слуховой трубы.

Мышца поднимающая небную занавеску поднимает мягкое небо и суживает отверстие слуховой трубы.

Мышцы язычка укорачивают язычок, поднимая его.

Небно-язычная мышца залегает в одноименной дужке. Начинается от бокового края языка, образуя продолжение его поперечных пучков и вплетается в мышцы мягкого неба. Функция: суживает зев, сближая передние дужки с корнем языка

Небно-глоточная мышца залегает в одноименной дужке. Начинается от задней стенки глотки и направляясь к середине неба вплетается в его толщу. Функция: сближает небно-глоточные дужки, подтягивает вверх нижнюю часть глотки и гортань.

Строение языка

Язык — мышечный орган, покрытый сверху, с боков и частично снизу слизистой оболочкой (*рис. 8*). В языке различают две части: переднюю — свободную часть (тело языка) и заднюю часть (корень языка).

Рис. 8. Язык

Тело языка заканчивается закругленной верхушкой языка, или кончиком. Тело языка отграничено от корня пограничной бороздой, которая образует тупой угол. Корень языка является невидимой снаружи частью. Верхняя поверхность языка называется спинкой языка. На ней в продольном направлении расположена срединная борозда языка, которая делит тело языка на правую и левую части. Соответственно этой борозде вся мускулатура языка делится на две половины посредством фиброзной (соединительно-тканной) пластинки, или перегородки языка, которая расположена в толще языка.

От нижней поверхности языка до десен идет складка слизистой оболочки — уздечка языка. Слизистая оболочка языка гладкая в области корня и кончика языка и шероховатая на спинке языка. Эта шероховатость обусловлена большим количеством мелких возвышений — сосочков языка, различающихся по форме. В слизистой оболочке полости рта и языка находится большое количество слюнных желёз. В мускулатуре языка, в его верхушке, находится уплотнение — язычная железа, ее выводной проток открывается на нижней поверхности языка (*рис. III* на *цветной вклейке*). В толще языка проходят сосуды и нервы. Передние две трети языка иннервируются ветвью подъязычного нерва, выполняющим двигательную функцию и ветвью тройничного нерва, осуществляющего в основном чувствительную функцию; задняя треть языка иннервируется языкоглоточным нервом, а область надгортанника — ветвью блуждающего нерва.

Язык состоит из нескольких групп мышц. Как видно на *рис. III* и IV (см. *цветную вклейку)* и на *рис. 9*, мышечные волокна, из которых

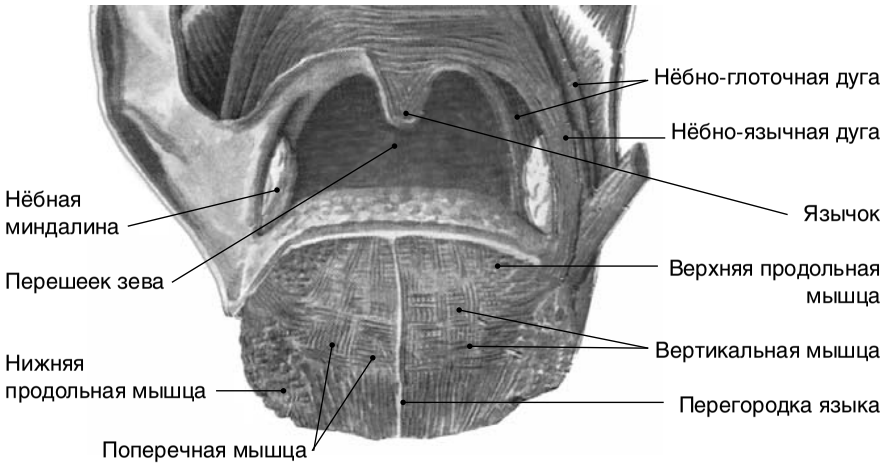

Рис. 9. Мышцы языка и зева (в поперечном в разрезе)

состоит язык, расположены в трех направлениях: одни идут вдоль языка от корня к кончику, другие пронизывают его в поперечном направлении сверху вниз, а третьи — в горизонтальном направлении, от боковых поверхностей языка к центру.

Все мышцы языка можно разделить на две основные группы. Одна группа представлена мышцами, начинающимися на костях и вплетающимися в тело языка. Эти мышцы принято называть скелетными или внутренними. Они меняют положение языка в пространстве. Другая группа мышц является собственно мышцами языка или внешними. Их функция — изменять форму языка.

К **скелетным мышцам языка** относятся следующие:

Шилоязычная мышца. Это довольно крупная мышца, которая начинается от шиловидного отростка височной кости, идет косо вниз и вперед, вдоль края языка к его кончику, составляя боковую поверхность корня языка.

Функция: тянет язык, особенно корень его, вверх и назад.

Подъязычно-язычная мышца. Начинается от подъязычной кости. Ее пучки направляются кверху и кпереди, к боковому краю корня и тела языка.

Функция: тянет язык назад и вниз.

Подбородочно-язычная мышца. Она начинается от подбородочной кости, идет вверх и, веерообразно расходясь, прикрепляется к слизистой оболочке языка на всем его протяжении. Нижние волокна подбородочно-язычной мышцы проходят горизонтально в основании языка и прикрепляются к подъязычной кости

Функция: тянет язык вперед и вниз.

Хрящеязычная мышца. Идет от подъязычной кости в виде небольшого мышечного пучка и вплетается в толщу мышц языка в области его спинки.

Функция: тянет язык назад и вниз.

К **собственно мышцам языка** относятся следующие.

Нижняя продольная мышца. Длинная и узкая, она лежит в толще языка, начинается от основания корня языка и идет к его кончику.

Функция: укорачивает язык.

Верхняя продольная мышца. Идет непосредственно под слизистой оболочкой, вдоль всей спинки языка, от корня до кончика.

Функции: укорачивает язык и поднимает его кончик.

Поперечная мышца языка. Она состоит из отдельных поперечно идущих мышечных пучков, которые начинаются от перегородки языка и заканчиваются в слизистой оболочке краев и корня языка.

Функция: делает язык узким и выпуклым кверху.

Вертикальная мышца языка. Состоит из коротких пучков, располагающихся вертикально между спинкой и нижней поверхностью языка.

Функция: делает язык плоским.

2.4. МЫШЦЫ ШЕИ

Мышцы шеи выполняют многообразные функции: приводят в движение голову, нижнюю челюсть, подъязычную кость, шейную часть позвоночника и ребра. В шейной области лежат также мышцы, изменяющие форму и положение языка и гортани.

При ощупывании и осмотре шеи спереди хорошо определяется по средней линии тело подъязычной кости, к которой прикрепляется ряд мышц, оттягивающих ее как кверху, так и книзу, особенно выражено перемещение подъязычной кости при глотании. Чуть ниже расположен щитовидный хрящ. В передней области шеи расположены крупные сосуды, нервы, щитовидная железа.

Группа мышц подъязычной кости (*рис. II на цветной вклейке*). Подъязычная кость находится под телом языка в самом верхнем отделе шеи, имеет форму подковы и может быть прощупана через кожу.

Продьязычная кость представляет собой уникальное образование, поскольку крепится через систему мышц, в результате чего является достаточно подвижной. К ее верхней части крепиться целая группа мелких **надподъязычных мышц**: *двубрюшная, шило-подъязычная, челюстно-подъязычная подбородочно-подъязычная*. Эти мышцы образуют дно полости рта и принимают участие в опускании нижней челюсти, функции глотания, а также в движениях языка, в том числе и его кончика.

К нижней поверхности подъязычной кости крепится группа **подподъязычных мышц**: *грудино-подъязычная, щито-подъязычная, лопаточно-подъязычная* и др

Данные мышцы тянутся вдоль передней поверхности шеи и прикрепляются к ключицам, грудине, лопатке и щитовидному хрящу. Они влияют на изменении положения гортани и состояние голосовой функции.

Кроме этого, как было указано выше, к верхней части подъязычной кости крепятся также скелетные мышцы языка, в частности подъязычно-язычная и хрящеязычная и нижние волокна подбородочно-язычной. Таким образом несколько мышечных групп, выполняющих определенные функции в речевом процессе соединены через подъязычную кость, прикрепляясь противоположными концами либо к нижней челюсти и сосцевидному отростку (двубрюшная мышца), к шиловидному отростку (шилоподъязычная), нижней челюсти (челюстно-подъязычная подбородочно-язычная и подбородочно-подъязычная) к лопатке (лопаточно-подъязычная), к ключицам и грудине (грудинно-подъязычная) к шиловидному отростку (шило-подъязычная), к подъязычному хрящу (щито-подъязычная).

Таким образом, к подъязычной кости прикрепляется несколько групп мышц, играющих важную роль как в артикуляционном так и вокальном процессе. Это представляется достаточно важным для опреде-

ления как места, так и последовательности массажных движений, преследующих ту или иную цель, а также учета того, что все эти группы мышц связаны между собой и влияют друг на друга. На *рис. 10* показана взаимосвязь между мышцами языка, надподъязычными и подподъязычными мышцами.

Подкожная мышца шеи (см. *рис. 3*) находится на передней поверхности шеи. Ее мышечные пучки начинаются в области груди на уровне II ребра, поднимаются вверх, прикрепляются к краю нижней челюсти. Отдельные мышечные пучки достигают покрывают нижнюю часть лица, включая область жевательной мышцы и мышц области рта. Хотя подкожная мышца анатомически относится к области шеи, однако функционально ее роль наиболее значима в движениях нижней челюсти и мышц окружности рта

Функции: натягивает кожу шеи, участвует в опускании нижней челюсти и оттягивании уголов рта книзу.

Грудино-ключично-сосцевидная мышца (см. *рис. II на цветной вклейке*) начинается двумя головками (ножками) от грудины и ключицы и прикрепляется к сосцевидному отростку височной кости.

Функции: при одностороннем сокращении поворачивает голову в противоположную сторон, наклоняет ее в свою сторону, при двухстороннем- запрокидывает голову назад.

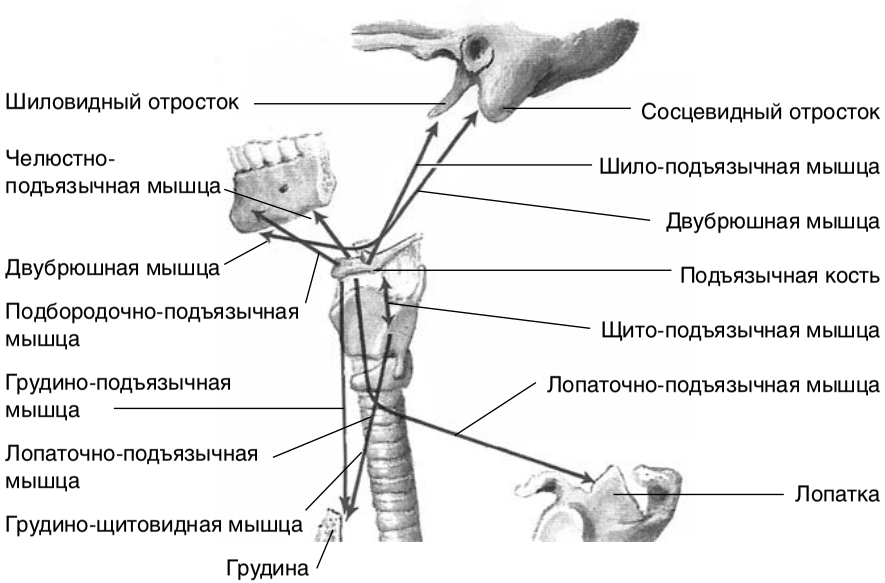

Рис. 10. Схема прикрепления мышц к подъязычной кости

На задней части шеи имеется семь шейных позвонков, которые соединены между собой межпозвоночными дисками и связками. Остистый отросток VII шейного позвонка хорошо прощупывается под кожей.

Трапециевидная мышца — наиболее крупная мышца спины. Она начинается на шее от наружного затылочного выступа, остистых отростков шейных и грудных позвонков и прикрепляется к ключице, плечевому отростку, гребню лопатки.

Функции: поднимает лопатку и плечевой пояс, отклоняет голову назад.

2.5. КРОВОСНАБЖЕНИЕ ЛИЦА И ШЕИ

Кровоснабжение лица и шеи осуществляется по многочисленным ветвям общей сонной артерии

Общая сонная артерия располагается под грудино-ключично-сосцевидной мышцей. У верхнего края щитовидного хряща она делится на наружную и внутреннюю сонные артерии. Наружная сонная артерия имеет большое количество ветвей, которые принимают участие в кровоснабжении щитовидной железы, языка, глотки, мягких тканей лица, затылка. Ветви внутренней артерии снабжают головной мозг, мышцы глаза, лба, носа.

Венозная система лица и шеи образует петлистую сеть. Наиболее крупная вена шеи — внутренняя яремная вена. В нее впадают вены, несущие кровь от глотки, языка, гортани, щитовидной железы, мягкого нёба, мимических мышц, кожных покровов лица. Оттекая по венам, кровь уносит продукты обмена веществ из тканей.

Общее направление кровеносных сосудов радиальное, т. е. снизу вверх: по направлению к темени как центру (артерии) и обратно (вены).

Лимфатическая система — это система щелей, сосудов и узлов, по которым движется лимфа. Лимфатические сосуды впадают в лимфатические узлы. Лимфа находится в состоянии постоянного обмена веществ с кровью и тканями. Это не единственная функция системы лимфатических сосудов и узлов, она, кроме того, служит барьером, задерживая в лимфатических узлах микроорганизмы. Лимфатические сосуды головы и лица собираются в три группы лимфатических узлов. Это передние, задние и затылочные околоушные узлы.

Расположение мышц, кровеносных сосудов, нервов, лимфоузлов определяет направление массажных движений и места наиболее активных движений.

2.6. ИННЕРВАЦИЯ МЫШЦ РЕЧЕВОГО АППАРАТА

Нервная система, обеспечивающая работу речевого аппарата, состоит из центральной и периферической частей. Периферические нервы иннервируют мышцы речевого аппарата. Ядра, от которых отходят

периферические нервы, расположены в стволе мозга (варолиев мост и продолговатый мозг).

В иннервации мышц лица, шеи и непосредственно мышц речевого аппарата принимают участие следующие пары черепно-мозговых нервов: тройничный (V пара), лицевой (VII пара), языкоглоточный (IX пара), блуждающий (X пара), добавочный (XI пара), и подъязычный (XII пара).

V Тройничный нерв (*рис. 11*) является смешанным: он содержит двигательные и чувствительные волокна. Тройничный нерв иннервирует кожу головы (кроме затылочной области) и лица. Он образует три ветви:

первая — глазной (лобный) нерв, иннервирующий кожу лба, верхнего века, слизистую оболочку полости носа;

вторая — верхнечелюстной (подглазничный) нерв, иннервирующий кожу нижнего века, боковой поверхности носа и верхней губы, слизистую оболочку щеки, верхней губы, верхние зубы, десну;

третья — нижнечелюстной (подбородочный) нерв, который также является смешанным по своему составу.

Нижнечелюстной нерв представляет собой наиболее мощную ветвь тройничного нерва, который иннервирует группу жевательных мышц (жевательная, височная, крыловидные мышцы), а также височно-нижнечелюстной сустав и его капсулу, иннервирует мягкое небо (мышца напрягающая небную занавеску), иннервирует некоторые мышцы дна

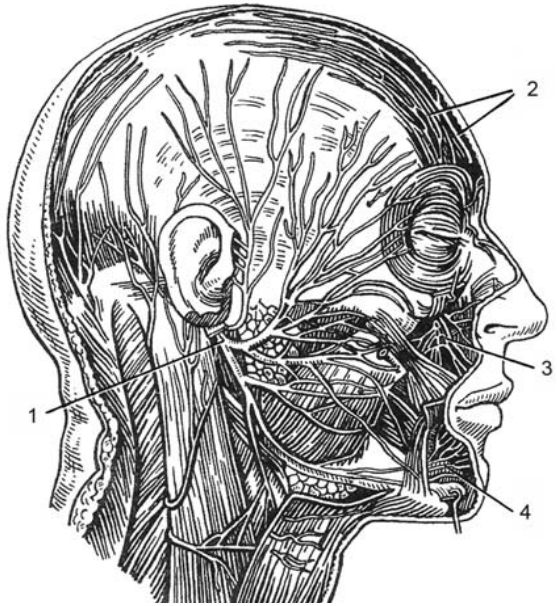

Рис. 11. Нервы головы и шеи:

1 — лицевой нерв; 2 — ветви лобного нерва (от первой ветви тройничного нерва); 3 — подглазничный нерв (от второй ветви тройничного нера); 4 — подбородочный нерв (от третьей ветви тройничного нерва)

полости рта (челюстно- подъязычная, двубрюшная), иннервирует кожу угла рта, нижней губы и подбородка. В состав нижней ветви тройничного нерва (нижнечелюстного) входит язычный нерв. Он содержит только чувствительные волокна и иннервирует слизистую оболочку передней дужки зева, небную миндалину, слизистую оболочку дна полости рта в области подъязычной складки (уздечки языка) и передних отделов нижних десен, слюнные железы. Язычный нерв направляется к языку с нижней его поверхности, входит в его толщу и следуя вверх подходит к слизистой оболочке языка. Он иннервирует передние две трети языка, входя веточками в сосочки языка. На границе тела и корня языка язычная ветвь тройничного нерва соединяется с язычной ветвью языкоглоточного нерва.

VII Лицевой нерв является двигательным (см. *рис. 11*). Он выходит из черепа через шилососцевидное отверстие, расположенное за ухом, и образует разветвление, называемое большой гусиной лапкой. Его ветви — височные, скуловые, щечные, краевая ветвь нижней челюсти и шейная — иннервируют кожу головы, затылочную часть затылочно-лобной мышцы, мышцы ушной раковины, все мимические мышцы лица (лобная, круговая мышца глаза, носовая, большая и малая скуловые мышцы, смеха, щечная, поднимающая верхнюю губу, мышцы поднимающие и опускающие угол рта, мышца опускающая нижнюю губу, круговая мышца рта, подбородочная); частично мышцы дна полости рта (шило-подъязычная, двубрюшная мышцы) и подкожную мышцу шеи, а также слизистую оболочку (вкусовые ощущения) передних двух третьих языка. Поражение лицевого нерва бывает при многих патологических состояниях, но может представлять собой и самостоятельное заболевание.

В местах выхода лицевого и тройничного нервов из черепной коробки к мышцам и тканям при надавливании в норме возникает болезненное ощущение. Местоположение этих болевых точек, которые являются также биологически активными точками необходимо учитывать при массаже (*рис. 12*).

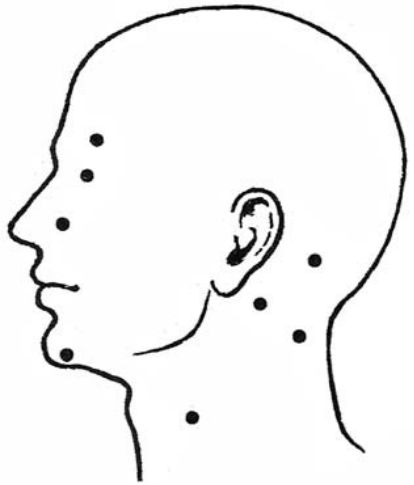

Рис. 12. Места расположения болевых точек

IX Языкоглоточный нерв является по своему составу смешанным. Он содержит как двигательные, так и чувствительные волокна. Язычная ветвь языкоглоточного нерва проходят сквозь толщу корня языка

и заканчиваются в слизистой оболочке задней трети языка. Иннервирует область от надгортанного хряща до желобовидных сосочков языка, т. е. иннервирует всю так называемую «невидимую» часть языка, а также боковую поверхность глотки и слизистую небных дужек.

X Блуждающий нерв также является смешанным. Он содержит в своем составе двигательные, чувствительные волокна и волокна автономной (вегетативной) системы, обеспечивая жизненно важные функции, иннервируя мышцы обеспечивающие сердцебиение, дыхание, пищеварение, а также частично мышцы мягкого неба, область надгортанника, гортани, глотки, трахеи и бронхов.

XI Добавочный нерв — двигательный. Он иннервирует грудинно-ключично-сосцевидную мышцу, а также мышцы задней части шеи, в частности трапецивидную мышцу.

XII Подъязычный нерв является двигательным. Проходя под задней частью двубрюшной и шилоподъязычной мышцы он иннервирует группу подпдъязычных мышц (грудинно-подъязычную, лопаточно-подъязычную, грудинно-подъязычную), а также подходя к нижней поверхности языка иннервирует все мышца языка как собственные, так и скелетные (шилоязычная, подъязычно-язычная, подбородочно-язычная, хрящеязычная, нижняя и верхняя продольные, поперечная и вертикальная мышцы). Таким образом, характеристика двигательной функции мышц языка главным образом зависит от качества иннервации этих мышц подъязычным нервом.

* * *

Мимические мышцы лица, артикуляционные, мышцы шеи и плечевого пояса представляют собой единую мышечную систему, обеспечивающую речепроизводство. В силу этого логопедический массаж обязательно должен охватывать все вышеперечисленные области даже в тех случаях, когда диагностируется поражение мышц лишь на локальном участке.

Глава 3

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Назначению логопедического массажа при дизартрии должна предшествовать медицинская диагностика, проводимая врачом. Медицинское заключение содержит указание на наличие неврологической симптоматики, в том числе указание на форму пареза (или паралича), локальные нарушения иннервации мышц и пр. Как правило, основным показанием к проведению массажа при дизартрии является изменение мышечного тонуса, которое может отмечаться как в общей мускулатуре, так и в органах речевого аппарата. Однако даже при наличии медицинского заключения логопед должен самостоятельно провести диагностику состояния мышц. Это поможет ему определить тактику массажа в каждом конкретном случае. Выбор приемов массажа будет зависеть от следующих параметров:

1) состояние мышечного тонуса (гипертонус, гипотонус, дистония);

2) степень нарушения двигательной функции мышц речевого аппарата;

3) сопутствующая патологическая симптоматика, выявленная в процессе диагностики.

Как правило любая диагностика начинается с **осмотра**. При назначении логопедического массажа необходимо иметь представление о состоянии кожных и слизистых покровов в тех областях, которые будут включены в массаж, поскольку их патологическое состояние может служить противопоказанием к назначению массажа. После осмотра проводится тщательная диагностика состояния мышечного тонуса и двигательной функции мышц:

- ✓ верхней половины туловища;
- ✓ шеи;
- ✓ мимических;
- ✓ артикуляционных.

Данная оценка осуществляется путем **пальпации** и **наблюдения** за выполнением статических и динамических упражнений.

Осмотр. В том случае, если логопед решает, что ребенок нуждается в проведении логопедического массажа, обследование необходимо начать с осмотра кожных и слизистых покровов.

Осмотр кожных покровов. Массаж в первую очередь оказывает воздействие на кожу, поэтому от ее состояния в определенной степени будет зависеть выбор и особенно дозировка массажных приемов. Логопеду необходимо обратить внимание на состояние кожных покровов ребенка. Синюшность кожных покровов губ, кончика носа, кончиков пальцев рук может указывать на выраженную недостаточность кровообращения. Локальные покраснения кожи могут свидетельствовать о местном воспалительном процессе, что является противопоказанием к назначению массажа. Наличие у ребенка сыпи на коже, диатеза, герпеса или любых повреждений кожных покровов также является противопоказанием к проведению массажа. Кровоизлияния в кожу могут возникать при передозировке массажа, особенно если отмечается повышенная ранимость капилляров. При повышенной ранимости капилляров из массажных приемов можно использовать только легкое поглаживание.

Осмотр полости рта. Особого внимания заслуживает осмотр полости рта, который является обязательной процедурой логопедической диагностики при установлении наличия или отсутствия дефектов строения органов артикуляции, особенностей выполнения артикуляционных движений. Кроме этого, специалисту следует обратить внимание на состояние слизистой оболочки полости рта, т.к. в первую очередь слизистая оболочка будет подвергаться действию массажа. Инфекции полости рта, такие как стоматиты и гангивиты исключают возможность не только использования массажа, но также и использования постановочных зондов на логопедических занятиях с ребенком. Довольно долго существовало представление о гангивитах и стоматитах как о местных процессах в полости рта. В настоящее время установлено, что только 10% заболеваний слизистой оболочки рта возникает от воздействия местных факторов, например травм. В 90% случаев патологические заболевания слизистой рта обусловлены заболеваниями нервной системы и внутренних органов, например, кишечника, печени, желчного пузыря. При раздражении кишечника, в полости рта могут появиться язвы, при раздражении толстого кишечника высыпания и изъязвления, при холецистите могут появиться эрозивные участки на слизистой оболочке щек и т. д. (Вельховер Е.С., Вершинин Б.В., 1998).

Особого внимания заслуживает *осмотр языка.* Как правило, в логопедической практике принято обращать внимание на форму, величину, а также положение языка в полости рта. Кроме этого, необходимо обратить внимание на цвет поверхностных покровов языка, поскольку «язык во время болезни есть верный отпечаток внутреннего состояния организма, состояния не только пищеварительных орудий, но и других органов» (М. Нечаев, 1835); на наличие налета на языке, его локализацию и плотность. Как правило, тонкий и светлый налет может свидетельствовать о начинающемся соматическом заболевании, плотный – о наличии хронического заболевания, желтый цвет свидетельствует о патологических изменениях, связанных с желчным пузырем. Во многих европейских странах и ряде стран востока ежедневная гигиена языка является такой же частью утреннего ритуала, как и чистка зубов, поэтому такие знания необходимы не только логопедам, использующим массаж, но и каждому человеку, заботящемуся о своем здоровье.

Если у ребенка имеется выраженный налет на поверхности языка, необходимо перед началом массажа провести обработку языка, используя для этой цели скребок для очистки языка. После снятия налета, необходимо, чтобы ребенок прополоскал рот любым дезинфицирующим средством, предназначенным для санации полости рта. После чего можно проводить массаж языка.

В настоящее время диагностика заболеваний по языку - лингводиагностика привлекает к себе возрастающий интерес клиницистов и патофизиологов. Сведения о лингводиагностике поступают из Франции, Китая, Японии и некоторых других стран. Наиболее популярной является схема проекционных зон внутренних органов по В. Ладу (*рис. 13*). Несмотря на то, что эти данные представляют определенный интерес, особенно в тех случаях, когда по внешнему виду языка, можно заметить первые признаки какого-либо соматического или инфекционного заболевания, следует иметь ввиду, что лингводиагностика, хотя и считается перспективной наукой, пока находится на путях становления.

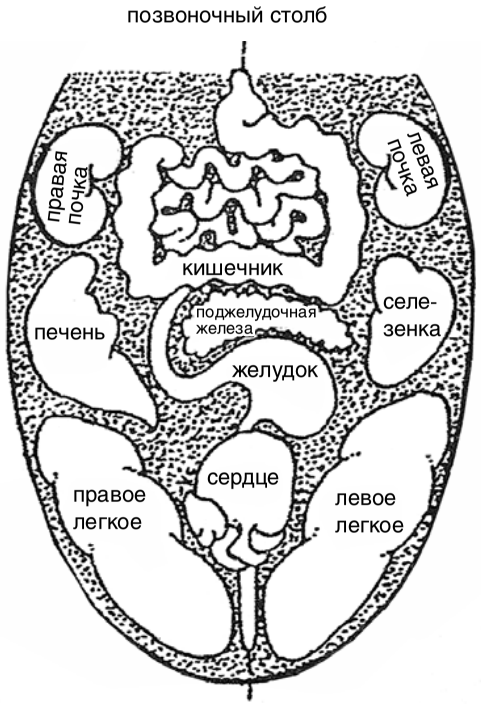

Рис. 13

Пальпация. Прием пальпации, наряду с остальными, является нетрадиционным методом логопедического обследования. Однако именно пальпация мышц и кожных покровов в области периферического речевого аппарата позволяет логопеду как можно точнее определить характер нарушений мышечного тонуса и локализацию данных нарушений.

Применение пальпаторной диагностики предполагает наличие у логопеда выработанной «тактильной памяти». «Тактильная память» — запоминание ощущений, возникающих при пальпации мышц и кожных покровов. Эти ощущения приобретаются только практическим путем, при многократной пальпации различных частей шеи, головы и лица: губ, щек, языка и т.п. Важно при этом получить представления о нормальном тонусе мышц и тургоре кожных покровов, а затем использовать эти ощущения для определения состояния мышц с пониженным или повышенным тонусом. Путем пальпации определяются следующие характеристики.

Эластичность кожи. В норме кожа гладкая, плотная, упругая, легко захватывается в складку, которая потом разглаживается. Нарушение эластичности кожи приводит к ее дряблости, что может наблюдаться, например, при недостаточности кровообращения.

Отечность кожи. Отечность кожи лица может быть вызвана различными заболеваниями внутренних органов. При воспалительном отеке наблюдается повышение температуры и возникают болезненные ощущения при пальпации. Во всех этих случаях массаж проводить не рекомендуется. Необходима консультация врача.

Повышенная чувствительность. Некоторые дети страдают повышенной чувствительностью кожных покровов, особенно вокруг рта и слизистой ротовой полости. Это может быть связано с выраженной гиперсаливацией, а также частыми прикосновениями матери, которая стремиться как можно чаще вытирать рот ребенка. Эмоционально возбудимые дети также могут иметь повышенную сензитивность и реагировать неадекватно, особенно на легкие прикосновения. Повышенная чувствительность не является противопоказанием к назначению массажа, но требует учета и определенных ограничений в использовании массажных приемов.

Состояние лимфатических узлов. В норме лимфатические узлы не пальпируются. Если они видны и хорошо прощупываются, это свидетельствует о наличии инфекции в организме, что является противопоказанием для проведения массажа. Усиление лимфотока может способствовать распространению инфекции.

Состояние мышц. При массировании мышц, обеспечивающих работу периферического речевого аппарата, логопед должен знать состояние их тонуса, который может быть повышен (гипертонус), понижен (гипотонус). Определение тонуса мускулатуры лучше всего проводить в положении ребенка лежа, при этом исследуемые мышцы должны быть максимально расслаблены.

Логопед должен при этом иметь представление о нормальном тонусе мышц. Только при сравнении с нормой можно путем пальпации определять состояние мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре. В норме мышцы находятся в состоянии некоторого напряжения (оптимального тонуса). Консистенция здоровой мышцы мягкая, упругая и эластичная, а ощупывание ее безболезненно. При повышении тонуса мышцы более плотные, могут быть ригидными, пассивные движения совершаются с трудом. При понижении мышечного тонуса мышцы на ощупь вялые и дряблые.

Пальпация мышц проводится в два этапа. Вначале кончиками слегка согнутых пальцев ощупывают поверхностный слой мышцы, а затем, не отрывая пальцев, проникают постепенно все глубже и глубже, исследуя состояние ее среднего и глубокого слоев.

Повышенный тонус мышц гортани определяется, как правило, путем прикладывания ладони к передней части шеи. При этом ощущаются плотные и напряженные мышцы и при глотании не возникает смещения гортани вверх.

Особенности состояния движений

Особенности состояния двигательной функции мышц периферического речевого аппарата оцениваются в процессе наблюдения за выполнением статических и динамических упражнений. Первый этап обследования включает осмотр привычных поз ребенка.

При осмотре следует обратить внимание на положение головы по отношению к туловищу, отметить, нет ли привычных асимметричных поз. При осмотре лица надо помнить о возможной асимметрии в виде сглаженности носогубной складки, ассиметрично расположенных бровей, опущенного уголка рта, расширенной или суженной глазной щели, а также наличии постоянно приоткрытого рта, слюнотечения, привычного положения языка в полости рта (*табл. 1*).

После осмотра проводится наблюдение за выполнением движений, т. е. статических и динамических проб. Пробы подбираются таким образом, чтобы специалист мог определить какая конкретно мышца или мышечная группа не выполняет двигательной функции, что поможет специалисту в дальнейшем составить программу массажных движений, которая будет соответствовать индивидуальным потребностям пациента.

Оценка выполнения движения может быть проведена как на констатирующем, так и на качественном уровнях. На констатирующем уровне оценки специалист фиксирует наличие или отсутствие выполнения движения, а также симметричность выполнения. Соответственно, движение может быть выполнено в полном объеме с одной стороны, например справа, и нарушено с другой стороны (слева), что и отмечается в таблице (*табл. 2*). Для более тщательного контроля за изменениями, произошедшими в процессе коррекционной работы, рекомендуется заполнить ту же таблицу как до так и после курса логопедического массажа.

Таблица 1. *Осмотр*

1	*Общее*	*Фиксируется:*	*До массажа*	*После массажа*
	Осанка	ровная, сутулая		
	Положение головы по отношению к плечевому поясу	ровное, склонена в сторону: вправо, влево		
	Положение плеч	симметричное, ассиметричное		
	Лицо	отечность, одутловатость, асимметрия		
2	*Состояние мимических мышц в положении покоя*	*Фиксируется:*		
	положение бровей и складок над бровями (лобная м.)	симметричность/асимметричность расположения		
	ширина глазных щелей (круговая м. век)	симметричность/асимметричность расположения		
	носогубных складок (скуловые мышцы)	симметричность/асимметричность расположения		
	углов линии рта (круговая м. рта, щечная м.)	симметричность/асимметричность расположения		
3	*Состояние жевательных мышц в положении покоя*	*Фиксируется:*		
	Положение рта	закрыт, плотно закрыт, приоткрыт, приоткрыт и нижняя челюсть отклонена в сторону, ложная прогения		
4	*Состояние мышц полости рта в положении покоя*	*Фиксируется:*		
	Положение языка в полости рта	оттянут кзади, комком, закрывает вход в глотку; вяло лежит на дне ротовой полости; продвинут кпереди; вываливается изо рта; девиация; беспокойство; гиперкинезы		
	Мягкое небо	Резко подтянуто; провисает; увуля отклонена в сторону (влево/ вправо)		

Кроме такой констатирующей оценки, может быть проведена более подробная, качественная оценка с введением параметров определения характера выполнения движения (*табл. 3*). Такая оценка требует от специалиста более подробного анализа качества выполнения каждой двигательной пробы.

При дизартрии нарушение звукопроизношения в первую очередь обусловлено патологическим состоянием тонуса мышц артикуляционной мускулатуры, что проявляется в нарушении двигательной функции артикуляционных мышц. Нарушение функции определенных мышц может приводить к патлологическому произношению определенных звуков.

При поражении *круговой мышцы рта* нарушается правильное произнесение тех звуков, при артикуляции которых необходимо участие губ. Это в первую очередь губно-губные и смычные согласные звуки *п, б, м* и их мягкие варианты. Также может нарушаться произнесение лабиализованных гласных *о, у,* произнесение которых требует активных движений губ вперед.

При поражении *щечных мышц* и *мышц смеха* нарушается положение растянутых губ, а также прохождение воздушной струи по центру языка, что отражается на артикуляции звуков *и, ы, э, с, с'з, з'*.

При парезе *мышц поднимающих верхнюю губу, опускающих нижнюю губу* возникают трудности поднятия верхней губы, опускания нижней губы, что часто приводит к нарушению произношения звука *л* и к замене его на двугубный. Кроме этого имеются затруднения при выполнении позы «логопедический оскал», а так же принятия правильной позы губ при произношении шипящих.

При поражении *мышц мягкого нёба* (нёбно-язычной, нёбно-глоточной дуг и др.) голос как правило приобретает носовой оттенок.

При парезах *мышц языка*, а также *шейных мышц*, особенно группы надподъязычных (двубрюшной, шило-подъязычной, челюстно-подъязычной, подбородочно-подъязычной и др.), нарушаются движения языка, способность изменять его конфигурацию, выдвигать вперед, оттягивать назад, совершать боковые движения. Это приводит к нарушению произношения большинства согласных звуков, особенно группы переднеязычных, требующих активного движения кончика языка. При поражении мышц языка с одной стороны характерно боковое произнесение ряда согласных.

Важной составляющей любого логопедического обследования является выявление нарушений **фонематического восприятия**. Нарушение фонематического слуха приводит к нарушениям звукопроизношения в виде искажений, замен или пропусков звуков. Логопеду необходимо знать о состоянии фонематического восприятия пациента и при его нарушении назначению логопедического массажа должна предшествовать работа по его формированию.

Таблица 2. *Наблюдение за выполнением движений*

№ пп.	Мышцы, выполняющие движение	Двигательные пробы	Наличие +/ отсутствие -/ симметричность движения: справа/слева	
			до массажа: справа/слева	после массажа: справа/слева
	Мимические мышцы			
1	Мышцы лба	Поднять брови – «удивиться» (удержать на счет от 1 до 5)		
2	Мышцы гордецов	Нахмурить брови –«рассердиться» (повторить 3 раза)		
3	Круговая мышца глаза	– Закрыть глаза; закрыть правый и левый глаз попеременно. – Прищурить глаза, – «светит яркое солнце», прищурить правый и левый глаз попеременно. – Крепко зажмурить глаза (движения удержать на счет от 1 до 3).		
	Группа жевательных мышц:	– Открыть рот широко (удержать на счет от 1 до 10).		
4	Жевательная и височная мышцы	– Движение челюсти вперед-назад (повторить 3 раза в каждую сторону)		
5	Крыловидные мышцы	Движение челюсти вправо-влево (повторить 3 раза в каждую сторону)		
	Группа мышц окружности рта			
6	Большая скуловая мышца	Улыбнуться «как веселый клоун» (повторить 5 раз)		
7	Мышца, поднимающая верхнюю губу и крыло носа	Наморщить нос – «Понюхай, как собачка»		

Окончание табл. 2

8	Мышца поднимающая верхнюю губу и малая скуловая мышца	– Поднять верхнюю губу, обнажив верхние зубы – «Зайчик» (повторить 5 раз) – Крепко зажмурить правый и левый глаз попеременно		
9	Мышцы опускающие нижнюю губу и угол рта	Опустить нижнюю губу, показав нижние зубы – «Собачка сердится»		
10	Щечная мышца и мышца смеха	Растянуть углы рта в стороны (удержать на счет от 1 до 10). Надуть щеки (удержать на счет от 1 до 10)		
11	Круговая мышца губ	Крепко сжать губы: «Запри рот на замок» (удержать на счет от 1 до 10) Вытянуть губы вперед: «Трубочка» (повторить 5 раз)		
12.	Подбородочная мышца	Вытянуть нижнюю губу вверх: «Достань нижней губой до носа»		
	Скелетные мышцы языка:			
13	Подбородочно-язычная мышца	Высунуть язык вперед (удержать на счет от 1 до 10). Прижать язык к верхнему небу: «Грибок» (удержать на счет от 1 до 5).		
14	Шилоязычная мышца	Убрать язык назад вглубь рта: «Спрячь язык как можно дальше» (удержать на счет от 1 до 5). Движения языком вправо-влево: «Маятник» (повторить 5 раз в каждую сторону)		
	Собственно мышцы языка			
15	Поперечные мышцы	Сделать язык узким: «Иголочка» (удержать на счет от 1 до 10).		
16.	Вертикальные мышцы	Удержать язык плоским и широким: «Лопаточка» (удержать на счет от 1 до 10).		
17	Верхние продольные мышцы	Поднять кончик языка за верхние резцы (удержать на счет от 1 до 5).		
18	Нижние продольные мышцы	Опустить кончик языка за нижние (удержать на счет от 1 до 5).		
19	Мышцы мягкого неба	Произносить звук «А» на твердой атаке: «Постреляй горлышком»		

Таблица 3. *Качественная оценка выполнения каждого движения до логопедического массажа*

	Оценка выполнения движения	Порядковый номер двигательной пробы																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	*Движение выполняется в пределах нормы* (+)																			
2	*Отсутствие движения* (-) справа/слева																			
3	*Нарушение амплитуды движения* (+):																			
	объем ограничен																			
	объем значительно ограничен																			
	имеется лишь попытка выполнения движения																			
4	*Нарушение устойчивости выполнения движения* (+):																			
	истощаемость в выполнении движений (движение выполняется на 50% заданных счетов)																			
	выраженная истощаемость движений (движение выполняется менее чем на 50% заданных счетов)																			
5	*Нарушение ритма выполнения движения* (+)																			
6	*Замена заданного движения на другое* (+)																			
7	*Наличие синкинезий при выполнении движений* (+)																			
8	*Рефлексы: небно-глоточный нижнечелюстной:* (повышен / понижен)																			
9	*Наличие гиперсаливации:* (в покое/при двигательной нагрузке/во время речи; незначительная/выраженная)																			
10	*Наличие рефлексов орального автоматизма:*																			
11	*Нарушение звукопроизношения:*																			
	замены																			
	искажения																			
	пропуски																			

* * *

На основании результатов предварительной диагностики логопед составляет индивидуальную программу логопедического массажа в каждом конкретном случае. Это включает в себя выбор вида массажа, необходимого для данного ребенка; составление комплекса массажных приемов, определение последовательности массажных движений, методику их проведения в каждом конкретном случае.

Глава 4

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОСТАВЛЕНИЯ ПРОГРАММ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ ДИЗАРТРИИ

Для составления программы логопедического массажа необходимы знания анатомии и физиологии мышц речевого аппарата, понимание патогенетических механизмов различных форм дизартрии, а также владение диагностическими методами, позволяющими установить нарушение тонуса и двигательной функции определенных мышц периферического речевого аппарата.

Любая программа логопедического массажа, как правило, состоит из четырех массажных комплексов, в строгом соответствии со строением периферического речевого аппарата, его функциями и теми задачами, которые решаются в процессе коррекционного воздействия *(табл. 4)*.

Назначению массажа должна предшествовать логопедическая диагностика, имеющая своей целью определение состояние тонуса мышц периферического речевого аппарата, а так же позволяющая уточнить какая из указанных мышц или мышечных групп не выполняет своей функции в процессе речепроизводства, что в целом обеспечит адекватное составление программы логопедического массажа

Составляя индивидуальную программу массажа, логопед должен определить какие комплексы массажа должны быть включены в программу, определить время работы с каждым комплексом; на какие мышцы или мышечные группы будет направленно особое внимание в процессе массажа, а также последовательность воздействия на мышцы, что также зависит от результатов диагностики и в частности от состояния мышечного тонуса.

Как правило, логопед чаще всего сталкивается с тремя основными проблемами, которые могут наблюдаться при нарушении тонуса мышц артикуляционного аппарата, обусловленном таким распространенным расстройством, как дизартрия:

1) нарушение положения рта и/или акта жевания, связанного с состоянием группы жевательных мышц;

2) нарушение звукопроизношения и /или предпосылок формирования звукопроизношения, связанного с состоянием мышц окружности рта;

3) нарушение звукопроизношения, и /или предпосылок формирования звукопроизношения, связанного с состоянием мышц языка.

Таблица 4. *Основные комплексы логопедического массажа*

№ пп.	Область массажных движений	Основные коррекционные задачи
1	Области плечевого пояса и верхней части груди; шеи; область дна полости рта.	Нормализация мышечного тонуса в области дыхательного и вокального аппарата. Рефлекторно оказывает воздействие на жевательные мышцы, мышцы окружности рта и на скелетные мышцы языка. Способствует регуляции эмоционального состояния в целом
2	Область лба, круговой мышцы глаз	Нормализация мышечного тонуса мимических мышц верхней части лица, жевательных мышц (в частности височной мышцы). Рефлекторно способствует регуляции эмоционального состояния в целом
3	Область нижней части лица (жевательная, скуловая, щечная и подбородочная области)	Нормализация тонуса всех мышц окружности рта, а также группы жевательных мышц.
4	Мышцы окружности рта (круговая, большая, малая скуловые, поднимающие угол рта, верхнюю губу и крыло носа, щечная, опускающие угол рта, нижнюю губу, подбородочная)	Нормализация мышечного тонуса круговой мышцы рта и отдельных мышц в составе мышц окружности рта
5	Мышцы языка: а) область дна полости рта (надподъязычные мышцы, подъязычная кость); б) непосредственно мышцы языка (видимая часть языка).	Нормализация мышечного тонуса: а) скелетных мышц языка; б) в основном собственно мышц языка и частично скелетных мышц языка

Первая проблема может характеризоваться разнообразной симптоматикой, (в зависимости от типа нарушения мышечного тонуса) в том числе следующей: ребенок затрудняется широко открыть рот и/или удержать его в этой позиции или рот постоянно несколько приоткрыт, наблюдается гиперсаливация, ребенок отказывается есть твердую пищу, при движении нижняя челюсть может отклоняться в сторону либо нижняя челюсть может быть несколько продвинута кпереди, что может быть охарактеризовано как «ложная прогения» и т. п. Данная

симптоматика свидетельствует о нарушении мышечного тонуса той группы мышц, которая осуществляет движения нижней челюсти.

В этих случаях, как правило, в первую очередь страдает т.н. группа **жевательных мышц**. Эта группа включает в себя три *основные* мышцы, осуществляющие движения нижней челюсти вниз, вперед, назад, а также движения вправо и влево. Это мышцы: жевательная, височная и крыловидные. Однако, следует иметь ввиду, что *косвенно* принимают участие в движениях нижней челюсти также мышцы, прикрепляющиеся к подъязычной кости, которые составляют дно полости рта (двубрюшная, шилоязычная, челюстно-подъязычная, подбородочно-подъязычная), а также подкожная мышца шеи.

Таким образом, при составлении комплекса массажных движений, который имеет своей целью восстановление функции движения нижней челюсти и положения рта, необходимо учитывать не только основные мышцы, т.е. первично выполняющие данную функцию, но и те мышцы, которые косвенно принимают участие в движениях нижней челюсти. Соответственно логопед, выполняя массаж ребенку, имеющему вышеуказанные проблемы должен включить в массажный комплекс область шеи, дна полости рта, височную область, область жевательной мышцы, как с наружной, так и внутренней стороны. При этом необходимо учитывать состояние мышечного тонуса. В том случае, если тонус повышен, следует начинать массаж с мышц, косвенно принимающих участие в данных движениях. Напротив, если тонус понижен, можно начинать массаж в любой последовательности, например с основной группы мышц, и в первую очередь с жевательной и крыловидных, как несущих основную нагрузку в выполнении данной функции, включая в массажный комплекс и все остальные вышеперечисленные мышцы. Только в этом случае можно получить эффективный результат от логопедического массажа.

Вторая проблема, которая представляет интерес для логопеда, связана с нарушением двигательной функции **мимических мышц лица**. Это мышцы, которые участвуют в образовании различных мимических движений, отражают эмоциональное состояние человека и, соответственно, тесно связаны с эмоциогенными структурами центральной нервной системы. Среди них выделяется особая группа мышц окружности рта, которая активно участвует в **образовании артикуляционных движений в области рта**.

При нарушении тонуса различных мышц окружности у ребенка можно наблюдать следующую симптоматику : нарушение произношения губно-губных звуков («Б», «П», «М» и их мягких вариантов); нарушение произношения губно-зубных звуков («В», «Ф» и их мягких вариантов), нарушение положения позиции губ при произношении лабиализованых гласных («О», «У»); нарушение положения позиции губ при произношении звуков свистящих и шипящих, а также гласных «И», «Ы», «Э». При

логопедическом обследовании можно наблюдать затруднения при выполнении следующих двигательных проб: вытягивание губ вперед, растягивание губ в стороны, поднятие углов рта вверх (улыбка), опускание углов рта вниз, поднятие верхней губы, опускание нижней губы, надувание щек, прижимание щек к коренным зубам и т.п. У детей раннего возраста может наблюдаться отвисание нижней губы, либо опущенный угол рта, Это может стать причиной затруднений в процессе кормления и проявляться в подтекании жидкой пищи из углов губ.

В этих случаях, при составлении комплекса массажа логопеду необходимо учитывать существование двух групп мышц, выполняющих разные функции. Так, круговая мышца рта выполняет только две основные функции: вытягивает губы вперед и сужает ротовую щель. Соответственно при патологии данной мышцы в первую очередь нарушается произношение губных согласных и лабиализованных гласных. Другая группа мышц расположена радиально по отношению к круговой мышце рта, и их сокращение приводит к расширению ротовой щели. Эти мышцы начинаются от скуловой кости или нижней челюсти и входят внутрь круговой мышцы рта, вплетаясь в нее. Каждая из этих мышц выполняет определенную функцию. Например: большая скуловая мышца — поднимает углы рта вверх; мышца смеха — растягивает углы рта в стороны; щечная мышца также растягивает углы рта в стороны; при надувании щек удерживает эту позу и прижимает щеки к зубам; мышца, опускающая угол рта, — тянет углы рта книзу; подбородочная мышца — вытягивает нижнюю губу вперед и вверх и т.д. Кроме этого, косвенно в выполнении данных движений принимает участие подкожная мышца шеи.

Комплекс массажных движений составляется с учетом того, какая группа движений больше нарушена. В любом случае, массаж должен включать все группы мышц, поскольку они взаимосвязаны. Последовательность массажных движений и приемы массажа будут зависеть от состояния мышечного тонуса. Так, например, при нарушении движений обеспечиваемых работой круговой мышцы губ **при повышенном тонусе** массаж начинается с косвенных мышц, т. е. с мышц шеи, затем мышц радиально расположенных и лишь в последнюю очередь следует приступать к массажу круговой мышцы рта. **При пониженном тонусе** мышц, комплекс массажных движений может проходить как в той же, так и в обратной последовательности, т.е. можно начинать логопедический массаж с наиболее пораженных основных мышц, лишь затем переходя к косвенным, не несущим основной нагрузки в выполнении данной функции.

Третья проблема касается состояния мышц языка. Ни одна мышца нашего тела не имеет такого строения, как язык. В этом смысле мышечное строение языка уникально. Оно имеет несколько отличительных особенностей.

Во-первых, это единственная группа мышц, имеющая прикрепление только с одной стороны.

Во-вторых, в языке выделяют видимую часть, это тело языка и невидимую (при осмотре) часть, это корень языка. Корень языка недоступен для непосредственных массажных движений.

В-третьих, все мышцы языка расположены симметрично, их делит продольная борозда на правую и левую части. Под продольной бороздой находится соединительно-тканная (фиброзная) пластинка, которая проходит сквозь толщу языка.

В-четвертых, все мышцы языка делятся на две группы: скелетные мышцы языка — это 4 мышцы, которые начинаются внутри тела языка, выходят из него и крепятся на костях черепа или шеи (подъязычная кость). Благодаря скелетным мышцам, язык может менять свое положение в пространстве. Кроме этого имеется группа собственно мышц языка — это 4 мышцы, которые находятся внутри языка. Собственно мышцы языка обеспечивают изменение его формы.

И, наконец, *пятая* отличительная особенность строения заключается в том, что мышцы языка расположены в трех направлениях: продольно (от кончика к корню), поперечно (от боковой части к середине), вертикально (сверху вниз). Кроме этого, весь язык пронизывает мышца, которая располагается веерообразно (подбородочно-язычная). Она идет от основания языка и прикрепляется вдоль всей наружной поверхности языка. Благодаря такому строению язык может выполнять разнообразные движения.

Произвольные движения мышц языка представляют собой сложные мышечные синергии. Например, подбородочно-язычная мышца осуществляет высовывание языка из полости рта. При этом должна быть расслаблена подъязычно-язычная мышца, которая работает как антагонист, т. е. тянет язык назад и вниз. Боковые движения языка требуют активности с одной стороны и расслабления парных мышц с другой стороны. В результате сокращения поперечной мышцы язык становится узким, напротив активизация вертикальных мышц делают язык плоским и т. п. При движении языка по средней линии (вперед, вверх, вниз, назад) мышцы правой и левой стороны должны работать содружественно, иначе язык будет отклоняться в сторону тех мышц, которые не выполняют свою функцию. Наиболее сложные мышечные синнергии необходимы в процессе артикуляции переднеязычных звуков и, особенно, звука «Р». Для этого необходимы точные движения собственно мышц языка, которые поднимают кончик языка вверх, что осуществляется благодаря фиксации корня языка скелетными мышцами языка, при этом важна работа мышц прикрепляющихся к подъязычной кости и мышц шеи. Таким образом, работу мышц языка нельзя рассматривать изолированно от других групп мышц, которые косвенно принимают участие в движениях языка. Это большая группа мышц, прикрепляющихся к подъязычной кости, т.н. надподъязычных мышц (двубрюшная, шило-подъязычная, челюстно-подъязычная). Эти мышцы образуют дно полости рта и принимают косвенное участие в движениях языка, особенно его кончика. Группа мышц, прикрепляющаяся к подъязычной кости с другой стороны, т.н. группа подподъязычных мышц (грудинно-подъязычная, щито-подьязычная, лопаточно-подъязычная) также оказывает косвенное влияние на состояние мышц языка, хотя их основная функция это изменение положения гортани.

Особое строение мышечной системы языка позволяет сформулировать специфический подход к организации массажа языка и сформулировать ряд принципиальных положений, которые должны быть учтены при организации массажа мышц языка:

✓ Массаж только видимой части языка является недостаточно эффективным;

✓ В процессе массажа необходимо осуществить воздействие на мышцы невидимой части языка, т.е. скелетные мышцы языка, которые находятся вне пределов непосредственного мануального контакта.

✓ Воздействие на скелетные мышцы языка может осуществляться через следующие области: дно полости рта, область шиловидного отростка (между углом нижней челюсти и сосцевидным отростком), область подъязычной кости.

✓ Массаж видимой части языка должен осуществляться в трех направлениях: продольном, поперечном и вертикальном, соответственно мышечному строению языка.

✓ Массаж языка, как правило, начинается с воздействия на скелетные мышцы языка, а завершается воздействием на собственно мышцах языка.

Соответственно, при составлении массажного комплекса, направленного на нормализацию произношения язычных звуков, необходимо учитывать все группы мышц, как непосредственно, так и опосредованно влияющие на состояние мышц языка. Комплекс массажных движений составляется с учетом того, какие движения языка страдают в большей степени. Как и в выше приведенных примерах, массаж должен включать все группы мышц, поскольку они взаимосвязаны. Последовательность массажных движений и приемы массажа будут зависеть от состояния мышечного тонуса. Так, например, известно, что при повышенном тонусе мышц языка, язык лежит горбом, оттянут кзади, при попытке прикосновения к языку имеется ярко выраженный рвотный рефлекс и резкое усиление мышечного тонуса. В этом случае рекомендуется начинать массаж с косвенных мышц, т.е. с мышц шеи (группа подподъязычных мышц), затем мышц дна полости рта (надподъязычных мышц). Это даст возможность расслабить скелетные мышцы языка, после чего можно перейти к

непосредственному массажу видимой части языка, что становится возможным и эффективным.

При **пониженном тонусе** мышц комплекс массажных движений может проходить в обратной последовательности, т.е. можно начинать логопедический массаж с наиболее пораженных мышц, т.е. собственно языка, лишь затем переходить к области надподъязычных и подподъязычных мышц. В данном случае включение в массажный комплекс групп косвенных (подподъязычных) мышц обеспечит более высокий результат коррекционного воздействия.

* * *

Таким образом, использование логопедического массажа в коррекционно-педагогической работе подразумевает умение логопеда составлять индивидульный комплекс массажных движений в каждом конкретном случае, что основывается на ряде принципов:

✓ знание анатомии и физиологии периферического речевого аппарата;

✓ владение диагностическими методами, позволяющими определить состояние мышечного тонуса различных групп мышц речевого аппарата;

✓ выбор соответствующих приемов массажных движений и установление определенной последовательности массажных движений в каждом конкретном случае;

✓ включение в массажный комплекс всех групп мышц, которые оказывают влияние на состояние нарушенной двигательной функции периферического речевого аппарата,

Только при наличии соблюдения данных принципов можно обеспечить высокую эффективность логопедического массажа, а следовательно значительно сократить сроки коррекционного воздействия в целом.

Глава 5

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ ДИЗАРТРИИ

5.1. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ МАССАЖА

Виды массажа, используемые в логопедической практике

В логопедической практике могут быть использованы несколько видов массажа.

Классический массаж — это массаж, при выполнении которого используют 4 классических (по А.Ф. Вербову) приема: поглаживание, растирание, разминание и вибрацию. В классическом массаже учитывается состояние мышечного тонуса, соответственно, он подразделяется на активизирующий и расслабляющий.

Точечный массаж или массаж по биологически активным точкам (БАТ), который является методом рефлекторной терапии, Точечный массаж заключается в воздействии на активные точки надавливанием и также делится на расслабляющий и тонизирующий.

Инструментальный массаж — массаж с применением специальных приспособлений, зондозаменителей или аппаратов. Данный вид массажа проводится с использованием таких приспособлений, как логопедические зонды, шпатели с рифленой поверхностью, массажные щеточки для полости рта, зубные щетки, миниатюрные вибромассажеры и т. п. Инструментальный массаж чаще используют в целях активизации кинестетических ощущений и как дополнительное средство воздействия для активизации или расслабления мышц.

Смешанный массаж, который включает в себя несколько видов массажа. Например, дифференцированный классический массаж может быть дополнен приемами точечного массажа, что усиливает воздействие на организм в целом; либо дополнен отдельными приемами инструментального массажа, что усиливает воздействие на отдельные мышечные группы

Самомассаж — это массаж, который выполняется самим пациентом (ребенком, подростком или взрослым) самостоятельно. Данный вид

массажа является дополнительным средством воздействия и также может быть либо расслабляющими либо активизирующими.

Противопоказания и ограничения к проведению массажа

Противопоказаниями для проведения логопедического массажа являются любое соматическое или инфекционное заболевание в остром периоде, конъюнктивиты, острые и хронические заболевания кожных покровов, гингивиты, стоматиты, наличие герпеса на губах или другие инфекции полости рта, наличие увеличенных лимфатических желёз, резко выраженная пульсация сонных артерий, наличие психических заболеваний в остром периоде. Кроме этого не рекомендуется проводить массаж в течение первых 1,5–2 часов после приема плотной пищи.

В использовании приемов активизирующего и расслабляющего массажа имеется также ряд **ограничений**:

При *расслабляющем массаже* исключаются приемы поверхностного поглаживания при наличии пониженного давления или тенденции к пониженному давлению, поскольку данный прием наряду с выраженным общим расслаблением может способствовать также понижению кровяного давления. В данном случае основным приемом будет служить обхватывающее поглаживание, которое имеет регулирующее воздействие. Как правило, это ограничение может относиться только к подросткам и взрослым, так как дети довольно редко имеют данную симптоматику. Не рекомендуется использовать поверхностное поглаживание в случаях повышенной чувствительности т.н. гиперсинзетивности. При наличии резко отрицательной реакции у ребенка на данный прием, используется обхватывающее поглаживание либо активизирующие приемы.

При *активизирующем массаже* исключаются активные приемы в области задней поверхности шеи, лба и висков при наличии артериальной гипертонии, эписиндроме, гипертензионном синдроме или других состояниях, связанных с повышенным внутричерепным давлением, судорожной готовностью, а также после черепно-мозговой травмы. В этих областях (шея, лоб, виски) используются приемы обхватывающего поглаживания. При наличии повышенной чувствительности, связанной с раздражением кожных покровов, выраженной каппилярной сосудистой сеткой не рекомендуется использовать приемы разминания и растирания.

В определении противопоказаний или ограничений к проведению логопедического массажа желательно участие врача общего профиля или невропатолога и стоматолога. Врач общего профиля или невропатолог определяют наличие или отсутствие противопоказаний для проведения общего массажа. Например, наличие онкологических заболеваний, психических заболеваний в остром периоде, наличие артериальной гипертензии или любое другое заболевание, при котором проведение общего массажа противопоказано. Стоматолог определяет наличие или отсутствие инфекционных заболеваний полости рта и десен.

Соответственно, перед проведением курса массажа необходимо получить заключение от стоматолога, невропатолога или педиатра об отсутствии противопоказаний. Как правило, логопедический массаж может проводиться во всех остальных случаях при отсутствии противопоказаний при назначении общего массажа.

Общие рекомендации к проведению массажа

Массаж может проводиться каждый день либо через день, но не реже двух процедур в неделю. Обычно массаж проводят циклом по 10—15 процедур. Эти циклы можно повторять с перерывом от двух недель до двух месяцев.

Длительность одной процедуры может варьироваться в зависимости от следующих парметров:

1) возраста пациента,
2) тяжести речевого нарушения,
3) этапа коррекционной работы,
4) длительности логопедического занятия.

Чем младше ребенок, тем короче длительность сеанса массажа. В среднем можно ориентироваться на следующие временные параметры:

Возраст	3 мес. –12 мес.	2–3 года	4–7 лет	Подростки, взрослые
Длительность сеанса массажа*	1–5 мин.	3–15 мин.	5–25 мин.	25–40 мин.

* Разброс временных параметров также зависит от тяжести нарушения и этапа коррекционной работы

Детям раннего возраста, в силу того, что процедуры массажа очень короткие, рекомендуется повторять массаж 3–5 раз в течение дня. Как правило, в таких случаях логопед обучает родителей проводить массаж самостоятельно. У детей дошкольного возраста длительность процедуры будет также зависеть от степени нарушения мышечного тонуса. Чем выраженнее расстройство, тем длительнее процедура массажа. Так при незначительных нарушениях массаж может занимать 5 минут, при тяжелых нарушениях он может доходить до 25 минут. И наконец, еще один немаловажный параметр, от которого зависит длительность

процедуры массажа, это длительность логопедического занятия и этап коррекционной работы с ребенком. На первых этапах коррекционного воздействия, когда основная цель логопедической работы является нормализация мышечного тонуса и восстановление двигательной функции мышц речевого аппарата, логопедический массаж может занимать $^{2}/_{3}$ времени логопедического занятия, а иногда и все занятие в целом. На последующих этапах, когда логопед получил основные результаты по восстановлению движений, логопедический массаж может сокращаться по времени и занимать $^{1}/_{3}$ или $^{1}/_{4}$ часть логопедического занятия и перемещаться с начала занятия в его середину или конец.

По окончании процедуры массажа не рекомендуется сразу выходить на улицу, особенно в зимний период года.

Перед тем как начать курс массажа, логопед должен объяснить родителям его необходимость и эффективность. Во время массажа ребенок не должен испытывать боли. Однако надо иметь в виду, что массаж языка и мышц полости рта может быть связан с неприятными ощущениями, особенно у детей. В целях психотерапии можно показать выполнение массажа на другом ребенке, уже прошедшем эту процедуру, а также развлечь ребенка яркой игрушкой или занимательной историей. Если ребенок излишне расторможен или негативно настроен, первые процедуры могут быть очень короткими и ограничиваться только поглаживанием области щек, губ, верхней и нижней челюстей. Как правило, период адаптации ребенка к массажу занимает от 1 до 5 сеансов. Постепенно, по мере адаптации ребенка к новым ощущениям и возрастания степени доверия ребенка, логопед переходит к массажу внутри полости рта. Никогда не следует начинать массаж с наиболее пораженного участка, к этому месту надо подходить постепенно.

Как показывает практика, неприятные ощущения быстро проходят и дети постепенно привыкают к процедуре. В любом случае они должны чувствовать ласковое, доброе отношение со стороны логопеда. Это, как правило, является решающим фактором при установлении контакта с ребенком.

Речевой режим во время процедуры логопедического массажа

Особое значение приобретает общение логопеда с ребенком вовремя процедуры массажа.

Во время проведения массажа логопеду не следует молчать! Это НЕ ОТДЫХ ОТ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ. Напротив, работа над речью в процессе массажа продолжается, и для логопеда очень важно усвоить технику массажа настолько, чтобы иметь возможность во время процедуры массажа обеспечивать речевую работу. Интонация логопеда должна быть очень доброжелательной, мягкой и успокаивающей.

Во время проведения логопедического массажа логопед может дополнительно реализовать целый ряд речевых задач: формирование ритмичного диафрагмального выдоха, нормализация темпа, ритма, речевых пауз и интонации; а также стимулировать обогащение словаря и формирование грамматических конструкций. Это осуществляется благодаря речевой активности логопеда в процессе выполнения массажа.

По мере адаптации ребенка к массажу логопед может во время процедуры массажа рассказывать ребенку сказки, стихи, различные истории в соответствии программными задачами логопедического занятия по общему развитию речи или усвоению определенных техник речи (например, такие как плавность и слитность речи, речевые паузы, речевой выдох и т. п.). В зависимости от поставленных целей, логопед может на примере речевого материала демонстрировать ребенку необходимую для усвоения технику речи, либо представлять новую информацию (времена года, обобщающие понятия и т. п.), необходимую для запоминания. Это способствует более быстрому усвоению программного материала в процессе логопедических занятий. Соответственно весь речевой материал (сказки, стихи, короткие истории и т. п.) должны произноситься логопедом как речевой образец с соответствующим темпоритмом и интонацией, с четко определенными паузами.

Желательно, чтобы темп и ритм речи логопеда в процессе выполнения массажа соответствовал темпо-ритму выполняемых массажных движений.

Несмотря на то, что во время массажа в основном говорит только логопед, ребенок пассивно усваивает данные речевые параметры. Довольно часто при повторении одного и того же речевого материала, дети начинают во время процедуры массажа проговаривать вместе с логопедом (сопряженная речь) или заканчивают начатую логопедом фразу. К повторению ребенком речевого материала в процессе выполнения массажа не следует специально стремиться, однако не стоит и запрещать, если ребенок проявляет речевую активность. Логопед продолжает отрабатывать данный пассивно речевой материал в дальнейшем, на логопедическом занятии.

Как показывает практика, во время сеансов массажа, дети значительно быстрее усваивают речевой темпо-ритм, паузы и интонацию. Этому в большей степени способствует совмещение словесного темпоритма с темпом и ритмом возникающих во время массажа тактильных и мышечных ощущений, получаемых ребенком, а также большая концентрация внимания на речи логопеда.

Надо иметь в виду, что при массаже языка ритм дыхания у ребенка может несколько сбиваться и все его внимание переключается на действия логопеда. В этот момент лучше всего комментировать свои действия, так чтобы у ребенка было ощущения контроля и понимания действий, выполняемых логопедом. (Разумеется, эта рекомендация не относится

к детям раннего возраста) Так логопед в сказочной форме может комментировать те массажные приемы, которые в данный момент выполняет. Например: «*Проведем дорожки…* (продольные поглаживания). *Сделаем грядки…* (поперечные поглаживания). *Будем сажать капустку…* (круговые поглаживания). *Взрыхлим землю…* (перетирания). *Посадим семена…* (вертикальные нажатия). *Покапал дождик…* (легкие постукивания). *Надо опять порыхлить землю…*» и т. п. Этот прием можно использовать с детьми, начиная с младшего дошкольного возраста.

Другим важным приемом, обеспечивающим контроль ребенка за движениями логопеда, является счет выполняемых движений. Такой прием можно использовать, когда ребенок несколько адаптировался к проведению массажа в области языка. Так логопед сообщает, что тот или иной прием будет выполняться, например 5 раз или 10 раз, в зависимости от сеанса массажа. При этом, выполняя тот или иной массажный прием, логопед считает вслух количество выполненных движений. Данный прием (выполнение движений под счет) в большей степени подходит для детей старшего дошкольного или школьного возраста.

После каждого выполненного приема, делается небольшая пауза, чтобы ребенок имел возможность закрыть рот, отдохнуть в течении 20–30 секунд. Проглотить слюну, если это необходимо Знание ребенком массажных приемов, объясняемых логопедом в игровой форме, определенная длительность выполняемых приемов и последующий за каждым массажным приемом небольшой отдых, снимает напряжение и позволяет осуществлять проведение массажа языка на фоне позитивных эмоций со стороны ребенка.

Подготовка к массажу

Кабинет, предназначенный для проведения логопедического массажа должен быть оснащен необходимыми материалами. Для проведения массажа логопед должен иметь следующее:

1) стол для массажа;
2) плоская подушка размером 35×35 см;
3) валик подколенный;
4) индивидуальная простынка для каждого ребенка;
5) медицинский спирт;
6) ватные диски;
7) салфетки влажные очищающие (антибактериальные);
8) салфетки из нетканого полотна либо марлевые 15×15 см (используются для проведения массажа в полости рта);
9) гексорал (после массажа мышц полости рта ребенок может в целях гигиены прополоскать раствором рот);
10) медицинские перчатки (используются для проведения массажа в полости рта);

11) порошкообразные и смазывающие вещества в виде детского масла или детской присыпки;
12) сладкий сироп, приятный на вкус (используется при проведении массажа внутри полости рта для детей раннего возраста);
13) защитная маска (применение ее желательно во избежание попадания капельной инфекции);
14) термометр комнатный;
15) два небольших махровых полотенца;
16) удобная обувь и одежда.

Логопедический массаж проводится в чистом, уютном, теплом и хорошо проветренном помещении. Руки логопеда должны быть чистыми и теплыми, без ссадин и царапин или каких-либо очагов воспаления, с коротко остриженными ногтями, без украшений, мешающих проведению массажа (кольца, часы, браслеты и т. п.). Кожа массируемого должна также должна быть чистой. Лицо ребенка должно быть подготовлено к процедуре массажа. Ребенок должен быть тщательно умыт, либо его лицо и область плечевого пояса протирается влажной очищающей салфеткой. Перед массажем лица или шеи руки можно слегка смазать детским маслом/кремом или использовать детскую присыпку. Выбор средств зависит от целей массажа. Использование присыпки рекомендуется при расслабляющем массаже. Присыпка не раздражает кожные покровы, снимает трение между ладонями специалиста и кожей ребенка, что позволяет осуществлять легкие прикосновения, способствующие расслаблению. При активизирующем массаже целесообразно использование масла, например фирмы «Джонсон и Джонсон» без ароматизирующих добавок, которые могут вызвать аллергическую реакцию. Можно также использовать вазелиновое или оливковое масла. Однако эти масла являются более «тяжелыми» и вязкими по своей консистенции и затрудняют выполнение тонких массажных движений. При массаже биологически активных точек смазывающие вещества не используются. При массаже мышц полости рта рекомендуется применять медицинские перчатки и салфетки из нетканого полотна.

Во время проведения процедуры массажа следует избегать потери тепла в области плечевого пояса и шеи. Для сохранения комфортного состояния ребенка после завершения массажа в области плечевого пояса рекомендуется накрыть эту область теплой тканью, например махровым полотенцем.

Положения тела при массаже

Перед началом процедуры ребенок должен принять правильную позу — позу покоя. Принятие правильной позы способствует расслаблению мышц, делает свободным дыхание, а также обеспечивает удобную позу логопеда при проведении массажа.

Рис. 14а

Рис. 14б

Оптимальны следующие положения тела при логопедическом массаже.

Основные позиции:

1. Массируемый лежит на спине, руки вытянуты вдоль тела, ноги лежат свободно, носки несколько разведены. Под головой — небольшая плоская подушка, которая доходит до верхнего края лопаток. Под колени может быть подложен небольшой валик, что способствует большему комфорту и общему расслаблению. Логопед занимает положение за головой пациента, сидя на стуле либо стоя (*рис. 14а, 14б*). Данная позиция используется для проведения массажа в области мышц плечевого пояса, шеи и мышц лица вне полости рта.

2. Положение массируемого аналогично указанному рисунку в пункте 1. Специалист занимает положение справа от массируемого. Ладонь левой руки логопеда для фиксации положения головы ребенка помещается на теменную ее область, правой рукой логопед осуществляет массажные движения. Данная поза применяется для проведения массажа внутри полости рта (*рис. 15*).

Дополнительные позиции:

Кроме этих основных позиций, могут быть рекомендованы варианты позиций, используемых в некоторых случаях:

3. Поза — полусидя в кресле с высоким подголовником. Голова массируемого опирается на высокий подголовник. Ноги слегка разведены в коленях и стоят перпендикулярно полу, кисти рук свободно лежат на бедрах. Ло-

Рис. 15

Рис. 16

гопед занимает положение за головой пациента (*рис. 16*). Данная позиция может быть использована для массажа, направленного на общую релаксацию, как правило подростков и взрослых и *не используется* для проведения массажа внутри полости рта.

4. Ребенок может находиться на руках у матери. Мать располагается в удобном кресле, несколько откинувшись назад, ребенок располагается вдоль туловища матери полулежа в комфортной позиции. Мать слегка обнимает ребенка, поддерживая его. Логопед располагается справа и занимает позицию № 2. Данная позиция, как правило, используется при работе с ребенком раннего возраста для массажа внутри полости рта.

5. Логопед сидит на стуле, на коленях располагается большая подушка. Мать сидит также на стуле справа от логопеда. Ребенок располагается следующим образом. Голова и верхняя половина туловища ребенка располагается на подушке (область воздействия логопеда), остальная часть туловища ребенка находится на руках у матери. Данная позиция используется при работе с ребенком раннего возраста для массажа внутри полости рта.

6. Логопед садится на пол с мягкой поверхностью (мат, матрас и т. п.) ребенок ложиться между ног логопеда. Поза ребенка может быть аналогичной позиции № 1, т. е. с небольшой дополнительной подушкой под головой и подколенным валиком. Данный вариант рекомендуется использовать при работе с двигательно расторможенными или интеллектуально сниженными детьми. Данная позиция обеспечивает ограничение пространства для двигательной активности ребенка и более высокую концентрацию на личности (лице) логопеда.

5.2. ОСНОВНЫЕ ПРИЕМЫ МАССАЖА

1. Поглаживание: поверхностное; глубокое обхватывающее; граблеобразное.
2. Растирание.
3. Разминание.

4. Вибрация и поколачивание.
5. Плотное нажатие.

1. Поглаживание. Это обязательный прием, с которого начинается каждая процедура. Его чередуют с другими приемами и им заканчивают каждый массажный комплекс. Значение приема заключается в следующем: при поглаживании усиливается кровообращение в поверхностно расположенных сосудах, снижается мышечный тонус, регулируется дыхание.

В логопедическом массаже применяются в основном три приема поглаживания. Это поверхностное, глубокое обхватывающее и в виде вспомогательного приема граблеобразное поглаживание.

А. Поверхностное поглаживание.

Это наиболее мягкий, щадящий прием, представляющий собой нежный вид поглаживания. Применяется для снижения тонуса мышц лицевой и артикуляционной мускулатуры.

Техника выполнения: кисть (ладонь) как бы ласкающим движением скользит по поверхности кожи, слегка касаясь ее только выпуклыми частями ладонной поверхности. Контакт руки с кожей должен быть мягким и нежным, массируемый едва ощущает это движение, его выполнение не должно вызывать кожно-сосудистой реакции в виде покраснения кожи. Поверхностное поглаживание необходимо выполнять медленно и ритмично. Желательно, чтобы ритм речи логопеда соответствовал ритму выполняемых массажных движений. Ритмичность воздействия несет дополнительную нагрузку и способствует более эффективному достижению результата.

Б. Глубокое обхватывающее поглаживание.

Это более интенсивный прием, применяемый для воздействия на рецепторы более глубоко лежащих мышц и сосудов. Наряду с расслабляющим эффектом, оказывает и некоторое тонизирующее воздействие на центральную нервную систему. Сочетание релаксации с легким тонизирующим воздействием способствует гармонизации протекания процессов торможения и возбуждения и может использоваться при любом состоянии мышечного тонуса.

Техника выполнения: ладонь руки плотно и равномерно прилегает к массируемой части лица или шеи и скользит по поверхно¬сти в строгом соответствии со всеми их анатомическими контурами. Поглаживающее движение при этом должно быть непрерывным, медленным и ритмичным.

В. Граблеобразное поглаживание.

Прием в основном используется при массаже волосистой части головы.

Техника выполнения: при выполнении этого движения пальцы широко разведены. Действие граблеобразного приема тем энергичнее, чем больше угол между производящими поглаживание пальцами и повер-

хностью массируемой части тела. Прием выполняется подушечками пальцев в продольном, поперечном, зигзагообразном и круговом направлениях.

2. Растирание. Этот прием проводится, как правило, на малых, ограниченных участках, в области отдельных мышечных групп. Выполняется с применением определенной силы давления на массируемую область, что вызывает смещение и некоторое растяжение массируемых тканей. При этом значительно усиливается кровообращение, улучшаются обменные процессы в тканях, повышается тонус мышц.

Техника выполнения: растирание может выполняться подушечками указательного и среднего и безымянного пальцев или одним большим пальцем, всей ладонной поверхностью, а также тыльной поверхностью согнутых в кулак пальцев. Движение осуществляется в прямом, круговом и спиралевидном направлениях.

3. Разминание. Этот прием выполняется так же, как и растирание, в области отдельных мышечных групп. Разминание максимально активизирует работу мышц. Оно состоит в захватывании, сдвигании, оттягивании, сдавливании, сжимании, пощипывании и перетирании тканей. При разминании в наибольшей степени повышается тонус мышц, усиливается их сократительная функция. Этот прием является фактически пассивной гимнастикой для мышц, поэтому он применяется при функциональной недостаточности мышц и сниженном их тонусе.

Техника выполнения: разминание выполняется подушечкой большого пальца, или большого и указательного, или большого и всех остальных пальцев. При сжимании и перетирании мышцы сдавливаются между подушечками большого и других пальцев. Перетирающие движения пальцев осуществляются в различных направлениях: продольно, поперечно, полукружно и спиралевидно. Этот прием особенно эффективен при интраоральном воздействии. Щипцеобразный прием разминания заключается в том, что массируемые ткани глубоко захватываются, слегка оттягиваются кверху и легко скользящим движением пропускаются между пальцами. Несколько иная техника выполнения приема пощипывания. При пощипывании ткань захватывают поверхностно между большим и указательным пальцами и осуществляют пощипывающие движения только кожного покрова.

4. Вибрация и поколачивание. Вибрация изменяет внутритканевый обмен, улучшает трофику тканей. Вибрация проводится только в области мягких тканей лица. Это нижняя часть лица в области щек и губ. Сильная, жесткая вибрация повышает тонус мышц, а легкая, слабая — снижает их тонус. Техника выполнения: прием вибрации осуществляется одним, двумя или всеми пальцами, при этом тканям придаются колебательные движения различной частоты и амплитуды. вибрация может осуществляться поверхностью всех пальцев либо кончиками пальцев.

Пальцы осуществляя вибрационные движения продвигаются, по кожным покровам, как правило от срединной линии к периферии лица (ушным раковинам). Как вариант приема вибрации, может использоваться прием потряхивания. В отличие от вибрации, при потряхивании пальцы прикладываются к кожным покровам, осуществляя вибрационные движения на одном месте без продвижения.

Прием поколачивания применяется на лице, особенно в местах выхода нервов и местах прикрепления мышц к костям черепа (сухожилия). Как правило, это те области, где мало жировой клетчатки (лоб, скуловые кости, нижняя челюсть).

Техника выполнения: Поколачивание, или пунктирование, производится кончиками пальцев, движение выглядит как интенсивное постукивание, при этом кисть руки, должна быть достаточно расслаблена что обеспечивает определенную легкость движения. Движения осуществляются одной рукой, двумя руками одновременно или попеременно.

5. Плотное нажатие. Как правило, этот прием, улучшающий кровообращение, лимфообращение, обменные процессы, используется в местах выхода пучков нервных окончаний. Это так называемые биологически активные точки. Плотным нажатием этих мест заканчивается, как правило, любое поглаживание.

* * *

Выбор приемов массажа зависит от состояния мышечного тонуса, двигательных возможностей и патологической симптоматики.

Приступая к логопедическому массажу, надо иметь в виду, что между силой воздействия при массаже и обратной реакцией имеется сложная зависимость. Как правило, легкое, медленное поглаживание снижает возбудимость тканей, оказывает успокаивающее воздействие, дает приятное ощущение тепла, создает эмоциональное состояние покоя и комфорта. Данный прием рекомендуется использовать при повышенном тонусе мышц. Энергичные, быстрые, активные движения повышают раздражимость тканей, активизируют мышечный тонус и рекомендуются при пониженном тонусе мышц.

Соответственно, выбор последовательности массажных движений и приемов их выполнения в логопедическом массаже определяются состоянием тонуса пораженных мышц. При **повышенном** тонусе мышц периферического речевого аппарата используется так называемый **расслабляющий массаж**, который включает следующие приемы классического массажа: поглаживание (поверхностное и глубокое), легкую вибрацию, а также точечный расслабляющий массаж.

Последовательность массажных движений в данном случае рекомендуется следующая: мышцы шеи, мышцы плечевого пояса, мимическая мускулатура, мышцы губ, мышцы языка.

При **пониженном** тонусе мышц периферического речевого аппарата используется **активизирующий массаж**, который включает следующие приемы классического массажа: поглаживание в сочетании приемами растирания, разминания, сильной вибрации, поколачивания, а также точечный активизирующий массаж.

Последовательность массажных движений в данном случае может быть следующая: мимическая мускулатура, мышцы губ, мышцы языка, мышцы шеи и плечевого пояса.

Изолированно отдельные приемы в практике массажа обычно не применяются, а используются, как правило, комплексы приемов. Комплекс массажных движений рекомендуется формировать в зависимости от индивидуальных проблем ребенка, страдающего речевой патологией с учетом основных принципов составления массажных программ.

5.3. ГИМНАСТИКА

Массаж может сочетаться с приемами пассивной, пассивно-активной или активной гимнастики. Упражнения могут быть включены в массажный комплекс и перемежаться с массажными движениями, либо использоваться как до, так и после массажа.

Пассивная гимнастика является важным средством дополнительного воздействия к приемам массажа. Пассивные движения головы, мимических и артикуляционных мышц, как правило, производятся после массажа, иногда перемежаются с приемами массажа или в некоторых случаях — предшествуют массажу. Гимнастика называется пассивной, потому что все движения совершаются ребенком с помощью логопеда, т. е. пассивно.

Пассивные упражнения выполняются в том случае, если ребенок самостоятельно не может выполнить определенное движение или движение выполняется им не в полном объеме. Амплитуда пассивных движений должна соответствовать анатомическому строению мышц и суставов. Пассивные движения должны быть аналогичны активным, однако характер, объем движения, скорость выполнения и время фиксации движения зависят от логопеда.

Все пассивные движения можно разделить на 2 группы.

1 группа движений направлена, как правило, на *нормализацию мышечного тонуса* (шеи, нижней челюсти, языка, рук, ног), при этом логопед совершая определенные движения за ребенка, не объясняет ребенку их характер.

2 группа пассивных движений, направлена *на нормализацию двигательной функции мышц и кинестетических ощущений*. Перед тем как выполнить данные пассивные движения, логопед объясняет их ребенку, показывает на себе, а затем выполняет. Пассивные движения

следует выполнять медленно, ритмично, постепенно увеличивая их амплитуду, сериями по 3—5 движений. Движения выполняются только на фоне покоя лицевой и артикуляционной мускулатуры.

Во время выполнения пассивной гимнастики у ребенка возникают определенные кинестетические ощущения, которые он получает в процессе пассивного осуществления таких движений, как улыбка, вытягивание губ вперед, открывание и закрывание рта, различные движения языка и т. п.

Комплекс движений пассивной гимнастики составляется после того, как логопед провел тщательную диагностику и выявил те группы мышц, которые не выполняют своей функции.

Активная гимнастика проводится ребенком самостоятельно, как правило, после массажа и пассивной гимнастики. Активная артикуляционная гимнастика проводится на этапе коррекционной работы, когда у ребенка уже имеется или появляется возможность производить произвольные артикуляционные движения. Целью активной гимнастики является выработка полноценных движений. Формируются такие качества движения, как полнота объема движения, его точность, интенсивность и ритмичность выполнения, дифференцированное включение в движение определенных мышц и т. п. Гимнастика включает движения мышц шеи и плечевого пояса, мимических и артикуляционных мышц.

Проведение активной артикуляционной гимнастики сразу после массажа является особенно эффективным, поскольку в процессе массажа нормализуется мышечный тонус, в связи с чем двигательные возможности артикуляционных и мимических мышц значительно расширяются. Кроме этого позиция ребенка лежа повышает эффективность работы поскольку:

- ✓ отсутствует напряжение мышц шеи и плечевого пояса,
- ✓ снижается возможность проявления патологических двигательных реакций (синкинезии, гиперкинезы и т.п.),
- ✓ положение головы ребенка обеспечивает более легкое удержание языка за верхними зубами, что особенно важно при формировании звуков верхнего подъема,
- ✓ логопед имеет больший доступ воздействия на органы артикуляции, особенно языка и лучший обзор положения языка в полости рта,
- ✓ в процессе выполнения упражнений ребенок меньше устает,
- ✓ между упражнениями, направленными на достижение правильной артикуляции логопед имеет возможность, используя массажные движения, снять возникшее напряжение, регулируя мышечный тонус.

При выполнении артикуляционной гимнастики в положении ребенка лежа рекомендуется иметь зеркало, прикрепленное к раздвигающейся штанге, которое располагается над лицом ребенка. Логопед показывает то или иное движение артикуляционной гимнастики, ребенок контролирует свои движения, глядя в зеркало расположенное над его лицом.

Постановка звуков во время проведения логопедического массажа

Как правило, при проведении сеансов логопедического массажа не требуется длительного этапа работы по выполнению артикуляционной гимнастики. В процессе выполнения массажа логопед осуществляет формирование правильных артикуляционных укладов и так называемое «вызывание» звука. Этому способствуют прикосновения к определенным участкам губ, языка, альвеол верхнего неба, нижней челюсти. В процессе массажа логопед помогает ребенку почувствовать новые позиции органов артикуляции, устанавливает правильные позы органов артикуляции. Такая стимуляция пропреоцептивных ощущений правильных артикуляционных позиций значительно ускоряет процесс формирования нормативного произношения.

По мере нормализации мышечного тонуса и восстановления двигательной функции мышц, логопед довольно быстро переходит к этапу «постановки» звуков. Постановка звуков проводится в процессе сеанса массажа либо сразу после массажа в положении ребенка лежа. Как только у ребенка появляется возможность самостоятельно сделать то или иное движение, например, поднять язык к альвиолам и удержать его в верхней позиции, логопед переходит сразу к постановке звуков верхнего подъема. Положение ребенка лежа, во время постановки звуков, предоставляет логопеду больше возможностей и значительно облегчает работу по формированию нормативного произношения. *

* Технологии постановки звуков в процессе логопедического массажа представлены на практических авторских мастер-классах.

Глава 6

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА

6.1. РАССЛАБЛЯЮЩИЙ МАССАЖ

Расслабляющий массаж проводится во всех случаях, когда мышечный тонус повышен. Основной целью расслабляющего массажа является общая релаксация, снижение тонуса мышц периферического речевого аппарата, нормализация эмоционального состояния.

6.1.1. Методические указания к проведению расслабляющего массажа

1. Массаж проводится в медленном темпе. Движения рук должны быть ритмичными.
2. Основными приемами являются поглаживание и легкая вибрация.
3. Массаж начинается с легкого поглаживания, что дает быстрый расслабляющий эффект, которое можно чередовать с обхватывающим поглаживанием, легкая вибрация завершает массажную программу.
4. Расслабляющий массаж должен вызывать у ребенка только приятные ощущения тепла и покоя. При правильном выполнении расслабляющего массажа у ребенка очень быстро устанавливается диафрагмальный тип дыхания. Ребенок начинает дышать глубоко и ритмично. Это может служить для логопеда объективным показателем правильно проводимой техники логопедического массажа.
5. Руки логопеда должны быть обязательно теплыми.
6. Расслабляющий массаж можно выполнять на присыпке, что способствует быстрому достижению общего релаксационного эффекта. Важно, чтобы присыпка (тальк) были пудрообразной консистенции. Во время массажа на присыпке должно полностью отсутствовать трение между руками логопеда и кожными покровами массируемого и достигаться эффект легкого скольжения.
7. В том случае, если у ребенка имеется аллергическая реакция на присыпку, расслабляющий массаж можно также выполнять на масле.

8. Расслаблению мышц способствует звучание тихой музыки с медленным, плавным ритмом или проговаривание логопедом, проводящим массаж, формул спокойствия аутогенной тренировки.

8. Последовательность воздействия на массируемые области в процессе одного сеанса расслабляющего массажа может быть следующая:

1) мышцы шеи и плечевого пояса;
2) мышцы надподъязычные (дна полости рта);
2) мимическая мускулатура;
3) мышцы окружности рта;
4) скелетные мышцы языка;
5) собственно мышцы языка.

6.1.2. Массаж плечевого пояса и шеи

Расслабление мышц плечевого пояса и шеи способствует общему мышечному расслаблению, расширяет физиологические возможности дыхательного аппарата, при этом рефлекторно снижается тонус скелетных мышц языка и жевательных мышц, что в целом способствует активизации движений языка и нижней челюсти.

Основное положение ребенка лежа на спине. Область верхней части грудной клетки должна быть обнажена. Рекомендуется проводить следующий комплекс массажных движений.

1. Медленное поглаживание в области передней части шеи ладонями обеих рук. Движение осуществляется попеременно то правой, то левой рукой. Движение начинается от края нижней челюсти к грудине. Во время поглаживания избегать надавливания в области щитовидной железы *(рис. 17а, 17б)*.

Рис. 17а

Рис. 17б

2. Медленно поглаживать боковые поверхности шеи попеременно то правой, то левой рукой. Поместить ладонь одной руки на боковую часть шеи так, чтобы большой палец находился у угла нижней челюсти Ладонь движется вдоль боковой поверхности шеи по грудинно-ключично-сосцевидной мышце до яремной ямки, а затем параллельно ключице к плечевому суставу *(рис. 18а, 18б, 8в)*, либо от яремной ямки осуществляется разворот ладони в сторону подмышечной впадины (*рис. 18а, 18б, 18г*). Данное движение можно выполнять попеременно, то правой то левой рукой, либо одновременно обеими руками.

Этот массажный прием снимает тонус с грудино-ключично-сосцевидной мышцы и подкожной мышцы шеи.

Рис. 18а

Рис. 18б

Рис. 18в

Рис. 18г

Рис. 19а

Рис. 19б

Рис. 19в

Рис. 19г

3. Движение правой рукой начинается от угла нижней челюсти слева. Ладонь движется по подбородочной области (мышцы дна полости рта) до угла нижней челюсти справа, а затем по боковой поверхности шеи к плечевому суставу либо вниз к грудине до подмышечной впадины. Аналогичное движение проводится левой рукой, движение начинается от угла нижней челюсти справа. Движения совершаются попеременно то правой, то левой рукой. Данное движение позволяет также снять напряжение с надподъязычных мышц, что рефлекторно расслабляет скелетные мышцы языка *(рис. 19а, 19б, 19в, 19г)*.

Дополнительно к приемам массажа можно использовать пассивные и пассино-активные упражнения, которые также направлены на рас-

Рис. 20а

Рис. 20б

слабление мышц шеи мышц шеи (затылочной и грудинно-ключично-сосцевидной) и плечевого пояса, а также способствуют расслаблению наружных мышц гортани. Данные приемы можно выполнять как в положении лежа, так и сидя.

1. Ребенок лежит на спине, при этом голова вне опоры и удерживается руками логопеда. Логопед правой рукой поддерживает голову ребенка сзади, другую помещает на лобно-теменную область, осуществляя:

а) медленные круговые движения головы ребенка по часовой, а затем против часовой стрелки *(рис. 20а, 20б)*;

б) медленные движения головы ребенка вперед, т.е. к области грудной клетки — назад *(рис. 21а, 21б)*, вправо — влево *(рис. 21в, 21д)*.

Движения совершаются очень плавные, но с определенной амплитудой воздействия.

Если ребенок испытывает малейший дискомфорт или логопед чувствует себя неуверенно, выполняя данное движение, то можно начать с более простого:

2. Ребенок лежит на спине на кушетке, голова ребенка поддерживается ладонями логопеда в области затылка следующим образом: обе ладони подкладываются под затылочную область, так что пальцы одной руки накладываются поперечно на пальцевую поверхность другой руки, большие пальцы находятся в области сосцевидного отростка *(рис. 22а)*.

Логопед осуществляет следующие движения:

а) круговые движения головы ребенка по часовой, а затем против часовой стрелки *(рис. 22б)*;

б) наклоны головы ребенка вперед—назад *(рис. 22в)*, вправо—влево *(рис. 22г)*.

Рис. 21а

Рис. 21б

Рис. 21в

Рис. 21г

Все движения должны быть мягкими, плавными и медленными, с малой амплитудой, так чтобы у ребенка возникло ощущения расслабления и комфорта. По мере расслабления мышц шеи и плечевого пояса, логопед может почувствовать, что голова ребенка постепенно становиться более тяжелой. Ощущение нарастания тяжести головы будет свидетельствовать о расслаблении мышц.

Ряд упражнений, способствующих расслаблению мышц шеи, ребенок может выполнять самостоятельно или с некоторой помощью логопеда.

Рис. 22а

Рис. 22б

Рис. 22в

Рис. 22г

1. Голову ребенка слегка запрокинуть назад, из этого положения логопед осуществляет несколько легких покачивающих движений вправо—влево, затем голову опустить вниз.

При выполнении упражнения логопед очень легко прикасается кончиками пальцев ко лбу ребенка, стимулируя осуществлении этих движений.

2. Голову опустить вперед, а затем «уронить» вперед.

6.1.3. Массаж лицевой мускулатуры

Массаж лица рекомендуется проводить двумя руками. Движения должны быть симметричны и ритмичны. Расслабляющий массаж в области лица проводится всей ладонной поверхностью.

Массажные линии на лице имеют вполне определенные направления:

от середины лба к виску,

от внутреннего угла глаза по верхнему веку и в обратном направлении по нижнему,

от корня носа к височной области,

от угла рта к козелку ушной раковины.

Рис. 23а

Рис. 23б

Рис. 23в

Рис. 23г

Рис. 24а

Рис. 24б

Массаж в области лба

Массаж оказывает воздействие на лобную и височную мышцы.

1. Ладони располагаются на середине лба, при этом одна ладонь наложена на другую в области пальцев.

Поглаживающие движения осуществляются всей ладонной поверхностью в направлении:

а) от середины лба к височным областям. На виске в области углубления (височное сухожилие) движение заканчивается плотным нажатием указательного либо среднего пальца, при этом ладонь прижимается к височной области, там где располагается височная мышца *(рис. 23а, 23б, 23в, 23г)*;

б) от середины лба к области височно-нижне-челюстного сустава, где заканчивается легким нажатием указательного либо среднего пальца. ладонь *(рис. 24а, 24б)*.

2. Поглаживание в направлении снизу вверх, от надбровных дуг к волосистой части головы. Движения проводятся попеременно всей ладонной поверхностью правой и левой рук при горизонтальном расположении ладони в области лба *рис. 25)*; при вертикальном расположении ладоней, движение

Рис. 25

Рис. 26а

Рис. 26б

поглаживания осуществляется одновременно фалангами пальцев обеих рук *(рис. 26а, 26б)*.

Массаж в области верхнего и нижнего века

Массаж в этой области проводится только расслабляющий. Массаж в области века способствуют общему мышечному расслаблению, а также оказывает расслабляющее воздействие на круговую мышцу глаза и мышцу, сморщивающую бровь. Массаж проводят при закрытых глазах. Массажные движения в области верхнего и нижнего века должны быть очень нежными, проводятся без нажима и сдвигания кожи.

1. Поглаживание подушечками средних пальцев обеих рук. Движение от височной ямки по нижнему краю века к внутреннему углу глаза; затем вверх до брови и далее поглаживание ведется указательным и средним пальцами по брови к виску; при этом средний палец ложится под бровью, а указательный — над бровью. Это движение можно начинать также от середины бровей к внешнему углу глаза, а затем по нижнему веку к внутреннему углу глаза *(рис. 27а, 27в, 27г)*. Движение осуществляется по кругу непрерывно.

2. Движение также начинается в виде поглаживания по нижнему краю века к внутреннему углу глаза, затем вверх до брови и далее осуществляется легкая вибрация указательным и средним пальцами по брови к виску; при этом средний палец ложится под бровью, а указательный — над бровью.

Рис. 27а

Рис. 27б

Рис. 27в

Рис. 27г

2. Поглаживание круговых мышц глаз. Подушечками указательного или среднего пальцев обеих рук одновременно производят поглаживание от виска по нижнему веку к внутреннему углу глаза. Затем плавно переходят на верхнее веко и поглаживают его очень легко, не нажимая на глазное яблоко *(рис. 28а, 28б, 28в)*.

6.1.4. Массаж артикуляционной мускулатуры

Данный массажный комплекс оказывает воздействие на скуловые, щечную, жевательную, подбородочную мышцы, а также мышцы, изменяющие положение губ (мышца смеха, мышца, поднимающая угол рта;

Рис. 28а

Рис. 28б

Рис. 28в

мышца, опускающая угол рта; мышца, опускающая нижнюю губу). Особенно важным является воздействие на жевательные, крыловидные и височные мышцы, так как от их состояния зависят качество движения нижней челюсти, положение рта в покое, функция жевания.

Все движения в расслабляющем массаже выполняются приемом поглаживания, кроме № 5 и 6.

1. Указательные пальцы обеих рук располагаются под нижней губой, а остальные — под подбородком. При расположении пальцев необходимо их слегка развести и ввести пальцы левой руки между пальцами правой на 2 фаланги. Осуществляя поглаживающие движения, пальцы скользят от середины подбородка к височным впадинам, с фиксацией пальцев в углублениях у височно-нижне-челюстного сустава *(рис. 29а, 29б, 29в, 29г)*.

Рис. 29а

Рис. 29б

Рис. 29в

Рис. 29г

2. Указательные пальцы обеих рук располагаются над верхней губой, средние — под нижней, а остальные — под подбородком. Так же как и в предыдущем движении пальцы правой ладони слегка вводятся между пальцами левой ладони *(рис. 30)*. Поглаживающие движения осуществляются от середины губ к височным впадинам с фиксацией пальцев в углублениях у височно-нижне-челюстного сустава, т.е.окончание движение такое же, как и в предыдущем описании.

3. Движение всеми пальцами (кроме большого) начинается от спинки носа, проходит через скуловую дугу к ушным раковинам с фиксацией пальцев в углублениях у козелка и мочки уха *(рис. 31)*.

4. Движение начинается от средней линии лба (позиция ладоней как в массаже в области лба) вниз через височные впадины к середине подбородка *(рис. 32а, 32б, 32в)*.

Рис. 30

Рис. 31

Рис. 32а

Рис. 32б

Рис. 32в

Рис. 32г

Далее движение осуществляется в основном тремя пальцами (указательный, средний, безымянный) обеих рук. Движение начинается от середины подбородка в стороны к углам губ (большие бугры ладонной поверхности прижимаются к височной области), а затем вверх по носогубным складкам к области скуловых мышц через переносицу к середине лба *(рис. 33а, 33б, 33в, 33г, 33д)*. Данное движение осуществляется без

Рис. 33а

Рис. 33б

Рис. 33в

Рис. 33г

Рис. 33д

Рис. 34а

Рис. 34б

остановок по кругу, что способствует расслаблению основных мимических и артикуляционных мышц лица.

5. Легкая вибрация фалангами пальцев нижней части лица. Указательные пальцы располагаются под скуловой костью остальные пальцы располагаются свободно на нижней части лица осуществляя вибрационные движения от средней линии лица к боковым областям *(рис. 34а)*.

6. Фаланги пальцев располагаются либо вдоль, либо поперек нижней части лица осуществляя легкое потряхивание щек *(рис. 34б)*.

Массаж мышц окружности рта

Массаж оказывает воздействие на круговую мышцу рта, а также мышцы, изменяющие положение рта: мышцу смеха; мышцу, поднимающую угол рта; мышцу, опускающую угол рта; мышцу, опускающую нижнюю губу.

1. Ладонной поверхностью указательных пальцев производят поглаживающие движения по верхней губе от углов рта к середине *(рис. 35а, 35б, 35в)*.

2. Такие же движения производят по нижней губе от углов рта к середине *(рис. 36а, 36б, 36в)*.

3. Движение совершают поочередно правой и левой рукой. Движение начинается от козелка ушной раковины. Средний и указательный пальцы широко разведены и легко скользят по щеке, а затем в области губ. При этом указательный палец скользит по коже верхней губы, а средний — по коже нижней губы, сходясь вместе у противоположного угла рта *(рис. 37а, 37б, 37в)*.

Рис. 35а

Рис. 35б

Рис. 35в

4. Фалангами больших пальцев поглаживают носогубные складки, двигаясь от крыльев носа к углам рта, а затем не останавливаясь скользят от углов рта по дуге к середине подбородка *(рис. 38а, 38б, 38в, 38г)*.

5. Указательным и средним пальцами производят очень легкое постукивание вокруг губ по часовой стрелке. Постукивания могут проводиться при различном положении рта: закрытом и слегка приоткрытом *(рис. 39а, 39б)*.

Рис. 36а

Рис. 36б

Рис. 36в

Рис. 37а

Рис. 37б

Рис. 37в

Рис. 38а

Рис. 38б

Рис. 38в

Рис. 38г

Рис. 39а

Рис. 39б

6.1.5. Массаж мышц языка

Нарушение мышечного тонуса всегда в большей степени выражено в мышцах языка. Повышенный тонус мышц языка отмечается значительно чаще, чем пониженный.

Массаж язычных мышц, имеющих сложное строение, производящих тонкие, точные движения в процессе артикуляции, является наиболее сложной процедурой. Кроме того, выполнение массажных движений на языке, как правило, вызывает неприятные ощущения у массируемого. Следует учитывать и тот факт, что язык достаточно интимная часть тела человека. Массаж мышц языка требует от логопеда предельной точности движений, аккуратности и определенной корректности.

При выполнении массажа должны быть учтены следующие **методические указания**:

✓ массаж языка проводится только в положении ребенка лежа;

✓ дифференцированный массаж мышц языка проводится в медицинских перчатках (латексные либо виниловые), с использованием салфетки (марлевая, нетканое полотно либо любая тонкая ткань).

✓ при массаже языка могут использоваться также различные приспособления: зонды, шпатели, зубные щетки, массажеры и массажезаменители;

✓ массаж, как правило (но необязательно), проводится при положении языка вне полости рта. Для этого логопед подтягивает язык вперед следующим образом: захватывает кончик языка (через салфетку) так, чтобы большой палец находился сверху, указательный и средний — снизу, и слегка подтягивает его вперед. Захват языка осуществляется левой рукой, а массажные движения — правой *(рис. 40)*;

Рис. 40

✓ при повышенном тонусе не рекомендуется подтягивать язык вперед больше, чем на одну треть;

✓ массажные движения должны проводиться в трех направлениях, соответственно расположению мышц языка: горизонтальном, поперечном и вертикальном;

✓ если имеется отклонение языка в сторону при высовывании его вперед, то массажные движения следует выполнять в большей степени на той стороне, в которую язык отклоняется.

После каждого выполненного массажного приема, необходимо сделать небольшую паузу, чтобы

ребенок имел возможность закрыть рот, отдохнуть в течение 20-30 секунд. Проглотить слюну, если это необходимо.

Расслабляющий массаж языка является наиболее сложной техникой. Это обусловлено тем, что при повышенном тонусе язык трудно удержать вне полости рта, повышенный нёбно-глоточный (рвотный) рефлекс также может значительно затруднять проведение массажа. В связи с этим при проведении расслабляющего массажа языка необходимо строго выполнять **ряд правил**:

✓ расслабление мышц языка проводить только после расслабления других мышц, особенно мышц плечевого пояса, шеи, дна полости рта, поскольку все эти мышцы тесно связаны со скелетными мышцами языка;

✓ движения в расслабляющем массаже в основном направлены от кончика к корню языка;

✓ перед началом массажа устанавливается «граница» нёбно-глоточного рефлекса. Для этого надо постепенно прикасаться к поверхности языка шпателем, двигаясь по средней линии от самого кончика по направлению к корневой части языка. Место, которое связано с появлением рвотного рефлекса, считается «границей» рвотного рефлекса. При повышенном тонусе «граница» рвотного рефлекса может приближаться к средней части языка, а в тяжелых случаях даже к его кончику. В этих случаях массаж следует выполнять крайне осторожно, постепенно заходя за «границу» рвотного рефлекса;

✓ если ввиду выраженной спастичности мышц, особенно корня языка, не удается удержать язык вне полости рта, массаж языка начинают внутри полости рта. Постепенно, по мере нормализации тонуса мышц, язык выводится в положение вне полости рта;

Расслабляющая программа мышц языка состоит из 3 частей.

1 часть массажной программы направлена на расслабление *скелетных мышц языка.*

При расслаблении скелетных мышц языка, все массажные движения проводятся в области дна полости рта, подъязычной кости и области шиловидного отростка. Воздействие на скелетные мышцы языка осуществляется через точки прикрепления скелетных мышц языка к костям черепа или шеи (шиловидный отросток, подъязычная кость), а также в области подборочно-язычной мышцы.

Движения состоят из легких и длительных вибраций в местах точечного воздействия или глубоких медленных проглаживаний по подбородочно-подъязычной мышце и двубрюшной мышце. Надо иметь в виду, что все точечные воздействия совпадают с местом биологически активных точек (БАТ) и оказывают также рефлекторное действие, характерное для данных точек. Кроме этого используются легкие вибрационные движения на самом теле языка, основная задача которых передать вибрацию на скелетные мышцы языка, что способствует их расслаблению.

Рис. 41а

Рис. 41б

Движения первой части массажной программы выполняются в следующем порядке:

1. Подушечками указательных или средних пальцев произвести легкую вибрацию точек, находящихся под углами нижней челюсти.

Вместо вибрационных движений можно также проводить легкие вращательные движения в этой же области. Вначале вращательные движения поверхностны, затем постепенно выполняются все с большим надавливанием (вкручивание) а затем снова поверхностны(выкручивание). Данный прием способствует расслаблению подбородочно-язычной и шило-язычной мышц *(рис. 41а, 41б)*.

2. Указательным пальцем произвести легкие вибрирующие или вращательные движения в области подчелюстной ямки, что способствует расслаблению подбородочно-язычной мышцы *(рис. 42)*.

Рис. 42

3. Глубокое медленное проглаживание от подъязычной кости к подбородку. Оказывает воздействие на подбородочно-язычную мышцу.

4. Захватить кончик языка правой рукой. Совершать легкие покачивающие движения из стороны в сторону до ощущения мышечного «сопротивления». При выполнения покачивания, важно не переходить за границу мышечного «сопротивления». В процессе покачивания амплитуду движения языка из стороны в сторону должна увеличиваться, что будет свидетельствовать о снижении тонуса шило-язычной мышцы *(рис. 43)*.

Рис. 43

Рис. 44

5. Захватить кончик языка правой рукой. Совершать легкие покачивающие движения вперед, из ротовой полости, а затем назад, в глубь ротовой полости. Движения плавные, легкие, до границы мышечного «сопротивления». По мере расслабления скелетных мышц языка, амплитуда движений языка вперед-назад должна увеличиваться *(рис. 44)*.

2-я часть программы направлена на расслабление *собственно мышц языка.*

Данную программу рекомендуется использовать только в том случае, если мышечный тонус языка резко повышен и удержание языка вне полости рта представляется практически невозможным. Эта программа также рекомендуется для детей раннего возраста.

В данной программе проводится инструментальный массаж собственно мышц языка в полости рта. С этой целью используются массажные щеточки для детей 1-го года жизни с разными по конфигурации поверхностями, напальчник с пупырчатой или щетинистой поверхностью, зонды, или указательный палец логопеда (в медицинской перчатке). Проводится инструментальный массаж по поверхности тела языка сверху, по боковым поверхностям и по нижней части тела языка.

К **3-й части программы**, целью которой также является в основном расслабление собственно мышц языка, переходят в том случае, если имеется возможность выведения и удержания языка ребенка вне полости рта. В данной программе массаж языка выполняется руками, а точнее подушечками пальцев. Перед проведением данной процедуры, логопед выводит язык вперед из полости рта, удерживая его через сал-

Рис. 45

Рис. 46

фетку в области передней трети. Надо иметь в виду, что спастичный язык не следует выводить вперед из полости рта больше, чем на $^1/_3$ или $^1/_4$ видимой части языка. Если стараться «вытянуть» язык в большем объеме или прилагать усилия к вытягиванию языка из полости рта, то это может привести к нарастанию тонуса в скелетных мышцах языка. Удержание языка вне полости рта должно быть легким, при возникновении ощущения нарастания мышечного тонуса, необходимо дать отдых ребенку, т. е. дать возможность втянуть язык и закрыть рот. В это время логопед может проводить вибрацию на точках, способствующих расслаблению скелетных мышц языка.

Все массажные движения идут от кончика языка по направлению к корневой части языка до линии небно-глоточного (рвотного) рефлекса, при возможности легко и быстро «переступая» ее и обратным движением возвращаясь к кончику языка. При продвижении к корневой части языка все массажные движения должны быть достаточно легкими, поглаживающими, а при обратном движении (к кончику) допускается легкое нажатие, т. е. растирающее движение, что способствует большему выведению языка кпереди.

Движения третьей части массажной программы выполняются в следующем порядке:

1. Большим и указательным пальцами правой руки производят поглаживающие движения с одной стороны, затем с другой стороны языка, от кончика к корню языка и обратно *(рис. 45)*. При этом указательный палец находится под языком и служит в качестве опоры.

2. Производят поглаживающие движения большим и указательным пальцами из стороны в сторону (от средней линии к боковой части языка и обратно), постепенно продвигаясь от кончика к корню. Движения выполняются сначала на одной половине языка, а затем на другой *(рис. 46)*.

Рис. 47

Рис. 48

3. Большой и указательный пальцы находятся на боковых поверхностях языка — справа и слева. Поглаживают боковые поверхности языка от кончика к корню *(рис. 47)*.

4. Производят легкое разминание мышц в горизонтальном направлении. Большой палец правой руки находится сверху, средний и указательный — снизу языка. Осуществляются перетирающие движения с постепенным продвижением от кончика языка к корню и обратно, сначала с одной стороны языка, а затем с другой. Движения очень легкие без нажима *(рис. 48)*.

5. При том же положении пальцев легко, без надавливания производят круговые растирающие движения *(рис. 49а, 49б)*.

Рис. 49а

Рис. 49б

Рис. 50а

Рис. 50б

6. Захватив кончик языка правой рукой, производят легкое потряхивание.

7. Легкая вибрация языка с использованием плоского шпателя. В процессе вибрации осуществляется легкое надавливание на тело языка с продвижением его вперед. Те же движения можно осуществить указательным пальцем *(рис. 50а, 50б)*.

После расслабляющего массажа можно сделать упражнения пассивной гимнастики, направленные на растяжение и расслабление скелетных мышц языка.

Рис. 51а

Рис. 51б

8. Большой и указательный пальцы находятся на боковых поверхностях языка — справа и слева. Повернуть язык вправо и слегка потянуть его, как бы слегка подтягивая кнаружи корневую часть языка. Затем аналогичное движение в левую сторону *(рис. 51а)*.

9. Подтянуть язык вперед, как бы слегка «накручивая» его на указательный палец, а затем осторожно совершить обратное движение. Выполняется медленно, с небольшой амплитудой *(рис. 51б)*.

6.1.6. Массаж в области гортани

Вибрационный массаж гортани рекомендуется проводить при спастичности мышц голосового аппарата.

Легкие покачивающие и вибрационные движения в области гортани способствуют снижению мышечного тонуса, улучшают двигательную функцию мышц, связанных с голосовым аппаратом, что в целом способствует улучшению голосовой функции.

Осторожно захватив гортань большим пальцем с одной стороны, указательным и средним пальцами с другой стороны, производить легкие ритмичные движения в поперечном направлении. При тяжелых нарушениях голоса, можно предложить ребенку в процессе вибрационного массажа «постонать» вместе с логопедом сопряженно. При не выраженных нарушениях голоса, можно дать задание ребенку пропевать гласные звуки в процессе массажа. Сначала логопед пропевает гласные вместе с ребенком сопряженно, а затем ребенок это делает самостоятельно. Гласные рекомендуется пропевать в следующей последовательности А-О-У-И-Э *(рис. 52а, 52б)*.

Рис. 52а

Рис. 52б

6.2. АКТИВИЗИРУЮЩИЙ МАССАЖ

Активизирующий массаж проводится во всех случаях, когда мышечный тонус понижен. Основной целью активизирующего массажа является повышение мышечного тонуса, восстановление двигательной активности мышц, общая активизация и регуляция эмоционального состояния.

6.2.1. Методические указания к проведению активизирующего массажа

1. Движения рук логопеда должны быть достаточно быстрыми, ритмичными и активными.
2. Основными приемами являются растирание, разминание, сильная вибрация, которые чередуются с поглаживанием.
3. Сила воздействия на массируемые ткани должна увеличиваться постепенно от поглаживания к более активным приемам воздействия.
4. На передней поверхности шеи энергичные воздействия противопоказаны.
5. При правильном выполнении массажа дыхание ребенка равномерно.
6. Массаж не должен вызывать болезненных ощущений у массируемого.
7. Активизирующий массаж проводится с использованием детского масла, как основного любриканта. Это способствует более глубокому воздействию на мышцы и предохраняет кожные покровы от возможной травматизации.
8. Последовательность воздействия на массируемые области в процессе одного сеанса укрепляющего массажа может быть такая же, что и в расслабляющем массаже, либо возможен следующий вариант:
   1) мимическая мускулатура,
   2) мышцы окружности рта,
   3) скелетные мышцы языка,
   4) собственно мышцы языка
   5) мышцы шеи и плечевого пояса.

6.2.2. Массаж плечевого пояса и шеи

Массажные движения в области плечевого пояса и шеи производят в направлении снизу вверх, используя приемы обхватывающего поглаживания. Поколачивание, разминание и вибрация этих отделов противопоказаны. Данные массажные движения позволяют активизировать грудино-ключично-сосцевидную мышцу; мышцы, связанные с областью вокального аппарата; а также рефлекторно активизировать скелетные мышцы языка.

1. Движение в области верхней части груди и передней поверхности шеи проводится одновременно обеими руками.

Движение начинается от плечевого сустава либо от подмышечной впадины.

а) Движение начинается от плечевого сустава. Ладони движутся вдоль ключицы а затем вверх по боковой поверхности шеи к кости нижней челюсти *(рис. 53а)*.

б) Движение начинается от подмышечных впадин. Ладони

Рис. 53а

Рис. 53б

Рис. 53в

Рис. 53г

Рис. 53д

осуществляют разворот к грудине, движутся до ключиц, а затем вверх по боковой поверхности шеи к подбородочной кости *(рис. 53б, 53в, 53г)*.

2. Движение начинается от плечевого сустава либо от подмышечной впадины. Ладони движутся вверх по боковой поверхности шеи. Движение совершается симметрично обеими руками, дойдя до угла нижней челюсти, ладонь правой руки движется по подбородочной области до угла нижней челюсти слева. Следующее движение начинается также симметрично обеими руками, дойдя до углов нижней челюсти, ладонь левой руки движется до подбородочной области до угла нижней челюсти справа. Таким образом, движение обеими руками проводится симметрично до углов нижней челюсти, дальнейшее движение по мышцам дна полости рта совершается то правой, то левой рукой попеременно *(рис. 53а, 53б, 53в, 53г, 53д)*.

Для активизации и укрепления мышц рекомендуется массаж сочетать с упражнениями, построенными на эффекте сопротивления:

1. Ребенок сидит. Правая рука специалиста располагается на затылке. Ребенку предлагают отклонить голову назад, при этом рука взрослого оказывает сопротивление, противодействие этому движению. Упражнение избирательно активизирует затылочные мышцы (рис. *54а, 54б)*.

2. Ребенок сидит. Рука специалиста располагается на лбу. Ребенку предлагают наклонить голову вперед, в то время как рука взрослого оказывает сопротивление этому движению *(рис. 55а, 55б)*. Упражнение активизирует грудино-ключично-сосцевидные мышцы.

3. Ребенок сидит. Рука специалиста располагается на височной части головы слева *(рис. 56а)*. Ребенку предлагают повернуть голову влево,

Рис. 54а

Рис. 54б

Рис. 55а

Рис. 55б

в то время как рука взрослого противодействует этому движению. Упражнение избирательно активизирует правую грудино-ключично-сосцевидную мышцу.

4. Ребенок сидит. Рука специалиста располагается на височной части головы справа. Ребенку предлагают повернуть голову вправо, в то время как специалист противодействует этому движению. Упражнение избирательно активизирует левую грудино-ключично-сосцевидную мышцу *(рис. 56б)*.

Рис. 56а

Рис. 56б

6.2.3. Массаж лицевой мускулатуры

Массаж в области лицевой мускулатуры проводится в основном с использованием приемов растирания, а также разминания, который включает в себя различные техники воздействия на мышцы и ткани, такие как захватывание, сдвигание, оттягивание, сжимание, перетирание. Кроме этого в активизирующем массаже в области лицевой мускулатуры используются приемы сильной вибрации и поколачивания. Активизирующий массаж выполняется с определенной силой давления на массируемую область. Воздействие осуществляется локально на каждую мышцу или мышечную группу в основном подушечками пальцев либо, если прием связан с захватом тканей, фалангами большого и указательного пальцев. В данном массаже большая вариативность техник воздействия, что в целом направлено на активизацию мышц, повышение их тонуса.

Массаж в области лба

Массаж оказывает воздействие на лобную и височную мышцы.

1. Поглаживающие движения всей ладонной поверхностью в направлении:

от середины лба к височным областям.

2. Растирание выполняется подушечками четырех пальцев в виде спиралевидных движений в направлении от средней линии лба к вискам. Большие пальцы плотно прижаты в центре лба на границе волосистой части головы, создавая опору *(рис. 57)*.

2. Разминание, т. е. сжатие складки кожи двумя пальцами — большим и указательным с легким надавливанием на лоб *(рис. 58)*.

Рис. 57

Рис. 58

Рис. 59

Рис. 60

3. Мягкое надавливание на лоб подушечками четырех пальцев, находящихся под углом примерно 45° к плоскости лба. Выполняется несколько надавливающих движений *(рис. 59)*.

6.2.4. Массаж артикуляционной мускулатуры

Данный массажный комплекс оказывает воздействие на скуловые, щечную, жевательную, подбородочную мышцы, а также мышцы, изменяющие положение губ (мышца смеха, мышца, поднимающая угол рта; мышца, опускающая угол рта; мышца, опускающая нижнюю губу). Особенно важным является воздействие на группу жевательных мышц, так как от их состояния зависят качество движения нижней челюсти, положение рта в покое, функция жевания.

1.Массаж начинается с поглаживающих движений, пальцы скользят от середины подбородка к височным впадинам (описание смотри в технике расслабляющего массажа).

2. Проведение растирания спиралевидными движениями. Большие пальцы устанавливаются на лобную кость, с целью закрепления позиции руки в области лицевой части черепа. Подушечки четырех пальцев устанавливаются в области височной части скуловой кости, направление массажных движений от скуловой кости по жевательной мышце к углу нижней челюсти *(рис. 60)*.

3. При выраженном гипотонусе жевательной мышцы с одной стороны (справа или слева) производится спиралевидное растирание этой области по направлению от скуловой кости к углу нижней челюсти *(рис. 61)*.

Рис. 61

Рис. 62

3. Растирание щечной мышцы проводят круговыми движениями. Большие пальцы закреплены в области лба либо скуловой кости. Растирание проводится подушечками пальцев по кругу *(рис. 62)*.

3. Спиралевидное растирание скуловых мышц. Большие пальцы закрепляются в области лба. Четыре пальца устанавливаются вдоль выступающей части скуловой кости. Спиралевидное растирание проводится подушечками пальцев от скуловой кости к верхней губе *(рис. 63)*.

4. Спиралевидное растирание мышц опускающих нижнюю губу. Четыре пальца закрепляются на подбородочной кости. Спиралевидное растирание проводится подушечками больших пальцев от угла нижней губы дугообразно к подбородочной кости *(рис. 64)*.

Рис. 63

Рис. 64

Рис. 65

Рис. 66

5. Круговое растирание подбородочной мышцы. Позиция пальцев аналогично предыдущему движению, движение выполняется подушечкой большого пальца одной руки.

6. Зигзагообразное перетирание носогубных складок. Четыре пальца закрепляются на подбородочной кости. Движение выполняется большим пальцем зигзагообразно от крыльев носа к углам рта *(рис. 65)*.

7. Дополнительно, при выраженном гипотонусе можно провести растирание в области нижней части лица тыльной поверхностью концевой и средней фаланг четырех пальцев сжатых в кулак в направлении от края нижней челюсти к краю скуловой кости *(рис. 66)*. Аналогичным образом растирание осуществляется от середины подбородка вверх к крыльям

Рис. 67а

Рис. 67б

Рис. 68

носа, что активизирует скуловые мышцы и мышцы, опускающие нижнюю губу *(рис. 67а, 67б)*.

8. Щипцеобразный прием воздействия: ткани нижней части лица медленно и мягко сжимаются между большим и согнутым указательным пальцем медленно пропускаются между пальцами. Движение повторяется несколько раз в разных направлениях *(рис. 68)*.

9. Захватив ткани нижней части лица между большим и указательным пальцами, производят разминание в продольном *(рис. 69а)*, поперечном *(рис. 69б)*, круговом *(рис. 70)* направлениях.

10. Тыльной поверхностью средних фаланг, сжатых в кулак, производят потряхивание щек, как в продольном, так и в поперечном направлении *(рис. 71)*.

11. Сильная вибрация. Слегка разведенные фаланги пальцев устанавливаются в нижней части лица. Во время вибрации движение осуществляется от средней линии лица к боковым поверхностям. Вибрационные движения сильные, короткие с высокой амплитудой.

12. Прием поколачивания выполняется подушечками пальцев (кроме большого) одновременно обеими руками только в области костных поверхностей (лоб, выступающая часть скуловой кости и выступающая часть подбородочной кости). При выполнении движения кисть как бы «падает»

Рис. 69а

Рис. 69б

Рис. 70

Рис. 71

Рис. 72а

Рис. 72б

Рис. 72в

Рис. 72г

по собственной тяжестью, при этом пальцы согнуты и стоят примерно под углом 45° к поверхности *(рис. 72а, 72б, 72в, 72г)*. Выполнение движения быстрое, легкое, активное, не причиняющее болезненных ощущений. Выполняется 2-3 постукивания в каждой области.

Массаж мышц окружности рта

Массаж оказывает активизирующее воздействие на круговую мышцу рта, а также мышцы, изменяющие положение рта: щечную мышцу; мышцы, поднимающие верхнюю губу; мышцы, опускающие угол рта и нижнюю губу.

1. Продольное растирание круговой мышцы губ. Большие пальцы осуществляют движение от середины верхней губы к углам, указательные пальцы двигаются от середины нижней губы к углам. Движение выполняется попеременно то по верхней, то по нижней губе *(рис. 73а, 73б, 74а, 74б)*

Рис. 73а

Рис. 73б

Рис. 74а

Рис. 74б

Рис. 75а

Рис. 75б

2. Большим и указательным пальцами захватывают в вертикальную складку верхнюю губу, сжимают ее и перетирают между пальцами. Захват осуществляется в центральной части губы *(рис. 75а)*. Более мелкий захват губы может осуществляться и в той части, которая находится между ее серединой и углом рта. Тот же прием выполняется на нижней губе *(рис. 75б)*, таким же образом можно перетирать область носогубных складок *(рис. 75в)*.

Рис. 75в

3. Большим и указательным пальцами захватывают кожу вокруг губ и осуществляют прием пощипывания.

4. Концами указательного и среднего пальцев интенсивно постукивают вокруг губ.

6.2.5. Интраоральный массаж артикуляционной мускулатуры

Интраоральный массаж артикуляционной мускулатуры это массаж, который проводится через полость рта с захватом мышц с лицевой поверхности и через полость рта одновременно. Эта техника массажа

Рис. 76а

Рис. 76б

рекомендована к использованию только при выраженных нарушениях мышечного тонуса по типу гипотонии, поскольку имеет сильное активизирующее воздействие.

Данный комплекс включает массаж жевательных, щечных и скуловых, крыловидных мышц, области височно-нижне-челюстного сустава и мышц окружности рта. Интраоральный массаж проводиться при положении пальцев логопеда внутри полости рта ребенка. При массаже левой щеки логопед помещает большой палец правой руки в рот ребенка, остальные пальцы остаются снаружи. Массажные движения осуществляются большим пальцем по внутренней, а остальными пальцами — по наружной поверхности щеки. При массаже правой щеки в ротовую полость вводятся указательный или указательный и средний пальцы, в зависимости от размеров ротовой щели. В процессе массажа большой палец находится на наружной поверхности щеки, осуществляя основные массажные движения, указательный и средний пальцы составляют опору большому пальцу и выполняют движения внутри полости рта очень малой амплитуды. Массаж внутренней поверхности щеки может проводиться при различном положении рта: открытом и широко открытом, а также при сомкнутых челюстях. В качестве основных приемов используются растирание и разминание.

Рис. 77

1. Круговые растирания в области нижней части лица справа и слева *(рис. 76а, 76б)*.

2. Спиралевидное разминание и перетирание в области жевательной мышцы *(рис. 77)*.

3. Круговое разминание и перетирание в области щечной мышцы *(рис. 78а, 78б)*.

4. Спиралевидное разминание и перетирание скуловых мышц *(рис. 79а, 79б)*.

5. Спиралевидное разминание и перетирание мышц опускающих нижнюю губу *(рис. 80)*.

6. Спиралевидное растирание области височно-нижне-челюстного сустава (ВНЧС). В положении открытого рта найти «ямку» у мочки уха.

Рис. 78а

Рис. 78б

Рис. 79а

Рис. 79б

Рис. 80

Рис. 81

Большой палец вводится в полость рта и располагается на крыловидных мышцах, указательный и средний пальцы располагаются в области суставной головки. Данное расположение пальцев используется при массаже левого ВНЧС. При массаже правого ВНЧС положение пальцев меняется. В полость рта вводится указательный палец (либо указательный и средний), массаж осуществляется большим пальцем *(рис. 81)*.

Интраоральный массаж мышц окружности рта

При выраженных нарушениях тонуса круговой мышц окружности рта целесообразно проводить интраоральный активизирующий массаж этой области.

Рис. 82а

Рис. 82б

Рис. 83а

Рис. 83б

Рис. 84а

Рис. 84б

7. Перетирающие движения, осуществляемые большим и указательным пальцами в направлении от одного угла рта к другому вдоль верхней, а затем нижней губы. При массаже верхней губы указательный палец вводится под губу, массажные движения осуществляются большим пальцем. При массаже нижней губы большой палец вводится под губу, массажные движения осуществляются указательным пальцем *(рис. 82а, 82б)*.

Рис. 84в

Рис. 85

8. Спиралевидные движения, производимые большим и указательным пальцами по верхней, а затем по нижней губе *(рис. 83а, 83б)*.

9. Спиралевидные движения, осуществляемое указательным пальцем от основания носа вниз, к губе (по губному желобку), а также от крыльев носа по носогубным складкам к углам рта. При массаже верхней губы указательный палец вводится под губу, массажные движения осуществляются большим пальцем *(рис. 84а, 84б)*. При массаже нижней губы большой палец вводится под губу, массажные движения осуществляются указательным пальцем *(рис. 84в)*.

10. Спиралевидное разминание области носогубной складки. При массаже носогубной складки слева фаланга большого пальца находится в полости рта под носогубной складкой, указательный и средний пальцы располагаются сверху. При массаже носогубной складки справа, фаланга указательного пальца находится в полости рта, большой палец осуществляет массажные движения *(рис. 85)*.

11. Точечное сдавливание круговой мышцы губ между большим и указательным пальцами с захватом изнутри. Сдавливание проводится в местах биологически активных точек *(рис. 86а, 86б, 86в)*.

6.2.6. Массаж языка

При выполнении активизирующего массажа языка следует обратить внимание на следующие моменты:

✓ движения при укрепляющем массаже активные, интенсивные и направлены в основном от корня языка к кончику;

✓ в основном используются приемы разминания, перетирания, надавливания и сильной вибрации;

✓ как правило, при сниженном тонусе мышц языка также снижен и небно-глоточный рефлекс, поэтому массажные движения в этом случае могут быть достаточно активными даже в области корня языка;

✓ если снижение мышечного тонуса наблюдается только в какой-либо части языка (например, только на одной половине языка), массажные движения на пораженной стороне выполняются более активно;

✓ при сниженном тонусе мышц, как правило, наблюдается гиперсаливация (повышенное слюноотделение), поэтому перед выполнением массажа и после каждой серии массажных движений, логопед предлагает

Рис. 86а

Рис. 86б

Рис. 86в

ребенку проглотить слюну. Постепенно, по мере нормализации мышечного тонуса, саливация будет снижаться. Снижение гиперсаливации будет является одним из показателей нормализации мышечного тонуса.

Программа активизирующего массажа для мышц языка состоит из двух частей.

1 часть массажной программы направлена на активизацию *скелетных мышц языка.*

Для активизации скелетных мышц языка, все массажные движения проводятся в области дна полости рта, подъязычной кости и области шиловидного отростка.

Движения состоят из активных коротких вибраций в местах точечного воздействия или глубоких быстрых проглаживаний в подбородочной области.

Рис. 87

Рис. 88

Движения первой части массажной программы выполняются в следующем порядке:

1. Подушечками указательного или среднего пальцев произвести несколько быстрых коротких вибрационных движений, в центральной части подъязычной кости.

2. Подушечкой указательного пальца произвести произвести несколько быстрых коротких вибрационных движений в области подчелюстной ямки.

3. Подушечками указательных пальцев произвести произвести несколько быстрых коротких вибрационных движений в углублениях, находящихся под углами нижней челюсти.

Рис. 89

4. Глубокое сильное проглаживание от подбородка к подъязычной кости *(рис. 87)*.

5. Глубокое сильное проглаживание от подчелюстной ямки к углам нижней челюсти *(рис. 88)*.

После активизирующего воздействия, направленного на скелетные мышцы языка, переходят ко **второй части программы**: активизация *собственно мышц языка*.

1. Перетирание в продольном направлении. Большой палец находится сверху, средний и указательный снизу языка. Перетирание мышц языка от корня к кончику проводится сначала с одной стороны языка (менее пораженной), а затем с другой (более пораженной) *(рис. 89)*.

Рис. 90

Рис. 91

2. Положение пальцев то же. Перетирание мышц языка в поперечном направлении с одной стороны языка, затем с другой. Сила воздействия постепенно увеличивается. Движение направлено от корня к кончику языка и обратно, сначала с одной его стороны, а затем с другой *(рис. 90)*.

2. Положение пальцев то же. Перетирание мышц языка спиралевидными движениями, сила давления постепенно увеличивается. Движение направлено от корня к кончику языка с одной его стороны, затем с другой *(рис. 91)*.

3. Большой и указательный пальцы находятся на боковых поверхностях языка. Сжать язык с боковых поверхностей. Удерживать язык в сжатом положении 1–2 с, несколько переместить пальцы и повторить движение *(рис. 92а)*.

4. Положение пальцев то же. Правой рукой сжать язык с боковых поверхностей, и большим и указательным пальцами осуществлять перетирающие движения, постепенно передвигаясь от корня к кончику языка *(рис. 92б)*.

5. Большим и указательным пальцами осуществлять пощипывающие движения по краю языка *(рис. 92в)*.

6. Похлопывание мышц языка шпателем (или рифленой поверхностью ручки зубной щетки).

7. Производить сильную короткую вибрацию языка с помощью шпателя, который накладывается на среднюю часть языка.

После активизирующего массажа полезно использовать упражнения пассивно-активной гимнастики, построенные на эффекте сопротивления.

Рис. 92а

Рис. 92б

Рис. 92в

Данные упражнения активизируют не только скелетные мышцы языка, но также мышцы гортанно-глоточного кольца и мягкого неба.

1. Логопед подносит пластмассовую ложку вогнутой поверхностью к губам ребенка и просит языком «оттолкнуть» ложку. Ребенок, высовывая язык из полости рта с усилием надавливает языком на ложку, логопед осуществляет сопротивление движению. В данном упражнении основная нагрузка ложится на подбородочно-язычную мышцу *(рис. 93а)*.

2. Логопед подносит пластмассовую ложку вогнутой поверхностью к губам ребенка слева и просит ребенка «толкнуть» ложку языком. Логопед осуществляет незначительное сопротивление движению языка. Ребенок пытается, преодолевая легкое сопротивление, совершить боковое движение языком. При этом наиболее активна

Рис. 93а

Рис. 93б

Рис. 93в

шило-язычная мышца справа. Аналогичное упражнение выполняется в правую сторону. В этом случае наиболее активна шило-язычная мышца слева *(рис. 93б, 93в)*.

6.2.7. Массаж уздечки языка

Решая вопрос о целесообразности проведения массажа уздечки языка, необходимо провести тщательное обследование состояния подвижности мышц языка и определить особенности прикрепления подъязычной складки или уздечки языка. Поскольку подвижность языка и в частности, возможности его верхнего подъема определяется, как правило, не фактом «длины» уздечки, а характером ее прикрепления к

переднему краю языка. Чем ближе уздечка расположена к переднему краю языка, тем более ограничивается подвижность языка.

В результате обследования логопеду необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Действительно ли подъязычная складка является укороченной и это мешает активным движениям языка при произношении звуков верхнего подъема.

2. Не является ли нарушение подвижности языка результатом нарушения мышечного тонуса, т.е. не связано ли это с явлениями дизартрии, для чего проводятся диагностические двигательные пробы.

3. Какова длина свободного края языка по отношению к длине уздечки. Для этого логопеду необходимо определить длину свободного переднего края языка:

✓ Если длина свободного край языка достаточна для подъема языка в положение, как при произношении звуков « Т» или «Н» (раскрытие ротовой щели составляет при этом от 2 до 4 мм),такое же расстояние между зубами характерно при произношении звука «Э», в данном случае длина уздечки достаточна для произношения звуков верхнего подъема.

✓ Если ребенок не может достать кончиком языка до верхних альвеол при раскрытии рта на 2–4 мм между зубами, это может свидетельствовать о близком расположении уздечки и недостаточной длине свободного переднего края языка.

✓ В редких случаях уздечка может быть приращена практически к самому кончику языка, в результате чего ребенок не может осуществить подъем языка, поскольку практически отсутствует свободный передний край языка. Это является рекомендацией к операционному вмешательству для «выстригания» уздечки *(рис. 94)*.

В том случае, если ребенок может осуществить подъем языка к верхним альвеолам, но уздечка при этом натягивается до «предела» рекомендуется проводить массаж по растягиванию уздечки. Следует иметь в виду, что возможности растягивания уздечки очень ограничены. Как правило, при регулярном массаже возможно растянуть уздечку на 1–3 мм, сделать ее более «мягкой», подвижной. В некоторых случаях, после операций на уздечке возможно образование соединительно- рубцовой ткани, что значительно затрудняет подвижность языка. Благодаря массажу соединительно-рубцовая (постоперационная)

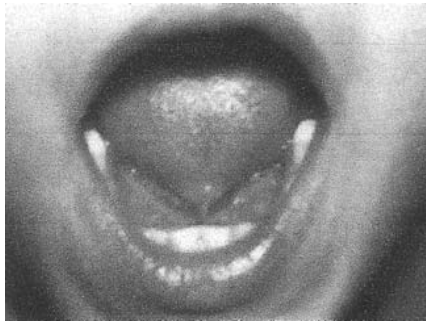

Рис. 94

Рис. 95а

Рис. 95б

ткань шва на уздечке языка несколько рассасывается, становится более мягкой и пластичной, что в целом также увеличивает подвижность языка.

Массаж уздечки языка

В случае укорочения уздечки языка прибегают к следующим массажным движениям, способствующим ее растяжению.

Большим и указательным пальцами левой руки, взявшись за кончик языка, поднять его вверх.

1. Указательным и большим пальцами правой руки растягивающим движением скользить по уздечке языка снизу вверх *(рис. 95а)*.

2. Указательным и большим пальцами правой перетирать уздечку между пальцами *(рис. 95б)*.

3. Указательным и большим пальцами перетирать уздечку между пальцами, при этом скользя по ней снизу вверх.

Если на уздечке имеется послеоперационный шов, рекомендуется массировать его, зажав между кончиками пальцев и проводя спиралевидные растирающе-разминающие движения по соединительно-рубцовой ткани шва.

6.2.8. Массаж мягкого нёба

Массаж направлен на активизацию тонуса мышц мягкого нёба и повышение нёбно-глоточного рефлекса. Основным показанием для массажа мышц мягкого нёба является пониженный тонус мышц мягкого неба, который обычно сопровождается назальным оттенком голоса. Массаж мягкого неба лицам с гипертонусом мышц мягкого неба не проводится.

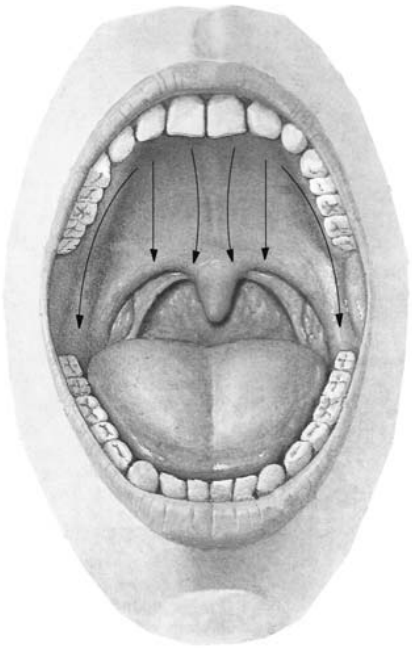

Рис. 96

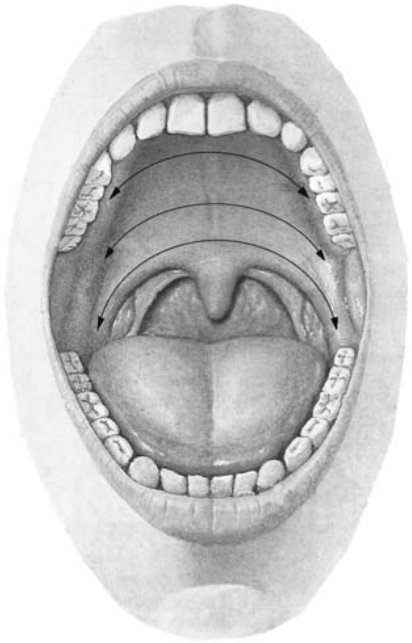

Рис. 97

Общие рекомендации при проведении массажа следующие:

✓ массажное воздействие направлено обычно не только на мышцы мягкого нёба, но также на язычно-нёбные и глоточно-нёбные дужки;

✓ массаж необходимо сочетать с пассивной и активной гимнастикой, направленной на стимуляцию нёбных и глоточных мышц;

✓ массажные движения совершают большим или указательным пальцем правой руки.

Массаж мягкого нёба может включать следующие движения.

1. Производят поглаживающие, растирающие, разминающие и ввинчивающие приемы массажных движений в направлении от твердого нёба к увули по всей поверхности мягкого нёба *(рис. 96)*. Движения проводятся в прямом, спиралевидном и кругообразном направлениях.

2. Поглаживающие, разминающие и растирающие приемы массажных движений справа налево, захватывающие язычно-нёбные дужки также в прямом, спиралевидном и кругообразном направлениях *(рис. 97)*.

3. Спиралевидные движения с надавливанием, совершаемые большим или указательным пальцем по всей поверхности мягкого нёба в продольном и поперечном направлениях.

По мере нормализации состояния мышечного тонуса массаж можно соединять с активными движениями мягкого нёба.

4. Ребенок произносит звук *А* или *Э* длительно. В это время большим или указательным пальцем производить растирающие и разминающие спиралевидные движения в поперечном и продольном направлениях *(рис. 98)*.

5. Ребенок произносит звуки *А* или *Э* коротко, отрывисто, используя твердую атаку звука. В это время осуществлять толчковые движения большим пальцем в области мягкого нёба и нёбно-язычных дуг.

Очень важно активизирующий массаж мягкого нёба сочетать с активными и пассивно-активными упражнениями, направленными на рефлекторное сокращение мышц мягкого нёба, мышц зева и мышц задней стенки глотки.

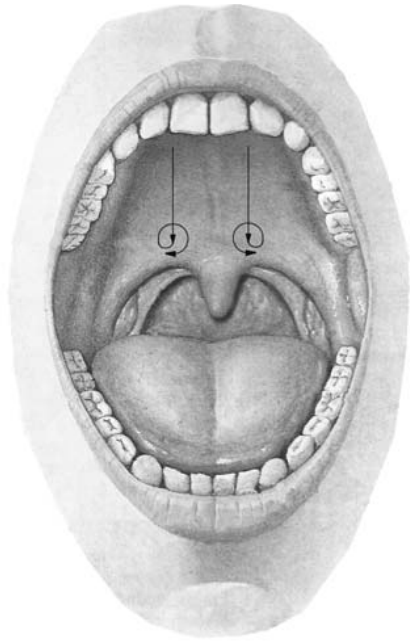

Рис. 98

Пассивные и пассивно-активные упражнения, стимулирующие работу нёбно-глоточных мышц

С помощью шпателя, которым трогают корень языка, вызывать рефлекторное сокращение мышц задней стенки глотки и мягкого нёба.

Имитировать жевание.

Пить воду маленькими глотками или имитировать глотательные движения (следующие друг за другом многократные глотательные движения приводят к увеличению времени, в течение которого мягкое нёбо находится в поднятом положении).

Покашливать — это движение совершается многократно на одном выдохе (приводит к полному смыканию нёбно-глоточного кольца).

Позевывать — это движение имитируется ребенком вслед за логопедом.

Многократно произносить гласные *А, Э* на твердой атаке голоса.

Полоскать горло маленькими порциями теплой воды.

Кроме этого полезно использовать **упражнения с преодолением сопротивления**. Эти упражнения активизируют работу нёбно-гортанно-глоточных мышц, усиливают нёбно-глоточное смыкание.

Рис. 99а

Рис. 99б

Рис. 100

Логопед кладет руку на лоб ребенка и дает инструкцию опустить голову вниз. Ребенок опускает голову вниз с преодолением сопротивления.

Логопед держит руку на затылке ребенка и просит его запрокинуть голову назад. Ребенок запрокидывает голову с преодолением сопротивления.

Логопед, расположив одну руку под челюстью ребенка, а другую на теменной области головы, просит его открыть рот. Ребенок открывает рот с преодолением сопротивления *(рис. 99а, 99б)*.

Ребенок высовывает язык вперед. Логопед используя стерильную марлевую салфетку, захватывает кончик языка и предлагает ребенку втянуть язык внутрь. Осуществляя сопротивление, ребенок пытается втянуть язык, а логопед удерживает язык в течении нескольких секунд, затем позволяя ребенку втянуть язык в полость рта. В данном упражнении основная нагрузка ложится на шило-язычную мышцу и мышцы гортано-глоточного кольца *(рис. 100)*.

6.2.9. Массаж десен и твердого неба

В ряде случаев у ребенка кроме нарушений мышечного тонуса может наблюдаться слабость кинестетических ощущений. В таких случаях с целью преодоления расстройств артикуляционного праксиса в комплекс массажных движений включают массаж по слизистой оболочке твердого нёба и десен. Этот массаж также улучшает кровообращение и трофику тканей в полости рта.

1. Рот ребенка открыт. Большой палец расположен на внешней стороне верхней десны, а указательный — на внутренней стороне. Энер-

Рис. 101а

Рис. 101б

Рис. 101в

гично нажимая на дёсну, производить движения справа налево, а затем слева направо *(рис. 101а)*.

2. Указательный палец расположен на внешней стороне нижней десны, а большой — на внутренней стороне. Энергично нажимая на дёсну, производить движения справа налево, а затем слева направо *(рис. 101 б)*.

3. Указательным пальцем энергично проводить по твердому нёбу, начиная от передних верхних зубов, по направлению к мягкому нёбу до границы с мягким нёбом и обратно *(рис. 101в)*.

Глава 7

СПЕЦИФИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ РАЗНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ДИЗАРТРИИ

Выделение клинических форм дизартрии у детей считается достаточно условным, поскольку патогенез данного нарушения, как правило, не связан с локальным поражением мозга. Наиболее часто в детском возрасте диагностируется спастико-паретическая форма дизартрии. В современной логопедии принято рассматривать следующие ее варианты: спастическая, паретическая и гиперкинетическая (Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова, 2009). При дизартрии у взрослых очаговые поражения мозга более четко очерчены, в связи с чем могут быть выделены формы дизартрии с более выраженным проявлением основных симптомов. Для рассмотрения особенностей проведения логопедического массажа при разных формах дизартрии имеет смысл опираться на основную симптоматику, выявленную по результатам обследования.

7.1. СПЕЦИФИКА ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ ЯВЛЕНИЯХ ГИПЕРТОНУСА (СПАСТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИЗАРТРИИ)

Спастическая форма дизартрии возникает при одностороннем или двустороннем поражении пирамидного пути, идущего от двигательных зон коры головного мозга к ядрам продолговатого мозга. Для этой формы дизартрии характерен гипертонус мышц речевого аппарата, который, как правило, бывает двусторонним, с возможным преобладанием справа или слева.

Основными целями логопедического массажа при спастической форме дизартрии являются:

1) нормализация состояния мышечного тонуса, т. е. снижение тонуса спастичных мышц;

2) улучшение сократительной функции мышц;

3) улучшение кровообращения и обменных процессов;

4) повышение кинестетических ощущений;

5) уменьшение патологических двигательных проявлений (синкинезии, патологические симптомы орального автоматизма, повышенные рефлексы: небно-глоточный и нижнечелюстной и т. п.);

6) формирование произвольных координированных движений органов артикуляции.

Массаж следует начинать с легкого поглаживания в области плечевого пояса и шеи. Поглаживающие движения производятся сверху вниз по ходу лимфатических сосудов и венозному оттоку крови. Движения легкого плоскостного поглаживания захватывают также область надподъязычных мышц (дно полости рта), поскольку таким образом оказывается легкое расслабляющее воздействие на скелетные мышцы языка. Затем используется легкое и обхватывающее поглаживание в области мимических, жевательных и артикуляционных мышц и заканчивается программа расслабляющим массажем мышц языка. Методические указания к проведению расслабляющего массажа приведены в гл. 6.

7.2. СПЕЦИФИКА ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ ЯВЛЕНИЯХ ГИПОТОНУСА (ПАРЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИЗАРТРИИ)

Явления вялого паралича или пареза в мышцах периферического речевого аппарата как правило связаны с таким речевым нарушением как бульбарная дизартрия, основным симптомом которой является пониженный тонус мышц. Данная симптоматика зачастую обусловлена нарушением иннервации определенных мышц лица, шеи и непосредственно мышц речевого аппарата, Иннервация этих мышц обеспечивается участием следующих пар черепно-мозговых нервов: тройничный (V пара), лицевой (VII пара), языкоглоточный (IX пара), блуждающий (X пара), добавочный (XI пара), и подъязычный (XII пара). Симптомы вялого паралича или пареза, могут наблюдаться в разных отделах периферического речевого аппарата. В ряде случаев могут быть поражены не все мышцы речевого аппарата, а лишь отдельные группы мышц артикуляционного, голосового либо дыхательного аппарата. В этом случае можно наблюдать изолированную симптоматику в виде нарушения звукопроизношения, либо нарушения голоса, речевого дыхания либо особенности интонационной стороны речи и т. п. Кроме этого, поражение ядер, корешков или стволов указанных нервов может быть односторонним, что приводит к односторонним поражениям соответствующих мышц. Бульбарная дизартрия редко встречается в чистом виде, но отдельные ее проявления, а особенно т.н. «стертые» или минимальные достаточно часты. При данной форме дизартрии показано назначение активизирующего массажа.

Основными задачами активизирующего логопедического массажа являются следующие:

1) активизация мышечного тонуса периферического речевого аппарата;

2) улучшение трофики тканей периферического речевого аппарата;

3) уменьшение проявлений парезов и параличей мышц речевого аппарата, а следовательно повышение их двигательной активности;

4) стимуляция проприоцептивных ощущений;

5) стимуляция оральных рефлексов (небного- глоточного и нижнечелюстного);

6) формирование произвольных координированных движений органов артикуляции.

Основными приемами активизирующего массажа являются: растирание, разминание, сильная вибрация.

При активизирующем массаже в первую очередь уделяется внимание наиболее пораженным мышцам (т. е. мышцам находящимся в гипотонусе), а затем включаются в массажный комплекс все группы мышц, которые опосредованно связаны с ними.

Если пониженный мышечный тонус диагностируется во всех отделах речевого аппарата, то массаж можно начинать с наиболее крупных мышц, т. е. мышц шеи и плечевого пояса.

Длительность воздействия на каждую мышечную группу, определяется степенью ее поражения. Наиболее пораженные мышцы (находящиеся в состоянии гипотонуса) массируются длительнее с постепенным увеличением нагрузки, чем менее пораженные мышцы. Методические указания к проведению активизирующего массажа приведены в гл. 6.

7.3. СПЕЦИФИКА ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ ДИСТОНИИ (ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИЗАРТРИИ)

Гиперкинетическая форма (подкорковая,экстапирамидная) дизартрии возникает в результате очагового поражения ядер стриопаллидарной системы и их связей с целом рядом моторных структур мозга.

При гиперкинетической форме дизартрии характерна дистония-нестабильность мышечного тонуса, а также наличие гиперкинезов как в лицевой, так и в мускулатуре речевого аппарата. Наряду с низким тонусом мышц возможно появление мышечных спазмов. Наблюдается зависимость патологической симптоматики от эмоционального состояния ребенка.

Основными задачами логопедического массажа при гиперкинетической форме дизартрии являются следующие:

1) нормализация эмоционального состояния.

2) нормализация состояния мышечного тонуса;

3) улучшение сократительной функции мышц;

4) улучшение кровообращения и обменных процессов;
5) улучшение кинестетических ощущений;
6) уменьшение патологических двигательных проявлений в виде гиперкинезов и спазмов;
7) формирование произвольных координированных движений органов артикуляции.

В связи с нестабильностью мышечного тонуса при гиперкинетической форме дизартрии, основным приемом массажа является обхватывающее поглаживание. Особенность этого приема заключается в том, что наряду с расслабляющим эффектом, обхватывающее поглаживание оказывает легкое возбуждающее действие, что обеспечивает возможность гармонизации процессов возбуждения и торможения ЦНС. Обхватывающее поглаживание можно сочетать с легким поглаживанием с целью общей релаксации и регуляции эмоционального состояния, а также в тех случаях, если возникает ощущение нарастания мышечного тонуса. Активизирующие приемы растирания, разминания и сильной вибрации при данной форме дизартрии не используются. Все приемы поглаживания проводятся с использованием масла. Кроме приемов поглаживания рекомендуется использовать массаж по биологически активным точкам (БАТ). При этом точки используются не симметрично, а перекрестно. Выбираются две пары симметричных точек. Из каждой пары массируют одну точку справа и другую точку (из другой пары) ассиметрично, слева.*

Чем выраженнее симптоматика при гиперкинетической форме дизартрии, тем удаленнее должны быть точки друг от друга при перекрестном (ассиметричном) методе воздействия. Постепенно, по мере снижения патологической симптоматики, логопед может массировать точки, расположенные более близко друг к другу, пока не появиться возможность перехода к массажу по симметричным точкам.

7.4. СПЕЦИФИКА ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИИ

В педагогических дошкольных учреждениях логопеды чаще всего проводят коррекционную работу с детьми страдающими дизартрией, выраженной в легкой степени, при которой характерно неоднородное распределение мышечного тонуса и сочетанная симптоматика разных клинических форм дизартрии. Дизартрия, выраженная в легкой степени, или так называемая «стертая» дизартрия, может характеризоваться мозаичностью комбинаций нарушения мышечного тонуса в разных отделах периферического речевого аппарата, и в частности в разных отделах артикуляционного аппарата. Например, может отмечаться напряженность корня языка и выраженная гипотония кончика языка. Возможно сочетание пониженного тонуса в области щечных мышц и повышенного тонуса жевательных мышц и т. д.

Проведение массажа при неоднородном распределении мышечного тонуса, может включать как расслабляющие, так и активизирующие приемы воздействия. В качестве базового приема рекомендуется использовать обхватывающее поглаживание. При явлениях спастики, используются методы поглаживания, растирания и легкой вибрации. На отдельных участках, там, где находятся мышцы в пониженном тонусе, программа усиливается приемами разминания и перетирания.

Таким образом, при неоднородном распределении мышечного тонуса активизирующие и расслабляющие приемы логопедического массажа можно сочетать в одном сеансе, с учетом состояния мышечного тонуса в отдельных группах мышц, а также учитывая взаимозависимость основных и косвенных мышц, участвующих в речевом процессе. Сочетание активизирующих и расслабляющих приемов массажа при неоднородном распределении мышечного тонуса представлено в табл. 5. Составление программы и выбор приемов массажа должны быть строго индивидуальны для каждого ребенка, и строится на основании результатов логопедической диагностики.

Одной из основных задач логопедического массажа является формирование звукопроизносительной стороны речи. В процессе массажа, логопед осуществляет массажные движения, которые вначале стимулируют кинестетические ощущения и непроизвольное формирование артикуляторной позы, а затем способствуют формированию произвольного движения необходимого для произнесения определенного звука. По мере восстановления тонуса мышц языка в процессе массажа, логопед проводит стимуляцию кончика и боковых краев языка при помощи растирающих движений в этих областях. Растирающие движения на кончике языка способствуют выделению его из общей массы языка, а стимуляция боковых краев (шило-язычная мышца) способствует поднятию их вверх и формированию круглой щели вдоль средней линии языка. Напротив, если артикуляторная поза требует узкий, с загнутым кверху кончиком язык, логопед проводит плотные сжатия тела языка с его с боковых краев, что стимулирует поперечные мышцы и язык принимает форму необходимую для произнесения звука *л*. Таким образом, в результате манипулятивных стимуляций боковые части языка и кончик языка принимает нужную позицию для определенного звука. Логопед также стимулирует появление кинестетических ощущений в тех

* Техника перекрестного точечного массажа при гиперкинетической форме дизартрии подробно представлена на практическом семинаре автора «Точечный массаж в логопедической практике».

Таблица 5. *Сочетание активирующих и расслабляющих приемов массажа при неоднородном распределении мышечного тонуса*

Область воздействия	Приемы массажа при гипертонусе мышц	Приемы массажа при гипотонусе мышц
Плечевой пояс, шея (Направление движений и приемы будут зависеть от состояния мышечного тонуса скелетных мышц языка)	При **спастичности языка** используется легкое поглаживание для области плечевого пояса, шеи и дна полости рта. Направление движения от нижней челюсти к подмышечным впадинам.	При **пониженном тонусе языка** рекомендуется использовать обхватывающее поглаживание Направление движения: от подмышечных впадин к нижней челюсти
Мышцы лба	обхватывающее поглаживание	обхватывающее поглаживание
Группа жевательных мышц (область жевательной мышцы, височной мышцы, надподъязычных мышц, крыловидных мышц)	легкое и обхватывающее поглаживание, легкая вибрация. Интраоральный массаж в данном случае исключается	приемы растирания, разминания, перетирания, сильной вибрации и поколачивания. Перетирание жевательной и крыловидных мышц осуществляется с захватом мышц внутри полости рта (интраоральный массаж)
Мышцы окружности рта (круговая мышца губ, большая скуловая, малая скуловая, м., поднимающая верхнюю губу и крылья носа, м., опускающая нижнюю губу, м., опускающая угол рта, щечная м., подбородочная м.)	обхватывающее поглаживание и легкая вибрация, расслабляющий массаж по биологически активным точкам	приемы растирания, разминания и перетирания с захватом мышц внутри полости рта. Использовать активизирующие приемы непосредственно только на группе данных мышц, либо на стороне поражения. Можно усилить воздействия сочетая эти приемы с активизирующим массажем по биологически активным точкам. Закончить эту программу общим обхватывающим поглаживанием
Мышцы языка (скелетные и собственно мышцы языка	Легкая медленная вибрация, потряхивание, покачивание и проглаживание для расслабления скелетных мышц языка. Проводится в области дна полости рта и на теле языка. Поглаживание и легкое растирание для расслабления собственно мышц языка.	Активная вибрация, надавливание и сильное растирание для активизации скелетных мышц языка проводится в области дна полости рта. Растирание, разминание, перетирание для активизации собственно мышц языка

местах полости рта, к которым должен прикоснуться кончик языка при удержании артикуляторной позы. Логопед кончиком указательного пальца, на который наложена салфетка стимулирует то место в полости рта, с которым связана артикуляторная позиция. Поскольку после таких стимуляций у ребенка долго сохраняются «остаточные» ощущения, он легко воспроизводит нужную артикуляторную позу, после чего логопед дает дополнительные задания, типа: «подуй» или «позвени, погуди голосом», либо «заводит моторчик», в зависимости от фонетических характеристик вызываемого звука. Позиция головы ребенка (ребенок находится в горизонтальной позиции) способствует более легкому удержанию языка в верхней альвеолярной позиции, особенно для звуков *ш, ж, р, л.* в результате чего ребенок дольше может сохранять данную позу языка, поскольку она не требует дополнительных усилий.

В результате сочетания массажа с манипулятивной стимуляцией по формированию артикуляторных позиций, звуки вызываются и автоматизируются быстрее, поскольку ребенок может длительнее удерживать артикуляторную позу и не устает во время занятия, что значительно повышает эффективность коррекционной работы и сокращает сроки формирования правильной артикуляции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Каждый логопед, проводящиий коррекционную работу с детьми, страдающими дизартрией сталкивался с трудностями формирования артикуляционных укладов, постановки звуков, а также их автоматизации и введения в речь. Как правило, начальный этап логопедической работы с дизартриком всегда вызывает особые затруднения, поэтому как логопеду, так и ребенку приходится прикладывать много усилий,чтобы добиться первых результатов. Каждый логопед мечтает иметь возможность быстро и эффективно ставить звуки и вводить их в обиходную речь, формировать правильное речевое дыхание и улучшать голосовые и просодические характеристики речи ребенка, страдающего дизартрией. В связи с этим логопедический массаж представляет собой эффективную логопедическую технологиию по активизации двигательной функции мышц всех отделов речевого аппарата, что значительно ускоряет процесс коррекционной работы как на начальном этапе, так и в процессе автоматизации полученных навыков.

Практическая работа логопедов, прошедших тренинг на авторских мастер-классах по логопедическому массажу доказывает высокую эффективность данного метода, а также дает ощущение успешности как логопеду, так ребенку, находящемуся в коррекционном процессе. Мы получаем много писем, в которых логопеды делятся своей радостью от успехов в получении неожиданных и быстрых результатов при использовании логопедического массажа в процессе кореекционной работы.

В заключение представлено несколько примеров с описанием результатов использования логопедического массажа в практической работе слушателей наших семинаров и мастер-классов, которые могут быть интересны читателям этого практического пособия. Я привожу эти описания без редакции, поскольку, на мой взгляд, личный стиль изложения каждого из авторв этих описаний является очень искренним и личным, и я в свою очередь крайне благодарна моим слушателям за то, что они нашли время и желание написать мне эти письма.

«Здравствуйте, Елена Александровна.

Хочу поделиться моими последними результатами в освоении логопедического массажа.

Ребёнок: Анжелика на начало занятий возраст 4 года 7месяцев. Физически крепкая. На диагностике на задания не реагировала, только стучала рукой по картинкам. При попытках воспроизвести упражнения артикуляционной гимнастики произносила ням-ням. За столом не сидела.

Дефект смягчения, отсутствуют шипящие, сонорные звуки, резко нарушена слоговая структура слова, связная речь, память, внимание и т.д. Мышци языка напряжены, коренъ массивный,серединная борозда отклонена в сторону. На одной половине лица мышцы напряжены сильнее,чем на другой.

О ужас! Прокричало что-то внутри меня. Отказать нельзя. Я предложила родителям логопедический массаж, т. к. заниматься перед зеркалом было бессмысленно.

На 2-м занятии после массажа ребёнок пропевал гласные звуки «а», «о», «у».

На 3-м повторял в слогах с согласнъми.

На 4-м — по подражанию шипящие (ш), и сразу стала употреблять в некоторых словах (кушать, пошли, большая, подушка, бабушка).

На 5-м звук «ж» , (ёжик).

На 6-м звук «ч» (бычок).

Закрепляли в игровой форме. В результате курса логопедического массажая зык стал правильной формы, напряжение в мышцах лица ушло.

Но мысли о том, в какой форме проводить занятия после массажа меня не оставляли. И опять я была приятно удивлена, когда прийдя на 12-е занятие Анжелика сама села за стол перед зеркалом и выполнила все упражнениия артикуляционной гимнастики с удовольствием, звукоподражательные упражнения, на дыхание, автоматизацию звуков, пальчиковую гимнастику. У неё появился интерес к занятиям, усидчивость. Занятия дляться до 30-40 минут. Работа продолжается.

Огромное Вам спасибо.

Ваша фотография стоит у меня на рабочем столе в красивой рамочке.

Логопед
Вероника Анатольевна Буева
г. Липецк».

«Здравствуйте, уважаемая Елена Александровна!

Пишет Вам логопед из г. Великие Луки Смирнова Елена Николаевна.

В июле 2008 года я, прошла у Вас мастер-класс по логопедическому массажу, а в октябре мастер-класс по дизартрии .

Вы умеете создать со слушателями такую доброжелательную обстановку, где не стесняешься задать любой вопрос и не боишься быть неправильно понятой.

Я много узнала нового. Вы о сложных вещах рассказываете настолько ясно, доходчиво, логично, настолько умеете заинтересовать и увлечь, что сразу захотелось пересмотреть свою работу, что я и сделала по приезде домой.

Я работаю на логопункте. Речевая патология различная.

В сентябре, внимательно обследовав детей, уже довольно четко представляя себе этиологию дефекта, в индивидуальные планы работы я включила в особо трудных случаях проведение логомассажа, приемы которого Вы с нами так тщательно проработали.

Результат очень хороший. В качестве примера остановлюсь на двух детях.

У Саши П. (5 лет) наблюдались нарушения строения: небольшая прогения, укороченная подъязычная связка, отсутствие верхних передних зубов. До массажа отмечалось нарушение мышечного тонуса гиперкинезы, слабость проприоцептивных ощущений, синкинезии, язык оттянут кзади при открывании рта, спинка языка комком, кончик языка при движении не выражен. В покое и при надувании левая щека больше раздута. Звукопроизношение: межзубный сигматизм, Л-отсутствует, Р-увулярный. РЬ-заменяет на j.

После проведения логомассажа (10 раз) отмечена хорошая динамика :ушли синкинезии, девочка довольно уверенно формирует артикуляционный уклад, щеки при надувании удерживает равномерно. И что удивительно: я не ставила целью вызвать свистящие (при отсутствии передних зубов это неэффективно и несвоевременно) но Сашенька сама стала произносить свистящие сначала призубно, затем даже в начале слова они стали звучать довольно чисто. Девочка двигает языком не всей его массой, а кончиком. При попытке вызвать вибрацию языка с механической помощью – вышел чистый звук Р. И это только за 10 дней работы!

Кириллу Б (5 лет) пока сделано 5 логомассажей, одновременно веду с ним работу по развитию фонематического восприятия.

До массажа отмечено: повышение общего мышечного тонуса, сбивчивый и быстрый темп речи, речь с запинками проглатыванием, дыхание ключичное, язык во рту комком. Не сформированы кинестетические ощущения, синкинезии. Малый объем и амплитуда артикуляционных движений. Звукопроизношение: шипящие заменяет на свистящие. Л.Р.РЬ – отсутствуют.

После 5 логомассажей (дифференцированные приемы) у Кирилла фиксирую: отсутствие синкинезий. Значительная нормализация мышечного тонуса, движения языка стали объемнее и увереннее, улучшились проприоцептивные ощущения. Во время 4-го логомассажа осуществила постановку звука Ш .мальчик произнес чистый изолированный звук, после массажа стала его автоматизировать в слогах. Произносит с таким удовольствием! И чистенько! Тут же пошел у него и Ж.

Елена Александровна! Вы несколько раз подчеркивали, что язык – интимная часть тела и проводить логомассаж надо деликатно и я во время предварительной беседы с ребенком спрашиваю у него разрешения на то, чтобы поработать над мышцами во рту. Дети доверяют мне и бывают так благодарны, что стали говорить увереннее, четче.

А я очень благодарна Вам за то, что с Вашей помощью я начала осваивать такую нужную и, как оказалось, такую эффективную технологию.

Спасибо!

С уважением, Елена Николаевна,
г. Великие Луки».

«Здравствуйте Елена Александровна!

Пишет вам Машковцева Кристина Сергеевна. Я проходила у вас курс точечного массажа несколько недель назад. А полный курс год назад.

Я работаю логопедом с 1997 года. Закончила Кировский государственный педагогический университет г. Киров в 1997г., МГОУ факультет спецпедагогики и психологии в 2010 г.

Опыт работы с детьми имеющими: стертую дизартрию, алалию, ЗРР, ОНР, ФФН.

В своей работе использую логопедический массаж по вашей методике ровно год.

Отмечаю следующие плюсы:

1. Эффективна при работе с маленькими детьми. Проводила массаж детям трех лет. После 1-го курса появляются многие звуки. Речь становится понятней. Это отмечают практически все родители. При работе с детьми посложнее, хороший результат заметен после 2-го курса (это дети с неврологической симптоматикой).

2. При гипертонусе мышцы быстро расслабляются и приходят в норму. Это дает возможность без труда поставить нужный звук. Соответственно процесс постановки звуков происходит значительно быстрее.

3.Практически исключила из работы артикуляционную гимнастику, так как в ее проведении не вижу необходимости. Мышцы прекрасно работают после массажа.

4. Хорошо помогает растяжка подъязычной связки, когда недостаточен подъем языка к альвеолам. Это способствует быстрой постановке звука «р».

5. При гипотонусе у детей очень быстро снижается слюнотечение. Из моей практики после третьего сеанса массажа слюна практически не подтекает.

Я довольна своими результатами в работе. Так же как и родители моих детей.

Спасибо вам огромное Елена Александровна за прекрасную методику, которую вы разработали и научили нас владеть ей. Пройдя ваши курсы я получила большой практический опыт по работе с детьми со сложной речевой патологией».

«Здравствуйте, Елена Александровна!

Пишет Вам логопед из Литвы. Я работаю в больнице с больными паркинсониками. У них чаще всего спаститческая дизартрия. Меня поразили результаты логопедического массажа при работе с ними. Прелесть! Белые, даже синие лица становятся розовыми. Мышцы обретают жизнь, подвижность. Я каждый рабочий день радуюсь новым открытиям, и не смотря на короткий срок практики наблюдаю очень хорошие результаты. Один пациент дополнительно оплатил своими деньгами еще одну неделю пребывания в больнице именно из-за массажа.

У меня, как нарочно поступают такие тяжелые больные, что я не понимаю, как я раньше работала с ними без этого массажа. Часто полная анартрия и после недели логопедического массажа появляется голос, начинают глотать, после двух недель — говорить. Массаж делаю ежедневно нескольким больным. В последнее время у меня было несколько больных с выраженным гипотонусом лица с одной стороны и болевым синдромом , а с другой стороны судороги, которые появлялись во время речи. Я и сама не верила, но собралась с силами и начала делать логопедический массаж. Боли прошли и судороги заметно уменьшились и я получила очень хороший результат.

Спасибо Вам большое, я теперь готовлюсь к европейской конференции и буду там рассказывать об использовании логопедического массажа в работе с паркинсониками.

Безмерно Вам благодарна за знания.

Ваша ученица Эглюте из Литвы».

ЛИТЕРАТУРА

Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. — М., 2008.

Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. Логопедия. Дизартрия. — М., 2009.

Вельховер Е.С., Вершинин Б.В. Тайные знаки лица. — М., 1998.

Винарская Е.Н. Дизартрия. — М., 2005.

Дьякова Е.А. Логопедический массаж. — М., 2012.

Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. — М., 1985.

Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. Т. 1. — М., 1987.

Синельников Р.Д., Синельников Я.Р. Атлас анатомии человека: Т. 2. — М., 1990.

Чикуров Ю.В. Эстетическое мануальное моделирование лица и тела. — М., 2009.

Штеренгери А.Е., Белая Н.А. Массаж для взрослых и детей. — Киев, 1992.

Frank H. Netter. Atlas of Human Anatomy. Т. 2. — New Jersey, 1993.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие ... 3

От автора ... 5

Глава 1. Метод логопедического массажа в коррекции дизартрии ... 6

Глава 2.. Краткие анатомо-физиологические сведения ... 13
2.1. Анатомия головы ... 14
2.2. Мышцы головы и лица ... 15
2.3. Полость рта ... 19
2.4. Мышцы шеи ... 25
2.5. Кровоснабжение лица и шеи ... 27
2.6. Иннервация мышц речевого аппарата ... 27

Глава 3. Предварительная диагностика ... 31

Глава 4. Основные принципы составления программ логопедического массажа при дизартрии ... 42

Глава 5. Методические рекомендации к проведению логопедического массажа при дизартрии ... 49
5.1. Методические указания к проведению массажа ... 49
5.2. Основные приемы массажа ... 58
5.3. Гимнастика ... 62

Глава 6. Методика проведения логопедического массажа ... 65
6.1. Расслабляющий массаж ... 65
6.2. Активизирующий массаж ... 92

Глава 7. Специфика использования логопедического массажа при разных клинических формах дизартрии ... 121
7.1. Специфика логопедического массажа при явлениях гипертонуса ... 121
7.2. Специфика логопедического массажа при явлениях гипотонуса ... 122
7.3. Специфика логопедического массажа при дистонии ... 123
7.4. Специфика логопедического массажа при стертой дизартрии ... 124

Заключение ... 128

Литература ... 133

Елена Александровна Дьякова

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ
ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ДИЗАРТРИИ

Учебное пособие

Подписано к печати 04.10.2012
Формат 60×90 $^{1}/_{16}$.
Печать офсетная.
Усл. печ. л. 8,5+0,25.
Тираж 1000 экз.
Зак. №

В. Секачев

142633 М.о. Орехово-Зуевский р-н, пос. Верея
ул. Центральная д. 17 кв. 16

Отпечатано в ГУП Академиздатцентр «Наука» РАН,
ОП «Производственно-издательский комбинат «ВИНИТИ»-«Наука»

140014, г. Люберцы, Московской обл., Октябрьский пр-т, 403.

Тел. (495) 554-21-86, 554-25-97, 974-69-76