

БИБЛИОТЕКА ЛОГОПЕДА

Е.Ф. Архипова

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ ПРИ ДИЗАРТРИИ

УДК 376
ББК 74.3
А 87

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава I	
Структура дефекта при стертой дизартрии	11
Глава II	
Из истории логопедического массажа	29
Глава III	
Дифференцированный логопедический массаж при дизартрии	68
3.1. Комплекс упражнений логопедического массажа при ригидном синдроме	68
3.2. Комплекс упражнений логопедического массажа при спастико-атактико-гиперкинетическом синдроме ..	73
3.3. Комплекс упражнений логопедического массажа при паретическом синдроме	81
Конспекты индивидуальных логопедических занятий с детьми со стертой дизартрией	96
Заключение	121
Список литературы	123

Архипова, Е.Ф.
А 87 Логопедический массаж при дизартрии / Е.Ф. Архипова — М.: АСТ: Астрель, 2008. — 123, [5] с: (Библиотека логопеда)

ISBN 978-5-17-047849-1 (ООО «Издательство АСТ»)
ISBN 978-5-271-18347-8 (ООО «Издательство Астрель»)

В книге определены цели и задачи логопедического массажа в комплексной системе преодоления речевых расстройств у детей с дизартрией, а также представлена методика проведения точечного, зондового и ручного массажа.

Впервые в логопедической практике предлагаются дифференцированные приемы массажа в зависимости от патологической симптоматики в мышечной системе при различных речевых нарушениях.

Автор книги, Елена Филипповна Архипова, профессор кафедры логопедии дефектологического факультета Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова. Среди последних публикаций, книги «Логопедическая работа с детьми раннего возраста» (2006), «Стертая дизартрия у детей» (2007).

Книга адресована студентам дефектологических факультетов педвузов, логопедам, педагогам, психологам, врачам.

УДК 376
ББК 74.3

Подписано в печать 17.10.2007. Формат 84×108 1/32.
Усл. печ. л. 6,72. Тираж экз. Заказ

ISBN 978-5-17-047849-1 (ООО «Издательство АСТ»)
ISBN 978-5-271-18347-8 (ООО «Издательство Астрель»)

© Е.Ф. Архипова, 2007
© ООО «Издательство Астрель» 007

ВВЕДЕНИЕ

Массаж — это метод лечения и профилактики, представляющий собой совокупность приемов механического воздействия на различные участки поверхности тела человека. Механическое воздействие изменяет состояние мышц, создает положительные кинестезии необходимой мышцы для нормализации произносительной стороны речи. В комплексной системе коррекционных мероприятий логопедический массаж предваряет артикуляционную, дыхательную и голосовую гимнастику.

Массаж в логопедической практике используется при коррекции различных нарушений: дизартрии, ринолалии, афазии, заикания, алалии. Правильный подбор массажных комплексов способствует нормализации мышечного тонуса органов артикуляции, улучшает их моторику, что способствует коррекции произносительной стороны речи.

Теоретическое обоснование необходимости логопедического массажа в комплексной коррекционной работе встречается в работах О.В. Правдиной, К.А. Семеновой, Е.М. Мастоковой, М.Б. Эйдиновой.

В последние годы появились публикации, посвященные описанию приемов логопедического массажа, но в логопедическую практику внедряются приемы пока недостаточно. Вместе с тем целесообразность логопедического массажа признают все специалисты, занимающиеся с такими тяжелыми речевыми нарушениями речи как дизартрия, ринолалия, заикание и др.

Дифференцируются приемы логопедического массажа в зависимости от патологической симптоматики в мышечной системе при речевых нарушениях.

Целью логопедического массажа при устранении дизартрии является устранение патологической симптоматики в периферическом отделе речевого аппарата. Ос-

новными **задачами** логопедического массажа при коррекции произносительной стороны речи при дизартрии являются:

- нормализация мышечного тонуса, преодоление гипо-гипертонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре;
- устранение патологической симптоматики такой, как гиперкинезы, синкинезы, девиации и др.;
- стимуляция положительных кинестезии;
- улучшение качества артикуляционных движений (точность, объём, переключаемость и др.);
- увеличение силы мышечных сокращений;
- активизация тонких дифференцированных движений органов артикуляции, необходимых для коррекции звукопроизношения.

В данном пособии представлена авторская позиция в отношении логопедического массажа. Логопедический дифференцированный массаж рассматривается нами как структурная часть индивидуального логопедического занятия, проводимого с ребенком, имеющим дизартрию. Логопедический массаж предваряет артикуляционную гимнастику.

В пособии представлены три комплекса дифференцированного логопедического массажа, в каждом из которых предлагаются упражнения, направленные на преодоление патологической симптоматики.

I. Комплекс упражнений логопедического массажа при ригидном синдроме (высокий тонус).

II. Комплекс упражнений логопедического массажа при спастико-атактико-типеркинетическом синдроме (на фоне высокого тонуса проявляются гиперкинезы, дистония, атаксия).

III. Комплекс упражнений логопедического массажа при паретическом синдроме (низкий тонус).

Структура индивидуального занятия включает 3 блока. I блок, подготовительный. В него входят следующие направления:

♦ Нормализация тонуса мышц органов артикуляции. С этой целью проводятся дифференцированный лого-

педический массаж, который оживляет кинестезии и создает положительные кинестезии.

♦ **Нормализация моторики органов артикуляции и улучшение качеств самих артикуляционных движений (точность, ритмичность, амплитуда, переключаемость, сила мышечного сокращения, тонкие дифференцированные движения).** С этой целью мы рекомендуем проводить артикуляционную гимнастику с функциональной нагрузкой. Такая артикуляционная гимнастика, базирующаяся на новых, точных кинестезиях, будет способствовать совершенствованию артикуляционной моторики путем создания прочных проприоцептивных ощущений. Здесь учитывается принцип обратной афферентации (обратная связь), разработанный П.К.Анохиным.

♦ **Нормализация голоса и голосовых модуляций, с этой целью рекомендуется голосовая гимнастика.**

♦ **Нормализация речевого дыхания.** Формируются сильный, длительный, экономный выдох. С этой целью проводится дыхательная гимнастика.

♦ **Нормализация просодии, т.е. интонационно-выразительных средств и качеств речи (темп, тембр, интонация, модуляция голоса по высоте и силе, логическое ударение, паузирование, речевое дыхание и др.).** С этой целью целесообразно на подгрупповых занятиях знакомит с эмоционально-выразительными средствами речи и развивают слуховое внимание. Учат дифференцировать интонационно-выразительные качества речи на слух. На индивидуальных занятиях добиваются отраженного воспронизведения доступных эмоционально-выразительных качеств речи (темп, модуляция голоса по высоте и силе, логического ударения, интонаций и др.)

♦ **Развитие тонких дифференцированных движений в пальцах рук.** С этой целью проводится пальцевая гимнастика. В работах Бернштейна Н.А., Колыцовой М.М. указывается на прямую взаимосвязь, и корреляционную зависимость моторных функций рук и качеств произносительной стороны речи, т.к. одни и те же зоны мозга иннервируют мышцы органов артикуляции и мышцы пальцев рук.

II блок, основной. В него входят следующие направления:

♦ **Определение последовательности работы над звуками (зависит от подготовленности определенных артикуляционных укладов).**

♦ **Отработка и автоматизация основных артикуляционных укладов для звуков, нуждающихся в уточнении или коррекции.**

♦ **Развитие фонематического слуха.** Слуховая дифференциация фонем, нуждающихся в коррекции.

♦ **Постановка звука традиционными в логопедии способами.**

♦ **Автоматизация звука в слогах разной структуры, в словах разной слоговой структуры и звуконаполняемости, в предложениях.**

♦ **Дифференциация поставленных звуков с оппозиционными фонемами в слогах, словах для предупреждения смещений звуков в речи и дисграфических ошибок в школьном возрасте.**

♦ **Отработка слов сложной звуко-слоговой структуры.**

♦ **Тренировка правильных произносительных навыков в различных речевых ситуациях с адекватным просодическим оформлением, с использованием разнообразного лексико-грамматического материала.**

III блок, домашнее задание.

Включает материал для закрепления знаний, умений, навыков, приобретенных на индивидуальных занятиях. Кроме того, планируются задания из психолого-педагогического аспекта коррекционного воздействия:

— развитие стереотипа (т.е. умения на ощупь без зрительного контроля определять предметы по форме, величине, фактуре);

— развитие конструктивного праксиса;

— формирование пространственных представлений;

— формирование графомоторных навыков и т.д.

Принимая во внимание такую организацию и содержание индивидуального логопедического занятия в ус-

ловиях ДООУ для детей с тяжелым нарушением речи (ТНР) или логопунктов при ДООУ и общеобразовательных школах, мы предлагаем отводить на логопедический массаж 3–5 минут. В зависимости от возраста детей и вида учреждения, где проводится логопедическая работа, изменяется и время, отводимое на индивидуальное занятие. Так с детьми младшего и раннего возраста длительность индивидуальных занятий — 20 минут.

С детьми дошкольного возраста индивидуальное логопедическое занятие проводится в течение — 15 минут.

С детьми школьного возраста — 20 минут.

С подростками и взрослыми индивидуальные логопедические занятия по коррекции проносивательной стороны речи при дизартрии проводятся в течение 30–45 минут. Учитывая регламент индивидуальных занятий, мы предлагаем проводить логопедический массаж не циклами (сеансами), как предлагают многие авторы, а начинать индивидуальный занятие с дифференцированного логопедического массажа. Отдельные приемы логопедического массажа (упражнения) отбираются с учетом выявленной патологической симптоматики. Адекватные приемы массажа создают положительные кинестезии, которые помогут улучшить артикуляционную моторику, так как подготовят базу для более качественных артикуляционных движений: точность, ритмичность, переключаемость, амплитуда, тонкие дифференцированные движения и другие. Таким образом, ренцированные движения и другие. Таким образом, цель логопедического массажа проводимого в начале индивидуального занятия перед артикуляционной гимнастикой, состоит в создании и закреплении прочных, положительных кинестезии, которые создают предпосылки (по законам обратной связи) для совершенствования артикуляционной моторики у детей с дизартрией.

Пособие состоит из 3 глав. В I главе рассматривается структура речевого дефекта при стертой дизартрии, описываются патологические симптомы, которые определяют нарушение звукопроизношения и просодики.

Во II главе в историческом аспекте рассматривается логопедический массаж, как лечебное мероприятие, направленное на нормализацию мышечного тонуса. Подробно описываются приемы логопедического массажа И.З. Заблудовского, Е.М. Маслоковой, И.И. Панченко, Е.Ф. Архиповой, Н.А. Беловой, Н.Б. Петрова, Э.Д. Тычинской, Е.В. Новиковой, И.В. Блыскиной, В.А. Ковшикова, Е. А. Дьяковой, Е.Е. Шевцовой, Г.В. Дедюхиной, Т.А. Янышиной, Л.Д. Могучей и др.

В пособии приводится топография точек для точечного массажа. Описывается назначение применения различных приемов массажа. Большинство названных выше авторов рекомендуют курсы, сеансы логопедического массажа. Например, Н.В. Блыскина, В.А. Ковшикова рекомендуют длительность комплексного сеанса 20 минут: 5 минут — релаксация, 10–15 минут точечный, сегментарный массаж, 5 минут дифференцированная артикуляционная гимнастика. На один курс проводится 12 сеансов. Логопедическое занятие по формированию звуков должно проводиться через 20–30 минут после комплексного сеанса. В наглядно-практическом пособии Новиков Е.В. предлагает 15–30 сеансов массажа языка руками, а потом подключается массаж скул, шеи, круговой мышцы рта. Затем зондовый массаж языка, мягкого неба. Продолжительность одного сеанса массажа 30 минут. Через каждые 5 минут ребенку предлагается отдых. Таким образом, длительность сеанса достигает 60 минут.

В документах, регламентирующих работу логопедов в ДООУ для детей с тяжелыми нарушениями речи, в логопедических группах при ДООУ, на логопедических пунктах при ДООУ и общеобразовательных школах, в кабинетах детских поликлиник и т.д., строго оговаривается время индивидуальных занятий, в которые логопед должен укладываться. По мнению автора данного пособия, система логопедического массажа должна быть адаптирована к условиям практической работы логопедов, и вписываться в регламент индивидуального занятия, но не подменять его. Эту задачу мы и попытались решить в нашем пособии.

В III главе описаны 3 комплекса массажа. Каждый массажный прием (упражнение) проиллюстрирован рисунками и описаниями его цели, назначение, логопедическими рекомендациями. Отобрано более 60 упражнений. В приложении приводятся конспекты индивидуальных логопедических занятий, в которых спланирован логопедический дифференцированный массаж.

Книга адресована логопедам, студентам дефектологических факультетов, родителям, чьи дети нуждаются в логопедическом массаже.

ГЛАВА I | Структура дефекта при стертой дизартрии

Стертая дизартрия встречается очень часто в логопедической практике. Основные жалобы при стертой дизартрии: невнятная невыразительная речь, плохая дикция, искажения, замены звуков в сложных по слоговой структуре и др.

Стертая дизартрия — речевая патология, проявляющаяся в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникающая вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга (Лопатина Л. В.).

Исследования детей в массовых садах показали, что в старших и подготовительных к школе группах от 40 до 60% детей имеют отклонения в речевом развитии. Среди наиболее распространенных нарушений: дислалия, ринофония, фонетико-фонематическое недоразвитие, стертая дизартрия.

Данные исследования специализированных групп для детей с нарушениями речи показали, что в группах для детей с общим недоразвитием речи до 50% детей, в группах с фонетико-фонематическим недоразвитием — 35% детей имеют стертую дизартрию. Дети со стертой дизартрией нуждаются в длительной, систематической индивидуальной логопедической помощи. Логопеды специализированных групп планируют логопедическую работу следующим образом: на фронтальных, подгрупповых занятиях со всеми детьми изучают программный материал, направленный на преодоление общего недоразвития речи, а на индивидуальных занятиях осуществляют коррекцию произносительной стороны речи и просодики, т.е. осуществляют устранение симптомов стертой дизартрии.

Вопросы диагностики стертой дизартрии и методики коррекционной работы изучены пока недостаточно.

В работах Г.Г. Гутмана, О.В. Правдиной, Л.В. Мелеховой, О.А. Токаревой рассматривались вопросы симптоматики дизартрических расстройств речи, при которых отмечается «смытость», «стертость» артикуляции. Авторы отмечают, что стертая дизартрия по своим проявлениям очень близка с осложненной дислагией.

В трудах Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Э.Д. Сизовой, Э.К. Макаровой и Е.Ф. Соболевич поднимаются вопросы диагностики, дифференциации обучения и логопедической работы в группах дошкольников со стертой дизартрией.

Вопросы дифференциальной диагностики стертой дизартрии, организации логопедической помощи этим детям остаются актуальными, учитывая распространенность этого дефекта.

Стертая дизартрия чаще всего диагностируется после 5-ти лет. Все дети, симптоматика у которых соответствовала стертой дизартрии, направляются на консультацию к неврологу для уточнения или подтверждения диагноза и для назначения адекватного лечения, т.к. при стертой дизартрии методика коррекционной работы должна быть комплексной и включает:

- медицинское воздействие;
- психолого-педагогическую помощь;
- логопедическую работу.

Для раннего выявления стертой дизартрии правильной организации комплексного воздействия необходимо знать симптомы, характеризующие эти нарушения.

Исследование ребенка начинается с беседы с мамой и изучения поликлинической карты развития ребенка. Анализ анамнестических сведений показывает, что часто наблюдаются отклонения во внутриутробном развитии (токсикоз, гипертония, нефропатия и др.); асфиксия новорожденных; стремительные или затяжные роды. Со слов мамы, «ребенок кричал не сразу, ребенок принесли кормить позже, чем всех». В первый год жизни многие наблюдались у невролога, назначалось медикаментозное лечение и массаж. В раннем возрасте был поставлен диагноз ПЭП (перинатальная энцефалопатия).

Развитие ребенка после одного года как правило у всех было благополучным. Неврологическое обследование

ние ребенка прекратилось. Однако, при обследовании в поликлинике логопед выявляет у детей в возрасте 5–6 лет следующие симптомы.

Общая моторика. Дети со стертой дизартрией моторно неловки, у них органичен объем активных движений, мышцы быстро утомляются при функциональных нагрузках. Они неустойчиво стоят на одной ноге, не могут попрыгать, пройти по «мостику» и т.д. Плохо подражают при имитации движений: как идет солдат, как летит птица, как режут хлеб. Особенно заметна моторная неспособность на занятиях по физкультуре и музыкальных занятиях, где дети отстают в темпе, ритме движений, а также при переключении с одного движения на другое.

Мелкая моторика рук. Дети со стертой дизартрией поздно и с трудом овладевают навыками самообслуживания: не могут застегнуть пуговицу, развязать шарф и т.д. На занятиях по рисованию плохо держат карандаш, руки бывают напряжены. Многие дети не любят рисовать. Особенно заметна моторная неловкость рук на занятиях по аппликации и с пластилином. В работах по аппликации прослеживаются еще и трудности пространственного расположения элементов. Нарушение тонких дифференцированных движений руками проявляется при выполнении проб-тестов пальцевой гимнастики. Дети затрудняются или просто не могут без посторонней помощи выполнять движение по подражанию, например, «замок» — сложить кисти вместе, переплетая пальцы; «колючки» — поочередно соединить с большим пальцем указательный, средний, безымянный и мизинец и другие упражнения пальцевой гимнастики.

На занятиях по оригами испытывают огромные затруднения и не могут выполнять самые простые движения, т.к. требуются и пространственные ориентировки и тонкие дифференцированные движения рук. Со слов мам, многие дети не интересовались до 5–6 лет играми с конструктором, не умели играть с мелкими игрушками, не собирали пазлы.

У детей школьного возраста в 1-ом классе отмечаются трудности при овладении графическими навыками (у некоторых отмечалось «зеркальное письмо», замена

букв на письме, гласных, окончаний слов, плохой почерк, медленный темп письма и др.).

Особенности артикуляционного аппарата

У детей со стертой дизартрией выявляются следующие патологические особенности в артикуляционном аппарате.

Паретичность (вылость) мышц органов артикуляции: у таких детей лицо гипомимично, мышцы лица при пальпации вялые; позу закрытого рта многие дети не удерживают, т.к. нижняя челюсть не фиксируется в приподнятом состоянии из-за слабости жевательной мускулатуры; губы вялые, углы их опущены; во время речи губы остаются вялыми и необходимой лабиализации звуков не производятся, что ухудшает просодическую сторону речи. Язык при паретической симптоматике тонкий, находится на дне полости рта, вялый, кончик языка малоактивный. При функциональных нагрузках (артикуляционных упражнениях) мышечная слабость увеличивается.

Стапичность (напряженность) мышц органов артикуляции проявляется в следующем. Лицо детей амимичное. Мышцы лица при пальпации твердые, напряженные. Губы у такого ребенка постоянно находятся в полудыбке: верхняя губа прижимается к деснам. Во время речи губы не принимают участие в артикуляции звуков. Многие дети, у которых отмечается подобная симптоматика, не умеют выполнять артикуляционное упражнение «Трубочка», т.е. вытянуть губы вперед и др.

Язык при спастическом симптоме чаще изменен по форме: толстый, без выраженного кончика, малоподвижный.

Гиперкинезы при стертой дизартрии проявляются в виде дрожания, то есть тремора языка и голосовых складок. Тремор языка проявляется при функциональных пробах и нагрузках. Например, при задании удерживать широкий язык на нижней губе под счет 5–10, язык не может сохранить состояние покоя и появляется дрожание и легкий пианоз (т.е. посинение кончика языка), а в некоторых случаях язык крайне беспоконный (по языку прокатываются волны в продольном или в попе-

речном направлении). В этом случае ребенок не удерживает язык вне полости рта.

Гиперкинезы языка чаще сочетаются с повышенным тонусом мышц артикуляционного аппарата.

Апраксия при стертой дизартрии проявляется в невозможности выполнения каких-либо произвольных движений руками и органами артикуляции, т.е. апраксия присутствует на всех моторных уровнях. В артикуляционном аппарате апраксия проявляется в невозможности выполнения определенных движений или при переключении одного движения на другое. Можно наблюдать кинетическую апраксию, когда ребенок не может плавно переходить от одного движения к другому. У других детей отмечается кинестетическая апраксия, когда ребенок производит хаотические движения, «нашупывая» нужную артикуляционную позу.

Девиация, т.е. отклонения языка от средней линии, проявляются также при артикуляционных пробах, при функциональных нагрузках. Девиация языка сочетается с асимметрией губ при улыбке со слаженностью носогубной складки.

Литерализация, т.е. повышенное сланоотделение определяется лишь во время речи. Дети не справляются с саливацией, не слезывают слюну, при этом страдает произносительная сторона речи и просодика.

При обследовании моторной функции артикуляционного аппарата у некоторых детей со стертой дизартрией отмечается возможность выполнения всех артикуляционных проб, т.е. дети по заданию выполняют все артикуляционные движения, например, могут надуть щеки, пощелкать языком, улыбнуться, вытянуть губы и т.д. При анализе же качества выполнения этих движений отмечается: смазанность, нечеткость артикуляций, слабость напряжения мышц, аритмичность, снижение амплитуды движений, кратковременность удерживания определенной позы, снижение объема движений, быстрая утомляемость мышц и др. Таким образом, при функциональных нагрузках качество артикуляционных движений резко падает. Это и приводит во время речи к искажению звуков, смешению их и ухудшению в целом просодической стороны речи.

Звукотпроизоношение. При первоначальном знакомстве с ребенком нарушение звукотпроизоношения напоминает сложную дислалию. При обследовании звукотпроизоношения выявляются смешения, искажения звуков, замена и отсутствие звуков, т.е. те же варианты, что и при дислалии. В отличие от дислалии речь при стертой дизартрии еще имеет нарушения и просодической стороны. Нарушения звукотпроизоношения и просодики влияют на разборчивость речи, вытнность и выразительность. Звуки, которые логопед поставил не автоматизируются, не используются в речи ребенка. При обследовании выявляется, что многие дети, которые искажают, пропускают, смешивают или заменяют звуки в речи, изолированно эти звуки могут правильно произносить. Таким образом, звуки при стертой дизартрии специалист ставит теми же способами, что и при дислалии, но процесс автоматизации поставленных звуков затягивается. Наиболее распространенным нарушением является дефект произношения свистящих и шипящих звуков. Дети со стертой дизартрией искажают, смешивают не только арпиккуляционно сложные и близкие по месту и способу образования звуки, но и акустически противопоставленные.

Достаточно часто отмечаются межзубное и боковое искажение звуков. Дети испытывают трудность при произношении слов сложной слоговой структуры, упускают звукотполняемость, опускают согласные звуки при стечении согласных.

Просодика. Интонационно-выразительная окраска речи детей со стертой дизартрией резко снижена. Страдают голосовые модуляции по высоте и силе, ослаблен речевой выдох. Нарушается тембр голоса, иногда появляется назальный оттенок. Темп речи чаще ускорен. При рассказывании стихотворения речь ребенка монотонная, постепенно становится менее разборчивой, голос угасает. Голос детей в процессе речи тихий, не удаются модуляции по высоте, по силе голоса (ребенок не может по подражанию имитировать голоса животных то высоким, то низким голосом).

У некоторых детей речевой выдох укорочен, и они говорят на вдохе. В этом случае речь становится захле-

бывающей. Довольно часто выявляются дети (с хорошим самоконтролем), у которых при обследовании речи отклонений в звукотпроизоношении не выявляется, т.к. они произносят слова скандированно, т.е. по слогам.

Общее речевое развитие. Детей со стертой дизартрией условно можно распределить на три группы.

Первая группа. Дети, у которых имеется нарушение звукотпроизоношения и просодики. Эта группа очень похожа на детей с дислалией (ФН). Часто логопеды занимаются с ними как с детьми с дислалией и только в процессе логопедической работы, когда нет положительной динамики при автоматизации звуков, становится очевидным, что это стертая дизартрия. Чаще всего это подтверждается при глубоком обследовании и после консультации у невролога. Как правило, эти дети имеют хороший уровень речевого развития. Но многие из них испытывают трудности в усвоении, различении и воспроизведении предлогов. Дети путают сложные предлоги, испытывают проблемы в различении и использовании приставочных глаголов. Вместе с тем они владеют связной речью, имеют богатый словарный запас, но могут испытывать затруднения при произнесении слов сложной слоговой структуры (например, скворода, скатерть, пуговица, снеговик и т.п.). Кроме этого, многие дети испытывают трудности в пространственной ориентации (схема тела, «внизу-вверху» и т.д.).

Вторая группа. Это дети, у которых нарушение звукотпроизоношения и просодической стороны речи сочетается с незаконченным процессом формирования фонематического слуха (ФФН). В этом случае у детей в речи встречаются единичные лексико-грамматические ошибки. Дети допускают ошибки в специфических заданиях при восприятии на слух и повторении слогов и слов с оппозиционными звуками. Допускают ошибки в ответ на просьбу показать нужную картинку (мышка-мишка, уточка-уточка, коза-коза и т.д.).

Таким образом, у некоторых детей можно констатировать несформированность слуховых и произносительных дифференцировок звуков. Словарь отстает от возрастной нормы. Многие дети испытывают трудности

при словообразовании, допускают ошибки в согласовании имени существительного с числительным и др.

Дефекты звукопроизношения являются стойкими и расцениваются как сложные, полиморфные нарушения. Эта группа детей с фонетико-фонематическим недоразвитием и стертой дизартрией должна направляться логопедом поликлиники на ПМПК (психолого-медико-педагогическую комиссию), в специализированный детский сад (в группу ФФН).

Третья группа. Это дети, у которых стойкое полиморфное нарушение звукопроизношения и недостаток просодической стороны речи сочетается с недоразвитием фонематического слуха. В результате при обследовании отмечается бедный словарь, выраженные ошибки грамматического строя, невозможность связанного высказывания, значительные трудности возникают при усвоении слов различной слоговой структуры.

Все дети этой группы со стертой дизартрией демонстрируют несформированность слуховых и произносительных дифференцировок. Показательным является игнорирование в речи предлогов. Эти дети со стертой дизартрией и общим недоразвитием речи должны направляться на ПМПК (в специализированные группы детского сада) в группы ОНР.

Таким образом, дети со стертой дизартрией — это неоднородная группа. В зависимости от уровня развития языковых средств дети направляются в специализированные группы:

- с фонетическими нарушениями;
- с фонетико-фонематическим недоразвитием;
- с общим недоразвитием речи.

Для устранения стертой дизартрии необходимо комплексное воздействие, включающее медицинское, психолого-педагогическое и логопедическое направления.

Медицинское воздействие, определяемое неврологом, должно включать медикаментозную терапию, ДФК, рефлексотерапию, массаж, физиотерапию и др.

Психолого-педагогический аспект, осуществляемый дефектологами, психологами, воспитателями, родителями, направлен на:

- развитие сенсорных функций;

- уточнение пространственных представлений;
- формирование конструктивного праксиса;
- развитие высших корковых функций — стереотипа;
- формирование тонких дифференцированных движений в руках;
- формирование познавательной деятельности;
- психологическую подготовку ребенка к обучению в школе.

Логопедическая работа при стертой дизартрии предусматривает обязательное участие родителей в коррекционно-логопедическом процессе. Логопедическая работа включает в себя несколько этапов. На начальных этапах предусматривается работа по нормализации мышечного тонуса артикуляционного аппарата. С этой целью логопед проводит дифференцированный логопедический массаж. Планируются упражнения по нормализации моторики артикуляционного аппарата, упражнения по укреплению голоса, дыхания. Специальные упражнения вводятся для улучшения просодики речи. Обязательным элементом логопедического занятия является развитие мелкой моторики рук.

Последовательность обработки звуков определяется подготовленностью артикуляционной базы. Особое внимание уделяется подбору лексического и грамматического материала при автоматизации и дифференциации звуков. Одним из важных моментов в логопедической работе является выработка у ребенка самоконтроля за реализацией произносительных умений и навыков.

Коррекция стертой дизартрии у детей дошкольного возраста предупреждает дисграфию у школьников.

Нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата относится к дизартрии. Ведущим в структуре речевого дефекта при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи.

Минимально выраженные мозговые нарушения могут привести к возникновению стертой дизартрии, которую следует рассматривать как степень проявления данного речевого дефекта (дизартрии).

Неяркие, стертые нарушения со стороны черепно-мозговых нервов могут быть установлены в процессе

длительного динамического наблюдения, при выполнении усложняющихся двигательных заданий. Многие авторы описывают встречающиеся при углубленном обследовании случаи легких остаточных расстройств иннервации, которые лежат в основе нарушений полных артикуляций, что приводит к неточности произношения.

Стертая дизартрия может наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших легкую асфиксию или родовую травму, имеющих в анамнезе заключение — ПЭП (постнатальная энцефалопатия) и другие нерезко выраженные неблагоприятные воздействия во время внутриутробного развития или в период родов, а также после рождения. В этих случаях легкая (стертая) дизартрия сочетается с другими признаками минимальной мозговой дисфункции. (Е.М. Мастокова).

Мозг ребенка раннего возраста обладает значительной пластичностью и высокими компенсаторными резервами. Ребенок с ранним церебральным (ПЭП) поражением к 4–5 годам теряет большую часть симптоматики, но может оставаться стойкое нарушение звукопроизношения и просодики.

У детей со стертой дизартрией в связи с нарушением ЦНС и нарушением иннервации мышц речевого аппарата не формируются необходимые кинестезии, вследствие чего спонтанно не совершенствуется произносительная сторона речи.

Существующие методы коррекции стертой дизартрии у дошкольников не решают проблемы в полном объеме, и дальнейшая разработка методических аспектов устранения дизартрии является актуальной. Изучение дошкольников со стертой дизартрией показало, что наряду с нарушениями функции и тонуса артикуляционного аппарата характерным для данной группы детей является отклонение в состоянии общей и мелкой ручной моторики.

Во многих работах подчеркивается необходимость включать в коррекционную работу при стертой дизартрии развитие мелкой моторики рук.

Близость корковых зон иннервации артикуляционного аппарата с зонами иннервации мышц пальцев рук,

а так же нейрофизиологические данные о значении манипулятивной деятельности рук для стимуляции речевого развития обуславливают такой подход к коррекционной работе.

В трудах Л.В. Лопатиной, Э.Я. Сизовой, Н.В. Серебряковой были освещены проблемы диагностики, дифференциации обучения и логопедической работы в группах с дошкольниками со стертой дизартрией.

Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова, Е.Ф. Архипова и другие отмечают, что для детей со стертой дизартрией характерны:

- ◆ Фонетические нарушения.
- ◆ Фонематические нарушения.
- ◆ Нарушение просодики.
- ◆ Нарушение лексико-грамматического компонента языка.

◆ Расстройство общей моторики.

◆ Расстройство мелкой моторики пальцев рук.

◆ Расстройство артикуляционной моторики.

◆ Нарушение слоговой структуры слова.

Вопросами коррекции дизартрии занимались многие специалисты: О.В. Правдина, Е.М. Мастокова, К.А. Семенова, Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова, Е.Ф. Архипова и др. Все авторы отмечают необходимость проведения специфической целенаправленной работы по развитию общей моторики, артикуляционной моторики, нормализации мышечного тонуса, мелкой моторики пальцев рук, а так же проведение пальцевой гимнастики, дыхательных и голосовых упражнений.

Логопедическая работа по устранению стертой дизартрии может включать в себя пять этапов.

1 этап — подготовительный

Целью этого этапа является подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов. Он включает в себя шесть упражнений:

- нормализация мышечного тонуса,
- нормализация моторики артикуляционного аппарата,
- нормализация речевого выдоха, выработка плавного, длительного выдоха,
- нормализация голоса,

— нормализация просодики.
— нормализация мелкой моторики рук.

2 этап — *выработка новых произносительных умений и навыков*

Направления:

— выработка основных артикуляционных укладов,
— определение последовательности работы над звуками,

— развитие фонематического слуха,
— постановка звука,
— автоматизация,

— дифференциация (дифференциация на слух; дифференциация изолированных артикуляций; произносительная дифференциация на уровне слогов, слов).

3 этап — *выработка коммуникативных умений и навыков*

Направления:

— выработка самоконтроля,
— тренировка правильных речевых навыков в различных речевых ситуациях.

4 этап — *преодоление или предупреждение вторичных нарушений*

5 этап — *подготовка к обучению в школе*

Направления:

— формирование графомоторных навыков,
— развитие связной речи,
— развитие познавательной деятельности и расширение кругозора ребенка.

Проблема выявления и коррекции стерттой дизартрии продолжает оставаться актуальной до настоящего времени. В литературе имеются многочисленные указания на то, что в логопедической практике у детей наблюдаются недостатки произношения, которые по симптоматике напоминают дислалию, но имеют более длительную и сложную динамику устранения.

Изучение стерттой дизартрии является предметом исследования медицинских, педагогических и лингвистических дисциплин.

Впервые вопрос о нетипичных нарушениях произношения, для коррекции которых необходимы длитель-

ные занятия, был поставлен Г. Гулманом во второй половине девятнадцатого века, который отметил общие признаки таких расстройств, проявлявшихся в «смылости, стертости артикуляции» Г.В. Гуровец, С.И. Маевская).

В 1879 году А. Куссмаулем был детально описан ряд форм расстройств речи, среди которых он изучил особый род нарушений звукопроизношения у детей и назвал их «дизартрия». Им были выделены различные проявления дизартрии: как *расстройств артикуляции и расстройств дикции*. Первые из них назвали *дизартрия*, а последние *дисфазия*.

В дальнейшем различными отечественными и зарубежными авторами было отмечено, что существует группа детей с нарушениями формирования звуковой стороны речи, симптоматика и природа которых не соответствует ни дислалии, ни дизартрии.

Термин «стертая» дизартрия впервые был предложен О.А. Токаревой, которая также характеризует проявления «стертой дизартрии»: как легкие (стертые) проявления «псевдобульбарной дизартрии», которые отличаются особой трудностью их преодоления. По мнению автора, обычно эти дети большинство звуков изолированно могут произносить правильно, но в речевом потоке их слабо автоматизируют и недостаточно дифференцируют. Было отмечено, что артикуляционные движения у этих детей могут нарушаться своеобразно: ограничения движений языка и губ, наблюдается неточность движений и недостаточность их силы. Вылость и прилизительность движений характерны для одних случаев, а в других — неточность движений объясняется гиперкинезами языка.

Позднее, М.П. Давыдовой было предложено несколько измененное определение стерттой дизартрии: *нарушения звукопроизношения, вызванные избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата, а также слабостью и вялостью артикуляционной мускулатуры*, можно отнести к легкой стерттой псевдобульбарной дизартрии.

Автором отмечено, что в практике школьных логопедических пунктов преобладает легкая, так называемая

стертая дизартрия. Недостатки произношения носят самый разнообразный характер, и все же основной признак этого нарушения — смазанность, размытость, нечеткость артикуляции, который особенно резко обнаруживается в потоке речи.

Для диагностики данного нарушения необходимо обращать внимание на наличие неврологической симптоматики, а также необходимо проводить динамическое наблюдение в процессе коррекционной работы: если в ходе амбулаторного обследования психоневролог сразу обнаруживает органическую неврологическую симптоматику, то такие формы правомерно отнести к дизартрии. Часто встречаются дети, у которых при однократном обследовании каких-либо симптомов не отмечается. Когда же логопед начинает с ними систематическую работу, то в динамике ее открывается ряд особенностей, а именно: *различное положение языка в полости рта и положение покая, ограниченность, вялость, неточность и слабость его движения* (М.П. Давыдова).

Иное определение подобного нарушения речи предложено А.Н. Корневым. Автор определяет эти нарушения как *избирательные, незрелые, но довольно стойкие нарушения звукопроизношения, которые сопровождаются легкими, своеобразными нарушениями иннервационной недостаточности артикуляционных органов*. При них нет тотальных полиморфных нарушений звукопроизношения. Как при дизартрии у детей с ДПП, нет выраженных нарушений тонуса и сократительной способности артикуляционных мышц.

Автор считает, что эта категория детей с нарушениями произносительной стороны речи занимает промежуточное положение между дислагией и дизартрией, что терминологическое обозначение данного речевого нарушения не отражает клиническую и нозологическую самостоятельность данной группы. По мнению автора, выбор термина остается дискуссионным. Для подобного типа нарушения речи А.Н. Корневым предложен термин *вербальная диспраксия*.

В зарубежной литературе (Б.Ж. Монделаерс), для подобных нарушений используется понятие *речевая или артикуляционная диспраксия развитая* (Developmental

aphasia of speech — DAS). Определяют DAS, как нарушение контроля за речевыми движениями.

Монделаерс пользуется таким определением изучаемого речевого нарушения: *Диспраксия — это расстройство речи нейрогенного происхождения, но в отличие от дизартрии это расстройство связано не только с двигательными нарушениями*.

В отечественной логопедии термин *артикуляционная диспраксия развитая* используется мало, его обычно применяют для определения механизмов некоторых форм речевого недоразвития, в том числе и стертой дизартрии. Для описания указанных нарушений и их обозначения предлагают различные термины: *артикуляторная диспраксия* (М. Морлей); *центральная органическая или осложненная дислалия* (М. Зееман, Л.В. Мелехова), *апраксийская дизартрия* (Е.Н. Винарская).

И.Б. Карелиной введена новая терминология, где стертая дизартрия трактуется как минимальные дизартрические расстройства — МДР.

Среди причин, вызывающих стертую дизартрию, различными авторами были выделены следующие:

— Нарушения иннервации артикуляционного аппарата, при которой отмечается недостаточность отдельных мышечных групп (губ, языка, мягкого неба); неточность движений, их быстрая истощаемость вследствие поражения тех или иных отделов нервной системы (Л.В. Мелехова, О.В. Правдина, К.А. Семенова О.В. Токарева, М.Б. Эйдинова и Е.Н. Правдина-Винарская).

— Двигательные расстройства: трудность нахождения определенных положений губ, языка, необходимых для произношения звуков. (Р.А. Белова-Давид, Б.Ж. Монделаерс и др.).

— Оральная апраксия.

В работах Б.Ж. Монделаерс обращено внимание на специфику проявления нерезких форм диспраксии детского возраста, которые могут быть обусловлены трудностями начального этапа речевого развития.

— Минимальная мозговая дисфункция.

Легкая степень дизартрии, которая может наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших легкую асфиксию или родовую травму, или

имевших в анамнезе влияния других нерезко выраженных неблагоприятных воздействий в период внутриутробного развития или родов. В этих случаях лёгкие, «стёртые» формы дизартрии сочетаются с другими признаками минимальной мозговой дисфункции, т.е. расматриваются как один из симптомов ММД. (Е.М. Маслюкова).

Впервые попытка классификации стёртых дизартрий была сделана Е.Н. Винарской и А.М. Пулатовым на основе классификации дизартрии, предложенной О.А. Токаревой. Авторами выделена лёгкая псевдобульбарная дизартрия и отмечено, что пирамидный спастический паралич у большинства детей сочетается с разнообразными гиперкинезами, обостряющимися в процессе речи. На слух такая речь звучит невнятно, монотонно и невыразительно, нередко она характеризуется повышенной громкостью, замедленностью и напряженностью.

В данной классификации на первый план выступает лишь степень нарушения, но не учитываются механизмы и нозология.

В исследованиях Е.Ф. Собонович и А.Ф. Чернополюской впервые отмечено, что недостатки звуковой стороны речи у детей со *стёртой дизартрией* проявлялись не только на фоне неврологической симптоматики, но и на фоне нарушения двигательной стороны процесса звукопроизношения.

Авторами чётко определена типология детей в зависимости не только от неврологической симптоматики, двигательных нарушений, но и фонематического и общего речевого развития при различных формах дизартрии лёгкой степени.

В зависимости от проявлений нарушений двигательной стороны процесса произношения и, учитывая локализацию паретических явлений органов артикуляционного аппарата, авторы выявили четыре группы детей и выделили, таким образом, следующие виды стёртой дизартрии:

— Нарушения звукопроизношения, вызванные избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата (**I группа**);

— Слабость, вялость артикуляционной мускулатуры в одних группах мышц и повышение тонуса в других (чаще в мышцах языка) (**II группа**).

Эти две группы относятся к стёртой псевдобульбарной дизартрии.

— Клинические особенности нарушений звукопроизношения, связанные с затруднением в выполнении произвольных двигательных актов (**III группа**), авторы относят к корковой дизартрии.

— Дефекты звуковой стороны речи, имеющиеся у детей с различными формами моторной недостаточности (**IV группа**), отнесены авторами к смешанным формам дизартрии. (Е.Ф. Собонович, А.Ф. Чернополюская).

Попытка классифицировать стёртую дизартрию с позиции нейролингвистического и онтонейропсихологического подходов была сделана А.Н. Корневым. В качестве теоретической основы данной классификации была использована теория Н.А. Бернштейна об уровневой организации движений и их развитии в онтогенезе.

Н.А. Бернштейн разработал теорию организации движений, включающую субкортикальные и кортикальные уровни, и отнёс речь к высшему уровню организации движений — кортикальному речедвигательному уровню.

Им было показано, что, поскольку человек совершает движения, различающиеся по степени произвольности, по участию в двигательном акте речи, то и степень управления этими движениями различна.

Н.А. Бернштейном определены этапы выполнения произвольного движения. На начальном первом этапе осуществляется восприятие и оценка ситуации самим индивидом, включённым в данную ситуацию.

На втором этапе намечается двигательная задача или образ того, что должно быть. Уяснение будущего движения служит основанием для оформления задачи и программирования её решения в моторном плане.

На третьем этапе происходит программирование решения определённой задачи.

На четвёртом этапе осуществляется фактическое выполнение движения: человек преодолевает все избыточ-

ные степени движения, превращает его в управляемую систему и выполняет нужное целенаправленное движение. Это возможно в том случае, если индивид овладел координацией движений, т.к. именно она является центральным звеном движения. Нарушение одного из компонентов координации ведёт к нарушению движения, например, несоразмерность движения вызывает дизметрию, нарушение плавности движения — атаксию.

Координация движений развивается постепенно на основе опыта и упражнений, поскольку это сложный сенсомоторный акт, начинающийся с афферентного потока и кончающийся адекватным, центральным ответом.

Корнев, таким образом, выделяет:

— дисфонетическую диспраксию, обусловленную дисфункцией I уровня организации праксиса;

— дисфониологическую диспраксию, обусловленную неполноценностью созревания II уровня;

— вербальную диспраксию, обусловленную неполноценностью высшего, III уровня организации праксиса речи.

В предлагаемом пособии рассматривается логопедический массаж при дизартрии как средство нормализации тонуса мышц, участвующих в артикуляции звуков.

Система логопедической работы с детьми при дизартрии предусматривает комплексный характер. Одним из средств коррекционного воздействия является логопедический массаж.* Логопедический массаж имеет своей целью не только укрепление или расслабление артикуляционных мышц, но и стимуляцию проприоцептивных ощущений, что способствует четкости кинестетического восприятия. Речевые кинезезии имеют очень важное значение в формировании как импрессивной, так экспрессивной речи (В.Л. Богородицкий, 1930; М.А. Пискунов, 1962 и др.). Кинестетическое чувство сопровождает работу всех мышц. Так, в полости рта возникают совершенно различные дифференцированные мышечные ощущения в зависимости от степени мышечного напряжения при движении языка, губ. Ощущаются направление этих движений и различные артикуляционные уклады при произнесении тех или иных звуков.

Отчетливости кинестетического восприятия содействуют и осязательные ощущения. Роль осязательного, тактильного ощущения в кинестетическом восприятии имеет большее практическое значение.

В логопедической работе практикуются линейный и точечный массаж. Линейный массаж является более легким в исполнении, но при этом логопед должен иметь определенный багаж знаний в этой области. При выполнении логопедического массажа необходимо знать все противопоказания и владеть основными приемами массажа.

* Ознакомление с зондовым и ручным логопедическим массажем осуществляется на дефектологических факультетах педагогических вузов (специальность 031800 «Логопедия» в рамках курса «Дизартрия».

Для проведения точечного массажа, логопедом необходимо пройти дополнительную подготовку на курсах повышения квалификации.

Профессор И. З. Заблудовский является одним из основоположников отечественной системы массажа. Им был предложен метод массажа лица, который не утратил своего значения до настоящего времени и, который может с успехом применяться в логопедической практике. Заблудовский предлагал следующие приемы стимулирующего массажа.

Поглаживание и разминание лба. Логопед стоит справа от массируемого. Разминающая правая рука движется поперек лба зигзагообразно от носа до начала волос. Левая рука легким поглаживающим движением продвигается вдоль лба от лобных бугров до виска.

Разминание носа. Логопед стоит справа от ребенка. Ладонной поверхностью концевых фаланг большого и указательного пальцев правой руки он производит зигзагообразное, легкая вибрирующее движение от конца носа к его основанию и в стороны по крыльям носа, а левой рукой поддерживает затылок.

Разминание скуловой области. Логопед стоит справа. Слабо сжатая рука движется поперек лица от его средней линии кнаружи и одновременно вверх от нижней челюсти к скуловым костям до нижнего века. Разминание скуловой области обеими руками осуществляется логопедом, наклонившись справа (если прием выполняется на правой стороне лица). Массируют главным образом большой и указательный пальцы, согнутые под прямым углом. Движение направлено от нижней челюсти и уха через скуловые кости до нижнего века.

Разглаживание лобных мышц. Логопед стоит сзади и производит поглаживание указательными и средними пальцами обеих рук поперек лба от средней его линии до височной области.

Вибрация лица. Логопед стоит сзади, пальцы его обеих рук, кроме больших, расположены между скуловыми костями и нижней челюстью и делают частые колебательные движения вперед и назад. После нескольких таких движений на одной части лица руки переносятся на другую часть.

Разглаживание мышц под глазами. Логопед стоит справа. Движение начинается на спинке носа, у его ос-

нования, продолжается по скуловым костям под нижним веком и оканчивается на височной области.

Разглаживание мышц между губой и подбородком. Логопед стоит справа и двумя большими пальцами производит поглаживание под нижней губой, продолжая движение до восходящей ветви нижней челюсти.

Е. М. Мастоковой (1973) был предложен комплекс логопедических массажных упражнений для детей, страдающих детским церебральным параличом.

Расслабление мышц лица. Массаж проводится в рефлексе запрокинутой позиции — неполная эмбриональная поза в положении на спине. Движения начинаются от висков к середине лба. Движения должны быть легкими, поглаживающими, равномерными, производятся в медленном темпе. Эти движения должны вызывать у ребенка приятные ощущения, так как простое тактильное прикосновение может сопровождаться неприятным чувством и повышением мышечного тонуса. Следовательно, расслабляющий массаж лица должен проводиться очень нежно и вначале не распространяться на наиболее чувствительные области. Такая постепенная дозированная тактильная стимуляция является обязательной для детей с детским церебральным параличом. Вторым направлением расслабляющего массажа мышц лица является движение от бровей к волосистой части головы. Движения проводятся обеими руками равномерно с обеих сторон.

Третьим направлением расслабляющих движений являются движения вниз от линии лба, по глазам, щекам к мышцам шеи и плеча.

Расслабление зубных мышц. Ребенок лежит на спине с вытянутыми вдоль тела руками, ноги его слегка сгибаются в коленных суставах. Логопед помещает свои указательные пальцы на точку, находящуюся между средней верхней губы и углом рта с обеих сторон. Движения идут к средней линии, так что верхняя губа соединяется в вертикальную складку. Такое же движение осуществляется на нижней губе, а затем с обеими губами вместе.

Расслабление мышц языка. Для расслабления мышц корня языка используется точечный массаж под обоими

углами нижней челюсти. Массаж языка проводится с помощью стерильного бинта, которым нежно нажимают на язык, добиваясь его расслабления.

И.И. Панченко (1974) указывает, что при спастико-ригидном (высоком тонусе) синдроме рекомендуется проводить плоскостное поверхностное поглаживание в отличие от применения плоскостного глубокого и обхватывающего поглаживания при спастическом парезе, так как любое силовое давление вызывает в мышце ответное повышение тонуса. Прием растирания применяется очень осторожно, логопед должен постоянно чувствовать обратную реакцию мышцы и вовремя прекратить массаж, если мышца начинает более сильно стигиваться или появляется отдаленное (в других группах мышц) повышение тонуса. Приемы разминания и вибрации не следует применять при работе с этой формой дизартрии, так как они способствуют нарастанию мышечного тонуса.

Массаж шейной, лицевой и язычной мускулатуры. Перед массажем ребенка желательнее уложить или усадить в удобную позу с учетом рефлекс-запрещающего положения тела. Массаж следует начинать плоскостными поверхностными поглаживаниями по линии верхних шейных позвонков на задней поверхности. Массаж шеи нужно начинать с ее боков. Поглаживающие движения надо проводить сверху вниз по ходу лимфатических сосудов. После массажа шейной мускулатуры нужно переходить к пассивным движениям головы: осуществлять круговые вращения в медленном темпе по часовой стрелке и против часовой стрелки. Затем, снова возвращаясь к массажу лицевой мускулатуры. При этом синдроме наблюдается большое напряжение оральной мускулатуры, мускулатуры верхнего плечевого пояса (часто в мышцах нижней челюсти, корня языка, верхней губы). Поэтому расслабление следует начинать с мышц шеи.

При тонических расстройствах по типу ригидности применяются несколько иные приемы массажа, чем при спастическом парезе. И.И. Панченко предлагает следующие приемы массажа. В основном при тонических

расстройствах по типу ригидности рекомендуется применять плоскостное поверхностное поглаживание, растирание. Глубокое обхватывающее и прерывистое поглаживание при этих расстройствах не применяется, так как возможно усиление спазма и даже появление тонического гиперкинеза. Особенно осторожно следует использовать «давящие приемы», так как часто давление на мышцы вызывает ответное рефлекторное повышение тонуса. Логопед должен реагировать на судорожную реакцию ребенка и мгновенно прекращать движения, вызывающие подобную реакцию.

Нормализация речевой мускулатуры при гиперкинетическом синдроме осуществляется в большей степени приемами активных и пассивных движений, чем приемами массажа. Массажные приемы ограничиваются в этих случаях поверхностным плоскостным поглаживанием. Движения должны быть очень легкими. Поглаживаются мышцы шеи, затылка, плечевого пояса, груди, боковые мышцы туловища по ходу лимфатических сосудов.

При спастическом парезе артикуляционных мышц рекомендуется другой комплекс массажных упражнений.

Массаж лицевой и язычной мускулатуры. Перед массажем необходимо провести консультацию с врачом по лечебной физкультуре или неврологом о сохранности или отсутствии кожно-мышечной реакции у данного ребенка (так как у ребенка может быть чрезмерная напряженность мышц при прикосновении к лицу ребенка). Сначала выполняется плоскостное поглаживание. Движения мягкие и едва ощутимые. Массаж надо начинать от подбородка с двух сторон к височным впадинам. Поглаживания следует проводить скользкими движениями рук, сначала едва касающимися кожи, затем легко надавливающими на мышцы. Более усиленно необходимо надавливать на места прикрепления мышц и переплетения их. Глубокое поглаживание осуществляется в доступных для изолированного действия мышцах: лобной, щечной, четырехугольной мышцах верхней и нижней губ, треугольных, подбородочной, круглой мышцы губ, мышцах отводящих губы в стороны. После не-

преврынного глубокого поглаживания (5–6 движений) нужно переходить к обхватывающему непрерывному и прерывистому поглаживанию.

Следующий массажный прием, который используется при спастическом парезе — вибрация. Вибрацию можно производить ручным методом и при помощи механических приборов — вибраторов. Вибрация должна продолжаться не более 3–5 минут.

При массаже языка важно детальнее массировать продольные, вертикальную и поперечную мышцы. Движения следует осуществлять как по горизонтали, так и по вертикали. Особенно надо обращать внимание на массаж челюстно-подъязычных мышц (в шейной мускулатуре), также мышц передней области шеи, трудно-ключично-сосцевидной мышцы и гортани. Для вибрации на гортани следует захватить ее большим и указательным пальцами и производить ритмические колебательные движения в продольном и поперечном направлениях.

При появлении неприятных ощущений и возникновения быстрой сонливости массаж приостанавливается. После массажа проводится пассивная гимнастика.

При атлагических синдромах, так же как и при спастическом парезе, применяются те же массажные приемы для нормализации афферентации. Одним из основных приемов является прием кинезитерапии.

Е. Ф. Архипова (1989) предложила логопедический массаж, направленный на нормализацию тонуса мышц артикуляционного аппарата детей раннего возраста. Этот массажный комплекс включает в себя дифференцированные движения.

Перед массажем необходимо выбрать для ребенка адекватную позу.

При мышечном гипертонусе в оральной мускулатуре в первую очередь добиваются максимально общего расслабления путем помещения ребенка в рефлекс — запрещающие позиции или путем потряхивания по Фелпсу*, добиваясь общего мышечного расслабления. Легким постукиванием, поглаживанием мышц дба, шеи,

* Рагачева Е. И., Даурова М. С. Лечебная физкультура и массаж при детских церебральных параличах. — Л., 1977.

шек, губ и языка вызывают их расслабление. Движения производят двумя руками, придерживаясь направления от «периферии» к «центру».

Расслабление лицевой и зубной мускулатуры.

Расслабление проводится методом разглаживания:

- в направлении от висков к середине дба;
- от бровей к волосяной части головы;
- вниз от линии дба через все лицо к шее;
- от мочек уха по щекам к крыльям носа;
- по верхней губе от угла рта к середине;
- по нижней губе от угла рта к середине.

Движения должны быть легкими, поглаживающими, в замедленном темпе. Каждое движение должно выполняться 4–7 раз. Массаж по времени не должен превышать 3 минут.

Расслабление губ.

- поглаживание носогубных складок от крыльев носа к углам губ;
- поглаживание верхней и нижней губы к центру;
- постукивание губ;
- точечный массаж губ.

Каждое массажное движение выполняется 6–8 раз несколько раз в день.

Расслабление мышц шеи.

После легких расслабляющих движений по лицевой и губной мускулатуре проводят пассивные движения головы. Правая рука лопатки подводится под голову ребенка и мелкими, плавными движениями поворачивает голову ребенка в одну и другую сторону, покачивается. Расслабление шейной мускулатуры вызывает некоторое расслабление корня языка.

Расслабление языка и коррекция его патологической формы.

Массаж языка следует проводить после общего расслабления:

- точечный массаж в области подчелюстной ямки в течение 15 секунд с вибрирующими движениями указательным пальцем под нижней челюстью;
- вибрация двумя указательными пальцами обеих рук под углами нижней челюсти (15 секунд);

- легкое похлопывание, поглаживание языка деревянным шпательем, который накладывается на кончик языка. Это массажное упражнение выполняется по 15 секунд 3–5 раз каждый день.

При выраженной вялости — *симптомусе оральной мускулатуры* проводят специальные приемы массажа, направленные на укрепление мышц этой зоны.

Укрепление лицевой мускулатуры:

- поглаживание лба от середины к вискам;
- поглаживание щеки от носа к ушам;
- поглаживание от подбородка к ушам;
- разминание скуловой и щечной мышцы осуществляется указательными и средними пальцами обеих рук, в направлении от виска по скуловой и щечной мышцам к подбородку. После 4–5 движений интенсивность движений усиливается. Движения становятся надавливающими, но не болезненными и не вызывающими отрицательных реакций у ребенка.

Укрепление губной мускулатуры.

Проводят поглаживание, растирание, разминание и вибрацию губ:

- от середины верхней губы к углам губ;
- от середины нижней губы к углам;
- поглаживание носогубных складок от углов рта к крыльям носа;
- пощипывание губ.

Все движения выполняются 8–10 раз, ежедневно по 2–3 раза. Одним из приемов укрепляющего массажа является вибрация, которую производят ручным методом или при помощи вибратора. Вибрация — передатчика тканям мелких, быстрых, чередующихся колебаний движений, проводимых ритмично, оказывая глубокое воздействие на мышцы, вызывая их сильное сокращение, что придает мышцам большую упругость.

Укрепление языковой мускулатуры.

При вялости языка проводят массаж с помощью деревянного шпателя:

- массируют продольные мышцы языка, при этом шпательем поглаживают язык от его средней части — спинки — к концу языка;

- с помощью ритмического надавливания на язык укрепляются вертикальные мышцы;

- при поглаживании языка из стороны в сторону воздействуют на поперечные мышцы;

- легкие вибрирующие движения, передаваемые языку через шпатель в течение 5–10 секунд, способствуют активизации мышц языка.

Все эти движения выполняются 4–6 раз.

При *гиперкинезах* языка проводятся точечный массаж.

- перекрестный точечный массаж в области губ. Указательный палец левой руки помещается в середине носогубной складки слева, а указательный палец правой руки под углом губ справа. Производят одновременно вращательные движения указательными пальцами в указанных точках. Затем указательные пальцы переменяются. Указательный палец правой руки помещается на носогубную складку справа, а указательный палец левой руки опускается под угол губ слева, и производят вновь те же движения;

- следующий прием точечного массажа при гиперкинезах. Указательный палец левой руки располагается в области середины носогубной складки слева, а указательный палец правой руки помещается под угол нижней челюсти справа. Производятся вращательные движения в этих точках. Затем движения проводятся на противоположной стороне;

- указательный палец левой руки располагается в той же точке, что и при перекрестном массаже, или же в точке под углом губ слева, а указательный палец правой руки фиксируется в точке под сощепившимся отрогком за ухом. Установив пальцы в данных точках, производят глубокий точечный массаж, затем это же упражнение проводят на противоположной стороне;

- при резко выраженных гиперкинезах используют следующие точки. Если палец левой руки фиксируется в зоне носогубной складки или под углом губ слева, то палец правой руки занимает точку под внутренним углом правой лопатки, и тоже осуществляются вращательные движения в данных точках. Затем это упражнение повторяется с противоположной стороны;

- при стойких гиперкинезах используют точки, находящиеся под коленкой, и точку в области одной из носогубных складок и тоже делают точечный перекрестный массаж. Эти упражнения не должны вызывать у ребенка чувства болезненности, неудобства, дискомфорта.

Особенностью использования этих приемов является то, что движение повторяется 3–4 раза, подбираются они строго индивидуально и осторожно, так как неправильное выполнение может усилить гиперкинезы. Точечный массаж производится ежедневно.

Упражнения подбираются в зависимости от состояния мышечного тонуса артикуляционной зоны. При длительности массажа не превышает 5 минут. Логопедический массаж, кроме нормализации тонуса мышц языка, губ и ослабления гиперкинезов, направлен на развитие афферентации оральной мускулатуры (речевых кинестезии). При асимметриях, неравномерном распределении тонуса в артикуляционных мышцах массаж проводится с гиперкоррекцией соответствующей стороны — на пораженной стороне больше количество движений (10–12). Кроме приемов ручного массажа, используется специальный аппарат — вибромассаж, насадки применяют соответственно инструкции.

Таким образом, массаж проводится с целью ослабления патологических проявлений в мышцах артикуляционного аппарата, расширения возможностей движения речевых мышц и включения их в процесс произношения. Кроме того, для активизации мышц речевого аппарата применяют артикуляционную гимнастику.

Н.А. Белая и И.Б. Петров (1977) являются авторами лечебно-оздоровительного массажа. Комплекс массажных упражнений проводится при неврите лицевого нерва, но этот комплекс может быть использован в логопедической практике.

Укрепление мышц лица.

- от середины лба до околоушной области;
- от основания носа и верхней половины щек — к углу нижней челюсти;
- от крыльев носа и нижней части щеки — к подчелюстной железе.

Массаж лба.

- плоскостное поглаживание, не вызывающее покраснения кожи. Массируют лобную и височные мышцы. Направление — от середины лба к вискам, где проводятся спиралевидные поглаживания;

- направление от надбровных дуг к волосистой части головы;

- следующее легкое растирание осуществляется спиралевидными движениями в этих же направлениях;

- затем эти же направления массируются в виде пипков.

Массаж области глазниц.

Массаж осуществляется при закрытых глазах. Производится поглаживание круговой мышцы глаза ладонной поверхностью концевой фаланги 3 пальца. В направлении от височной ямки, над скуловой дугой к внутреннему углу глаза. Затем по верхнему краю глазницы двумя пальцами к височным областям, скользя очень нежно вторым пальцем над бровью, а третьим под бровью.

Массаж щек.

- проводится поверхностное поглаживание в направлении от носа вверх к скуловой дуге;

- от носа — к ушам;

- от носа — к вискам;

- затем в тех же направлениях проводится растирание, разминание.

Массаж носа.

При слаженной носогубной складке проводятся следующие движения: пальцы располагаются вдоль складки на расстоянии 2,5 мм, при движении пальцы соединяются с двух сторон.

В логопедической практике можно использовать точечный массаж, так как в некоторых случаях точечный массаж является более эффективным, чем линейный.

Точечный массаж — один из видов рефлексотерапии, состоящий в механическом воздействии пальцами или заменяющим их инструментом. Точечный массаж обладает значительно большей прицельностью и избирательностью воздействия, позволяя одновременно рас-

слаблять одни мышцы и стимулировать другие, что особенно важно при центральных спастических параличах.

Первое упоминание о точечном массаже относится ко II—III вв. до н.э.

Как только точечный массаж получил распространение за пределами Китая, специалисты в области массажа, позная эффективность точечного массажа, стали активно использовать его в своей практике. Вместе с тем, у ученых-исследователей стали возникать вопросы. Их интересовало, чем обусловлен выбор той или иной точки, чем точка акупунктуры отличается от других участков кожи. После многочисленных опытов были получены следующие результаты: морфологические исследования кожи показывают, что структурные элементы в точке акупунктуры принципиально не отличаются от участков кожи, где нет точки акупунктуры. Однако, некоторые ученые, более глубоко исследовавшие точку акупунктуры, сделали вывод о том, что в зонах точки акупунктуры обнаруживаются ряд особенностей, а именно: истончение эпидермиса и более рыхлое строение соединительной ткани дермы (Новинский, 1959); большое количество свободных нервных окончаний холинэргической природы (Е.М. Крохина, Л.М. Чувильская, 1981). В тканях, где расположены точки акупунктуры, находят повышенную концентрацию тучных клеток, вырабатывающих биологически активные вещества, в частности гистамин, ацетилхолин, серотонин, которые участвуют в нервной и сосудистой регуляции (А.Я. Вандан; В.К. Залцмане, 1977). Организм человека представляет собой целостное единство: различные его части, системы внутренних органов взаимосвязаны. Их гармоничное взаимодействие обеспечивается нервными связями и обменом веществ организма, а по данным древневосточной медицины, все более подтверждается, — и современными исследователями, — и обменом энергии, которая циркулирует по системе так называемых меридианов через внутренние органы и связанные с ними строго определенные точки — точки акупунктуры. Согласно современным представлениям, деятельность меридианов находится под контролем коры головного

мозга и подкорковых центров. Таким образом, меридиан — это функционирующая система, связывающая высшие нервные центры с точкой акупунктуры и различными внутренними органами для передачи энергии, обеспечивающей согласованную работу всех систем организма (Увэйсинь).

Инициатором применения точечного массажа при заболеваниях центральной нервной системы в нашей стране стала школа профессора Э.Д. Тыкочинской в Ленинградском психоневрологическом научно-исследовательском институте им. В.М. Бехтерева. Э.Д. Тыкочинской (1969) была предложена, а впоследствии М.Я. Леонтьевой (1975) детально разработана методика сочетания точечного массажа с лечебной гимнастикой при центральных спастических параличах. В зависимости от наличия синдромов первого типа — повышение мышечного тонуса или второго типа — снижение мышечного тонуса, слабость и атрофия мышц, применяется тормозящая или стимулирующая методика точечного массажа.

Тормозное воздействие. Тормозное воздействие достигается плавным круговым поглаживанием с постепенным переходом к стабильному растиранию и затем — к непрерывному, без отрыва пальца, надавливанию с изменяющимся усилием. Вращение выполняется по часовой стрелке. Выход из точки акупунктуры происходит постепенно, с уменьшением интенсивности исполнения выполняемых приемов.

Ощущения: онемение, ломота, распирание в точке акупунктуры. Длительность воздействия на одну точку акупунктуры: 3—5 минут для взрослых, не более 2 минут для детей. Тормозное воздействие оказывает успокаивающее, болеутоляющее, спазмолитическое, релаксирующее действие.

Стимулирующее воздействие. При стимулирующей методике производится импульсивное, резкое, но в то же время поверхностное и кратковременное (по 2—3 секунды) с последующим отрывом пальца от кожи (на 1—2 секунды) воздействие путем вращения, похлопывания, толкания пальцем и вибрации. Вращение выполняется против часовой стрелки. Ощущения минимальные —

небольшая боль. Продолжительность процедуры от 30 секунд до 1—2 минут. Проводится с целью стимуляции нервно-мышечного аппарата.

Выделяют следующие приемы точечного массажа:

Поглаживание: Движение осуществляется подушечкой первого, второго и третьего пальцев производят круговые движения в области точки акупунктуры, при этом прилагаемое усилие не должно вызывать смещения тканей. Во время проведения приема пальцы, не осуществляющие движения, нужно согнуть. Движения, выполняемые непрерывно вызывают тормозной эффект, а интенсивные прерывистые — возбуждающий. Это характерно и для следующих приемов.

Расстирание: методика та же, что и при поглаживании, но усилие возрастает.

Разминание: подушечку одного из первых трех пальцев устанавливают на области точки акупунктуры, потом производят вращательные движения с надавливанием без смещения пальца с проекции точки. Частота вращения примерно 30—60 оборотов в минуту.

Захватывание и пощипывание: прием проводится очень быстро. Прием осуществляется первыми тремя пальцами руки путем захватывания тканей, находящихся в точке акупунктуры (2—3 раза на одну точку).

Выбирация: подушечкой большого или среднего пальцев осуществляют ритмические колебательные движения. Эффект зависит от интенсивности воздействия.

Давление — осебожждение — этот прием имитирует движение иглы вверх-вниз.

Точечное постукивание: осуществляется подушечкой указательного пальца.

Пунктурное надавливание точек, расположенных на одной линии — меридиане. Одним из условий эффективности точечного массажа является правильное определение локализации биологически активной точки. Удогопеда при попадании в биологически активной точку под пальцами появляется особое чувство провала в округлую ямку, как бы наполненную мягким тестом различной консистенции и имеющую более плотные стенки. Различают местную, сегментарную и общую реакцию организма человека на точечный массаж. В основе

местной реакции лежит аксонорефлекс, при этом изменяется сосудистый тонус в месте воздействия, повышается местная температура кожи.

Сегментарная реакция — это рефлекторный ответ организма в пределах соответствующего сегмента спинного мозга.

Общая реакция — складывается из нейрофизиологических, нейротуморальных сдвигов в результате передачи потока импульсов в мозговой ствол, ретикулярную формацию, подкорковую область и кору головного мозга.

Прежде чем приступить к описанию точек и функций этих точек, необходимо сказать о том, что существуют точки *особой остророжености* при проведении точечного массажа (см. рис. 1).

Я-МЭНЬ — это точка, которая находится на средней линии задней поверхности шеи, в промежутке между остистым отростками первого и второго шейного позвонков.

СУ-ДЯО — точка, находящаяся под носом, в верхней трети носогубной борозды (некоторые авторы указывают на то, что эта точка находится на кончике носа).

ШАН-СИН — точка, находящаяся на средней линии головы, выше центра надпереносья.

Авторами точечного массажа являются восточные целители. Одним из них является Уэйсинь. Уэйсинь был предложен следующий комплекс точечного массажа:

Трение и шипание в области лица. **Показаны:** воспаление тройничного нерва, дрожание век, нервный тик, опущение угла рта. **Положение:** сидя прямо или нагнувшись вперед. **Описание:** большими пальцами у крыльев носа в зоне **ИН-СЯН** (расположение: в боковой борозде крыла носа, перпендикулярно ниже внутреннего угла глаза; топографическая анатомия: поднимающаяся мышца верхней губы, подглазничная артерия, щечная ветвь лицевого нерва, глазничный нерв), а указательным в зонах **СЯ-ГУАНЬ** (расположение: кпереди от козелка уха, во впадине, которая образуется нижним краем скуловой дуги и вырезкой нижней челюсти; топографическая анатомия: околоушная слонная железа,

жевательная мышца, поперечная лицевая артерия, скуловая ветвь лицевого нерва, околоушное слюенное лицевое нерва, III ветвь тройничного нерва) и *ЭР-МЭНЬ* — сначала поглаживать, а затем шипать (от 1 до 3 минут).
Особенности: шипание производится с силой, по степени терпению пациента; поглаживание — с ослабевающей силой. *Реакция:* во время шипания — чувство онемения; распыряние за ухом. *Эффект от воздействия:* купирова-ние боли, после процедуры прояснение, ощущение теп-да в голове и лице.

Следующий комплекс точечного массажа предложен Гаваа Дувсан.

Массаж лица. Показания: этот вид массажа испол-зуется при лицевых параличах, а именно при перифе-рическом поражении лицевого нерва, невралгии трой-ничного нерва, тике и контрактуре круговой мышцы рта, при расстройстве речи по типу дизартрии, осиплос-ти голоса, тике и контрактуре жевательных мышц. Этот комплекс массажа состоит их четырех этапов.

Первый этап: массируется отрезок по дуге нижней челюсти от точки *ЦЗЯ-ЧЭ* до точки *ДИ-ЦАН*. Точка *ЦЗЯ-ЧЭ* расположена на один поперечный палец кпе-реди и кверху от угла нижней челюсти. Точка *ДИ-ЦАН* расположена на 1 см от угла рта, на месте пересече-ния с вертикальной линией, проходящей через зрачок. В этом направлении от точки *ЦЗЯ-ЧЭ* до точки *ДИ-ЦАН* проходят около десяти раз.

Второй этап: выполняется на отрезке от точки *ДИ-ЦАН* до точки А, как бы третьей вершины равно-стороннего треугольника, вторая вершина — точка *ЦЗЯ-ЧЭ*. На этом отрезке достаточно десяти прохожде-ний.

Третий этап: массируется отрезок, указанного тре-угольника от точки А до точки *ЦЗЯ-ЧЭ*.

Четвертый этап: массируется отрезок вдоль нижней челюсти от точки J до точки *ЦЗЯ-ЧЭ*. Затем проводится массаж отрезка от точки *ЦЗЯ-ЧЭ* до точки *ТИН-ХУЭЙ*. Точка *ТИН-ХУЭЙ* расположена впереди вырезки мочки уха. В этом направлении осуществляется примерно де-сять прохождений.

Для преодоления или уменьшения степени наруше-ний мышечного тонуса, которые наблюдаются при раз-личных формах дизартрии, рекомендуется воздейство-вать на следующие точки.

ТЯНЬ-ЧЖУ. Показания: тик и контрактура мышц за-тылка и шейно-лопаточной области, с затрудненным поворотом головы.

Расположение: выше задней границы роста волос на 2 см в сторону от средней линии головы на 1,5 попе-речных пальца.

ЧЭН-ЦЭНН. Показания: опущение угла рта, гиперса-ливация, паралич лицевого нерва.

Расположение: на дне выемки к середине подбород-ка, прямо под нижней губой. Точка расположена между двумя квадратными подбородочными мышцами, под нижнем краем круговой мышцы рта, над верхнем краем подбородочной мышцы.

ЦЭЮИ-ЛЯО. Показания: гиперсаливация, тики глаз-ных мышц, гиперкинезы.

Расположение: прямо под зрачком, на пересечении вертикальной прямой, проведенной через центр зрачка и щечно-губной складки (при определении локализации данной точки необходимо попросить ребенка улыбнуть-ся). Под кожным покровом в районе точки *ЦЭЮИ-ЛЯО* находится малая скуловая мышца, мышцы, поднимаю-щие крылья носа и угол рта, верхнечелюстная кость.

ЖЭНЬ-ЧЖУН. Показания: опущение угла рта, тик и контрактура верхней губы.

Расположение: локализуется прямо под носом в ямке на верхней губе, рядом с ноздрей. На расстоянии 1/3 сверху вертикальной борозды верхней губы, на дне бо-розды.

ЛЯНЬ-ЦЮАНЬ. Показания: пониженный тонус язы-ка, гиперсаливация, дисфагия.

Расположение: локализуется под подбородком на возвышении выступа гортани под основанием языка, на верхнем крае шитовидного хряща.

ДУЙ-ДУАНЬ. Показания: контрактура мимической мускулатуры. *Расположение:* в центре верхнего края верхней губы, под вертикальной носогубной бороздой,

на границе кожного покрова и слизистой оболочке верхней губы.

При проведении массажа необходимо знать перечень абсолютных противопоказаний массажа:

Острые лихорадочные состояния, острый воспалительный процесс, кровотечение, кровоточивость, кожные заболевания (грибковой и инфекционной этиологии), расширение вен с трофическими нарушениями, болезни крови, гнойные процессы любой локализацией, эндартериит, атеросклероз периферических и мозговых сосудов, аневризмы сосудов, воспаление лимфатических узлов, активная форма туберкулеза, аллергия, заболевания органов брюшной полости, доброкачественные и злокачественные опухоли, послеоперационный период, психические заболевания с чрезмерным возбуждением, ссадины кожи, прыщи живота, камни в почках, мочевом пузыре, желчном пузыре, нейродермит, псориаз, экзема.

Склярченко Э.И. (1996 г.) были разработаны дизартрические зонды, (патент РФ № 2066990, зарегистрирован 27.09.1996 г. Комитет по патентам и товарным знакам).

Дизартрические зонды предназначены для восстановления речевых функций у больных с различными видами дизартрии.

Зонды употребляются для массажа и легкого поверхностного обкалывания биологически активных точек лица, шейно-воротниковой зоны и полости рта, а также для исправления дефектов речи.

Исполнение УХ 4.2 ГОСТ 15150-69.

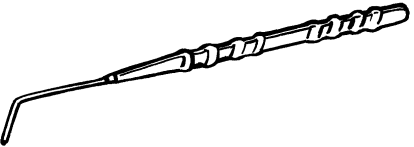

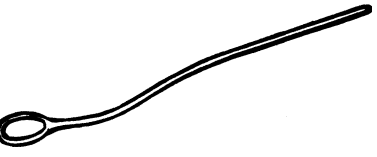
Зонды изготовлены из пластмассы и нержавеющей стали, имеющих соответственно хороший электростатические и электропроводные свойства. При торсионном воздействии применяют пластмассовые зонды, при возбуждающем — металлические.

Масса зондов металлических не более 40 грамм.

Масса зондов пластмассовых не более 30 грамм.

Наименование, условное обозначение, краткое описание зондов приведены в таблице № 1.

Таблица № 1

Условное обозначение	Рисунок	Назначение
1. Зонд № 1 «Игла» 3-155		Металлический. Предназначен для легкого поверхностного точечного обкалывания лица, языка.
2. Зонд № 2 «Журавлик» 3-156		Металлический. Предназначен для точечного массажа языка, нёбной занавески, увули, задней стенки глотки, голосовых связок.
3. Зонд № 3 «ёжик» 3-161		Металлический. Предназначен для легкого обкалывания маленького язычка «увули».