

ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА У ДЕТЕЙ С ДЦП

Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание, вызванное поражением головного мозга, обычно проявляющееся в раннем детском возрасте и характеризующееся двигательными нарушениями: параличами, слабостью мышц, нарушением координации, произвольными движениями. При детском церебральном параличе поражение двигательных и ряда других центров головного мозга отражается на активности мышц конечностей, головы, шеи или туловища. Выраженность симптоматики зависит от распространенности поражения мозга и колеблется от легкой, едва заметной до чрезвычайно тяжелой, приводящей к полной инвалидности. Могут наблюдаться эпилептические припадки, задержка психического развития, трудности восприятия и обучения. Иногда нарушаются зрение, слух, речь, интеллект.

ДЦП вызывается поражением или травмой головного мозга до родов, во время родов или сразу после них. Во многих случаях истинная причина остается неизвестной. К числу пренатальных (дородовых) причин относятся инфекции во время беременности, преэклампсия (поздний токсикоз беременности), несовместимость матери и плода по резус-фактору крови. Другими, причем нередкими причинами детского церебрального паралича служат преждевременные роды, асфиксия новорожденного и родовая травма. При очень низком весе новорожденного вероятность заболевания значительно увеличивается. После родов повреждение головного мозга бывает следствием черепно-мозговой травмы или инфекции, например менингита.

Выделяют пять типов двигательных нарушений:

- спастичность – повышение мышечного тонуса, выраженность которого уменьшается при повторных движениях;
- атетоз – постоянные произвольные движения;
- ригидность – плотные, напряженные мышцы, оказывающие постоянное сопротивление пассивным движениям;
- атаксия – нарушение равновесия с частыми падениями;
- тремор (дрожание) конечностей.

По локализации симптоматики выделяют четыре формы: моноплегическую (с вовлечением одной конечности), гемиплегическую (с частичным или полным вовлечением обеих конечностей на одной стороне тела), диплегическую (с вовлечением либо обеих верхних, либо обеих нижних конечностей), квадриплегическую (с частичным или полным вовлечением всех четырех конечностей).

Таким образом, дети с церебральными параличами представляют собой неоднородный контингент. Клиническая картина варьируется по степени тяжести и по сочетанию основных синдромов. Однако нарушение тонуса является общим синдромом при различных формах детского церебрального паралича.

Поскольку речевая терапия основана на тесном единстве с лечебными мероприятиями, направленными на развитие двигательных функций, одной из приоритетных задач логопеда является работа над нормализацией мышечного

тонуса, а при выраженной тяжести нарушения – уменьшение его проявления. Необходима согласованность действий логопеда-дефектолога, невропатолога, врача ЛФК и их общая позиция при обследовании, постановке диагноза и медико-педагогической коррекции. С целью подбора наиболее эффективных и адекватных приемов коррекции важно учитывать взаимосвязь речевых и двигательных расстройств при ДЦП, общность поражения артикуляционной и общей моторики.

Для решения вышеперечисленных задач в коррекционно-логопедической работе с детьми, страдающими церебральным параличом, используются следующие методы логопедического воздействия:

- дифференцированный логопедический массаж (расслабляющий или стимулирующий),
- точечный массаж,
- искусственная локальная контрастотермия (сочетание гипо- и гипертермии).

Дифференцированный массаж.

В зависимости от характера нарушения тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата у ребенка необходимо использовать средства, приемы дифференцированного логопедического массажа (расслабляющего или стимулирующего).

Расслабляющий массаж артикуляционной мускулатуры применяют в случае повышения тонуса в речевых мышцах (в лицевой, губной, язычной мускулатуре). При расслабляющем массаже очень важен выбор позы для занятий с ребенком. Ребенку придают положения, в которых патологические тонические рефлекс-прозрачные рефлексы проявлялись бы минимально или не проявлялись бы вовсе («рефлекс-запрещающие позиции»). Тонус мышц лица, шеи, языка при этом несколько понизится.

1. «Поза эмбриона» – в положении на спине приподнимают и опускают голову ребенка на грудь, руки и колени сгибают и приводят к животу. В этой позе производят плавные покачивания до 6-10 раз, направленные на достижение максимального мышечного расслабления (метод Бобат).

2. В положении на спине под шею ребенка подкладывается валик, позволяющий несколько приподнять плечи и откинуть назад голову; ноги при этом согнуты в коленях.

3. В положении на спине голова с обеих сторон фиксируется валиками, позволяющими удерживать ее по средней линии.

Перед началом расслабляющего массажа артикуляционной мускулатуры, особенно в случае повышения мышечного тонуса верхнего плечевого пояса и шеи, необходимо добиться расслабления шейных мышц. Доказано, что расслабление шейной мускулатуры вызывает некоторое расслабление корня языка.

Расслабление оральной мускулатуры достигается легким поглаживанием, похлопыванием мышц лица, губ, шеи, языка. Движения должны быть легкими, скользящими, слегка прижимающими, но не растягивающими кожу. Каждое движение повторяется 5-8 раз.

Затем по основным массажным линиям проводится расслабление лицевой мускулатуры, затем – губной мускулатуры. Далее массаж проводится уже в по-

лости рта ребенка. Предварительно для снижения тонуса язычной мускулатуры перед массажем можно подержать во рту теплый настой трав (крапивы, зверобоя, ромашки).

Цели массажа языка: а) нормализация мышечного тонуса; б) включение в речевую деятельность новых групп мышц и увеличение интенсивности ранее включенных мышц; в) увеличение объема и амплитуды артикуляционных движений; г) уменьшение слюнотечения; д) афферентация в речевые зоны коры головного мозга (для стимуляции речевого развития).

Массаж языка осуществляют как пальцами (в напальчнике или медицинских перчатках), так и с помощью зондов (Е.В. Новиковой, Е.Ф. Рау, Ю.В. Микляевой). Можно также использовать различные зондозаменители или шпатели, зубные щетки. Обычно они не вызывают у детей страха.

Массаж языка не следует проводить после кормления ребенка.

Во время массажа языка рот ребенка открыт. Логопед сначала делает массаж в полости рта, затем вне полости рта (попросив высунуть язык) и, наконец, удерживая язык марлевой салфеткой.

Стимулирующий массаж артикуляционной мускулатуры осуществляется при гипотонии мышц (с целью укрепления мышечного тонуса). Укрепление лицевой мускулатуры осуществляется путем поглаживания, растирания, разминания, пощипывания, вибрации. После 4-5 легких движений сила их нарастает. Они становятся надавливающими, но не болезненными. Движения повторяются 8-10 раз.

Затем укрепляют губную мускулатуру, потом – мышцы языка. В случае гипотонии применяются активные, интенсивные приемы.

Точечный массаж.

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

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 тормозная или стимулирующая методика точечного массажа:

Тормозное воздействие. Тормозное воздействие достигается круговым поглаживанием с постепенным переходом к стабильному растиранию, затем – к непрерывному, без отрыва пальца, надавливанию с изменяющимся усилием. Вращение выполняется по часовой стрелке. Выход из точки акупунктуры про-

исходит постепенно, с уменьшением интенсивности исполнения выполняемых приемов.

Ощущения: онемение, ломота, распирающие 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 стимулирования нервно-мышечного аппарата.

Искусственная локальная контрастотермия.

Метод искусственной локальной контрастотермии применяется для уменьшения спастичности мышц артикуляционного аппарата, гиперкинезов язычной и мимической мускулатуры, а также при артикуляционной апраксии. Этот метод заключается в контрастотермальном воздействии низкотемпературных (криомассаж) и высокотемпературных (тепломассаж) агентов. В качестве низкотемпературных агентов выступают ледяная крошка или очень холодная вода, а высокотемпературных — горячая вода или настой трав.

Гипотермию (криомассаж) и гипертермию (тепломассаж) можно применять поочередно или избирательно. Существуют различные варианты их применения:

- только гипотермия (криомассаж),
- только гипертермия (тепломассаж),
- гипотермия, затем гипертермия,
- попеременное использование крио-и теплоаппликаций.

Искусственная локальная гипотермия (ИЛГ) осуществляется следующим образом: ледяную крошку в марле накладывают поочередно на мышцы артикуляционного аппарата (круговую мышцу рта, большую скуловую мышцу, подбородок в области подчелюстной ямки, язычную мускулатуру). При воздействии ИЛГ на мышцы языка логопед удерживает язык марлевой салфеткой (обязательно воздействуя на корень, спинку, кончик, боковые края языка).

Продолжительность экспозиции ледяной аппликации во время одного сеанса суммарно от 2 до 7 мин (время экспозиции увеличиваем постепенно). Одномоментное наложение льда на одну из заинтересованных зон криовоздействия от 5 до 20 с. Курс лечения составляет 15-20 сеансов, проводится ежедневно. Аналогично проводится тепломассаж артикуляционной мускулатуры. При этом можно использовать теплоэлектромассажер.

Применение этих приемов существенно повышает эффективность логопедических занятий, способствует нормализации произносительной стороны речи и, в конечном счете, благоприятным образом сказывается на коммуникативной деятельности ребенка с детским церебральным параличом.

Литература

1. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии. М., "АСТ", 2012, - 128 с.
2. Приходько О.Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста. - СПб.: КАРО, 2008. – 157с.
3. Степанченко О.В., Виноградова В.И. Методика искусственной локальной гипотермии. Сборник "Современные технологии реабилитации в педиатрии" под ред. Е.Т. Лильина. "ОДИinternational" М., - 2000.