

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий
Выпускающая кафедра коррекционной педагогики

Пенклиди Екатерина Владимировна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Нормализация мышечного тонуса у дошкольников с дизартрией посредством
логопедического массажа
Направление подготовки 44.04.03 Специальное дефектологическое образование
Магистерская программа Логопедическое сопровождение лиц с нарушениями
речи

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Зав. кафедрой
к.п.н, доцент Беляева О.Л.

12.11.2022 
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы
к. п. н, доцент Брюховских Л. А.

12.11.2022 
(дата, подпись)

Научный руководитель
к. п. н, доцент Брюховских Л. А.

12.11.2022 
(дата, подпись)

Обучающийся Пенклиди Е.В.

12.11.2022 
(дата, подпись)

Красноярск, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Глава I. Теоретическое обоснование проблемы нормализации мышечного тонуса при коррекции дизартрии посредством использования логопедического массажа	7
1.1. Клинические аспекты дизартрии как нарушения речи	7
1.2. Клинико-педагогическая характеристика дошкольников с дизартрией ..	14
1.3. Обзор методик по нормализации мышечного тонуса посредством логопедического массажа при дизартрии.....	21
Глава II. Экспериментальное изучение состояния мышечного тонуса, двигательных функций, звукопроизношения у дошкольников с дизартрией	35
2.1. Цель, задачи, методики исследования мышечного тонуса детей дошкольного возраста с дизартрией и организация констатирующего эксперимента	35
2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента	40
Глава III. Программа по нормализации мышечного тонуса посредством логопедического массажа у дошкольников с дизартрией	50
3.1. Формирующий эксперимент по нормализации мышечного тонуса у дошкольников с дизартрией.....	50
3.2. Контрольный эксперимент по выявлению эффективности логопедического массажа для нормализации мышечного тонуса у дошкольников с дизартрией	55
Заключение	64
Библиография	66
Приложение	72

Реферат магистерской диссертации

Структура магистерской работы: работа объемом 88 страниц, состоит из введения, трех глав, заключения, библиографии (60 источников) и приложения. Работа включает 8 таблиц и 6 рисунков.

Цель диссертационного исследования состоит в выявлении особенностей нарушения мышечного тонуса и разработке технологических карт проведения логопедического массажа для детей дошкольного возраста с дизартрией.

Объект исследования: нарушения мышечного тонуса у детей дошкольного возраста при дизартрии.

Предмет исследования: дифференцированный логопедический массаж как средство нормализации мышечного тонуса у детей дошкольного возраста с дизартрией.

Гипотеза исследования состоит в предположении о том, что у дошкольников с дизартрией будет прослеживаться положительная динамика в нормализации мышечного тонуса и коррекции звукопроизношения при соблюдении следующих условий:

- будут составлены и использованы технологические карты дифференцированного логопедического массажа, учитывающие клинические проявления нарушения мышечного тонуса и степень тяжести;

- обоснованные техники, методы и приемы воздействия будут адаптированы индивидуально для каждого ребенка.

Апробация результатов исследования осуществлялась посредством двух публикаций РИНЦ и участия в конференции.

Abstract of the master's thesis

The structure of the master's thesis: the 88-page work consists of an introduction, three chapters, a conclusion, a bibliography (60 sources) and an appendix. The work includes 8 tables and 6 figures.

The purpose of the dissertation research is to identify the features of muscle tone disorders and to develop technological maps of speech therapy massage for preschool children with dysarthria.

The object of the study: disorders of muscle tone in preschool children with dysarthria.

Subject of research: differentiated speech therapy massage as a means of normalizing muscle tone in preschool children with dysarthria.

The hypothesis of the study is the assumption that preschoolers with dysarthria will have positive dynamics in the normalization of muscle tone and correction of sound reproduction under the following conditions:

- technological maps of differentiated speech therapy massage will be compiled and used, taking into account the clinical manifestations of muscle tone disorders and severity;
- reasonable techniques, methods and techniques of influence will be adapted individually for each child.

The approbation of the research results was carried out through two publications of the RSCI and participation in the conference.

ВВЕДЕНИЕ

Проблемы в речевом развитии дошкольников негативным образом влияют на развитие их мышления и личности в целом, поскольку замедляют когнитивные процессы и не позволяют строить полноценное общение с окружающими людьми.

В настоящее время самую многочисленную группу детей с тяжёлыми нарушениями речи составляют дошкольники с дизартрией. Научный интерес к этому речевому расстройству не пропадает, продолжается поиск новых эффективных технологий как в диагностике, так и в реабилитационном процессе. Нарушения произносительной стороны речи при дизартрии являются ведущими. Как отмечают многие исследователи (Е.Ф. Архипова, Е.Н. Винарская, Г.В. Гуровец, Л.В. Лопатина, С.И. Маевская, Л.А. Позднякова, О.В. Правдина, Е.Ф. Собонович и др.), причинами произносительных расстройств и собственно звукопроизношения являются неврологические поражения артикуляционных, голосовых мышц, проявляющиеся в нарушении тонуса. Проявления нарушений тонуса и их нормализация в клиническом аспекте были предметом изучения в работах Л.И. Беляковой, Е.Н. Винарской, Е.М. Мастюковой, И.И. Панченко и др.

К настоящему времени накоплен достаточный опыт работы в этом направлении, что дает возможность его обобщения и систематизации. Следует отметить, что на практическом уровне в коррекции дизартрии тонусным нарушениям уделяется недостаточное внимание. В логопедической работе наблюдается недостаточность узкоспециализированного методического инструментария, направленного на нормализацию мышечного тонуса при том, что нормализация тонусных нарушений является базовой в логопедической коррекции произносительных нарушений.

Недостаточное внимание к тонусным нарушениям со стороны специалистов является серьезным пробелом в коррекции дизартрии. Одной

из приоритетных задач в работе с детьми дошкольного возраста с дизартрией является формирование произносительной стороны речи. Для решения этой проблемы необходимо активное использование самых разнообразных логопедических средств, в числе которых ведущая роль должна принадлежать логопедическому массажу. Он должен стать неотъемлемой частью комплексной работы, направленной на коррекцию речевых расстройств, при которых наблюдаются нарушения тонуса мышц артикуляционного аппарата.

Логопедический массаж в качестве средства коррекционного воздействия при тяжелых нарушениях речи используется давно, что описано в работах Е.И. Мастюковой, М.В. Ипполитовой, Е.Ф. Архиповой, К.А. Семеновой, О.В. Правдиной, М.Б. Эйдиновой и других исследователей.

Клинические формы дизартрии предполагают поиск дифференцированных методов коррекции и необходимой своевременной помощи со стороны компетентных специалистов, в связи с чем существует необходимость уделить ему большее внимание на всех этапах коррекционной работы. Данное положение объясняет **актуальность нашего исследования.**

Проблема исследования. Дифференцированный подбор массажных комплексов, способствующих нормализации мышечного тонуса органов артикуляции.

Цель исследования: выявить особенности нарушения мышечного тонуса и разработать технологические карты проведения логопедического массажа для детей дошкольного возраста с дизартрией.

Объект исследования: нарушения мышечного тонуса у детей дошкольного возраста при дизартрии.

Предмет исследования: дифференцированный логопедический массаж как средство нормализации мышечного тонуса у детей дошкольного возраста с дизартрией.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что будет прослеживаться положительная динамика в нормализации мышечного тонуса дошкольников с дизартрией и коррекции звукопроизношения при соблюдении следующих условий:

– будут составлены и использованы технологические карты дифференцированного логопедического массажа, учитывающие клинические проявления нарушения мышечного тонуса и степень тяжести;

– обоснованные техники, методы и приемы воздействия будут адаптированы индивидуально для каждого ребенка.

Задачи исследования:

1. Выявить современное состояние проблемы нормализации мышечного тонуса у дошкольников с дизартрией.

2. Подобрать методики и провести эмпирическое исследование по выявлению особенностей мышечного тонуса детей дошкольного возраста с дизартрией.

3. Разработать технологические карты курса дифференцированного логопедического массажа для детей дошкольного возраста с дизартрией.

4. Выявить положительную динамику на основе использования технологических карт дифференцированного логопедического массажа по нормализации мышечного тонуса у детей дошкольного возраста с дизартрией.

Методы исследования:

1) Теоретический анализ литературы по проблеме исследования.

2) Эмпирические методы: констатирующий, формирующий, контрольный эксперименты, метод математической обработки данных.

Методики:

– Е.А. Дьяковой на выявление работы мимических мышц и мышц артикуляционного аппарата,

– Е.Ф. Архиповой на исследование звукопроизношения у детей.

Методологическая основа исследования:

- положение о единстве подходов к диагностике и коррекции речевых нарушений (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, В.И. Лубовский и др.);
- концепция о соотношении первичных и вторичных нарушений (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия и др.);
- учение о функциональной речевой системе (П.К. Анохин и др.)

База исследования: ИП Пенклиди, Центр логопедической помощи.

Теоретическая значимость исследования состоит в обобщении и систематизации современных подходов к нормализации мышечного тонуса детей дошкольного возраста с дизартрией посредством логопедического массажа.

Практическая значимость работы заключается в разработке технологических карт курса дифференцированного логопедического массажа по нормализации повышенного и пониженного мышечного тонуса детей дошкольного возраста с дизартрией, что может быть использовано в практике логопедической работы в дошкольных учреждениях и в частной практике.

Структура работы: введение, три главы, заключение, библиографический список и приложения.

ГЛАВА I ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ НОРМАЛИЗАЦИИ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ПРИ КОРРЕКЦИИ ДИЗАРТРИИ ПОСРЕДСТВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА

1.1. Клинические аспекты дизартрии как нарушения речи

В основе понятия «дизартрия» лежит греческая приставка «δυσ», которая переводится как «расстройство», «затрудненность», а также корень «ἀρθρόω», имеющий значение «соединение», «сочленение». Дизартрия представляет собой нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Мы считаем важным уточнение О.Г. Приходько о том, что дизартрия – это «нарушение не программирования речевого высказывания, а его моторной реализации» [49, с. 5].

Л.В. Лопатина определяет дизартрию как речевую патологию, которая проявляется в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы, которая возникает вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга [32;33].

В отечественной науке вопросами дизартрии занимались такие исследователи, как Е.Ф. Архипова, К.А. Семенова, О.В. Правдина, М.Б. Эйдинова, Р.И. Мартынова, Л.И. Белякова, Л.А. Чистович, Э.Я. Сизова, Е.М. Мастюкова, Л.А. Данилова, Л.В. Лопатина и др.

Следует отметить, что клиническое понятие дизартрии намного шире, чем сам термин. Он должен конкретно обозначать дефекты артикуляции в случае периферического или центрального поражения нервной системы, но в практике клиницистов он используется по отношению ко всем нарушениям речи, связанным с ее моторной организацией. Часто формы дизартрии имеют отношения к артикуляционным расстройствам, иногда они представляют собой дефекты голосообразования, речевого дыхания или просодической организации речи, которым следовало бы дать более конкретное

обозначение. Однако в клинической практике все эти нарушения называют обобщенным понятием «дизартрия».

На феномен особых расстройств речи при поражении в организме моторных систем обратил внимание немецкий невролог У.Д. Литтл, исследуя клиническую картину детей с детским церебральным параличом в 1853 г. Сам же термин «дизартрия» был впервые использован А. Куссмаулем в 1879 г., включившем в это понятие все нарушения артикуляции.

Позже это речевое нарушение стало активно исследоваться, возникли различные классификации дизартрии, в основе которых лежали разные основания.

В 1943 году Е. Фрешельсон выделял в ней 4 формы: пирамидную, экстрапирамидную, лобно-понтинную и cerebellарную.

Одна из подробных форм дизартрии, основанная на нейродинамическом подходе, была предложена В. Пичером в 1948 году, где он выделял такие ее виды, как: корковая, субкортикальная, педункулярная, вседобоульбарная, бульбарная, нуклеарная, cerebellарная, периферическая и др.

В отечественной литературе проблема дизартрии разработана в недостаточной степени. В начале 20 в. (в 1926 г.) М.С. Маргулис под дизартрией понимал все двигательные расстройства речи, помимо тех, которые имеют связь с поражением «кортикальной области двигательных образов слова» и имеют клинические проявления в форме моторной афазии и апраксии.

В трактовке дизартрии Л. Литвака, представленной в 1959 г., она представляет расстройства артикуляции, а также нарушения интонации, темпа речи и ее ритма [26].

К проблеме дизартрии обострился интерес в середине 20 в., однако первые конференции, посвященные этой проблеме, состоялись лишь в 1980-х годах, что нашло отражение и в российской логопедии в работах О.В.Правдиной в 1969 г., в учебнике которой оно понимается с позиции

неврологии. В 1972 г. И.И. Панченко в своих работах делает попытку выявить патогенез проявлений дизартрии у детей с детским церебральным параличом и разработать методику работы по коррекции этой патологии.

В своем учебнике Г.В. Чиркина (1989) дала клинико-психолого-педагогическое обоснование коррекции дизартрии, предназначенное для самых разных категорий детей, в частности, страдающих и детским церебральным параличом.

Несмотря на определенные успехи в изучении проблемы дизартрии, в настоящее время ее понимание все равно остается мало определенным и довольно расплывчатым. Традиционно под этим понятием понимают смазанную, нечеткую, плохо разборчивую речь, которая связана со стволово-подкорковыми очаговыми поражениями мозга.

С середины XX в. в науке стало бытовать мнение, что при дизартрии нарушения речи имеют сложный характер, с чем связано расстройство координации мышц речевого аппарата, а также патология просодических характеристик устной речи.

Дизартрия представляет собой наиболее часто встречающееся нарушение речи. Это обобщенное название группы речевых расстройств, которое имеет несколько форм, для которой характерна своя неврологическая и речевая симптоматика. Это расстройство произносительной стороны речи, когда страдает и звукопроизношение, и просодическая организация речи. Вне зависимости от того, насколько поражена центральная нервная система при дизартрии, постоянно нарушается целостность функциональной системы экспрессивного образования речи. Она характеризуется нарушением высоты, тона и громкости голоса, а также ритмико-интонационного уровня высказывания, искажением фонетической окраски звуков, а также в целом неправильной реализацией фонетического строя речи.

На сегодняшний день можно выделить 4 основных подхода при изучении дизартрии: 1) клинический (неврологический), 2) лингвистический, 3) нейропсихологический и 4) психолого-педагогический.

При клиническом подходе исследуются проявления дизартрии в их соотношении с уровнями поражения нервной системы, ее центральных или периферических отделов. Для этого подхода значимы причины дизартрии, ее симптомы, которые проявляются в нарушении мышечного тонуса и движениях артикуляционного аппарата.

Лингвистический подход изучения дизартрии предполагает исследование дизартрии с точки зрения нарушения определенных фонем, фонетического восприятия речи, а также с учетом смысла и ясности речи.

Похожий подход, психолингвистический исследует главным образом просодическую организацию звукового потока, речевую мелодику.

Нейропсихологический аспект изучения дизартрии использует свои методы для анализа психических процессов при нарушении мозговых структур, исследует апраксиические нарушения артикуляции.

Психолого-педагогический подход изучает дизартрию с позиции количественных и качественных характеристик словаря, искажения звукопроизношения, нарушения ее грамматических структур и связного высказывания.

Если обратить внимание на классификации дизартрии, то можно выделить несколько подходов:

- 1) этиопатогенетическая классификация М.С Маргулиса (1926 г.),
- 2) неврологическая, представленная в работе И.И. Панченко и Л.А. Щербаковой (1975),
- 3) нейролингвистическая классификация Е.Н. Винарской (1978) и др.

Тяжесть проявлений дизартрии зависит от таких факторов, как: локализация нарушений в центральной или периферической нервной системе, время появления дефекта, тяжесть и распространение нарушений.

В своей клинико-психологической классификации Е.М. Мастюкова, беря за основу общее психофизическое развитие детей, делит их на несколько групп в зависимости от общего диагноза: дизартрия у детей с нормальным психофизическим развитием, у детей с ДЦП (далее – детским церебральным параличом), у детей с гидроцефалией, с задержкой психического развития, с минимальной мозговой дисфункцией, с общим недоразвитием речи, с фонетико-фонематическим недоразвитием, с последствиями перинатального поражения мозга [40].

Дизартрия проявляется через нарушение речевого дыхания, особую артикуляцию звуков, специфику голосообразования, которые влияют негативным образом и на качество голоса, и на темп, ритм, интонацию.

В 1968 г. Г. Тардые выделил 4 степени дизартрии, встречающейся у детей, в зависимости от степени понятности речи:

1) легкая (иначе – «стертая дизартрия»), отличающаяся минимальными расстройствами, которые выявляются исключительно специалистами в условиях углубленного обследования,

2) средняя – речь говорящего понятна для окружающих, но отличается нарушением просодики и произнесением звуков,

3) выраженная дизартрия – речь ребенка понятна исключительно его матери или близкому окружению,

4) тяжелая форма дизартрии – отсутствие членораздельной речи [13].

В числе причин дизартрии называют органические поражения центральной нервной системы в результате воздействия различных неблагоприятных факторов на мозг ребенка, который развивается во внутриутробном и раннем периодах развития. Чаще всего причинами являются внутриутробные поражения, которые являются результатом острых хронических инфекций, интоксикации, кислородной недостаточности или токсикоза беременности. В числе значимых причин большое значение имеют асфиксия и родовая травма, а также инфекционные заболевания нервной

системы, травмы черепа, опухоли головного мозга и нарушения мозгового кровообращения, менинго-энцефалиты и иные причины.

Следует отметить, что, несмотря на «популярность» дизартрии среди речевых нарушений, в практике логопедической работы преобладает все же стертая форма дизартрия, основными показателями которой являются невнятная невыразительная речь, плохая дикция, искажения и замена звуков в сложных по слоговой структуре словах. Стертая дизартрия определяется Л.В. Лопатиной как сложная речевая патология, находящая проявление в расстройстве фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы, причина возникновения которой заключается в невыраженном микроорганическом поражении головного мозга [29].

По замечанию Е.Ф. Архиповой, в группах детей с общим недоразвитием речи и фонетико-фонематическим недоразвитием около половины воспитанников имеют стертую дизартрию [2].

Для нашего исследования в большей степени значимой является классификация дизартрии, разработанная И. И. Панченко, которая выделяет ее виды, основываясь на ведущих симптомах при нарушениях:

- 1) спастико-паретическая форма, в основе которой ведущим синдромом является спастический парез,
- 2) спастико-ригидная (спастический парез + тонические нарушения управления типа ригидности),
- 3) гиперкинетическая (гиперкинезы: хореические, атетоидные, миоклонии),
- 4) атактическая (атаксия как ведущий синдром),
- 5) спастико-атактическая (признаки спастического пареза и атаксии),
- 6) спастико-гиперкинетическая (спастический парез и гиперкинез),
- 7) спастико-атактико-гиперкинетическая (спастический парез + атаксия + гиперкинез),
- 8) атактико-гиперкинетическая (атаксия + гиперкинез) [46].

Обычно дизартрия диагностируется в детском возрасте и характеризуется наличием симптомов органического поражения центральной нервной системы – недостаточной иннервацией органов артикуляции и нарушением мышечного тонуса мимической и артикуляционной мускулатуры. В структуре дефекта ведущими являются стойкие нарушения фонетической стороны речи и лексико-грамматического строя.

Итак, можно заключить, что дизартрия как патология речи связывается главным образом с нарушением иннервации мышц периферического речевого аппарата, вследствие чего обнаруживается расстройство нейромоторной регуляции тонуса мышц по причине органического либо функционального поражения нервной системы. Это сложное нарушение речи, которое характеризуется комбинацией нарушений компонентов речевой деятельности, что включает артикуляцию, дикцию, голос, дыхание, интонационную сторону речи и мимику.

Поскольку объектом нашего исследования является мышечный тонус, то представим его более детальную характеристику при дизартрии. Мышечный тонус характеризуется тремя состояниями: повышенный тонус (спастичность), пониженный тонус (гипотония) и смешанный мышечный тонус.

Спастичность представляет собой повышение тонуса в мускулатуре шеи и лица, языка и губ, что находит проявление в напряженности мышц, оттягивании языка в виде кома назад, изогнутости его спинки, «неоформленности» его кончика. Это влияет на смягчение согласных звуков, их палатализацию в силу напряжения спинки языка и ее приподнятости к твердому небу. Повышенный мышечный тонус в круговой мышце рта повышает и напряжение губ и приводит к плотному смыканию рта, при этом затрудняется произвольное открывание рта. При повышенном мышечном тонусе часто встречается саливация, ограничение активных движений.

Понижение мышечного тонуса (гипотония) проявляется в снижении тонуса мышц мягкого неба, что препятствует необходимому продвижению

небной занавески вверх и ее прижатию к задней стенке глотки, поэтому струя воздуха выходит через нос. Язык часто тонкий и распластан в полости рта, губы отличаются вялостью, рот часто полуоткрыт, и может наблюдаться выраженное слюнотечение. Голосу при этом свойственна назализация (носовой оттенок)

Меняющийся характер мышечного тонуса (дистония) отличается неравномерностью проявлений. Может быть в спокойном состоянии низкий мышечный тонус, а при попытках звукопроизношения и в момент речи он может резко нарастать. Дистония оказывает негативное влияние на артикуляцию, а характерной особенностью звукопроизношения при ней является непостоянство искажений звуков, их замена и пропуски.

1.2. Клинико-педагогическая характеристика дошкольников с дизартрией

Дизартрия может быть классифицирована по клиническим проявлениям. Х. Гутцманн выделил и описал две клинические формы: центральную (спастическую) и периферическую (паретическую). Чаще встречается смешанная форма, имеющая признаки двух форм, какие-то признаки при этом являются ведущими.

Центральный (спастический) паралич (парез) возникает при поражении проводящих систем, которые обеспечивают проведением импульсов от коры мозга к ядрам черепно-мозговых нервов. Кортико-нуклеарный двигательный (пирамидный) путь в случае поражения какой-либо части его участка приводит к возбудимости периферического сегментарного аппарата. Проявления: гипертонус мышц, спастичность мышц – губ, языка, лица, патологические синкинезии.

Наблюдаются различия и в мышечном тонусе: так, при периферическом параличе тонус отсутствует, при центральном – преобладают элементы спастичности.

Таблица 1 – Характеристика состояния мышечного тонуса в артикуляционном аппарате при дизартрии

Состояние мышц при повышенном мышечном тонусе (резко повышен)				
языка	губ	жевательные	мягкого неба	мимические
Язык в напряженном состоянии, оттянут кзади, «комком». Кончик языка не напряжен. Движения резко ограничены, выполнение артикуляционных поз невозможно	Спастически напряжены и плотно сомкнуты. Произвольные движения выполняются с большими затруднениями.	Напряжены, поза открытого рта удерживается с затруднением	Мягкое небо сокращено, а маленький язычок подтянут кверху. При попытке прикоснуться к мягкому небу шпателем – резкая реакция	Лицо напряжено и гипомимично.
(повышен нерезко)				
Язык беспокоен, отмечаются гиперкинезы, усиливающиеся при высовывании.	Выполнение произвольных движений затруднено.	Напряжены, удержание позы широко открытого рта затруднено	Отмечается повышенный рвотный рефлекс.	Мимика отличается бедностью
Состояние мышц при повышенном мышечном тонусе (понижен резко)				
Язык лежит плашмя, тонкий и бледный, в белых полосках. Движения резко ограничены, артикуляционные позы не удерживает	Губы истончены, уголки рта опущены, часто ассиметричны, полное смыкание губ невозможно.	Рот постоянно приоткрыт из-за поражения жевательных мышц. Жевание твердой пищи затруднено.	Мягкое небо провисает, маленький язычок может касаться корня языка. В речи – назализация. Во время еды и питья бывает поперхивание.	Лицо слегка одутловато и амимично.

Понижен нерезко				
Язык малоподвижен, присутствует вялость движений. Сила и точность движений снижены, высокая истощаемость. Встречаются сложности удержания артикуляционной позы	Губы отличаются вялостью, имеются трудности выполнения артикуляционных проб «трубочка», «поцелуй», «улыбка»	Жевание и откусывание твердой пищи затруднены	Мягкое небо малоактивно, возможна назализация	Вялая мимика
Неоднородное распределение мышечного тонуса				
Мышцы языка поражены в разной степени и в разных частях. Одна группа мышц может быть спастична, а другая – находится в состоянии пониженного тонуса, что проявляется при активных движениях. Язык может отклоняться в сторону при высовывании вперед. Отклоняется он всегда в более пораженную сторону за счет преобладания активных движений мышц на здоровой стороне языка.	В случае поражения круговой мышцы рта с одной стороны угол рта может быть слегка опущен (пониженный тонус), что особо заметно при пробе «улыбка». Могут быть сложности в удержании позы на стороне поражения. Часто видима сглаженность носогубной складки на той же стороне.	При поражении (понижении тонуса) жевательных мышц с одной стороны открывание рта вызывает отклонение челюсти в пораженную сторону за счет более активных движений на здоровой стороне.	При одностороннем поражении мышц мягкого неба (понижение тонуса) маленький язычок отклоняется в сторону более сокращенных мышц, то есть в здоровую сторону	Ассиметрия в выполнении мимических движений

С учетом клинической классификации дизартрии более подробно остановимся на рассмотрении спастического пареза, который свойственен всем формам дизартрии. Он имеет связь с ослаблением иннервацией

черепно-мозговых нервов и оказывает влиянием на степень участия артикуляционной мускулатура в акте говорения. Спастический парез обуславливает слабость мышц речевой мускулатуры, что вызывает необходимость использования укрепляющей гимнастики для мышц артикуляционного аппарата. Спастический парез может проявляться в таких формах, как сложность удержания в течение длительного времени необходимую артикуляционную позу, правильно ее выполнить, оперативно переключиться из одного положения в другое. Голос отличается недостаточной силой и звонкостью, голосовые возможности быстро истощаются, амплитуда голосовых модуляций имеет заметное снижение, многие группы звуков смазаны (преимущественно щелевые и сонорные). Для выявления степени нарушения и уточнения истощаемости функции, а также ее тренируемости следует использовать большое количество проб, что предоставит логопеду возможность рассчитать дозировку коррекционных упражнений.

Спастический парез может иметь разную степень проявления: одни дети испытывают сложность при удержании во времени необходимой артикуляционной позы, другие не могут ее выполнить, некоторым с трудом дается переключение с одной позиции на другую. Процесс приема пищи при спастическом парезе традиционно не нарушен или имеет небольшие нарушения. Несмотря на то, что акт еды может быть замедлен, он скоординирован, процессы жевания, глотания могут быть выражены слабо. Хотя звуки искажены, но фонемы имеют сохранный вид и противопоставлены друг другу в строгой последовательности. Лексико-грамматические нарушения у детей не отличаются большой силой. Амплитуда движений речевых органов отличается сниженностью. При произнесении звуков (чаще всего у, и, ы, ж, ш, ц, ч) отмечается лабиализация и выпячивание губ вперед.

Гиперкинезы могут проявляться в разных формах (хореический, атетовидный, хореоатетовидный, миоклонический), при этом их тип зависит от локализации поражения в экстрапирамидной системе.

При наличии гиперкинезов в мышцах речевого аппарата возникают нарушения звукопроизношения, а также интонации. Гиперкинезы могут нарушать кинетическое чувство в сфере артикуляции. Его проявления возможны как в спокойном состоянии, так и при звукопроизношении. В зависимости от характера его проявления можно говорить о его генезе (органическом или функциональном) и определить перспективу его систематического лечения.

Гиперкинетическая форма дизартрии отличается трудностями в приеме пищи – совершении актов жевания и глотания, которые дискоординированы и представляют трудность. Произносительная сторона речи имеет такие особенности, как прерывистый, напряженный, вибрирующий голос, который изменяется по силе и высоте, его модуляция имеет ограниченный характер. Большинство детей, имеющих выраженную патологию, неспособны выполнять органами артикуляции большинство неречевых движений, которые аналогичны движениям при производстве звуков.

Симптомы дизартрии проявляются в виде расстройств двигательной сферы, мелкой и крупной моторики, а также мимической и артикуляционной мускулатуры.

Общая моторика детей с дизартрией отличается скованность и неловкостью движений, их замедленным темпом, отсутствием дифференцированности. Часто отмечается ограниченность объема движений конечностей, чаще с одной стороны, отмечаются нарушения мышечного тонуса. Подвижность может быть резко выраженной, а движения могут отличаться бесцельностью и отсутствием продуктивности. В наибольшей степени нарушения общей моторики у дошкольников заметны при выполнении сложных движений, которые предполагают четкое выполнение

движений и точную работу групп мышц, а также верной их пространственно-временной организации.

Нарушения мелкой моторики находят отражение в нарушении быстроты, координации движений и их точности, сложности их повторения по образцу, быстрой утомляемости мышц. Навыки самообслуживания прививаются детям с трудом, они не любят рисовать, выполнять тонкие движения руками.

Звукопроизношение детей с дизартрией отличается искаженной артикуляцией, смешением звуков, их заменами и пропусками. По замечанию Л.В. Лопатиной, дошкольники с дизартрией отличаются полиморфными нарушениями звукопроизношения, когда нарушаются все группы звуков [32].

У детей с дизартрией часто нарушено речевое дыхание, связанное с голосообразованием, что негативным образом влияет и на разборчивость речи, и на ее эмоциональную выразительность. Часто голос у таких детей слабый, тихий, тембр голоса также нарушен.

Исследователи В.В. Лопатина, С.И. Маевская, Е.М. Мастюкова и др. отмечают у детей с дизартрией, наряду с недостатками речи, также нарушение памяти, внимания, проблемы в эмоционально-волевой сфере (возбудимость, неустойчивость настроения, поведенческие проблемы, вспышки аффектов). Проблемы памяти и внимания провоцируют у детей проблемы в когнитивном развитии [32; 40].

Мимические проявления дизартрии видны визуально невооруженным глазом, даже порой без специального обследования: это маловыразительная мимика, амимичность лица, сглаженность носогубных складок, возможная асимметрия лица, черепа, рта, глазных щелей, у детей часто бывает приоткрыт рот.

Итак, характерными нарушениями при дизартрии являются нарушения общей и мелкой моторики, фонетические и фонематические нарушения, нарушения просодической стороны речи, лексико-грамматического компонента языка, расстройство артикуляционной моторики.

Устранение дизартрии предполагает комплексность воздействия, что предполагает включение разных направлений:

1) медицинского (медикаментозная помощь, направление которой определяется врачом-неврологом, рефлексотерапия, физиотерапия, ЛФК и др.),

2) психолого-педагогического, включающего работу психологов, воспитателей, дефектологов, родителей (развитие общей и мелкой моторики, увеличение сенсорных функций, пространственных представлений, работа над конструктивным праксисом, когнитивное развитие и т.п.),

3) логопедического (нормализация мышечного тонуса артикуляционного аппарата посредством проведения логопедического массажа, нормализация моторики речевого аппарата, укрепление голоса, дыхания, работа над просодикой речи, развитие мелкой моторики рук).

Вопросы коррекции дизартрии подробно описаны в работах таких исследователей, как Е.М. Мастюкова, К.А. Семенова, Л.В. Лопатина, Е.Ф. Архипова, О.В. Правдина, Н.В. Серебрякова и др., где отмечена значимость целенаправленной работы в таких направлениях, как: развитие общей и мелкой моторики, артикуляционной моторики, нормализации мышечного тонуса, проведение пальцевой гимнастики, а также дыхательных и голосовых упражнений.

Итак, дети, чья симптоматика соответствует дизартрии, направляются на консультацию к неврологу для подтверждения диагноза и назначения лечения. Методика коррекционной работы дизартрии характеризуется комплексностью и включает в себя 3 элемента: медицинское воздействие, психолого-педагогическую помощь, а также логопедическую работу.

1.3. Обзор методик по нормализации мышечного тонуса посредством логопедического массажа при дизартрии

В настоящее время существует множество традиционных и нетрадиционных форм работы с нарушениями речи. Традиционные формы работы включают логопедический массаж, лечебную физкультуру, артикуляционную гимнастику. В числе нетрадиционных методов работы И.В. Блыскина отмечает ароматерапию, хромотерапию, звукотерапию, куклотерапию, апитерапию, физиотерапию, лечебную физкультуру, приемы развития ручного праксиса и тактильных ощущений, а также приемы релаксации и дифференцированной артикуляционной гимнастики [9, с. 19].

Если сделать небольшой ретроспективный экскурс в историю массажа, то можно в целом охарактеризовать его как метод физического и энергетического воздействия на тело человека, при помощи которого можно снять боль или уменьшить ее проявление, успокоить или взбодрить человека, и в целом, положительным образом влиять на его физическое и умственное состояние.

К настоящему времени точно не установлено, где впервые появился массаж, однако по сохранившимся наскальным рисункам и письменам, очевидно, что он возник на заре человечества почти во всех уголках земного шара. Массаж был уже известен первобытным людям, которые по причине отсутствия каких-либо средств врачевания прибегали к наиболее доступному – рукам. Массаж был известен уже первобытным людям с островов Тихого океана, также его приемы описаны в «Аюр-Ведах» - древнеиндийских трактатах.

Во времена вступления в Индию А. Македонского (327 до н.э.) при помощи массажа лечили воинов от укуса змей, затем искусство массажа распространилось в Непале и Цейлоне – соседних странах. В Непале в 1000 г. до н.э. уже существовали медицинские школы, обучающие искусству массажа, который был заимствован у китайцев и индусов.

В Китае в 2698 г. до н.э. появилась книга о массаже «Конг-фу», которая дошла до нас. В 6 в. в этой стране был создан первый в мире государственный медицинский институт, в котором обучали массажу. Причем в каждой провинции Китая были школы, в которых готовили мастеров массажа.

В Древнюю Грецию массаж попал из Египта вместе с «умащиваниями» маслами и мазями, а также с широким использованием бани. Врачи в Древней Греции называли массаж важным элементом культуры эллинов, в которой развитие тела имело большую ценность.

Научное обоснование массажа впервые было сделано Гиппократом, а первым «пропагандистом» массажа был Геродикос, который сам прожил до ста лет, каждый день занимаясь гимнастикой и массажем. У знаменитых поэтов Гомера и Пиндара есть описания сцен массажа тел героев-воинов.

Массаж как вид целительства имел большое значение в Римской империи, где он был в обиходе у всех слоев населения. Он использовался преимущественно в «термах» (банных), где были предусмотрены специальные комнаты для проведения массажа («трепидариумы»). Благодаря выдающему древнеримскому врачу Асклепаду массаж нашел широкое применение как в медицине, так и в физическом воспитании. Именно им была сделана первая классификация массажа, который он разделил на сильный и слабый, а также кратковременный и продолжительный, с использованием смазывающих средств и сухой массаж.

Древнеримским врачом К. Галеном была описана методика основных массажных приемов (поглаживание, растирание и разминание). Им же была представлена рекомендация начинать массаж со слабых поглаживаний с постепенным их усилением, затем переходить к растиранию, а заканчивать процедуру также легкими поглаживаниями. Эти предписания до сих пор сохранились в практически неизменном виде. После того, как Римская империя пала, массаж на долгие десятилетия исчез из европейской жизни, чему во многом способствовало распространение христианства, идеей

которого было умерщвление плоти. Народы, которые были приверженцами иных религий, по традиции применяли массаж для лечебных и профилактических целей. Так, X и XI можно по праву назвать расцветом арабской медицины. Такими известными врачами, как Разес Ар-Рази и Абу Али Ибн-Сина, были разработаны авторские оригинальные приемы массажа, что способствовало формированию особого направления – «восточный массаж», который успешно применялся в банях. Идеи арабских врачей были распространены и в странах по соседству – Персии, Хиве, Турции, Бухаре, Грузии и Армении.

В эпоху Возрождения произошел новый скачок интереса к массажу, однако, тем не менее, он уже не имел такой популярности, как в Древнем Риме и Древней Греции.

Массаж у славянских народов имел свою специфику. К нему можно причислить так называемое «хвощевание» - нахлестывание веником тела во время мытья в бане, что в немалой степени способствовало закаливанию организма, особенно в условиях сурового климата. Неумелое применение этого вида массажа шарлатанами в Европе в немалой степени дискредитировало его как метод лечения и профилактики болезней, вследствие чего он был забыт на долгое время. И лишь в 18 в. массаж стал активно возрождаться в таких европейских странах, как Франция, Англия и Германия. Во второй половине 19 в. медиками были предприняты попытки дать массажу научное обоснование. А в конце этого же века врачи-клиницисты в России стали разрабатывать различные методики массажа, активно внедряя его в практику работы.

В числе тех, кто разрабатывал европейский массаж, следует отметить имена М.К. Барсова, И.В. Заблудовского, В.В. Гамолицкого, Е.Н. Залесова, Н.И. Рачинского, К.Г. Соловьева, В.К. Крамаренко, А.В. Янченко, И.М. Саркизова-Серазини. Наиболее известное имя благодаря своим разработкам теории и практики массажа в дореволюционной России принадлежит – это имя И.В. Заблудовского – русского ученого, приват-

доцента Военно-медицинской академии Петербурга. Им была создана стройная научно обоснованная система, которая стала основой современного лечебного, спортивного и гигиенического массажа, вследствие чего И.В. Заблудовского часто называют «отцом современного массажа».

Логопедический массаж в коррекции дизартрии используются достаточно давно, что обосновано такими учеными, как М.Б. Эйдинова, О.В. Правдина, Е.Ф. Архипова, Е.А. Дьякова, С.А. Бортфельд, К.А. Семеновой, Е.М. Мастюковой, Т.А. Яньшиной, Л.Д. Могучей, и др., где представлены подробные описания его приемов и методика проведения. Его основателем считается И.З. Заблудовский – первый, кто предложил массаж лица, активно используемый логопедами в своей работе.

При этом следует заметить, что при теоретическом обосновании целесообразности его использования в работе, в практике логопедической работы он используется относительно недавно. Логопедический массаж представляет собой активный способ механического воздействия и способствует нормализации произносительной стороны речи и в целом, общее эмоциональное состояние ребенка. Он имеет прямое и рефлекторное влияние на систему мышц. При его выполнении мышечные волокна обретают эластичность, замедляется атрофия мышц и их сократительная функция, а также происходит уменьшение гипотрофии.

В работах Е. М. Мастюковой представлен метод расслабляющего массажа, который может быть использован в работе с детьми с диагнозом «детский церебральный паралич». В работе Е.Ф. Архиповой также представлены методы логопедического массажа, ориентированные на эту категорию детей [3]. Основные виды логопедического массажа – это классический ручной, точечный и аппаратный.

Зондовый вид массажа, предложенный Э. И. Склярченко, при дизартрии также является популярным методом работы. Ученым были разработаны зонды, которые способствуют восстановлению речевых функций. Этот вид массажа улучшает мышечный тонус, речевое дыхание и помогает работе над

формированием правильного звукопроизношения. В работе используются пластиковые (используемые при повышенном мышечном тоне) и металлические зонды из нержавеющей стали (при пониженном тоне).

Е.А. Дьякова, отмечая физиологическое действие массажа, называет его благоприятное физиологическое воздействие в целом на организм. Массаж вызывает ряд местных и общих реакций, в которых принимают участие все ткани, системы и органы [17].

Массаж как физиологическое воздействие включает сложные рефлекторные, нейрогуморальные и обменные процессы, которые имеют взаимообусловленную природу и регулируются центральной нервной системой. Начальное звено в механизме этих реакций – раздражение рецепторов поверхности кожи, представляющей собой большое чувствительное поле, являющееся периферической частью кожного анализатора, связанного с центральной нервной системой. Импульсы, которые возникают при раздражении кожных покровов при массаже, поступают по афферентным путям в центральную нервную систему, а обратная импульсация по эфферентным путям поступает в ткани и мышцы, в результате чего изменяется общая нервная возбудимость и оживляются утраченные либо сниженные рефлексы. Ответные реакции, которые формируются в процессе массажа, нормализуют регулирующую и координирующую функцию центральной нервной системы.

Массаж оказывает прямое и рефлекторное влияние на системы лимфо- и кровообращения. Под его влиянием происходит изменение состояния капилляров кожи, что вызывает отчетливые изменения во всей сосудистой системе. Капилляры расширяются, происходит увеличение газообмена между кровью и тканями, также усиливаются окислительно-восстановительные процессы.

Ритмичные движения, которые применяются при массаже, способствуют облегчению продвижения крови по артериям и ускорению оттока венозной крови.

Оказывая рефлекторное воздействие на всю лимфатическую систему в целом, он улучшает функцию лимфатических сосудов, улучшает питание мышц и тканей, а также повышает обменные процессы в организме. Эффект рефлекторного действия тепла и усиления обменных процессов способствует активной гиперемии в тканях.

Особым образом массаж влияет и на мышечную систему, что подтверждается многочисленными исследованиями: под воздействием массажа повышается эластичность мышечных волокон, а также объем, сила, сократительная функция мышц и их работоспособность [17].

Многие исследователи, в частности, Е.А. Дьякова, отмечают, что дифференцированное применение различных приемов массажа способствует понижению тонуса при спастичности мышц, а также его повышению при вялых парезах артикуляционной мускулатуры, что играет значимую роль в формировании и осуществлении активных произвольных, скоординированных движений органов артикуляции.

Итак, очевидно, что логопедический массаж способен положительным образом воздействовать на организм в целом благодаря тому, что вызывает благоприятные изменения в нервной и мышечной системах, которые играют основную роль в процессе речепорождения [17; 18].

И.П. Васькова в логопедическом массаже выделяет такие приемы, как поглаживание, растирание, разминание, вибрация и поколачивание, плотное нажатие. Опишем их более подробно [14].

Поглаживание представляет собой прием, с которого начинается и заканчивается каждая процедура массажа и который чередуется с иными приемами. Оно может быть поверхностным, глубоким или граблеобразным. Поглаживания осуществляются в разных направлениях – продольно, поперечно, спиралевидно, кругообразно и зигзагообразно. Как вспомогательный тип поглаживания используют щипцеобразный массаж, который выполняется 1-2 или 1-2-3 пальцами и применяется при массаже губ и языка. Поглаживание способствует усилению кровообращения в сосудах,

которые расположены на поверхности и позволяют снизить мышечный тонус.

Растирание, при котором рука не скользит по коже, а сдвигает ее, проводится для отдельных мышечных групп и выполняется в различных направлениях: прямолинейно, а также круговыми и спиралевидными движениями. Для массажа губ и языка применяется щипцеобразное растирание, что усиливает кровообращение, улучшает обменные процессы в тканях и повышает тонус мышц.

Разминание проводится для отдельных групп мышц. При этом рука выполняет 2-3 фазы фиксации и захват массируемой области. Оно по максимуму активизирует работу мышц, благодаря чему повышается их тонус.

Редко, но тем не менее, используются вибрация и поколачивание, которые применяются для выполнения вибрирующих движений на лице, которые напоминают выбивание дроби на барабане. Жесткая вибрация повышает тонус мышц, а слабая вибрация способствует снижению их тонуса. Прием поколачивания применяется на лице обычно в местах выхода нервов.

Плотное нажатие как прием массажа способствует улучшению кровообращения и лимфообращения, а также обменных процессов и применяется в местах выхода пучков нервных окончаний. [14].

Исследователь делает важное замечание о том, что такое явление, как тонус лица не может быть с одной стороны низкий, а с другой – высокий. Если с одной стороны лица наблюдается гипо или гипертонус, но на другой его стороне – будет норма (или приближенность к норме). В таком случае в том месте, где, например, в большей степени спущена губа, следует использовать больше движений, а в том месте, где наблюдается норма – 2-3 движения.

На языке может быть иначе: с одной стороны гипотонус, а на другой – гипертонус (на кончике высокий, а на корне – низкий, или же наоборот). Девиации (отклонение языка в сторону) всегда происходит в сторону

поражения, гипертонуса, он стягивается резиночкой. Отклонение в сторону при гипотонусе бывает крайне редко. Необходимо прощупать язык со здоровой и пораженной стороны и сравнить. Массаж языка делается на пораженной стороне в сторону акцента.

Гипертонус языка хорошо снимается массажем мизинца правой ноги ребенка. Для снижения рвотного рефлекса необходимо проделать сначала эту процедура, а затем сосредоточить внимание на языке.

При высоком тонусе массаж следует делать не на локальных участках, пораженных тонусом, а проводить полный сеанс, который включает шейно-воротниковую зону (спину, шею и грудь), лицо, дно полости рта, что является подготовкой к вторжению в ротовую полость ребенка. Только после массажа этой зоны возможно приступить к массажу языка. Для нормализации тонуса языка эффективен массаж с чередованием артикуляционных упражнений «Иголочка», «Блинчик» и др. [18].

Таким образом, исходя из общих представлений о физиологическом механизме действия массажа на организм в целом и непосредственно на систему мышц периферического речевого аппарата, возможна формулировка основных целей логопедического массажа. По мнению Е.А. Дьяковой, они заключаются в следующем:

1. нормализация мышечного тонуса общей, мимической и артикуляционной мускулатуры,
2. уменьшение проявлений параличей мышц речевого аппарата и парезов,
3. снижение тех патологических проявлений, которые сопутствуют нарушениям двигательной функции мышц речевого аппарата (гиперкинезы, синкинезии, патологические рефлексы орального автоматизма, гиперсаливация, девиации и т.п.)
4. стимуляция кинестических и проприоцептивных ощущений,
5. увеличение амплитуды и объема артикуляционных движений,

6. формирование произвольных и скоординированных движений органов артикуляции,

7. нормализация эмоционального состояния детей [17].

Е.Ф. Архипова отмечает, что целью логопедического массажа является не только укрепление или расслабление артикуляционных мышц, но также и стимуляции проприоцептивных ощущений, способствующих формированию четкости кинестического восприятия, поскольку речевые кинестезии имеют большое значение для формирования импрессивной и экспрессивной речи, что неоднократно отмечалось в работах В.Л. Богродицкого (1930), М.А. Пискунова (1962) и др. Кинестическое чувство сопровождает работу всех мышц, особенно большую роль они играют в формировании импрессивной и экспрессивной речи. В зависимости от степени напряжения мышц в ротовой полости возникают различные мышечные ощущения в зависимости от степени напряжения мышц при движении языка и губ. При произнесении звуков возникают разные артикуляционные уклады. [2].

Традиционно в работе логопеда используются два вида массажа: линейный и точечный. Первый является достаточно легким в исполнении, второй – более сложным.

И.З. Заблудовский – один из основоположников нашей, отечественной системы массажа, которым был предложен массаж лица, имеющий большое значение и в настоящее время и активно применяющийся в работе многих логопедов. Им были предложены такие приемы стимулирующего массажа, как поглаживание и разминание лба ребенка, разминание носа и скуловой области, разглаживание лобных мышц, вибрация лица, разглаживание мышц под глазами, между губой и подбородком [27].

Логопедический массаж в работе применяется на всех этапах коррекционного воздействия и часто он проводится вместе с артикуляционной гимнастикой. При формировании голоса и речевого дыхания он применяется совместно с логопедическими или релаксационными упражнениями. Наибольшая его эффективность очевидна

на начальных этапах работы для нормализации мышечного тонуса. При помощи массажа возможно привести в норму состояние мышц языка и губ, жевательных и мимических мышц.

Для того, чтобы понизить повышенный мышечный тонус, используются приемы расслабляющего массажа, для его повышения – приемы тонизирующего укрепляющего массажа.

Для того, чтобы мышечный тонус детей вошел в норму, в логопедической работе используются его 4 приема: растирание, разминание, поглаживание и вибрация.

Е.А. Дьякова в логопедической практике выделяет следующие виды массажа:

1) классический, включающий приемы поглаживания, растирания, разминания и вибрацию. При его проведении очень важен учет состояния мышечного тонуса, в связи с чем его можно разделить на активизирующий и расслабляющий,

2) точечный массаж, или массаж по биологически активным точкам (БАТ) является методом рефлекторной терапии. Его суть в воздействии на активные точки путем надавливания, что также позволяет его делить на расслабляющий и тонизирующий,

3) инструментальный массаж предполагает применение специальных приспособлений, аппаратов или зондозаменителей. При его проведении применяются логопедические зонды, шпатели, массажные щетки для полости рта, зубные щетки и вибромассажеры миниатюрного размера. Этот вид массажа используется преимущественно для активизации кинестических ощущений, а также в виде дополнительного средства воздействия для активизации или расслабления мышц,

4) смешанный массаж включает в себя несколько видов массажа: классический массаж может быть дополнен приемами точечного массажа или же дополнен некоторыми приемами инструментального массажа, что может усилить воздействие на отдельные группы мышц,

5) самомассаж предполагает выполнение массажа самим пациентом – взрослым или ребенком самостоятельно [17].

И.В. Блыскина выделяет ряд требований к проведению логопедического массажа: чистые, вымытые руки, отсутствие колец, перстней и прочих украшений, которыми можно повредить кожу ребенка. необходимо делать массаж только теплыми руками. Сеанс массажа – это процедура, которая осуществляется 1 раз в день. Курс массажа – это то количество сеансов, которые проводятся в течение определенного количества дней. Продолжительность сеанса и курса зависит от особенностей речевой патологии: чем она тяжелее – тем дольше будет курс [10].

Описанный в литературе опыт практической работы с детьми с дизартрией с использованием логопедического массажа позволяет говорить о его эффективности в силу того, что его использование сокращает время коррекционной работы, особенно при формировании произносительной стороны речи. Использование логопедического массажа способствует постепенной нормализации тонуса мышц и активизации двигательной функции мышц речевого аппарата. При этом формирование правильного произнесения звуков в ряде случаев может происходить спонтанно.

При составлении эффективной программы логопедического массажа необходимо знание анатомии и физиологии мышц речевого аппарата, а также понимание патогенетических механизмов разных форм дизартрии и владение методами диагностики, которые позволили бы установить нарушение тонуса и двигательных функций различных мышц периферического речевого аппарата.

Перед проведением массажа обязательно проводится логопедическая диагностика, цель которой – определение состояния тонуса мышц периферического речевого аппарата, которая позволяет уточнить: какая их мышц или группа мышц не выполняет своей функции при речепорождении, что обеспечивает адекватность программы логопедического массажа.

При составлении индивидуальной программы логопедического массажа логопедом определяется ряд комплексов, которые должны быть включены в программу, время работы с каждым комплексом, обозначить те мышцы или группы мышц, которым должно быть уделено более пристальное внимание и последовательность воздействия на эти мышцы. Это во многом зависит от результатов диагностики и от состояния мышечного тонуса.

Таким образом, использование логопедического массажа в коррекционно-педагогической работе подразумевает умение логопеда составлять индивидуальный 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.

Перед проведением массажа необходимо прощупать у детей состояние крупных кровеносных сосудов на тех участках, которые массируются (на боковых поверхностях шеи). Массаж не следует проводить при обнаружении уплотнений и их болезненности.

При выполнении массажа логопеду следует выработать хорошее осязательное чувство кожи, уметь владеть техникой массажа и четко ориентироваться в речевой патологии, знать приемы логопедического массажа и иметь четкое представление о физиологическом действии определенных приемов массажа и об их воздействии на определенные зоны.

Для этого ему должна быть известна анатомия речевого аппарата: топография мышц, сосудов и нервов, а также показания и противопоказания для его проведения.

Помимо непосредственно речевых нарушений органической природы у детей дошкольного возраста имеются также свои особенности физического и нервно-психического развития, что проявляется в эмоциональной возбудимости, легкой возбудимости, двигательном беспокойстве, отсутствии длительных волевых усилий, отставание в развитии двигательной сферы, двигательная неловкость, малый объем движений. В движениях они могут быть как заторможены, так и легко возбудимы, нетерпеливы. Нескоординированность движений при выполнении упражнений и слабая координация пальцев рук часто встречаются у детей с дизартрическими нарушениями. В связи с выше обозначенными особенностями, логопеду следует сосредоточить свое внимание на исправлении речевого дефекта, но также и на нормализации физического и психического состояния детей. Этому может способствовать использование традиционных и нетрадиционных методов работы.

По мнению Н.В. Блыскиной и В.А. Ковшикова, длительность комплексного сеанса логопедического массажа должна составлять около 20 минут, из которых 5 минут отводится на релаксацию, в течение 10-15 минут проводится точечный сегментарный массаж, а в течение еще 5 минут – дифференцированная артикуляционная гимнастика. Курс логопедического массажа рассчитан на 10-12 сеансов. Занятие по формированию звукопроизношения проводится через 20-30 минут после комплексного сеанса массажа. [32].

Е.В. Новиков полагает, что курс должен включать 15-30 сеансов массажа языка руками, после чего следует подключить массаж скул, щек и круговой мышцы рта, после чего проводится зондовый массаж языка и мягкого неба. Автор полагает, что продолжительность одного сеанса массажа

должна быть около 30 минут с перерывами на отдых через каждые 5 минут. Длительность одного сеанса, таким образом, достигает 60 минут.

Вывод по главе I:

Дизартрия проявляется в нарушении произносительной стороны речи, возникающем при поражении центральной нервной системы.

Нарушение мышечного тонуса при дизартрии характеризуется тремя состояниями: повышенный тонус (спастичность), пониженный тонус (гипотония) и смешанный мышечный тонус.

Обследование детей дошкольного возраста с дизартрией происходит на основе разработок и научных трудов Л.С. Волковой, Н.С. Жуковой, Е.М. Мастюковой, Т.Б. Филичевой и др.

Логопедический массаж представляет собой совокупность приемов механического воздействия на разные участки поверхности тела человека, что во многом способствует устранению патологий речевого аппарата.

Эффективность проведения логопедического массажа в работе с детьми, имеющих речевые нарушения, предполагает умение логопеда учитывать особенности патологии и составлять комплекс массажных движений для каждого индивидуального случая. Разработка массажного комплекса основывается на определенных принципах работы: знание анатомии и физиологии артикуляционного аппарата, использование в работе адекватных методов диагностики, которые позволяют верно определить состояние мышечного тонуса различных мышц речевого аппарата, в связи с чем совершить выбор правильных приемов движений при массаже и установить их верную последовательность.

ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА, ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ, ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ

2.1. Цель, задачи, методики исследования мышечного тонуса детей дошкольного возраста с дизартрией и организация констатирующего эксперимента

База эмпирического исследования: частный центр логопедической помощи (Индивидуальный предприниматель Е.В. Пенклиди), куда родители обращаются с проблемами речи детей дошкольного возраста. С каждым годом количество клиентов увеличивается, что в целом может являться свидетельством увеличения числа детей с патологиями речи.

Для эмпирического исследования под наблюдение нами было включено 20 детей примерно одного возраста – 5-7 лет с диагнозом «дизартрия» для последующего наблюдения за ними. В исследовании принимали участие 11 мальчиков и 9 девочек.

Время проведения эмпирического исследования: 2021 – 2022 гг.

Анализ медицинских карт детей показал, что все они имеют сохранный слух, зрение и интеллект. В анамнезе у многих детей – появление на свете путем кесарева сечения, кровоизлияние в мозг, асфиксия и гипоксия плода, часто встречаемые респираторные заболевания.

В ходе диагностики медицинских карт, бесед с родителями детей и логопедических обследований было выявлено, что дети быстро утомляются, с трудом овладевают навыками самообслуживания, их движения неустойчивы,

К особенностям речевого дыхания детей с дизартрией можно отнести низкий уровень его сформированности, его поверхностность. Часто наблюдался подъем грудной клетки вверх, а также втягивание живота на вдохе, чрезмерно большой вдох, учащенность дыхания или же, напротив, слабый вдох и выдох, что влияет на громкость речи. Носовое и ротовое

дыхание порой не дифференцировано. По словам дыхание также не распределено. Фразы произносятся часто торопливо, «взахлеб».

Одним из ведущих методов работы для коррекции дизартрии в нашем центре является логопедический массаж. Ему в обязательном порядке предшествует медицинская диагностика, осуществляемая врачом-неврологом. В медицинском заключении отражено указание на наличие симптоматики неврологического характера, в частности, указание на форму пареза (паралича), локальные нарушения иннервации мышц и т.п. Обычно рекомендации к проведению логопедического массажа поступают от врача-невролога.

В компетенции логопеда – определение формы и структуры дефекта речи в аспекте клинико-педагогической классификации и постановка вопроса о необходимости проведения массажа и разработка его курсов.

Основным показателем к назначению логопедического массажа является изменение мышечного тонуса, фиксируемое как в общей мускулатуре, так и в органах речевого аппарата. Путем осмотра, пальпации и наблюдения при выполнении динамических и статических упражнений определяется состояние мышц верхней половины туловища, шеи, а также мимически и артикуляционных мышц.

Диагностика состояния мышечного тонуса детей и особенностей их звукопроизношения дает основания для составления индивидуальной программы логопедического массажа с учетом особенностей каждого ребенка. Комплекс массажных приемов и их последовательность, а также методика проведения была основана на индивидуальных особенностях каждого маленького пациента.

Цель первичного обследования: фиксации особенностей состояния мышечного тонуса, двигательных функций органов артикуляции и нарушений звукопроизношения.

Диагностика выявляла состояние мышечного тонуса, а также возможность осуществления произвольных и непроизвольных движений,

качество выполнения мимических и артикуляционных движений (точность, амплитуда, ритмичность, сила сокращения мышц, время фиксации артикуляционного уклада, способность переключаться с одного движения на другое),

Обследование включало следующие этапы:

1. Вступительный этап – введение в ситуацию, установление контакта с ребенком, получение его согласия на обследование, инструктаж по выполнению заданий.

2. Предъявление задания (пробы на исследование состояния мимической и артикуляционной моторики, упражнения).

3. Наблюдение за выполнением ребенком упражнений и фиксация их в протокол обследования. Определение состояния мышечного тонуса в артикуляционном аппарате у детей проводилось в положении лежа, когда мышцы находились в максимально расслабленном состоянии. Первичная диагностика позволила сделать заключение об особенностях мышечного тонуса каждого ребенка, определить перспективу массажного воздействия, отраженную в разработке карт дифференцированного массажа.

В зависимости от типа нарушения мышечного тонуса нами было выделено 2 группы детей: с гипотонусом мышц речевого аппарата и со спастичностью мышц.

Для этого нами был использован диагностический инструментарий, представленный Е. Дьяковой (Приложение 1), который предполагал следующие аспекты исследования: 1) общий осмотр, выявляющий особенности осанки ребенка, положение головы по отношению к плечевому поясу и положение плеч, особенности лица, а также состояние мимических мышц в состоянии покоя (положение бровей, ширина глазных щелей, носогубных складок, углов линии рта, жевательных мышц в спокойном состоянии, положение рта, а также состояния мышц полости рта в спокойном состоянии, состояние языка и мягкого неба); 2) обследование мимических мышц, 3) обследование мышц окружности рта. 4) обследование мышц языка

(скелетные мышцы и собственно мышцы языка), а также состояния мягкого неба. [17].

Обследование звукопроизношения у детей осуществлялось нами при помощи методики Е.Ф. Архиповой, в основе которой лежат стандартные методики, ранее представленные в работах Е.М. Мастюковой, Т.Б. Филичевой, Н.С. Жуковой, Г.В. Чиркиной и др., а также при помощи пальпации – приема, являющегося важным способом логопедического обследования. При помощи пальпации мышц и кожных покровов в области периферического речевого аппарата имеется возможность в наибольшей степени точно определить характер нарушений мышечного тонуса и локализацию нарушений. К тому же посредством пальпации нами определялось наличие болезненных участков в области отдельных мышц, в частности, мышц языка, наличие структурных изменений в обследуемых мышцах. Пальпация основана на «тактильной памяти» - запоминание ощущений, которые возникают при пальпации мышц и кожных покровов.

Исследование состояния звукопроизношения у детей определяется количеством нарушенных звуков, их фонетическая группа, особенности нарушения звукопроизношения (отсутствие, искажение, смещения или замена). Для точного определения нарушения звукопроизношения детей в исследовании предполагались разные фонетические условия: изолированное произнесение звуков; в слогах разного вида (прямых, обратных или при стечении согласных звуков); в словах в разных позициях (начало слова, его середина и конец), во фразовой и спонтанной речи.

При обследовании звукопроизношения использовался лексический материал, который отвечал таким условиям, как его разнообразие, насыщенность исследуемым звуком, включение слов со звуками-«оппозиционерами», использование слов разной звуковой структуры и звуконаполняемости. Исследование звукопроизношения у детей включало не только прием повторения слов за логопедом, но также и наглядный дидактический материал (сюжетные картинки).

Алгоритм обследования звукопроизношения у детей был следующим;

- 1) изолированное произнесение звука,
- 2) произношение звука в словах разной слоговой структуры и в словах, в которых звук находится в разных позициях (отраженно и по картинке),
- 3) исследование звука в словах разной слоговой структуры.

Для количественной и качественной характеристики звукопроизношения отдельных звуков у детей нами был введен критерий балльной оценки, который затем был переведен в уровни, что отражено в таблице 2.

Таблица 2 – Критерии оценки звукопроизношения у дошкольников с дизартрией

Уровни оценки звукопроизношения	Баллы и их значение, исходя из особенностей звукопроизношения
Низкий уровень	0 баллов – звук отсутствует в речи, 1 балл – звук произносится в отдельных случаях, в иных – отсутствует.
Средний уровень	2 балла – произносимый звук искажается или заменяется другим звуком, произносится нечетко,
Высокий уровень	3 балла – звук произносится во всех случаях обследования правильно: и в самостоятельной, спонтанной речи и в иных вариантах обследования.

Таким образом нами были обследованы все группы звуков: переднеязычные, шипящие, заднеязычные, губно-зубные, смычно-взрывные, сонорные и группа гласных звуков.

2. 2. Анализ результатов констатирующего эксперимента

Общий осмотр, пальпация и диагностика позволили нам сделать заключение о характеристике мышечного тонуса дошкольников – общего и в артикуляционном аппарате.

На рисунке 1 показано распределение детей дошкольного возраста по типам нарушения мышечного тонуса. Такое распределение позволило нам определить вид массажного воздействия для его нормализации для каждой группы детей.

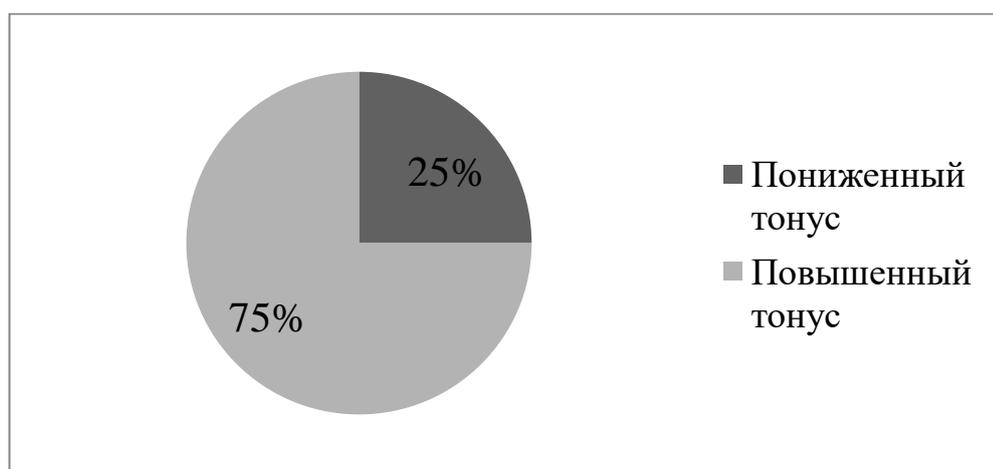


Рисунок 1 – Распределение детей по нарушению мышечного тонуса артикуляционно-мимической мускулатуры

Из рисунка видим, что у обследуемых детей преобладает повышенный мышечный тонус (75%). Наиболее «показательным» органом повышенного мышечного тонуса является язык, который характеризуется беспокойным состоянием, гиперкинезами, усиливающимся при его высовывании из полости рта наружу. Вне рта язык держится с трудом, он толчкообразными движениями уходит обратно, вовнутрь, в ротовую полость. Кончик языка не выражен, язык отличаются скользкостью, похож на кол. Движения языком выполняются с трудом, губы при этом очень напряжены и плотно сомкнуты. Дети не могут держать долгое время рот в широко открытом состоянии. Лицо у таких детей словно каменное, напряженное, отличается словно бы застывшей мимикой. При оценке состояния мягкого неба очевиден повышенный рвотный рефлекс.

Пониженный мышечный тонус (паретичность), выявленный у 5 детей (25%) из 20 обследуемых детей, характеризуется малоподвижностью языка, его вялостью и дряблостью. Он тонкий и лежит плашмя на дне ротовой полости. На ощупь его можно сравнить с мочкой уха. Движения вялые, есть трудности в удержании артикуляционной позы. Губы также отличаются вялостью, уголки губ опущены вниз. При выполнении артикуляционных движений «трубочка», «улыбка» имеются трудности. Рот у детей приоткрыт. Лицо характеризуется вялостью. Мягкое небо малоактивно. При нагрузке по время речи отмечается повышенное слюноотделение. При открывании рта язык распластаный, губы отличаются вялостью и плотно не смыкаются, поэтому рот приоткрывается, отмечается слюнотечение.

Нарушения мышечного тонуса у дошкольников нами были разделены по степени выраженности: легкая и средняя степень, что мы отразили в таблице 3.

Таблица 3– Проявление степени выраженности повышенного и пониженного мышечного тонуса при диагностике

Легкая степень выраженности	Средняя степень выраженности
Повышенный тонус	
<p>Бедность мимики, беспокойство языка, сложности выполнения произвольных движений губ, сложности в удержании позы широко открытого рта, повышенный рвотный рефлекс.</p>	<p>Выраженная напряженность лица. Язык в напряженном состоянии, оттянут назад, сложности выполнения артикуляционных поз, напряжение губ, их плотная сомкнутость, затруднения при выполнении произвольных движений, сложности при удержании позы открытого рта, сокращение мягкого неба, подтянутость маленького язычка к мягкому небу, реакции при попытках прикоснуться к мягкому небу.</p>

Пониженный тонус	
Вялость мимики, малоподвижность языка, вялость движений, истощаемость, снижение силы и точности движений, трудности удержания артикуляционной позы. Вялость губ, трудности при выполнении артикуляционных поз, проблемы с жеванием твердой пищи, малая активность мягкого неба, затруднения при жевании твердой пищи.	Одутловатость лица, анемичность. Тонкость и бледность языка, наличие белых полос на нем, положение плашмя на дне рта, неумение удержать артикуляционную позу. Истончение губ, опущенность их уголков, асимметрия губ, невозможность их полного смыкания, рот открыт, твердая пища жуеться с трудом, провисание мягкого неба, присутствие в речи палатализации. Возможное поперхивание при еде и питье.

Распределение детей дошкольного возраста по степени выраженности нарушений мышечного тонуса в количественном отношении представлено в таблице 4.

Таблица 4 – Распределение по степени выраженности нарушений мышечного тонуса дошкольников с дизартрией

Характеристика тонуса	Легкая степень выраженности		Средняя степень выраженности	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Повышенный	7	35	8	40
Пониженный	2	10	3	15

Как видим из таблицы, при повышенном мышечном тонусе легкая степень выраженности отмечена у 7 детей (35% от общего числа), а средняя – у 8 детей (40% от общего числа).

Пониженный мышечный тонус имеет легкую степень выраженности у 2 детей (10%) и среднюю степень выраженности – у 3 дошкольников (15%).

После определения мышечного тонуса детей нами было обследовано их звукопроизношение, показатели которого представлены в таблице 5.

Таблица 5 - Показатели обследования звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией (характеристика по звукам)

Уровни Звуки	Высокий уровень		Средний уровень		Низкий уровень	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Переднеязычные						
«с»	2	10	2	10	16	80
«с'»	6	30	7	35	7	35
«з»	2	10	3	15	15	75
«з'»	7	35	7	35	6	30
Шипящие						
«ж»	2	10	4	20	14	70
«ш»	2	10	3	15	15	75
Аффрикаты						
«ч»	2	10	3	15	15	35
«ц»	3	15	4	20	13	65
Заднеязычные						
«х»/ «х'»	11	55	7	35	2	10
«к»/ «к'»	9	45	9	45	2	10
«г»/ «г'»	8	40	8	40	4	20
Губно-зубные						
«в»/ «в'»	5	25	9	45	6	30
«ф» «ф'»	7	35	8	40	5	25
Смычно-взрывные звуки						
«п»/ «п'»	8	40	10	50	2	10
«б»/ «б'»	9	45	9	45	2	10
«т»/ «т'»	7	35	10	50	3	15
«д»/ «д'»	10	50	7	35	3	15

Сонорные						
«р»	2	10	2	10	16	80
«р'»	10	50	7	35	3	15
«л»	1	5	2	10	17	85
«л'»	10	50	6	30	4	20
«н» / «н'»	12	60	6	30	2	10
«м» / «м'»	13	75	5	25	2	10
Гласные звуки						
«а»	5	25	8	40	7	35
«э»	5	25	9	45	6	30
«и»	5	25	9	45	6	30
«ы»	7	35	9	45	4	20
«о»	8	40	6	30	6	30
«у»	8	40	6	30	6	30

Схематично особенности произношения согласных звуков детьми мы представили на рисунке 2.

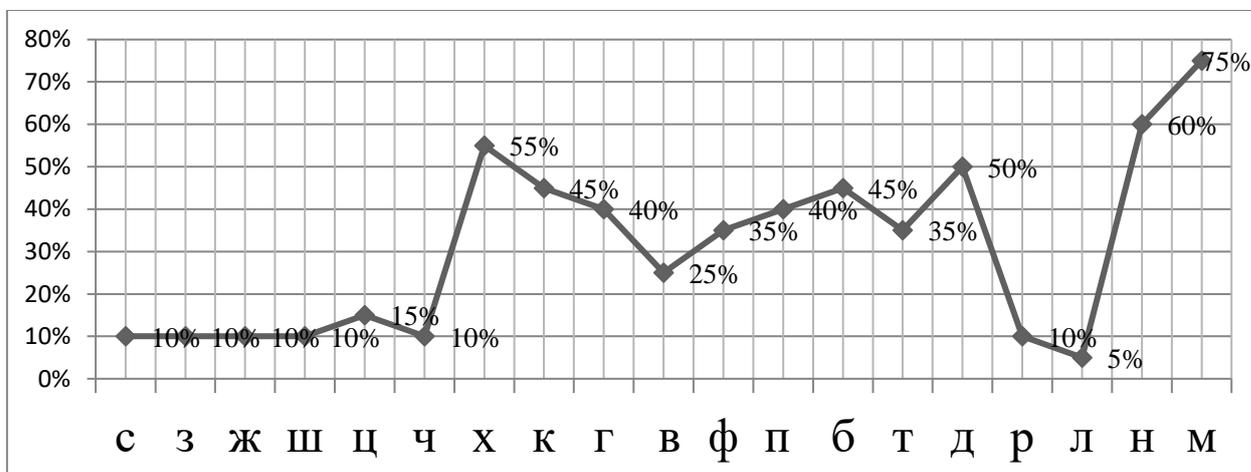


Рисунок 2 – Показатели звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией

Как видим из таблицы 5 и из рисунка 2,, в большей степени у детей нарушено произношение свистящих и шипящих звуков. У детей преобладает межзубное и боковое произнесение щелевых согласных («в»/ «в'» и «ф» и «ф'»). При произнесении твердых согласных отмечается палатализация.

Нарушено произношение не только согласных звуков, но также и гласных. При разговоре, в спонтанной речи у детей отмечается общая «смазанность» звукопроизношения, нечеткость. Особенно «смазанность» речи становится очевидной при увеличении речевой нагрузки. Отдельно отметим также, что для многих детей представляет проблему произнесение слов со сложной слоговой структурой, они пытаются их «сократить» и произнести так, как удобно им. Отмечаются достаточно однотипные нарушения произношения звуков – это боковое и межзубное произношение.

Можно отметить также искажение большого количества произносимых звуков вне зависимости от их происхождения – это и переднеязычные, и сонорные звуки. Помимо нечеткого их произношения также можно отметить их замены, которые встречались регулярно. В тех случаях, когда в словах встречаются артикуляторно-сложные звуки, дети их стабильно пропускают.

Обобщая особенности звукопроизношения старших дошкольников с дизартрией, можно заключить, что часто дети произносят звуки в изолированном виде достаточно неплохо, однако в словах целиком и в речевом потоке звуки произносятся искаженно.

Типичные нарушения звукопроизношения у обследованных детей с дизартрией отображены нами на рисунке 3.

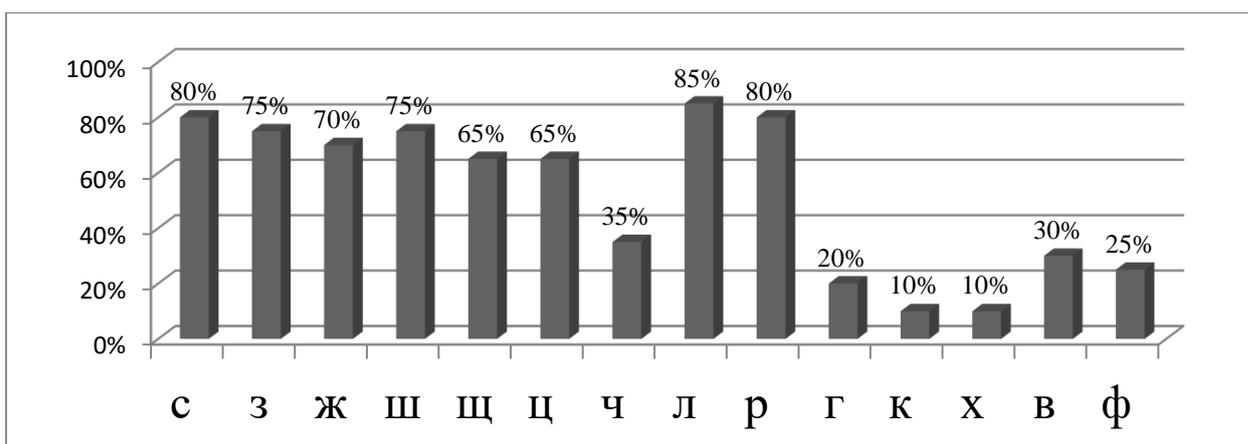


Рисунок 3– Типичные нарушения звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией

Как видим из рисунка, для детей с дизартрией в наибольшей степени трудны для произношения твердые свистящие звуки ([с] и [з]). Также

составили сложность произношение шипящих звуков ([ш] и [ж]), которые часто заменялись искаженными свистящими звуками.

Сложность имеет произнесение звука [ц] и [ч]. Нарушение произношение звука [ц] встречается чаще, чем [ч]. Произнесение [ц] напоминает произношение звука [с'], а [ч] напоминает звук [т'] или же он произносится искаженно. Аналогичным образом звук [щ] подобен искаженным звукам [ч] или [ш]. В некоторых случаях он напоминает мягкий [с].

Произношение сонорных звуков также имеют нарушения: искажения звука [л], который часто заменяется на [j]] или же вовсе отсутствует.

Произнесение [р] отличается велярным произношением, часто он может заменяться на [j]].

Произношение детьми заднеязычных звуков [г] и [к] характеризуются тем, что они часто заменяются на [т] или [д] или же вовсе отсутствуют в речи детей.

Твердые переднеязычные звуки [д] и [т] характеризуются зубным произношением, сочетающимся с межзубным произношением свистящих и шипящих. Дети часто звуки мягкие звуки [д] и [т] произносят «боковым» образом, сочетающимся с боковым сигматизмом. Также можно отметить смягченное произношение согласных звуков, которое обусловлено спастичным напряжением средней части спинки языка.

Надо заметить, что остальные согласные звуки, помимо описанных выше, произносятся детьми относительно правильно. Твердые звуки нарушатся ими намного чаще, чем их мягкие варианты. Если проследить нарушение глухих и звонких пар звуков у детей (например, [с] и [з]), то можно заметить, что их произношение нарушено в одинаковой степени. В частности, если глухой [с] имеет боковое или межзубное произношение, то его звонкий аналог – [з] также отличается межзубным или боковым произношением.

Нарушение звукопроизношения у обследованных детей имеет стабильный характер и часто зависит от позиции звука в слове. Если звук стоит в середине слова или в безударном слоге, он вызывает наибольшие затруднения. Ритмический рисунок слова в целом у большинства детей сохраняется – ударность гласных и количество слогов в слове.

Наибольшую сложность для детей представляют слова со стечением согласных звуков, что отличается выпадением согласного звука. Слабая дифференциация артикуляционных движений нижней челюсти, а также языка и губ приводит к нечеткому произнесению детьми гласных звуков.

Нарушение звукопроизношения согласных звуков имеет варианты. Порой [т] или [д] произносится таким образом, что кончик языка ребенка располагается между зубами, что обусловлено неравномерностью поражения черепно-мозговых нервов, и происходит смычка передней части языка и твердого неба.

В том случае, когда у ребенка имеется спастический парез, корень его языка прикасается к напряженному мягкому небу и язычку, а под влиянием воздушной струи язычок вибрирует, тело же языка, которое опущено на дно ротовой полости, во время произнесения звуков неподвижно – это приводит к искаженному произнесению звука [р]. Если задняя область ротовой полости сужена приподнятым корнем языка, то при произнесении [р] образуется звук, который похож на [к] или же на звуки [и, ј, ы, э]. могут быть замены на звуки [в, г или к] при спастическом симптоме.

В тех случаях, когда у детей фиксируются спастические парезы или параличи, что они обуславливают дефектное произношение щелевых звуков.

В случае массивного корня языка в состоянии его напряжения у детей появляется задненебный (носовой) оттенок при произнесении звука [л], который схож со звуками [г] и [х], [н] и [г].

Показатели звукопроизношения гласных звуков представлены на рисунке 4.

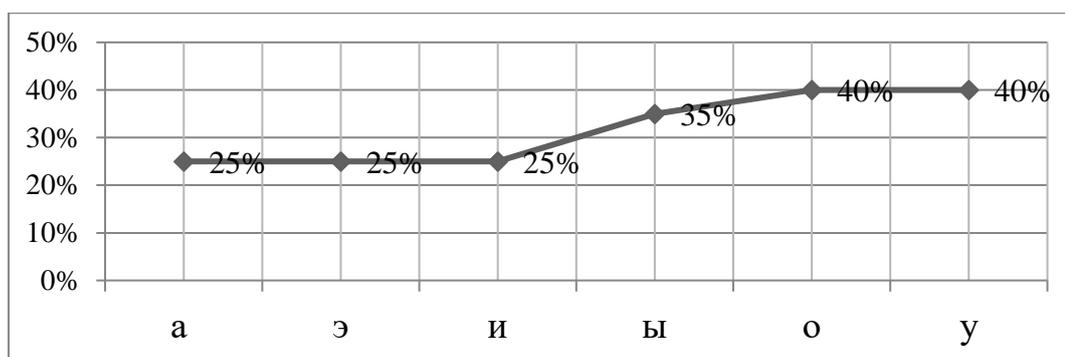


Рисунок 4 – Показатели произношения гласных звуков у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией

Как видим из рисунка, наиболее сложными для произношения гласными звуками являются [а], [э], [и]. Нами было зафиксировано произнесение звука [у] подобно [о], а также звука [и] подобно звуку [э]. Часто также в речи детей [а] заменялось на [о], [о] – на [у] или [э] – на [и]. Гласные звуки произносятся детьми часто с явным смягчением или произносятся кратко, усреднено.

Итак, обследование звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией показало, что наибольшую трудность вызывает у них произнесение твердых свистящих звуков – [с] и [з], а также шипящих звуков [ш], [ж]. Страдает произношение звуков [ц] и [ч]. Также нарушается произношение сонорных звуков. В наименьшей степени подвергаются деформации заднеязычные звуки, а также губно-зубные.

Можно заключить, что у старших дошкольников с дизартрией нарушения звукопроизношение характеризуется искажением звуков, их смешением или заменой одних звуков другими. На основании нашей многолетней практики мы можем заключить, что такие нарушения похожи на нарушения звукопроизношения при дислалии, однако здесь обнаруживаются разные причины: нарушение звукопроизношения и компонентов просодики при дизартрии обусловлены органической недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата, а именно его голосового, артикуляционного и периферического отделов. Тогда как при дислалии дети таких нарушений не имеют.

Выводы по главе II:

Обследование дошкольников с дизартрией показало, что у них преобладает повышенный мышечный тонус (75%). Пониженный мышечный тонус был выявлен у (25%) детей. Нарушения мышечного тонуса у дошкольников нами были разделены по степени выраженности: легкая и средняя степень.

Распределение тонусных нарушений у детей по их степени: при повышенном мышечном тонусе легкая степень выраженности отмечена у 7 детей (35% от общего числа), средняя – у 8 детей (40% от общего числа). Пониженный мышечный тонус имеет легкую степень выраженности у 2 детей (10%) и среднюю степень выраженности – у 3 дошкольников (15%).

При обследовании звукопроизношения у детей было выявлено, что в большей степени у детей нарушено произношение свистящих и шипящих звуков. Нарушено произношение не только согласных звуков, но также и гласных. В спонтанной речи у детей отмечается общая «смазанность» звукопроизношения, нечеткость. Отмечается искажение большого количества произносимых звуков вне зависимости от их происхождения, также регулярно встречаются замены звуков и пропуски.

На основании особенностей нарушения мышечного тонуса и степени его выраженности нами была разработана программа логопедического массажа, которая описана в следующей главе.

ГЛАВА III. ПРОГРАММА ПО НОРМАЛИЗАЦИИ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ПОСРЕДСТВОМ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА У ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ

3.1. Формирующий эксперимент по нормализации мышечного тонуса у дошкольников с дизартрией

Первый шаг в коррекции дизартрии у детей начинается с нормализации мышечного тонуса при помощи логического массажа. Коррекционные задачи для каждой области применения массажных движений представлены в таблице 6.

Таблица 6– Области применения логопедического массажа при дизартрии и коррекционные задачи

Область применения массажных движений	Коррекционные задачи
Область плечевого пояса и груди в верхней части и шеи, область дна полости рта	Нормализация тонуса мышц в области дыхательного и вокального аппарата. Оказание воздействия на жевательные мышцы, мышцы окружности рта и скелетные мышцы языка. Способствование регуляции эмоционального состояния в целом.
Область лба и круговой мышцы глаз	Нормализация мышечного тонуса мимических мышц верхней части лица и жевательных мышц (особенно височной мышцы), что рефлекторно способствует регуляции эмоционального состояния в целом.
Область нижней части лица (жевательная, скуловая, щечная и подбородочная области)	Нормализация тонуса мышц окружности рта и группы жевательных мышц.

Продолжение таблицы 6

<p>Массаж в области щек и подбородка</p>	<p>Воздействует на скуловые мышцы, а также на щечную, жевательную и подбородочную мышцы, на мышцы, изменяющие положение губ (мышца, поднимающая угол рта и мышца, опускающая угол рта, мышца смеха). В наибольшей степени значимо воздействие на жевательные, крыловидные и височные мышцы, поскольку от их состояния зависит качество движений нижней челюсти, а также положение рта в покое и функция жевания.</p>
<p>Мышцы окружности рта (круговая, большая, малая скуловые, которые задействованы в поднимании уголка рта, верхней губы и крыла носа, нижней губы, подбородочная мышца)</p>	<p>Нормализация мышечного тонуса круговой мышцы рта и мышц, находящихся в составе мышц окружности рта.</p>
<p>Мышцы языка: а) область дна полости рта (надподъязычные мышцы, подъязычная кость), б) непосредственно мышцы языка (видимая часть языка)</p>	<p>Приведение в норму мышечного тонуса а) скелетных мышц языка, б) собственно мышц языка и частично скелетных мышц языка.</p>

В зависимости от типа нарушения мышечного тонуса детей нами были разработаны технологические карты проведения логопедического массажа, которые представлены в Приложении. В Приложении Б – технологические карты проведения массажа для детей с гипертонусом. В Приложении В – технологические карты проведения массажа для детей с гипотонусом.

Таблица 7 – Шаблон технологической карты дифференцированного логопедического массажа для нормализации мышечного тонуса дошкольников с дизартрией

Курсы массажа	1 курс	2 курс	3 курс
Общие сведения			
Фамилия и имя ребенка			
Возраст			
Диагноз невролога или заключение специалиста			
Количество курсов			
Количество сеансов в курсе			
Цель			
Задачи			
Особенности проявления тонуса			
Методические рекомендации			
Противопоказания			
Оборудование			
Предварительная работа			
Непосредственно коррекционная работа:			

Представим общие условия для проведения логопедического массажа и его особенности.

Каждый сеанс логопедического массажа имеет следующую структуру:

1. Вводная часть (5-10 минут)

Цель: подготовка ребенка к проведению массажа, расслабление.

2. Основная часть (15-20 минут).

Проведение логопедического массажа.

3. Заключительная часть (5 минут). «Выход» из основного массажа, артикуляционная гимнастика.

Процедура логопедического массажа осуществляется в спокойной обстановке в проветренной комнате чистыми руками массажиста.

Важными характеристиками проведения логопедического массажа являлись аккуратность и деликатность во избежание причинения маленьким пациентам болевых ощущений.

Регулярность проведения логопедического массажа в довольно короткий срок позволяет достигнуть положительных сдвигов в коррекции дизартрии. Он позволяет уменьшить количество патологий артикуляционного аппарата; нормализует функции мышц, которые ранее не были задействованы, улучшает дикцию, нормализует тонус мышц. Для детей с нарушением тонуса той группы мышц, которые отвечают за движения нижней челюсти (жевательная, височная, крыловидная), а также мышцы, а также косвенно принимающие участие в движениях нижней челюсти (мышцы, прикрепленные к подъязычной кости, мышцы шеи) в работе мы делали акцент на разминание этой группы мышц.

Для нормализации работы лобных мышц мы использовали приемы поглаживания и разминания лба (поглаживания от носа до начала волос и вдоль лба от лобных бугорков до виска).

Важно заметить, что значимым условием при разработке массажного комплекса для каждого ребенка было то, что в него были включены мышцы, которые включены в область шеи и височную область, полость рта, и жевательную мышцу с разных сторон (наружной и внутренней).

Массаж выполнялся нами не только на участках, которые поражены тонусом, а делался полный сеанс, который включал шейно-воротниковую зону (спину, шею и грудь), лицо и дно полости рта – это подготовительная работа перед тем, как начать работать с ротовой полостью ребенка. После этого вида массажа мы приступали непосредственно к массажу языка, поскольку проблемы в мышечном тонусе в наибольшей степени имеют выражение в мышцах языка.

Массаж языка в обязательном порядке проводился в резиновых перчатках и при положении языка вне полости рта, для чего кончик языка захватывается левой рукой, а массажные движения проводятся правой в трех направлениях в соответствии с расположением мышц языка: горизонтальном, вертикальном и поперечном. При отклонении языка в сторону массажные движения выполняются в большей степени на той стороне, в которую язык отклоняется.

В технологических картах дифференцированного логопедического массажа отражена вся детальная информация по проведению массажа. В них обозначены цели и задачи каждого курса, описан используемый в работе инструментарий, подготовительная работа, детально рассмотрены массажные движения для нормализации мимических и артикуляционных мышц. В картах отражены этапы формирования звукопроизносительных умений и навыков у детей, приемы постановки определенных звуков.

Новизна работы по составлению технологических карт заключается в их подробном описании необходимого для работы инструментария, психологических аспектов работы, детального рассмотрения массажных движений для каждой мимической и артикуляционной мышцы с учетом нарушения тонуса. Их ценность заключается в экономии времени для практикующих логопедов, поскольку в них отражен весь процесс подготовки и проведения массажа для дошкольников с дизартрией.

Эффективность логопедического массажа для нормализации мышечного тонуса дошкольников состоит в том, что при его осуществлении у детей происходит формирование правильных артикуляционных укладов, так называемое «вызывание» звуков. Этому способствует прикосновение к определенным участкам губ, языка, альвеол, верхнего неба, нижней челюсти. Логопедический массаж позволяет детям почувствовать новые позиции артикуляционных органов, а также установить правильные позы органов артикуляции. В конечном счете это работает на ускорение процесса формирования нормативного звукопроизношения.

3.2. Контрольный эксперимент по выявлению эффективности логопедического массажа для нормализации мышечного тонуса у дошкольников с дизартрией

После проведения массажного комплекса у детей с дизартрией мы в обязательном порядке осуществляли повторную диагностику, основываясь на тех же методиках, которые были нами использованы на констатирующем этапе экспериментальной работы – это методики Е. Дьяковой для диагностики общего состояния ребенка, характеристики его мимических и артикуляционных мышц в их статике и динамике, обязательный метод пальпации для диагностики, а также методика Е. Архиповой для обследования звукопроизношения.

Данные, полученные в ходе индивидуального обследования по каждому ребенку, были нами сгруппированы и систематизированы, что позволило нам проследить динамику состояния мышечного тонуса, а также особенности звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией.

Для начала представим небольшой качественный анализ изменения состояния тонуса мышц у детей после проведения курса логопедического массажа.

Очевидна положительная динамика мимических мышц (большая скуловая мышцы, мышца, отвечающая за поднятие верхней губы и крыла носа, щечная мышца и мышца смеха, а также круговая мышцы губ). На этапе констатирующего эксперимента у детей имелись трудности в выполнении таких упражнений, как «улыбнуться подобно клоуну», «наморщить нос и понюхать как собачка», «поднять верхнюю губы с обнажением верхних зубов», «зажмурить крепко глаза», опустить нижнюю губу и надуть щеки, сжать крепко губы, то на этапе повторной диагностики выполнение этих упражнений уже не вызывало у детей затруднений.

Положительную динамику можно отметить и в скелетных мышцах языка детей (подбородочно-язычной и шилоязычной). На констатирующем этапе экспериментальной работы дети испытывали трудности при

выполнении упражнений типа «высунуть язык вперед и удержать его какое-то время, притянуть его к верхнему небу и удержать в таком состоянии. На этапе повторной диагностики после проведения курса логопедического массажа выполнение этого упражнения не сопровождалось наличием трудностей.

Изменения в шиловязычной мышце языка после курса логопедического массажа проявились в большей легкости выполнения упражнений «убрать язык вглубь рта и «спрятать» его там. Положительные изменения в поперечных мышцах языка детей мы смогли проследить при выполнении ими задания сделать язык узким и удержать его в таком состоянии определенное время. До проведения дифференцирующего логопедического массажа выполнение этого упражнения давалось детям с большим трудом – особенно была сложна процедура удержания языка в определенном состоянии некоторое время. Повторное обследование показало положительную динамику.

Положительные изменения в вертикальных мышцах языка подтверждаются умением детей сделать язык плоским и широким и в таком состоянии удержать его на счет до 10. Именно удержание языка в статичной позе представляло ранее сложность для детей-дизартриков.

Аналогичная положительная динамика прослеживается и в изменениях продольных мышц языка, о чем свидетельствует умение детей поднять кончик языка за верхние резцы и удержать его в таком положении продолжительное время.

Мышцы мягкого неба у детей также укрепились, что проявилось в их возможности свободно поднять небную занавеску при произнесении звука [a], отсутствии утечки воздуха через нос, отсутствии глоточного рефлекса и рвотных движений при пальпации мягкого неба.

Исследование состояния мышечного тонуса у детей показало результаты, которые представлены в сопоставительном аспекте в таблице 8.

Таблица 8 – Характеристика мышечного тонуса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией на контрольном этапе эксперимента

Характеристика тонуса	Легкая степень выраженности		Средняя степень выраженности	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Повышенный	12	60	3	15
Пониженный	4	20	1	5

Из таблицы 8 мы видим, что у дошкольников преобладающей является легкая степень выраженности нарушения тонуса – как повышенного (60%), так и пониженного (20%;%) – всего 80% от общему количеству детей. Средняя степень выраженности нарушения сохранилась у 20% детей от общего числа детей.

Наглядно изменения в степени выраженности нарушений у детей с повышенным мышечным тонусом на двух этапах эксперимента представлены на рисунке 5.

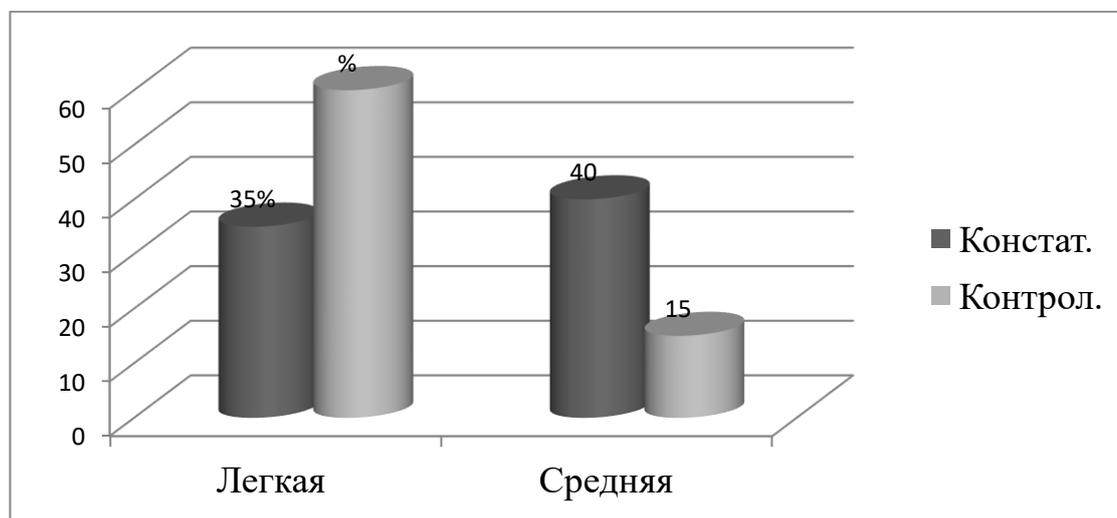


Рисунок 5– Показатели степени нарушений у детей с повышенным мышечным тонусом на двух этапах эксперимента

Из рисунка видим различия в показателях выраженности нарушений мышечного тонуса у дошкольников: на контрольном этапе эксперимента количество детей со средней степенью нарушения мышечного тонуса стало

меньше (на 25%), а количество детей с легкой степенью нарушения мышечного тонуса – увеличилось на это же количество (на 25%). Положительная динамика в мышечном тоне произошла благодаря курсу расслабляющего логопедического массажа, разработанного индивидуально для каждого ребенка с учетом его особенностей.

Показатели изменений в степени выраженности нарушений у детей с пониженным мышечным тонусом на двух этапах экспериментальной работы представлены на рисунке 6.

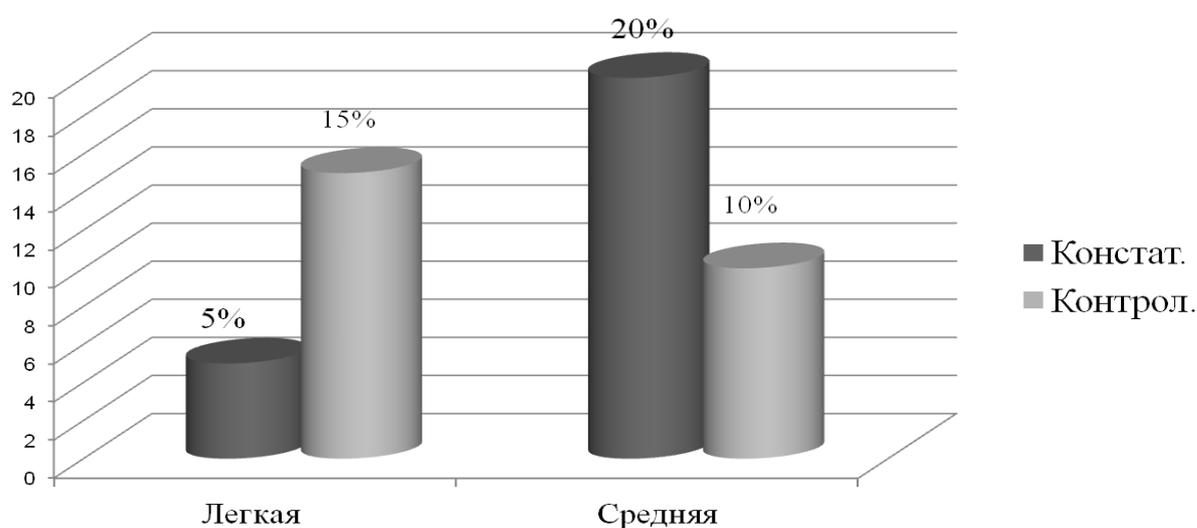


Рисунок 6 – Показатели степени нарушений у детей с пониженным мышечным тонусом на двух этапах эксперимента

Из рисунка мы видим, что те дети, которые на констатирующем этапе эксперимента имели среднюю степень нарушения мышечного тонуса (пониженный мышечный тонус), на этапе контрольного эксперимента отличаются уже легкой степенью ее выраженности. Это также свидетельствует в пользу эффективности использования активизирующего логопедического массажа для нормализации мышечного тонуса.

В таблице 9 представлены данные по состоянию звукопроизношения детей на контрольном этапе экспериментальной работы.

Таблица 9 – Показатели обследования звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией (характеристика по звукам)

Уровни	Высокий уровень		Средний уровень		Низкий уровень	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Переднеязычные						
«с»	16	60	2	10	2	10
«с'»	17	75	2	10	1	5
«з»	14	60	3	15	3	15
«з'»	16	80	2	10	2	10
Шипящие						
«ж»	16	80	2	10	2	10
«ш»	16	80	2	10	2	10
Аффрикаты						
«ч»	16	80	2	10	2	10
«ц»	17	85	1	5	2	10
Заднеязычные						
«х»/ «х'»	18	90	2	10	0	0
«к'» / «к'»	18	90	2	10	0	0
«г'» / «г'»	19	95	1	5	0	0
Губно-зубные						
«в» / «в'»	16	80	3	15	1	5
«ф» «ф'»	15	75	2	10	1	5
Смычно-взрывные звуки						
«п» / «п'»	19	95	1	5	0	0
«б» / «б'»	18	90	2	10	0	0
«т» / «т'»	19	95	1	5	0	0
«д» / «д'»	20	100	0	0	0	0
Сонорные						
«р»	13	65	4	20	3	15
«р'»	18	90	1	5	1	5
«л»	16	80	2	10	2	10
«л'»	18	80	1	5	1	5
«н» / «н'»	19	95	1	5	0	0
«м» / «м'»	20	100	0	0	0	0

Гласные звуки						
а	18	90	1	5	1	5
э	17	85	1	5	2	10
и	20	100	0	0	0	0
ы	20	100	0	0	0	0
о	18	90	1	5	1	5
у	18	90	1	5	1	5

Наглядно результаты обследования звукопроизношения дошкольников на контрольном этапе экспериментальной работы представлены на рисунке 7.

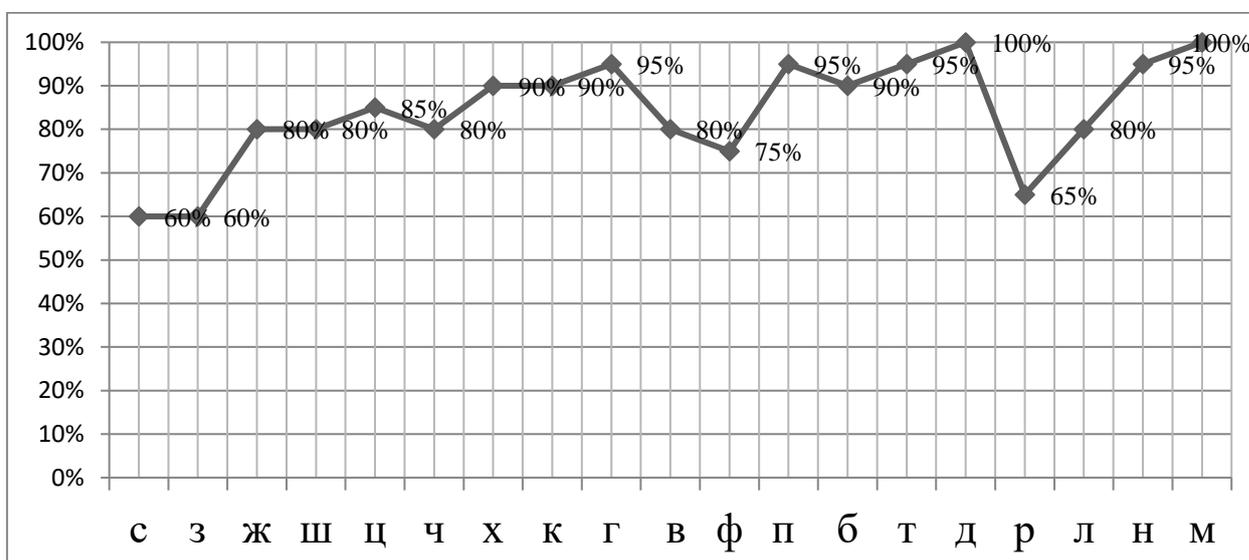


Рисунок 7 – Характеристика произношения согласных звуков на контрольном этапе экспериментальной работы у дошкольников с дизартрией

Как можем заметить из рисунка, у большинства исследуемых согласных звуков высокие показатели. Есть звуки, которые произносятся очень хорошо: это [г], [д], [м]. Звуки, над постановкой которых еще следует работать, это [с], [з], [р]..

Наглядно результаты обследования звукопроизношения детей с дизартрией мы представили на рисунке 8, где отображены показатели произношения согласных звуков детьми на двух этапах экспериментальной

работы – констатирующем и контрольном. Сравнение произношения звуков детьми осуществлялось по высокому уровню.

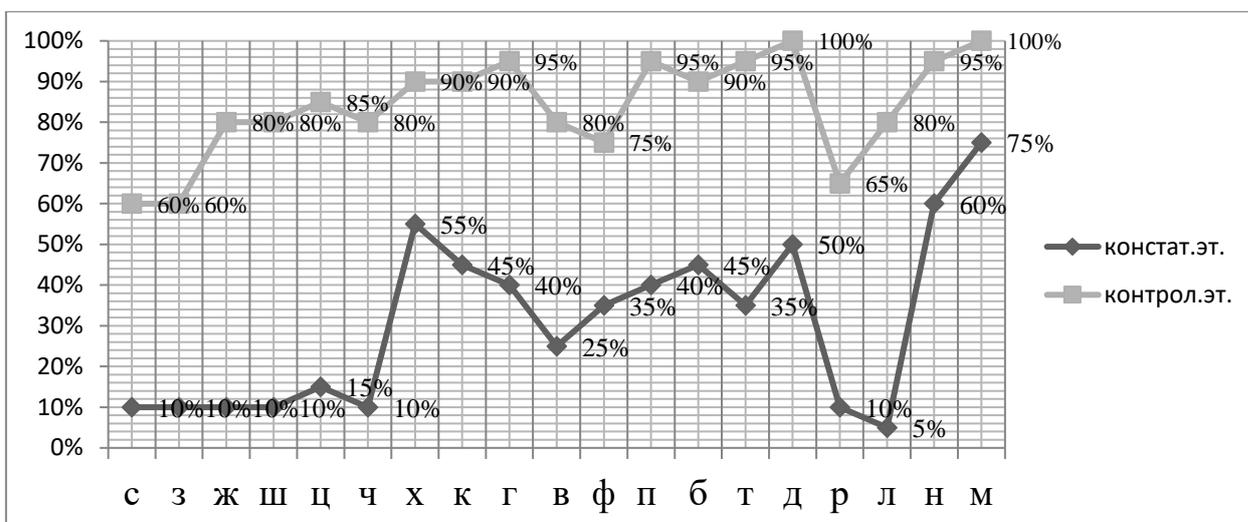


Рисунок 8 – Сравнительная характеристика произношения согласных звуков у дошкольников с дизартрией на двух этапах экспериментальной работы

Как видим из рисунка, при произношении всех основных групп согласных звуков у детей очевидна положительная динамика. Напомним, что наиболее трудным для детей было произношение твердых свистящих звуков, шипящих и твердых сонорных звуков.

Показатели произношения гласных звуков детьми на контрольном этапе эксперимента представлены на рисунке 9.

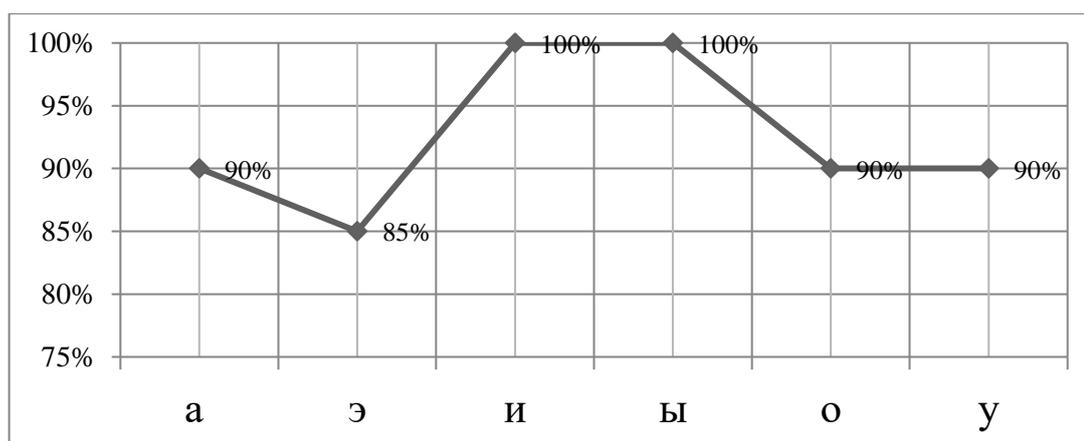


Рисунок 9 – Характеристика произношения гласных звуков на контрольном этапе экспериментальной работы у дошкольников с дизартрией

В сравнительном аспекте произношение гласных звуков дошкольниками на двух этапах экспериментальной работы представлены на рисунке 10.

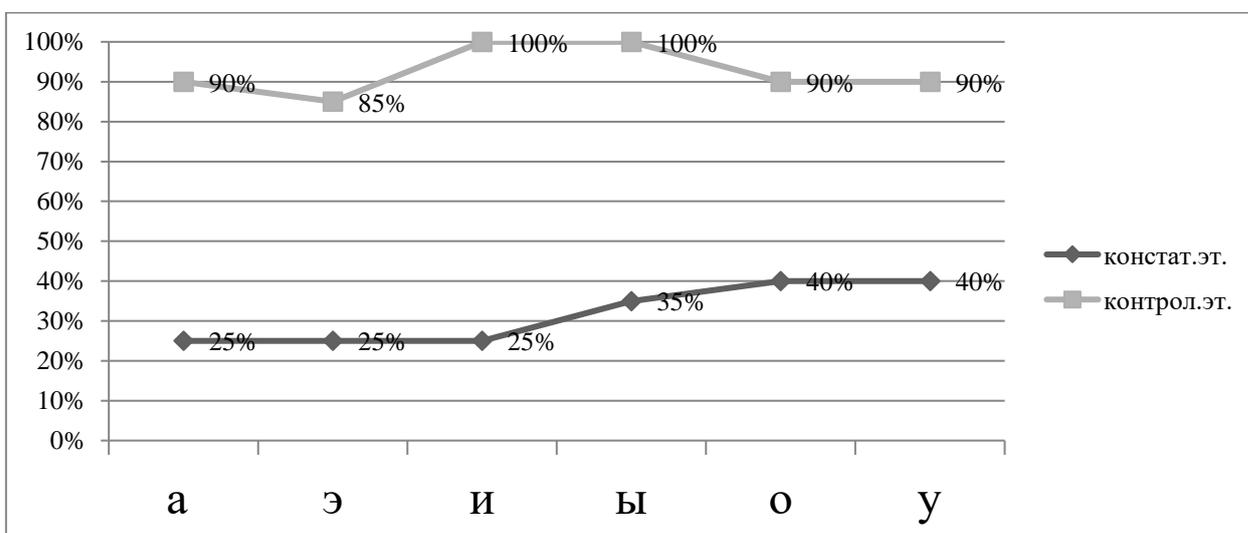


Рисунок 10 – Сравнительная характеристика произношения гласных звуков старших дошкольников на двух этапах экспериментальной работы

Из рисунка мы видим, что показатели произношения гласных звуков детьми на этапе контрольного эксперимента значительно выше, чем на этапе констатирующего эксперимента.

За правильное произношение гласных звуков отвечают мышцы губ, гортани, мышцы языка. Также их верному произношению способствует правильная работа диафрагмы. Воздух должен выдыхаться плавно, а не толчками. Как видим, дифференцированный логопедический массаж по нормализации мышечного тонуса способствовал выработке у детей более правильного звукопроизношения гласных звуков.

Итак, положительные изменения в мышечном тонусе детей, динамика в произношении согласных и гласных звуков позволяют сделать вывод об эффективности логопедического массажа в коррекции дизартрии в дошкольном возрасте.

Выводы по главе III:

Таким образом, результаты контрольного эксперимента позволили нам удостовериться в адекватности составления технологических карт дифференцированного логопедического массажа в зависимости от тонусных нарушений каждого ребенка и судить об эффективности логопедического массажа как средства нормализации мышечного тонуса при дизартрии.

Результаты контрольного эксперимента позволяют сделать заключение о доказательстве выдвинутой нами гипотезы о том, что в нормализации мышечного тонуса у детей с дизартрией и в коррекции из звукопроизношения будет прослеживаться положительная динамика при соблюдении условий составления и использования технологических карт дифференцированного логопедического массажа с учетом клинических проявлений нарушения мышечного тонуса и степень тяжести. А также при условии использования обоснованных техник, методов и приемов воздействия, адаптированных индивидуально для каждого ребенка.

Как видим, наша гипотеза нашла свое подтверждение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На современном этапе логопедии для преодоления дизартрии в приоритете комплексный подход, включающий использование традиционных и нетрадиционных коррекционно-педагогических методов. С позиции опосредованного влияния на качество звукопроизношения детей с дизартрией целесообразно применение такой техники, как логопедический массаж. Применение его приемов имеет большое значение для нормализации мышечного тонуса. Он помогает понизить тонус при спастичности мышц, а так же повысить его при парезах артикуляционной мускулатуры. Массаж способен помочь в формировании произвольных и четко скоординированных движений органов артикуляции. Легкий, медленный массаж расслабляющего характера с несильными поглаживаниями позволяет снизить возбудимость тканей, что обусловлено его успокаивающим воздействием, появлением у ребенка чувства тепла. Активизирующий массаж с быстрыми энергичными движениями способствует повышению раздражимости массируемых тканей, позволяя повысить мышечный тонус ребенка.

Организация экспериментальной работы была осуществлена на базе частного центра логопедической помощи с 2021 по 2022 гг. Ее целью было выявление эффективности логопедического массажа в нормализации мышечного тонуса детей дошкольного возраста с дизартрией и разработка технологических карт дифференцированного логопедического массажа с учётом клинических проявлений нарушения мышечного тонуса и степени тяжести.

Показанием для проведения логопедического массажа служит направление врача-невролога, а логопед определяет характер нарушения мышечного тонуса у детей и формулирует программу логопедического массажа, исходя из специфики этого нарушения.

Нами было обследовано 20 детей старшего дошкольного возраста с диагнозом дизартрия. Исследование показало, что большинство детей (75%)

имеют повышенный мышечный тонус, а 25% - пониженный. В процессе обследования состояния артикуляционной мускулатуры у дошкольников с дизартрией были выявлены нарушения работы мышц, фонетические нарушения проявляются в замене одних звуков другими, в смешении звуков, искажении, их нечетком произношении или в их отсутствии. При исследовании звукопроизношения у детей была выявлена группа звуков, которые чаще всего нарушаются: твердые свистящие звуки, шипящие и твердые сонорные.

На основании особенностей мышечного тонуса детей нами были разработаны технологические карты дифференцированного логопедического массажа, учитывающие клинические проявления нарушения мышечного тонуса и степень тяжести. В них обозначены техники, методы и приемы воздействия, адаптированные для каждого ребенка.

Наше эмпирическое исследование с применением приемов логопедического массажа позволило доказать его эффективность, поскольку показатели контрольного этапа эксперимента показали положительную динамику как в нормализации мышечного тонуса дошкольников с дизартрией, так и в состоянии их звукопроизношения.

На основании чего мы можем говорить о доказательстве выдвинутой нами гипотезы о том, что логопедический массаж может быть эффективным средством нормализации мышечного тонуса детей дошкольного возраста с дизартрией, если при его проведении задействуются все зоны и он применяется с учетом особенностей нарушения мышечного тонуса детей.

Таким образом, выдвинутая нами гипотеза нашла свое подтверждение. Цель достигнута, задачи выполнены. Исследование можно считать завершенным.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом / Е.Ф. Архипова. – М.: Просвещение, 1989. – 82 с.
2. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель, 2008. – 254 с.
3. Архипова Е.Ф. Логопедический проект Дизартрия [Электронный ресурс] url:<https://arkhipovaef.ru/dizartriya-lekczija-1/> (дата обращения 10. 11. 2022)
4. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е.Ф. Архипова – М.: АСТ: Астрель: Владимир: ВКТ, 2008. – 118 с.
5. Бабина Г.В. Логопедия. Дизартрия. Учебно-методическое пособие / Г.В. Бабина, Л.И. Белякова, Р. Е. Идес. – М.: ВЛАДОС, 2009. – 287 с
6. Бадалян Л.О. Невропатология: Учебник / Л.О. Бадалян. – М.: «Академия», 2003. –230 с.
7. Балакирева А. С. Логопедия / А.С. Балакирева. – М.: В. Секачев, 2011. – 176 с.
8. Балобанова В.П. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения / В.П. Балобанова, Л.Г. Богданова, Л.В. Венедиктова. – СПб: Детство-Пресс, 2001. – 40 с.
9. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. Логопедия. Дизартрия / Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова. – М.: Владос, 2009. – 287 с.
10. Блыскина И.В. Комплексный подход к коррекции речевой патологии у детей. Логопедический массаж: Методическое пособие / И.В. Блыскина. – СПб: Детство-Пресс, 2010. – 210 с.
11. Блыскина И.В., Ковшиков В.А. Массаж в коррекции артикуляционных расстройств / И.В. Блыскина, В.А. Ковшиков. – СПб: Детство-Пресс, 1995. – 220 с.

12. Бобохян С.А., Сеницына Д.А. Роль логопедического массажа при коррекции дизартрии / С.А. Бобохян, Д.А. Сеницына, И.А. Лысогорская, Д.В. Симонова, С.Б. Королева // Современный ученый. 2022. № 1. – С. 232-236.
13. Брюховских Л.А. Дизартрия: учебно-методическое пособие по логопедии / Л.А. Брюховских. – Красноярск: Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева, 2015. – 180 с.
14. Васькова И.П. Нарушение мышечного тонуса как одна из причин длительной автоматизации речевых навыков у детей и пути решения этой проблемы через логопедический массаж [Электронный ресурс] URL: <https://nsportal.ru/detskiy-sad/logopediya/2015/02/06/narushenie-myshechnogo-tonusa-kak-odna-iz-prichin-dlitelnoyurl> (дата обращения 10. 11. 2022)
15. Винарская Е.Н. Дизартрия / Е.Н. Винарская. – М.: АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. – 141 с.
16. Волкова Л.С. Логопедия: Учебное пособие для студентов / Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1989. – 240 с.
17. Дьякова Е.А. Логопедический массаж при разных формах дизартрии / Е.А. Дьякова – М.: Секачев, 2014. – 96 с.
18. Дьякова Е.А. Логопедический массаж. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Е.А. Дьякова – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 96 с.
19. Емельянова Т.В. Организация работы по коррекции звукопроизношения у детей с дизартрией на подготовительном этапе // Сб. Информационно-образовательные и воспитательные стратегии в современной психологии и педагогике. Сб. статей международной научно-практической конференции. 2018. – С. 68-70.
20. Жукова Н.С., Филичева Т.Б. Преодоление нарушения речи у дошкольников / Н.С. Жукова, Т.Б. Филичева. – М.: Просвещение, 1990. – 180 с.

21. Киселева В.А. Диагностика и коррекция стертой формы дизартрии: пособие для логопедов / В.А. Киселева. – М.: Шк. Пресса, 2007. – 48 с.
22. Королева И.А. К вопросу о дизартрии у детей. / В кн. Актуальные вопросы невропатологии / А. Л. Леонович. – Минск: Высшая школа, 1990. – 207 с.
23. Краузе Е.Н. Логопедический массаж и артикуляционная гимнастика. Практическое пособие / Е.Н. Краузе. – СПб: Корона-принт, 2004. – 80 с.
24. Кузнецова И.С. Коррекция стертой дизартрии у детей дошкольного возраста с помощью нейрорелаксационных техник // Вопросы устойчивого развития общества. 2021. № 6. – С. 842-849
25. Лалаева Р.И. Методика психолингвистического исследования нарушений речи: Учебно-методическое пособие / Р.И. Лалаева – СПб: Наука-Питер, 2006. – 102 с.
26. Литвак Л.Б. Локально-диагностические особенности дизартрии и дисфонии в неврологической клинике. // Вопросы патологии речи, том XXXII (81), Харьков, 1959.
27. Литвинова И.Ю. Логопедический массаж при разных формах нарушения мышечного тонуса речевых зон у детей с дизартрией учитель-логопед МБДОУ детский сад «Белый медвежонок», с. Газ-Сале [Электронный ресурс] URL:https://a2b2.ru/storage/files/methodologicals/40798/49361_Logopedicheskiy%20massazh%20pri%20dizartrii.pdf (дата обращения 03.10. 2022)
28. Логопедия: Учебник / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской – М.: ВЛАДОС, 1998. – 680 с.
29. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников. Коррекция стертой дизартрии / Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова. – СПб: «Союз», 2001. – 210 с.
30. Лопатина Л.В. Дифференциальная диагностика стертой дизартрии и функциональных расстройств звукопроизношения // Материалы конференции «Реабилитация пациентов с расстройствами речи». – СПб., 2000. – С. 177–182.

31. Лопатина Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами: Учебное пособие / Л.В. Лопатина. – СПб.: «Союз», 2004. – 192 с.
32. Лопатина Л.В. Нарушение мимической мускулатуры и артикуляторной моторики у детей со стертой формой дизартрии / Речевые и нервно-психические нарушения у детей и взрослых. – Л., 1987. – С. 8-12
33. Лопатина Л.В. Приемы логопедического обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения // Дефектология. 1986. № 2. – С. 64-70.
34. Лопатина Л.В. Система дифференцированной коррекции фонетико-фонематических нарушений у дошкольников со стертой дизартрией: Дис. ... доктор пед. наук / Лопатина Людмила Владимировна. – СПб., 2005.
35. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников / Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова. – СПб.: «СОЮЗ», 2000. – 192 с.
36. Макарова И.Н., Филина В.В. Лечебный классический массаж / И.Н. Макарова, В.В. Филина. – М.: «Триада Х», 2006. – 88 с.
37. Мартынова Р.И. Медико-педагогическая характеристика дислалий и дизартрий / В кн.: Очерки по патологии речи и голоса. – М., 1963. Вып.2. – С. 34-38.
38. Мартынова Р.И. О психолого-педагогических особенностях детей дислаликов и дизартриков. // Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С.С. Ляпидевского. – М.: Просвещение, 1967. Вып. 3. – С. 98-102
39. Мартынова Р.И. Сравнительная характеристика дислалий и дизартрий. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С. Волкова, В.И. Селиверстовой. – М., 1977. – С. 27-30
40. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: Кн. для логопеда / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова. – М.: Просвещение, 1985. – 120 с.

41. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / Под общ. ред. проф. Г.В. Чиркиной. – М.: АРКТИ, 2005. – 240 с.
42. Науменко О. А., Веренич Э. А. Дифференцированный логопедический массаж в системе коррекционной работы по преодолению дизартрии // Специальное образование. 2010. №2. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/differentsirovannyu-logopedicheskiy-massazh-v-sisteme-korreksionnoy-raboty-po-preodoleniyu-dizartrii> (дата обращения: 17.10.2022).
43. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению / М.Ф. Фомичева, Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутепова и др. / Под ред. Т.В. Волосовец. – М.: Академия, 2002. – 200 с.
44. Османова Г.А. Игровой логопедический массаж и самомассаж при коррекции речевых нарушений / Г.А. Османова, Л.А. Позднякова. – СПб.: КАРО, 2013. – 88 с.
45. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р.Е. Левиной. – М.: Просвещение, 1967. – 363 с.
46. Панченко И.И. Дизартрические и анартрические расстройства речи у детей с церебральными параличами и особенности логопедической работы с ними. Дисс. канд. пед.н. / Панченко Инна Ивановна. – М., 1974.
47. Соколова Ф.М. Коррекция мышечного тонуса и подвижности речевого аппарата средствами физической реабилитации / Ф.М. Соколова, К.А. Гайдукова. // Молодой ученый, 2021. № 26 (368). – С. 325-339
48. Приходько О. Г. Особенности логопедической работы при дизартрии с детьми, страдающими ДЦП и другими видами неврологической патологии // Развитие и коррекция, 1999. Вып. 5. – С.10-15
49. Приходько О.Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста / О.Г. Приходько.– СПб.: КАРО, 2008. – 160 с.

- 50.Сербина А.Ф., Волоскова Н.Н. Комплекс приемов массажа речевой и мимической мускулатуры при дизартрии. Дизартрия, клинический, нейролингвистический, психолого-педагогический аспекты проблемы: Учебно-методическое пособие / А.Ф. Сербина, Н.Н. Волоскова – Ставрополь, 1996. – 180 с.
- 51.Скорик-Сет Н.О. Механизмы и симптоматика детской дизартрии. // Аллея наука, 2018. – Т. 3. № 11 (27). – С. 480-485.
- 52.Филичева Т. Б. и др. Основы логопедии: Учебное пособие / Т.Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М.: Просвещение, 1989. – 223 с.
- 53.Филичева Т.Б., Чевелева Н.А. Логопедическая работа в специальном детском саду / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева. – М. Просвещение, 1987. – 210 с.
- 54.Beukelman "Ataxic Dysarthria: Treatment Sequences Based on Ineligibility and Prosodic Considerations" JSHD. Vol 46 N.4/1988
- 55.James A. Till, Andrea R. Toye "Acoustic Phonetic Effects of Two Types of Verbal Feedback in Dysarthric Subjects" JSHD. Vol.53 N.4/1988
- 56.James Paul Dworkin, Richard A.Culatta "Oral Structural and Neuromuscular Characteristics in Children with Normal and Disordered Articulation" JSHD.Vol.50 N.2/1985
- 57.M. Yorksto, David R. M. N. Hedge, Joann McConn "Language Training: Some Data on Response Classes and Generalization to an Occupational Setting" JSHD.Vol.46 N.4/1981
- 58.Marianne B. Simson, James A. Till, Anne M. Goff "Long-Term Treatment of Severe Dysarthria: a Case Study" JSHD.Vol.53 N.4/1988 72
- 59.Rick Rubow, Edie Swift "A microcomputer - Based Wearable Biofeedback Device to Improve Transfer of Treatment in Parkinsonian Dysarthria". JSHD. Vol.50 N.2/1985
- 60.Serizawa K. TSUBO. Vital Points for Oriental Therapy. Japan Publ., 1976.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Общий осмотр (по Е. Дьяковой)

1	общее	Фиксируется
	Осанка	Ровная, сутулая
	Положение головы по отношению к плечевому поясу	Ровное, склонена в сторону: влево, вправо
	Положение плеч	Симметричное, ассиметричное
	Лицо	Отечность, одутловатость, ассиметрия
2	Состояние мимических мышц в положении покоя	Фиксируется
	положение бровей и складок над бровями (лобная мускулатура)	Симметричность, ассиметричность расположения
	ширина глазных щелей (круговая мускулатура век)	Симметричность, ассиметричность расположения
	носогубных складок (скуловые мышцы)	Симметричность, ассиметричность расположения
	углов линии рта (круговая мышца рта, щечная мышца)	Симметричность, ассиметричность 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 состоянии покоя	Фиксируется
	Положение языка в полости рта	оттянут назад, комком, закрывает вход в глотку, вяло лежит на дне ротовой полости; продвинут кпереди, девиация, беспокойство, гиперкинезы
	Мягкое небо	Резко подтянуто; провисает, увуля отклонена в сторону (влево / вправо)

Наблюдение за выполнением движений

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

Собственно мышцы языка		
15	Поперечные мышцы	Сделать язык узким: «Иголочка» (удержать на счет от 1 до 10)
16	Вертикальные мышцы	Удерживать 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 резцы (удержать на счет от 1 до 5)
19	Мышцы мягкого неба	Произносить звук «А» на твердой атаке: «Пострелять горлышком», открыть рот, высунуть язык вперед и удерживать его неподвижно, следя при этом глазами за предметом, который перемещается в боковых направлениях.

Технологическая карта проведения логопедического массажа
ребенка дошкольного возраста с повышенным мышечным тонусом

	Общие сведения.1 курс	2 курс	3 курс
Фамилия и имя ребенка Егор	Январь 2021 г.	Март 2021 г.	Май 2021 г.
Возраст	5 лет, 8 мес.	5 лет, 10 месяцев	6 лет, 1 мес.
Диагноз невролога или заключение специалиста	Стертая дизартрия	Стертая дизартрия	Стертая дизартрия
Кол-во курсов, Кол-во сеансов в курсе	15 сеансов 3 курса	15 сеансов	12 сеансов
Цель	Нормализация мышечного тонуса в артикуляционной и мимической мускулатуре при спастическом парезе.	Нормализация мышечного тонуса в артикуляционной и мимической мускулатуре при спастическом парезе.	Нормализация мышечного тонуса в артикуляционной и мимической мускулатуре при спастическом парезе.
Задачи	<ul style="list-style-type: none"> – понизить рефлекторную возбудимость мышц в периферическом отделе речевого аппарата; – увеличить объем и амплитуду артикуляционных движений; – способствовать снижению проявления патологических процессов (синкинезии, гиперкинезы, гиперсаливация, девиации); – формировать произвольные координированные движения органов артикуляционного аппарата. 	<ul style="list-style-type: none"> – понизить рефлекторную возбудимость мышц в периферическом отделе речевого аппарата; – увеличить объем и амплитуду артикуляционных движений; – способствовать снижению проявления патологических процессов (синкинезии, гиперкинезы, гиперсаливация, девиации); – формировать произвольные координированные движения органов артикуляционного аппарата. 	<ul style="list-style-type: none"> – понизить рефлекторную возбудимость мышц в периферическом отделе речевого аппарата; – увеличить объем и амплитуду артикуляционных движений; – способствовать снижению проявления патологических процессов (синкинезии, гиперкинезы, гиперсаливация, девиации); – формировать произвольные координированные движения органов артикуляционного аппарата.

<p>Особенности проявления повышенного тонуса</p>	<p>Перед курсом проведена дополнительная диагностика, которая выявила особенности проявления спастического пареза:</p> <ul style="list-style-type: none"> – лицо амимично; – руки напряжены; – плечевой пояс и затылочные бугры в тонусе, соответственно, движения головы, шеи и рук ограничены; – движения челюсти в бок затруднено, т.к. жевательная мышца напряжена; – круговая мышца губ в тонусе (губы тонкие, плотно сжаты); – щечная мышца напряжена (проба «втягивание щек» затруднена); – язык визуально оттянут комом назад, кончик не оформлен. Язык плотный на ощупь, повышен глоточный рефлекс, произвольные движения во время проведения проб сильно затруднены («Иголочка», «Блинчик», «Качели», «Вкусное варенье»); – наблюдается девиация языка по средней линии (отклоняется вправо); – наблюдается гиперсаливация; – синкинезия (при попытках вытащить язык из полости рта, щурится правый глаз); – при проведении пассивно-активных движениях наблюдается тремор кончика языка; – речь смазанная, нечеткая – наблюдаются множественные 	<p>Проведена дополнительная диагностика, которая выявила особенности проявления спастического пареза:</p> <ul style="list-style-type: none"> – мимическая мускулатура достаточно подвижна; – в руках сохраняется напряжение; – плечевой пояс в тонусе, соответственно, движения головы, шеи и рук ограничены; – движения челюсти вперед-назад, вправо-влево слегка скованны, но уже не затруднено; – в верхней губе круговой мышцы сохраняется напряжение; – щечная мышца напряжена (проба-втягивание щек затруднено); – язык продвинулся в переднюю часть полости рта, но положить его на нижнюю губу сложно, наблюдаются подергивания, кончик не оформлен. Язык плотный на ощупь, произвольные движения во время проведения проб затруднены, особенно при выполнении проб «Иголочка», «Вкусное варенье»; – девиация языка, при тщательном наблюдении сохраняется; – гиперсаливация наблюдается при определенных повышенных нагрузках (при работе над постановкой шипящих звуков); – синкинезия (при 	<p>Проведена диагностика перед началом курса.</p> <p>Выявлено:</p> <ul style="list-style-type: none"> – мимика достаточно оживлена и подвижна; – в руках есть некоторое напряжение; – мышцы плечевого пояса слегка напряжены; – движения челюсти не скованны, но жевательная мышца в небольшом напряжении; – в верхней губе круговой мышцы сохраняется напряжение; – язык спокойно лежит внизу полости рта, но при нагрузках, периодически уходит назад и кончик перестает визуализироваться; – гиперсаливация не выявлена; – синкинезия сохранна; – речь достаточно внятная, затруднения вызывают сложные слова со стечением согласных и в потоке речи, когда ребенок хочет сказать много; – голос более выразителен и модулирован.
---	---	---	--

	<p>искажения и пропуски (сигматизм шипящих, свистящих, ротацизм, дефект смягчения); – голос слабый, хриплый, немодулированный.</p>	<p>попытках вытащить язык из полости рта щурится правый глаз); – речь более внятная, звуки изолированно стали четче, но в потоке речи, особенно в сложных позициях, наблюдается смазанность; – голос хриплый, немодулированный.</p>	
Методические рекомендации	<p>Приемы классического массажа: поверхностное поглаживание, обхватывающее поглаживание, легкая вибрация. Приемы точечного массажа: глубокие, медленные вкручивающие движения – в области подчелюстной ямки, – в области височно-нижнечелюстного сустава, – в области подъязычной кости, – перекрестный массаж. Пассивные упражнения для снятия мышечного напряжения плечевого пояса и рук, способствующие расслаблению корня языка Зондовый массаж, начиная с 4 сеанса: – для мышц языка («Санки» большие и малые, «Расчёска», «Скользкий») – шпатель, начиная с 4 раза (легкие, вибрирующие, скользящие движения) Тепирование – на область подбородочно-язычной,</p>	<p>Приемы классического массажа: поверхностное поглаживание, обхватывающее поглаживание, легкая вибрация. Приемы точечного массажа: глубокие, медленные вкручивающие движения: – в области подчелюстной ямки, – в области височно-нижнечелюстного сустава, – в области подъязычной кости, – перекрестный массаж. Пассивные упражнения для снятия мышечного напряжения плечевого пояса и рук, способствующие расслаблению корня языка. Зондовый массаж, начиная с 4 сеанса – для мышц языка («Санки» большие и малые, «Расчёска», «Скользкий») – шпатель, начиная с 4 раза (легкие, вибрирующие, скользящие движения). Тепирование на область подбородочно-язычной, подъязычной и</p>	<p>Приемы классического массажа повторяются, только более уверенные движения, выполняются ритмичнее, в среднем темпе. Прорабатываются те же комплексы БАТ. В тейпировании используются только кросстейпы, два раза в неделю (когда ребенок уходит на выходной). Обучение ребенка и родителя приемам самомассажа.</p>

	<p>подъязычной и шиловязычной мышцы, на время проведения массажа языка (для устранения повышенной чувствительности и снятия небно-глоточного рефлекса)</p> <p>– накладывание кросстейпов через каждые два сеанса на область жевательной, подъязычной, шиловязычной и круговой мышцы рта.</p>	<p>шиловязычной мышцы, на время проведения массажа языка (для устранения повышенной чувствительности и снятия небно-глоточного рефлекса),</p> <p>– накладывание кросстейпов через каждые два сеанса на область жевательной, подъязычной, шиловязычной и круговой мышцы рта.</p>	
Противопоказания	<p>Противопоказаний к проведению массажа не выявлено (в справке невролога, педиатра не обозначены).</p>	<p>Противопоказаний к проведению массажа не выявлено (в справке невролога, педиатра не обозначены).</p>	<p>Противопоказаний к проведению массажа не выявлено (в справке невролога, педиатра не обозначены).</p>
Оборудование	<p>– кушетка,</p> <p>– валик подколенный.</p> <p>– индивидуальная простынь,</p> <p>– нетканые салфетки,</p> <p>– раствор для дезинфекции,</p> <p>хлоргексидин, спирт медицинский,</p> <p>– ватные диски.</p> <p>– зонды металлические,</p> <p>–антисептическая жидкость для полоскания рта после проведения массажа,</p> <p>– медицинские перчатки,</p> <p>– масло детское, присыпка,</p> <p>– маска защитная,</p> <p>– сухожар,</p> <p>– крафтпакеты,</p> <p>– антибактерицидная лампа для обработки помещения,</p> <p>– махровое полотенце.</p>	<p>– кушетка,</p> <p>– валик подколенный.</p> <p>– индивидуальная простынь,</p> <p>– нетканые салфетки,</p> <p>– раствор для дезинфекции,</p> <p>хлоргексидин, спирт медицинский,</p> <p>– ватные диски.</p> <p>– зонды металлические,</p> <p>–антисептическая жидкость для полоскания рта после проведения массажа,</p> <p>– медицинские перчатки,</p> <p>– масло детское, присыпка,</p> <p>– маска защитная,</p> <p>– сухожар,</p> <p>– крафтпакеты,</p> <p>– антибактерицидная лампа для обработки помещения,</p> <p>– махровое полотенце</p>	<p>– кушетка,</p> <p>– валик подколенный.</p> <p>– индивидуальная простынь,</p> <p>– нетканые салфетки,</p> <p>– раствор для дезинфекции,</p> <p>хлоргексидин, спирт медицинский,</p> <p>– ватные диски.</p> <p>– зонды металлические,</p> <p>–антисептическая жидкость для полоскания рта после проведения массажа,</p> <p>– медицинские перчатки,</p> <p>– масло детское, присыпка,</p> <p>– маска защитная,</p> <p>– сухожар,</p> <p>– крафтпакеты,</p> <p>– антибактерицидная лампа для обработки помещения,</p> <p>– махровое полотенце</p>
Предварительная работа	<p>Сбор анамнеза у родителя, проведение предварительной диагностики.</p> <p>Обсуждение с родителем</p>	<p>Проведение диагностического обследования.</p> <p>Определение коррекционного</p>	<p>Проведение диагностического обследования и определение коррекционного</p>

	<p>результатов диагностики и определение коррекционного маршрута.</p> <p>Создание в кабинете атмосферы, способствующей снятию общего мышечного напряжения:</p> <p>– фоновая релаксирующая музыка, фонтанчики, колокольчик (в качестве настроя на занятие),</p> <p>– установление психологического контакта с ребенком и родителем</p>	<p>маршрута.</p> <p>Создание в кабинете атмосферы, способствующей снятию общего мышечного напряжения:</p> <p>– фоновая релаксирующая музыка, фонтанчики, колокольчик (в качестве настроя на занятие).</p>	<p>маршрута.</p> <p>Создание в кабинете атмосферы, способствующей снятию общего мышечного напряжения:</p> <p>– фоновая релаксирующая музыка, фонтанчики, колокольчик (в качестве настроя на занятие).</p>
<p>Непосредственно коррекционная работа:</p> <p>Расслабление мышц плечевого пояса и шеи.</p>	<p>Медленное поглаживание в области передней части шеи без воздействия на область щитовидной железы, боковой поверхности шеи;</p> <p>пассивные и пассивно-активные упражнения (легкие круговые и покачивающие движения головы ребенка).</p>	<p>Медленное поглаживание в области передней части шеи без воздействия на область щитовидной железы, боковой поверхности шеи;</p> <p>пассивные и пассивно-активные упражнения (легкие круговые и покачивающие движения головы ребенка).</p>	<p>Медленное поглаживание в области передней части шеи, без воздействия на область щитовидной железы, боковой поверхности шеи; пассивные и пассивно-активные упражнения (легкие круговые и покачивающие движения головы ребенка)</p>
<p>Снятие повышенного мышечного тонуса с <i>лицевой мускулатуры</i></p> <p>-массаж в области лба</p> <p>-в области верхнего и нижнего века</p>	<p>Медленное поглаживание от середины лба к височным областям, от середины лба к области височно-нижнечелюстного сустава, поглаживание по направлению снизу вверх (от надбровных дуг к волосистой части головы).</p>	<p>Медленное поглаживание от середины лба к височным областям, от середины лба к области височно-нижнечелюстного сустава, поглаживание по направлению снизу вверх (от надбровных дуг к волосистой части головы)</p>	<p>Медленное поглаживание от середины лба к височным областям, от середины лба к области височно-нижнечелюстного сустава, поглаживание по направлению снизу вверх (от надбровных дуг к волосистой части головы)</p>

<p>Снятие повышенное мышечное напряжение с артикуляционной мускулатуры.</p>	<p>Воздействие на скуловую, жевательную, крыловидную, височную, подбородочную, мышцу смеха, поднимающую и опускающую угол рта, опускающую нижнюю губу. Основной прием: поглаживание и легкая вибрация. Параллельно проводить комплексы БАТ, интраоральное воздействие (внутри полости рта), аппаратное воздействие с помощью легких вибрирующих устройств, кросстейпирование на необходимые области, воздействие теплом.</p>	<p>Воздействие на скуловую, жевательную, крыловидную, височную, подбородочную, мышцу смеха, поднимающую и опускающую угол рта, опускающую нижнюю губу. Основной прием: поглаживание и легкая вибрация. Параллельно проводить комплексы БАТ, интраоральное воздействие (внутри полости рта), аппаратное воздействие с помощью легких вибрирующих устройств, кросстейпирование на необходимые области, воздействие теплом.</p>	<p>Воздействие на скуловую, жевательную, крыловидную, височную, подбородочную, мышцу смеха, поднимающую и опускающую угол рта, опускающую нижнюю губу. Основной прием: поглаживание и легкая вибрация. Параллельно проводить комплексы БАТ, интраоральное воздействие (внутри полости рта), аппаратное воздействие с помощью легких вибрирующих устройств, кросстейпирование на необходимые области, воздействие теплом.</p>
<p>Снятие повышенного мышечного напряжения в мышцах языка вне полости рта.</p>	<p>Воздействие на мышцы дна полости рта, подъязычной кости, области шиловидного отростка. Прием: легкая длительная вибрация, медленное поглаживание в области прикрепления скелетных мышц к костям черепа или шеи (шиловидный отросток, подъязычная кость, подбородочно-язычная мышца), т.е. легкое вибрационное воздействие на сам язык. Инструментальный массаж с помощью зондов, шпателя.</p>	<p>Воздействие на мышцы дна полости рта, подъязычной кости, области шиловидного отростка. Прием: легкая длительная вибрация, медленное поглаживание в области прикрепления скелетных мышц к костям черепа или шеи (шиловидный отросток, подъязычная кость, подбородочно-язычная мышца), т.е. легкое вибрационное воздействие на сам язык. Инструментальный массаж с помощью зондов, шпателя.</p>	<p>Воздействие на мышцы дна полости рта, подъязычной кости, области шиловидного отростка. Прием: легкая длительная вибрация, медленное поглаживание в области прикрепления скелетных мышц к костям черепа или шеи (шиловидный отросток, подъязычная кость, подбородочно-язычная мышца), т.е. легкое вибрационное воздействие на сам язык. Инструментальный массаж с помощью зондов, шпателя.</p>
<p>Снятие повышенного мышечного напряжения в области гортани</p>	<p>Легкие, покачивающие вибрационные движения в области гортани. Пение гласных звуков в процессе массажа (А-О-У-И-Э).</p>	<p>Легкие, покачивающие вибрационные движения в области гортани. Пение гласных звуков в процессе массажа (А-О-У-И-Э).</p>	<p>Легкие, покачивающие вибрационные движения в области гортани. Пение гласных звуков в процессе массажа (А-О-У-И-Э)</p>
<p>Формирование произносительных умений и навыков</p>	<p>Приемы постановки свистящих, шипящих: – с опорой на профили, – по подражанию,</p>	<p>Приемы постановки свистящих, шипящих: – с опорой на профили, – по подражанию,</p>	<p>Приемы постановки свистящих, шипящих: – с опорой на профили, – по подражанию,</p>

<p>Цель: формировать правильную позицию языка и продвижения его в переднюю часть полости рта, за верхние и нижние зубы. Активизация кончика языка Стимулирование к дальнейшей работе, формирование доверительного общения ребенка и специалиста.</p> <p>Работа с родителем (доведение необходимой информации, психологическая помощь: принятие, оптимистическо е отношение, призывание к активному участию в коррекционных мероприятиях.</p>	<p>– от артикуляции, – механическим способом (зонды, шпажки, ватные палочки), – словесный (выводы, стимуляция к дальнейшей работе с помощью похвалы и разных стимуляторных средств).</p>	<p>– от артикуляции, – механическим способом (зонды, шпажки, ватные палочки), – словесный (выводы, стимуляция к дальнейшей работе с помощью похвалы и разных стимуляторных средств).</p>	<p>– от артикуляции, – механическим способом (зонды, шпажки, ватные палочки), – словесный (выводы, стимуляция к дальнейшей работе с помощью похвалы и разных стимуляторных средств).</p>
--	--	--	--

Технологическая карта
ребенка дошкольного возраста с пониженным мышечным тонусом

Общие сведения. Фамилия и имя ребенка	1 курс Сентябрь 2021 год	2 курс Ноябрь 2021 год	3 курс Февраль 2021 год
Артемиий.			
Возраст	6 лет, 1 мес.	6 лет, 3 мес.	6 лет, 5 мес.
Диагноз невролога или заключение специалиста	Стертая дизартрия	Стертая дизартрия	Стертая дизартрия
Кол-во курсов. Кол-во сеансов в курсе(3 курса)	15 сеансов	12 сеансов	12 сеансов
Цель	Нормализация мышечного тонуса в артикуляционной и мимической мускулатуре при пониженном тонусе.	Нормализация мышечного тонуса в артикуляционной и мимической мускулатуре при пониженном тонусе.	Нормализация мышечного тонуса в артикуляционной и мимической мускулатуре при пониженном тонусе.
Задачи	<ul style="list-style-type: none"> – повысить мышечный тонус и восстановить двигательную активность всех артикуляционных мышц; – стимулировать кинестетические ощущения; – увеличить объем и амплитуду артикуляционных движений – помочь в формировании произвольных координированных движений органов артикуляционного аппарата; – способствовать снижению проявления патологических процессов (синкинезии, гиперкинезы, гиперсаливация, девиации); – способствовать активизации и регуляции эмоционального состояния ребенка; – обучить родителя и ребенка основным приемам самомассажа (провести консультацию родителю и «познакомить» с состоянием мышечного тонуса ребенка); – развивать речь ребенка в процессе проведения сеанса (обогащать пассивный словарь, формировать грамматические конструкции и т.д.) 	<ul style="list-style-type: none"> – повысить рефлекторную возбудимость мышц в периферическом отделе речевого аппарата; – увеличить объем и амплитуду артикуляционных движений; – способствовать снижению проявления патологических процессов (синкинезии, гиперкинезы, гиперсаливация, девиации); – формировать произвольные координированные движения органов артикуляционного аппарата. 	<ul style="list-style-type: none"> – повысить рефлекторную возбудимость мышц в периферическом отделе речевого аппарата; –увеличить объем и амплитуду артикуляционных движений; – способствовать снижению проявления патологических процессов (синкинезии, гиперкинезы, гиперсаливация, девиации); – формировать произвольные координированные движения органов артикуляционного аппарата.
Особенности	Перед курсом проведена	Проведена диагностика,	Проведена диагностика

<p>проявления пониженного тонуса у ребенка</p>	<p>дополнительная диагностика и сбор анамнестических сведений, которые выявили особенности проявления гипотонуса:</p> <ul style="list-style-type: none"> – проявления сколиоза, плечи и лопатки не симметричны, – руки слабые, грудная клетка вогнута, – кожные покровы бледные, исчерчены сосудистой сеткой; – лицо гипомимично; – рот приоткрыт; – уголки рта опущены; – речь замедленна, артикуляция нечеткая; – круговая мышца рта в гипотонусе (удерживание надутых щек затруднено); – язык тонкий, бледный. <p>Произвольные движения во время проведения проб затруднены («Иголочка», «Чашечка», «Вкусное варенье», «Качели»), наблюдается при выполнении гиперсаливация;</p> <ul style="list-style-type: none"> – кончик языка не выражен; – речь смазанная, нечеткая. <p>Наблюдаются множественные искажения и пропуски (сигматизм шипящих, свистящих, ротацизм, дефект смягчения);</p> <ul style="list-style-type: none"> –голос слабый, иссекающийся, затухающий. 	<p>которая выявила особенности проявления гипотонусных нарушений:</p> <ul style="list-style-type: none"> – в мимической мускулатуре произошел комплекс оживления (эмоционально реагирует и проявляет свои чувства); – в руках и пальцах сохраняется слабость; – движения челюсти вперед-назад, вправо-влево слегка расторможены, но ребенок начал контролировать положение сомкнутого рта; – в верхней губе круговой мышцы сохраняется некоторая слабость (проба «лягушка»- «хоботок»); – язык находится в полости рта в положении за нижними зубами, контролируется ребенком; – наблюдается гиперсаливация, когда много говорит или «заигрывается»; –язык на ощупь тонкий, слабый; – произвольные движения во время проведения проб затруднены, особенно при выполнении «Иголочка», «Чашечка», «Маляр»; – гиперсаливация наблюдается при определенных повышенных нагрузках(при работе над постановкой шипящих звуков); – речь более внятная, звуки изолированно стали четче, но в потоке речи, особенно в сложных позициях, наблюдается смазанность; –голос слабый, тихий. 	<p>перед началом курса. Выявлено:</p> <ul style="list-style-type: none"> – мимика достаточно оживлена и подвижна; – в руках есть некоторая слабость; – мышцы шеи напряжены, плечевого пояса – ослаблены, плечи и лопатки несимметричны; – жевательная мышца в нормотонусе, рот чаще закрыт; – в круговой мышце рта сохраняется некоторая мышечная слабость, но внешне не проявляется (губы чаще сомкнуты); – язык спокойно лежит внизу полости рта, но при нагрузках, может находиться вне полости рта; – гиперсаливация не выявлена, контролируется ребенком; – уголки рта и глаз подтянулись и опущение проявлено слегка; – речь достаточно внятная, затруднения вызывают сложные слова со стечением согласных, и в потоке речи, когда ребенок хочет сказать много; – голос более выразителен и модулирован.
<p>Методические рекомендации</p>	<p>Движения быстрые, ритмичные, по нарастающей.</p>	<p><i>Классический массаж:</i> приемы: растирание, разминание, сильная</p>	<p><i>Классический массаж:</i> приемы: растирание, разминание, сильная</p>

	<p><i>Классический массаж:</i> Основные приемы: растирание, разминание, сильная вибрация, плотное нажатие, поколачивание, чередующиеся с активным поглаживанием. <i>Точечный массаж:</i> по биологически активным точкам. Прием: быстрые ритмичные надавливания (не глубокие) для достижения стимулирующего эффекта в области височно-нижнечелюстного сустава, область крепления большой и малой скуловой мышцы, область подъязычной кости. <i>Инструментальный:</i> зонды («Вилочка», «Сани», «Крестик» и другие, шпатель, аппарат «Денас», с подбором мощности для мышечной активации, <i>Самомассаж:</i> даются ролики, валики, су-джок и пока делается массаж основной, ребенок прорабатывает мышцы пальцев, запястий и т.д. Даются рекомендации родителю и ребенку, с помощью каких приемов и средств можно делать массаж дома самостоятельно (ложка, яблоко, су-джок, ипликатор Кузнецова и т.д.)</p>	<p>вибрация, плотное нажатие, поколачивание, чередующиеся с активным поглаживанием. <i>Точечный массаж:</i> по биологически активным точкам. Прием: быстрые ритмичные поверхностные надавливания (не глубокие) для достижения стимулирующего эффекта в области височно-нижнечелюстного сустава, область крепления большой и малой скуловой мышцы, область подъязычной кости. <i>Инструментальный:</i> зонды («Вилочка», «Сани», «Крестик» и другие, шпатель), аппарат «Денас», с подбором мощности для мышечной активации. <i>Самомассаж:</i> даются ролики, валики, су-джок, и пока делается массаж основной, ребенок прорабатывает мышцы пальцев, запястья и т.д. Также дополнительно даются рекомендации родителю и ребенку, с помощью каких приемов и средств можно делать массаж дома самостоятельно.</p>	<p>вибрация, плотное нажатие, поколачивание, чередующиеся с активным поглаживанием. <i>Точечный массаж:</i> по биологически активным точкам. Прием: быстрые ритмичные поверхностные надавливания (не глубокие) для достижения стимулирующего эффекта в области височно-нижнечелюстного сустава, область крепления большой и малой скуловой мышцы, область подъязычной кости. <i>Инструментальный:</i> зонды («Вилочка», «Сани», «Крестик» и другие, шпатель), аппарат «Денас», с подбором мощности для мышечной активации, <i>Самомассаж:</i> даются ролики, валики, су-джок, и пока делается массаж основной, ребенок прорабатывает мышцы пальцев, запястья и т.д. Также дополнительно даются рекомендации родителю и ребенку, с помощью каких приемов и средств можно делать массаж дома самостоятельно.</p>
Противопоказания	В направлении невролога и педиатра не обозначены. При диагностике и сборе анамнеза не выявлены.	В направлении невролога и педиатра не обозначены. При диагностике и сборе анамнеза не выявлены.	В направлении невролога и педиатра не обозначены. При диагностике и сборе анамнеза не выявлены.
Оборудование	<ul style="list-style-type: none"> – кушетка, – валик подколенный, – индивидуальные простыни, – нетканые салфетки, – раствор для дезинфекции, хлоргексидин, спирт медицинский, – ватные диски, – зонды металлические, – антисептическая жидкость для полоскания рта после проведения массажа, 	<ul style="list-style-type: none"> – кушетка, – валик подколенный, – индивидуальные простыни, – нетканые салфетки, – раствор для дезинфекции, хлоргексидин, спирт медицинский, – ватные диски, – зонды металлические, – антисептическая жидкость для полоскания 	<ul style="list-style-type: none"> – кушетка, – валик подколенный, – индивидуальные простыни, – нетканые салфетки, – раствор для дезинфекции, хлоргексидин, спирт медицинский, – ватные диски, – зонды металлические, – антисептическая жидкость для полоскания

	<ul style="list-style-type: none"> – медицинские перчатки, – масло детское, присыпка, – маска защитная, – сухожар, – крафтпакеты, – антибактерицидная лампа для обработки помещения, – махровое полотенце. 	<p>рта после проведения массажа,</p> <ul style="list-style-type: none"> – медицинские перчатки, – масло детское, присыпка, – маска защитная, – сухожар, – крафтпакеты, – антибактерицидная лампа для обработки помещения, – махровое полотенце. 	<p>рта после проведения массажа,</p> <ul style="list-style-type: none"> – медицинские перчатки, – масло детское, присыпка, – маска защитная, – сухожар, – крафтпакеты, – антибактерицидная лампа для обработки помещения, – махровое полотенце.
Предварительная работа	<p>Сбор анамнестических сведений. Диагностика. Стимуляция родителя на комплексное лечение. Обсуждение проблем, вопросов и результатов диагностики.</p> <p>Создание в кабинете атмосферы, способствующей доверительному общению, рабочего настроения:</p> <ul style="list-style-type: none"> – установление психологического контакта ребенка, родителя и специалиста, – подбор упражнений для активизации речевого общения (беседа о времени года, загадывание загадок, накопление словаря пассивного и активного, установление логических связей и пространственных отношений). 	<p>Обсуждение с родителем возникших вопросов, изменений, произошедших за 2 месяца. Установление доверительных отношений, способствующих продуктивной работе.</p> <p>Упражнения на развитие логических, пространственных связей, накопление словаря, развитие мышления и памяти:</p> <p>«Определи, что и где находится», «Слова наоборот», «Слова-товарищи», «Обобщающие понятия», «Подскажи словечко», «Скажи ласково», «Что бывает круглым, квадратным...», «Веселые рифмы» и др.</p>	<p>Создание спокойной и доверительной атмосферы, Установление контакта с ребенком и родителем, способствующего продуктивной работе.</p> <p>Беседа с ребенком «Что изменилось за то время, что мы не виделись и что интересного произошло»</p> <p>Игры и упражнения: «Цепочка слов», «Кто больше», «Что из чего сделано», «Кто где живет», «Животные и их детеныши», «Объясни, почему...».</p>
Непосредственно коррекционная работа: Способствовать повышению мышечного тонуса <i>плечевого пояса и шеи.</i>	<p>Все движения в направлении снизу-вверх, используя прием обхватывающего поглаживания.</p> <p>Упражнения, построенные на эффекте сопротивления.</p> <p><i>Приемы:</i> активное поглаживание, легкое разминание в области плечевого пояса.</p> <p>Противопоказаны приемы: поколачивание, разминание и вибрация.</p>	<p>Все движения в направлении снизу-вверх, используя прием обхватывающего поглаживания.</p> <p>Упражнения, построенные на эффекте сопротивления.</p> <p><i>Приемы:</i> активное поглаживание, легкое разминание в области плечевого пояса.</p> <p>Противопоказаны приемы: поколачивание, разминание и вибрация.</p>	<p>Все движения в направлении снизу-вверх, используя прием обхватывающего поглаживания.</p> <p>Упражнения, построенные на эффекте сопротивления.</p> <p><i>Приемы:</i> активное поглаживание, легкое разминание в области плечевого пояса.</p> <p>Противопоказаны приемы: поколачивание, разминание и вибрация..</p>
Активизировать мышечный тонус <i>лицевой мускулатуры.</i>	<p><i>Приемы:</i> поглаживание, растирание, разминание области от середины лба к вискам, от середины лба к</p>	<p><i>Приемы:</i> поглаживание, растирание, разминание области от середины лба к вискам, от середины лба к</p>	<p><i>Приемы:</i> поглаживание, растирание, разминание области от середины лба к вискам, от середины лба к</p>

<p>Массаж области лба</p>	<p>в области височно-нижнечелюстного сустава, мягкое надавливание на лоб в продольном (от бровей к волосистой части головы) и поперечном направлениях.</p>	<p>области височно-нижнечелюстного сустава, мягкое надавливание на лоб в продольном (от бровей к волосистой части головы) и поперечном направлениях.</p>	<p>области височно-нижнечелюстного сустава, мягкое надавливание на лоб в продольном (от бровей к волосистой части головы) и поперечном направлениях.</p>
<p>Повысить мышечный тонус артикуляционной мускулатуре</p>	<p>в Воздействие на скуловую, жевательную, крыловидную, височную, подбородочную, мышцу смеха, поднимающую и опускающую угол рта, опускающую нижнюю губу. <i>Приемы:</i> поглаживание, спиралевидное растирание, круговое растирание, щипцеобразный захват при воздействии на нижнюю часть лица, разминание в продольном и поперечном направлениях, сильная вибрация, поколачивание подушечками пальцев (в области костных поверхностей). Параллельно проводить комплексы БАТ, интраоральное воздействие (внутри полости рта), аппаратное воздействие с помощью легких вибрирующих устройств, кросстейпирование на необходимые области, воздействие холодом.</p>	<p>Воздействие на скуловую, жевательную, крыловидную, височную, подбородочную, мышцу смеха, поднимающую и опускающую угол рта, опускающую нижнюю губу. <i>Приемы:</i> поглаживание, спиралевидное растирание, круговое растирание, щипцеобразный захват при воздействии на нижнюю часть лица, разминание в продольном и поперечном направлениях, сильная вибрация, поколачивание подушечками пальцев (в области костных поверхностей). Параллельно проводить комплексы БАТ, интраоральное воздействие (внутри полости рта), аппаратное воздействие с помощью легких вибрирующих устройств, кросстейпирование на необходимые области, воздействие холодом.</p>	<p>Воздействие на скуловую, жевательную, крыловидную, височную, подбородочную, мышцу смеха, поднимающую и опускающую угол рта, опускающую нижнюю губу. <i>Приемы:</i> поглаживание, спиралевидное растирание, круговое растирание, щипцеобразный захват при воздействии на нижнюю часть лица, разминание в продольном и поперечном направлениях, сильная вибрация (сильные и короткие движения), поколачивание подушечками пальцев (в области костных поверхностей). Параллельно проводить комплексы БАТ, интраоральное воздействие (внутри полости рта), аппаратное воздействие с помощью легких вибрирующих устройств. Кросстейпирование на необходимые области перед каждым выходным днем.</p>
<p>Повысить мышечный тонус и активизировать мышцы окружности рта.</p>	<p>Воздействие на круговую мышцу рта, а также мышцы, изменяющие положение губ (щечная, поднимающую верхнюю губу, мышцы, опускающие угол рта и нижнюю губу. <i>Приемы:</i> продольное растирание круговой мышцы рта, перетирание круговой мышцы рта, круговое пощипывание, круговое постукивание. Интраоральный массаж круговой мышцы рта: претирающие, спиралевидные растирания и разминания, также точечное надавливание большим и указательным пальцем с</p>	<p>Воздействие на круговую мышцу рта, а также мышцы, изменяющие положение губ (щечная, поднимающую верхнюю губу, мышцы, опускающие угол рта и нижнюю губу. <i>Приемы:</i> продольное растирание круговой мышцы рта, перетирание круговой мышцы рта, круговое пощипывание, круговое постукивание. Интраоральный массаж круговой мышцы рта: претирающие, спиралевидные растирания и разминания, также точечное надавливание большим и указательным</p>	<p>Воздействие на круговую мышцу рта, а также мышцы, изменяющие положение губ (щечная, поднимающую верхнюю губу, мышцы, опускающие угол рта и нижнюю губу. <i>Приемы:</i> продольное растирание круговой мышцы рта, перетирание круговой мышцы рта, круговое пощипывание, круговое постукивание. Интраоральный массаж круговой мышцы рта: претирающие, спиралевидные</p>

	внешней и внутренней стороны мышцы.	пальцем с внешней и внутренней стороны мышцы.	растирания и разминания, также точечное надавливание большим и указательным пальцем с внешней и внутренней стороны мышцы.
Способствовать активизации <i>мышц языка</i> -повысить тонус скелетных мышц языка; -повысить тонус собственно мышц языка в полости рта -повысить тонус собственно мышцы языка вне полости рта.	<i>Рекомендации</i> к проведению: массажные движения проводятся чаще от корня к кончику языка, т.к., небно-глоточный рефлекс снижен. — активизация скелетных мышц языка (в области дна полости рта, подъязычной кости, шиловидного отростка). <i>Приемы:</i> перетирание в продольном и поперечном направлениях, перетирание спиралевидными движениями, плотное сжатие боковых поверхностей языка с удержанием, пощипывание боковых краев языка, активная вибрация. — инструментальный массаж с помощью зондов или зондозаменителей, шпалелей (похлопывание спинки языка, перетирание мышц языка между двумя шпателями), шпажек, ватных палочек и т.д. — упражнения пассивно-активной гимнастики, построенной на эффекте сопротивления	Активизация скелетных мышц языка (в области дна полости рта, подъязычной кости, шиловидного отростка). <i>Приемы:</i> короткие активные вибрации в местах точечного воздействия, глубокое сильное поглаживание от подчелюстной ямки к углам нижней челюсти, активизация собственно мышц языка. <i>Приемы:</i> перетирание в продольном и поперечном направлениях, перетирание спиралевидными движениями, плотное сжатие боковых поверхностей языка с удержанием, пощипывание боковых краев языка, активная вибрация. -инструментальный массаж с помощью зондов или зондозаменителей, шпалелей (похлопывание спинки языка, перетирание мышц языка между двумя шпателями), шпажек, ватных палочек и т.д. — упражнения пассивно-активной гимнастики, построенной на эффекте сопротивления.	Активизация скелетных мышц языка (в области дна полости рта, подъязычной кости, шиловидного отростка). <i>Приемы:</i> короткие активные вибрации в местах точечного воздействия, глубокое сильное поглаживание от подчелюстной ямки к углам нижней челюсти, -активизация собственно мышц языка. <i>Приемы:</i> перетирание в продольном и поперечном направлениях, перетирание спиралевидными движениями, плотное сжатие боковых поверхностей языка с удержанием, пощипывание боковых краев языка, активная вибрация. — инструментальный массаж с помощью зондов или зондозаменителей, шпалелей (похлопывание спинки языка, перетирание мышц языка между двумя шпателями), шпажек, ватных палочек и т.д. — упражнения пассивно-активной гимнастики, построенной на эффекте сопротивления.
Активизация мышц <i>мягкого неба</i>	<i>Рекомендации:</i> эффективно сочетать с пассивно-активной гимнастикой, давать домашние задания: питье маленькими	Пассивно-активная гимнастика, давать домашние задания: питье маленькими глотками,	<i>Рекомендации:</i> эффективно сочетать с пассивно-активной гимнастикой,

	<p>глотками, утрированный смех и т.д.</p> <p><i>Приемы:</i> поглаживание, растирание, разминание в направлении от твердого неба к увули (прямое, спиралевидное, кругообразные движения).</p> <p>Постепенно массажные приемы начинают сочетаться с активными движениями мягкого неба (на твердой и мягкой атаке)</p>	<p>утрированный смех и т.д.</p> <p>Приемы: поглаживание, растирание, разминание в направлении от твердого неба к увули (прямое, спиралевидное, кругообразные движения).</p> <p>Постепенно массажные приемы начинают сочетаться с активными движениями мягкого неба (на твердой и мягкой атаке).</p>	<p>давать домашние задания: пить</p> <p>маленькими глотками, утрированный смех и т.д.</p> <p>Приемы: поглаживание, растирание, разминание в направлении от твердого неба к увули (прямое, спиралевидное, кругообразные движения).</p> <p>Постепенно массажные приемы начинают сочетаться с активными движениями мягкого неба (на твердой и мягкой атаке).</p>
<p>Формировать произносительные умения и навыки.</p> <p>Стимулировать к дальнейшей работе, формировать доверительное общение ребенка и специалиста.</p> <p>Работа с родителем (доведение необходимой информации, психологическая помощь: принятие, оптимистическое отношение, призывание к активному участию в коррекционных мероприятиях)</p>	<p>Приемы постановки «С», «Ш», «Р», «Ц»:</p> <ul style="list-style-type: none"> — по подражанию, — от артикуляции, — механическим способом (зонды, шпажки, ватные палочки и т.д.) — от опорного звука <p>Словесный (выводы, стимуляция к дальнейшей работе с помощью похвалы и разных стимуляторных средств).</p>	<p>Приемы постановки «С», «Ш», «Р», «Ц»:</p> <ul style="list-style-type: none"> — по подражанию, — от артикуляции, — механическим способом (зонды, шпажки, ватные палочки и т.д.) — от опорного звука <p>Словесный (выводы, стимуляция к дальнейшей работе с помощью похвалы и разных стимуляторных средств).</p>	<p>Приемы постановки «С», «Ш», «Р», «Ц»:</p> <ul style="list-style-type: none"> — по подражанию, — от артикуляции, — механическим способом (зонды, шпажки, ватные палочки и т.д.) — от опорного звука <p>Словесный (выводы, стимуляция к дальнейшей работе с помощью похвалы и разных стимуляторных средств).</p>