



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК
A61H 7/00 (2020.02)

(21)(22) Заявка: 2019121155, 07.07.2019

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
07.07.2019

Дата регистрации:
09.06.2020

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 07.07.2019

(45) Опубликовано: 09.06.2020 Бюл. № 16

Адрес для переписки:

121467, Москва, ул. Ельнинская, 3, кв.71,
Комардин Олег Валентинович

(72) Автор(ы):

Сахаровская Ольга Павловна (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Сахаровская Ольга Павловна (RU)

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: RU 2143256 C1, 27.12.1999. RU 2125864 C1, 10.02.1999. UA 65971 A, 15.04.2004. RU 2195244 C1, 27.12.2002. ПОЛЬШИНА М.А. Коррекция стертой дизартрии у старших дошкольников средствами логопедического массажа. Актуальные направления научных исследований: перспективы развития. 2017. С. 119-122. ПРИХОДЬКО О. Г. Дифференцированный логопедический массаж (см. прод.)

(54) СПОСОБ КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

(57) Реферат:

Изобретение относится к области медицины, в частности к логопедии, и может быть использовано для немедикаментозного лечения и коррекции речевых нарушений. Техническим результатом от использования заявляемого изобретения будет ускорение положительной динамики и повышение стабильности результата, уменьшение сроков нормализации состояния пациента, расширение области речевых нарушений, для которых способ коррекции дает положительные результаты, достижение комплексного улучшения общего состояния пациента. Заявленный результат достигается тем,

что способ коррекции речевых нарушений содержит пять этапов. Первый этап включает массаж грудного региона, шейного региона, лицевого региона. Второй этап включает внешний и интраоральный массаж артикуляционного аппарата. Третий этап включает массаж артикуляционного аппарата с постановкой звуков. Четвертый этап включает дыхательную, голосовую и артикуляционную гимнастику с массажем и автоматизацией проговаривания звуков. Пятый этап включает автоматизацию звуков в слогах, словах и фразах. 5 з.п. ф-лы, 3 пр.

(56) (продолжение):

при коррекции дизартрических расстройств. Москва. 2012.

RU 2 723 221 C1

RU 2 723 221 C1



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(52) CPC
A61H 7/00 (2020.02)

(21)(22) Application: **2019121155, 07.07.2019**

(24) Effective date for property rights:
07.07.2019

Registration date:
09.06.2020

Priority:
(22) Date of filing: **07.07.2019**

(45) Date of publication: **09.06.2020** Bull. № 16

Mail address:
**121467, Moskva, ul. Elninskaya, 3, kv.71, Komardin
Oleg Valentinovich**

(72) Inventor(s):
Sakharovskaia Olga Pavlovna (RU)

(73) Proprietor(s):
Sakharovskaia Olga Pavlovna (RU)

(54) **CORRECTION METHOD OF VERBAL DISORDERS**

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention refers to medicine, particularly to speech therapy, and can be used for drug-free treatment and correction of speech disorders. Declared result is achieved by the fact that the method of speech disorders correction includes five stages. First stage involves massage of the thoracic region, cervical region and facial region. Second stage involves external and intraoral massage of the articulation apparatus. Third stage involves massage of articulation apparatus with sounding. Fourth stage includes respiratory, vocal and articulation gymnastics with massage and

automation of pronunciation of sounds. Fifth stage includes automation of sounds in syllables, words and phrases.

EFFECT: technical result of using the claimed invention will be acceleration of positive dynamics and higher stability of the result, shorter time for normalizing the patient's condition, enlarging the region of verbal disorders, for which the correction method provides positive results, achievement of complex improvement of the patient's general condition.

6 cl, 3 ex

RU 2 723 221 C1

RU 2 723 221 C1

Изобретение относится к области медицины, в частности к логопедии, и может быть использовано для немедикаментозного лечения и коррекции речевых нарушений.

В логопедической практике коррекцию речевых нарушений принято осуществлять с помощью комплекса психолого-медико-педагогических мероприятий, таких, как
 5 медикаментозное лечение, физиотерапия, гипноз, психотерапия, лечебная оздоровительная физкультура, общий классический массаж, массаж артикуляционного аппарата, логопедический массаж шейно-воротниковой зоны и лица, зондовый массаж языка, логопедические занятия (Е.Н. Винарская. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка. М.: Просвещение, 1987; Е.А. Дьякова. Логопедический массаж: Учеб.
 10 пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-изд., испр. — М.: Издательский центр «Академия», 2005; О.В. Правдина. Логопедия. Учеб пособие для студентов дефектолог фак-тов пед ин-тов. Изд. 2-е, доп и перераб. М., "Просвещение", 1973.; Мартынова Р. И. Медико-педагогическая характеристика дислаликов и дизартриков. В сб. "Очерки
 15 по патологии речи и голоса", под ред. проф. С. С. Ляпидевского. М., "Просвещение", 1967; и другие авторы: Л.А. Данилова, Г.А. Каше, Р.Е. Левина, С.С. Ляпидевский, Р.И. Мартынова, Е.М. Мастюкова, К.А. Семенова, И.И. Панченко, М.Е. Хватцев, Е.В. Новикова, А. И. Пospelов, В. К. Крамаренко).

Необходимость комбинированного подхода обусловлена многогранностью причин
 20 речевых нарушений: это может быть следствием недостаточности массы речевых мышц, нарушениями иннервации их волокон, неподвижности артикуляционного аппарата; также вызвано спазматическими явлениями в мышцах скелета, мышечно-фасциальной компрессией; с другой стороны, может являться следствием расстройств нервной системы, повреждений и заболеваний головного мозга с сохранением интеллекта, или
 25 более глубоких расстройств, с потерей интеллекта, которые разрушают саму способность речи.

Например, известен способ восстановления и развития речевых функций человека (RU 2486925), включающий оценку речевых нарушений и степени их отклонений от
 30 возрастной нормы с использованием 7 балльной шкалы речевой зрелости. В зависимости от количества баллов проводят занятия, включающие массаж грудной клетки, гортани, кистей, мимических и артикуляционных мышц; использование умеренного и болевого раздражителя на верхнюю и нижнюю часть дыхательной системы до вызывания ответных звуковых реакций и вокализмов; артикуляционную и мимическую гимнастику; гимнастические упражнения на растяжку; внешние раздражители – механические,
 35 акустические, оптические; вестибулярные нагрузки и т.д.

Другой известный способ устранения заикания (RU 2486925) включает проведение логопедических сеансов в три этапа: подготовительного, восстановительного и фиксирующего, при этом каждый из этапов включает свой набор процедур. На подготовительном этапе выявляют «псевдозаикание» в отличие от «истинного» заикания
 40 и освобождают от него путем коррекции питания с учетом группы крови пациента, устраняют десинхронизацию путем синхронизации биоритмов организма пациента за счет согласования частоты ударов пульса в минуту и ритмичности речевого выдоха с выполнением в кратном соотношении к данной частоте ритма работы кулаком и ритма ходьбы; выполняют логопедические упражнения, направленные на развитие плавности
 45 речи, упражнения на координацию между мыслительной и двигательной способностью. На восстановительном этапе последовательно устраняют причины «истинного» заикания путем активизации дыхательных, гортанных и артикуляционных мышц, устраняя дыхательные спазмы в местах брюшного пресса, гортани. Далее устраняют заикание

в местах локализации артикуляционных спазмов, добавляя к предыдущим упражнениям упражнения на мышцы артикуляционного аппарата с выполнением массажа лицевых мышц, выполнением мимических упражнений, направленных на подвижность рото- и носоглоточных мышц. На фиксирующем этапе закрепляют выработанные навыки речи до естественной речи, продолжая выполнять приемы восстановительного этапа.

К основным недостаткам этих и аналогичных способов (RU 229491, RU 2306153 и т.д.) можно отнести длительность их проведения, что зачастую может приводить в процессе коррекции к регрессу достигнутых результатов, ограниченность речевых нарушений, которые могут быть исправлены подобным образом и сильную зависимость достигаемых результатов от индивидуальных особенностей пациента.

Техники логопедического массажа используют при наличии у пациентов отдельных мышечных нарушений. При этом внимание уделяется общему массажу, либо отдельно взятым регионам с выполнением классической техники, в основе которой лежат поверхностные, размеренные, плавные движения, производимые в соответствии с направлением массажных линий (см. Методические рекомендации по проведению гигиенического массажа лица и шеи. ЦИКТБ, Минбыт РСФСР, 1976 г.). При повышенном тоне проводят расслабляющий вид массажа, при пониженном тоне - активизирующий вид массажа. Но на практике лица с речевой патологией, не имеют ярко выраженной симптоматики тонуса мышц (за исключением больных детским церебральным параличом). Как правило, наблюдается смешанный тонус в группах мышц даже в пределах одного миофасциального региона. Например, для языка (единого органа, состоящего из трёх групп собственных мышц, управляемых скелетными мышцами языка и иннервируемый подъязычным нервом) при диагностике можно увидеть оттянутый назад или приподнятый горкой корень языка, что указывает на спастичность. Но при этом кончик языка лежит на дне рта и вялый, что указывает на паретичность. Таким образом, перед логопедом возникает картина смешанного генеза. Причина спастичности корня языка в смещении подъязычной диафрагмы кзади к шейным позвонкам и вверх. При визуальном осмотре могут быть зафиксированы изменения в шейном лордозе, наклоне или расположении головы по отношению к шее, нарушения прикуса. При визуальном осмотре и пальпации могут быть обнаружены фасциальные укорочения и жёсткость мышц шеи, при этом соседние ткани могут быть мягкими, отёчными и как бы “лишними”, собранными в складочки, которых здесь не должно быть в норме. Со стороны дисфункции фасциальные укорочения будут жёстче и болезненнее в гипертонусе, с противоположной стороны в нормотонусе или перерастянуты, гипотонуса при такой картине не наблюдается. Причина паретичности кончика языка - нет естественной полной артикуляционной и речевой нагрузки, нарушены иннервация данного участка и кровотока в нем, и соответственно, этот участок становится “ленивым”. Вследствие этого мышечного конфликта формируется горловое произношение вибрантов и нижний уклад шипящих звуков или дефект смягчения свистящих звуков с возможной фонетической заменой на заднеязычные звуки. Ни один из предлагаемых видов массажа, описанных в логопедической литературе, расслабляющего или активизирующего, проблему не решает и положительного результата не дает. Такая неоднозначность на практике зачастую приводит к откату от уже достигнутой положительной динамики или даже полной регрессии, возврату к исходному состоянию в речевом статусе после завершения курса логопедических занятий или перерыва в занятиях, к ухудшению состояния речи с большими проявлениями смазанности, дефектности звукопроизношения и состоянием мышц языка с признаками цианичности и повышения тонуса.

Другой проблемой использования логопедического массажа является режим его проведения. Массаж шейно-воротниковой зоны, лица и языка следует проводить курсами по 10-20 дней, ежедневно или через день с перерывом на 3 месяца. Слишком длительный перерыв в коррекционном плане работы до достижения момента постановки полного автоматизма не способствует сохранению достигнутой динамики в исправлении нарушения и удержанию стабильного результата.

Кроме того, традиционные методики предполагают воздействие на шейно-воротниковый регион, мимические и артикуляционные мышцы, не затрагивая скелетно-мышечные комплексы от тазового до грудного и шейного отдела, зоны черепа как единой миофасциальной системы организма, которая, как известно, участвует в воспроизведении речи (Дьякова Е.А. Логопедический массаж: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-изд., испр. - М.: Издательский центр «Академия», 2005).

Известны способы лечения речевых расстройств путем массажа мышц артикуляционного аппарата с использованием зондов. Например, способ лечения речевых расстройств и набор зондов для массажа мышц артикуляционного аппарата (RU 2143256). Этот способ включает оценку состояния мышц, принимающих участие в артикуляции, связь с характером нарушения звукопроизношения и последующее проведение пальцевого и/или инструментального массажа соответствующей группы мышц, нормализуя их спастическое или паретическое состояние; отличается тем, что инструментальный массаж проводят набором из девяти зондов, выполненных из металлической упругой проволоки, каждый из которых имеет рукоятку и рабочую часть. Способ предлагает использовать массаж языка, скуловых мышц и суставов, губ, щек, мягкого неба по отдельности или в различном сочетании, процедуры массажа могут проводить, начиная с отдельных небольших групп, с постепенным большим охватом пораженных мышечных структур, при этом одно и то же массажное воздействие повторяют 30-40 раз, используется воздействие в виде покалывания, покалывания с прокачиванием, скольжения, давления, пружинистого утапливания, рубления, пружинистого отодвигания, перетирания.

К недостаткам данного способа можно отнести отсутствие учёта индивидуального дефектно сформированного речевого паттерна с проблемами в миофасциальных структурах грудного, шейного и лицевого регионов, по сути, являющегося единым комплексом речеобразования и речевоспроизведения, тогда как такой учет обязателен для успешной нормализации и мышечного тонуса, и речевых нарушений.

Другим недостатком является отсутствие подготовительного этапа в проработке тканей черепа и лицевого скелета и мест прикреплений мимических мышц к костным структурам. Применение логопедических зондов или зондозаменителей на неподготовленной ткани может приводить к получению микротравм зоны зубочелюстной дуги и слизистой дна рта. Также в самом названии способа заложено лечение речевых расстройств, в то время, как из практики известно, что результативная коррекция дефектного произношения не может быть достигнута только с помощью инструментального массажа без других коррекционных педагогических мероприятий

Известен способ коррекции речевых и миофункциональных нарушений у детей и взрослых и набор зондов для его осуществления (RU 2652951), включающий воздействие, носящий комбинированный характер (массаж ручной классический, зондовый, точечный, аппаратный, вакуумный, искусственная локальная контрастотерапия (ИЛК), самомассаж, массаж рефлексогенных зон) и предполагает сочетание ручного классического массажа с инструментальными методами и дополнительным использованием метода ИЛК и сенсорной интеграции.

К недостаткам можно отнести недостаточную проработку мышц тела для применения инструментальных методов. Как показывает практика, использование традиционного массажа у лиц с речевыми патологиями и постуральными нарушениями в значительном количестве случаев, особенно при сочетании нарушений, не даёт ожидаемого эффекта и не решает проблемы полностью. Изначально такой массаж основан на приёмах классического массажа лица, шеи и зоны декольте (фактически совпадающего с гигиеническим) и косметического буккального массажа, которые имеют иные цели и задачи, нежели перед собою ставит логопед. Как следствие, зондовый массаж выполняется на недостаточно проработанных и подготовленных к инструментальному воздействию тканях, что может приводить к нежелательным последствиям или отсутствию стойкого положительного результата.

Как показала практическая деятельность автора, отправной зоной управления скелетными мышцами языка является миофасциальный комплекс подъязычной диафрагмы, а собственные мышцы языка являются средством для извлечения и воспроизведения звуков речи. Поэтому логопедические зонды или зондозаменители (чайная ложка и вилка) как более тонкий инструмент при работе с собственными мышцами языка должны применяться исключительно после наружной и внутренней разблокировки подъязычной диафрагмы ручными приемами, которая находится под прессингом мышечных нарушений в затылочно-челюстной и шейно-грудной диафрагмами, поскольку расположены между ними. Те приёмы, которые невозможно выполнить на участках языка с помощью пальцевого массажа, дополняются инструментальным массажем и зондовой артикуляционной гимнастикой (миофункциональной гимнастикой с утяжелителями, в роли которых используются зонды, и упражнениями на сопротивление). Проработка зондами дна рта является агрессивным, сложным и иногда даже опасным вмешательством на неподготовленных тканях, поскольку здесь технически невыполнимо качественно проработать скелетные мышцы языка и их места прикрепления с помощью логопедических зондов или зондозаменителей (чайная ложка и вилка) и невозможно получить тактильную обратную связь от тканей к рукам специалиста, но возможно получение микротравм зоны зубочелюстной дуги и слизистой дна рта.

Таким образом, указанные способы в целом не учитывают влияние на весь комплекс средств для извлечения и воспроизведения звуков речи, что приводит к длительным срокам коррекции и нестабильному результату.

Заявляемый способ коррекции речевых нарушений направлен на повышение эффективности достижения ожидаемых результатов в более короткий срок за счет того, что сначала восстанавливается физиологический баланс на уровне горизонтальных диафрагм и регионов между ними и вертикальными фасциальными цепями. Давление, или мышечно-фасциальная компрессия на кости, суставы, позвонки, вены, артерии, нервные волокна, ослабевает и как следствие выравнивается осанка и лицевой скелет, стабилизируется эмоциональный и психологический фон, повышается познавательная деятельность, меняется поведение, улучшается настроение, появляется желание посещать занятия логопеда и мотивация к обучению, многие звуки, звуковые комплексы и слова ставятся сами, без специальной речевой стимуляции и длительных тренировок. Комплексное воздействие на фасциальную систему в сочетании с логопедическим подходом демонстрирует результативную положительную динамику в исправлении речевых нарушений у детей и взрослых, ранее не получавших ожидаемых и заявляемых результатов от других методик и классических подходов логопедического массажа.

Техническим результатом от использования заявляемого изобретения будет ускорение

положительной динамики и повышение стабильности результата, уменьшение сроков нормализации состояния пациента, расширение области речевых нарушений для которых способ коррекции дает положительные результаты, достижение комплексного улучшения общего состояния пациента.

5 Заявленный результат достигается тем, что способ коррекции речевых нарушений содержит пять этапов: первый из которых включает массаж грудного региона, шейного региона, лицевого региона; второй этап включает внешний и интраоральный массаж артикуляционного аппарата; третий этап включает массаж артикуляционного аппарата с постановкой звуков; четвертый этап включает дыхательную, голосовую и
10 артикуляционную гимнастику с массажем и автоматизацией проговаривания звуков; пятый этап включает автоматизацию звуков в слогах, словах и фразах.

Здесь под массажем понимается контактное воздействие на миофасциальные комплексы или системы (тазовую диафрагму, грудно-брюшную диафрагму, шейно-грудную диафрагму, подъязычную диафрагму и затылочно-челюстную диафрагму,
15 мышцы туловища (грудной отдел спереди, сзади и с боков), мышцы шеи (сзади, спереди и с боков), мышечно-сухожильные комплексы черепа и лица (скелетные и мимические), мышцы языка (скелетные и собственные)) посредством следующих приёмов: компрессия – расслабление, компрессия – скольжение, компрессия – растяжение, компрессия – вибрация, компрессия - спиральное или векторное вращение, компрессия вертикальная/
20 горизонтальная односторонняя и двусторонняя с возможными сочетанием с другими приемами, компрессия щипковая - растяжение с перекачиванием и вытягиванием.

Основной приём - длительная, контролируемая, аккуратная вертикальная компрессия (угол вхождения пальца или ладони и её границ 45-90 градусов), либо щипковая компрессия (от малых участков до больших) на участок дисфункции (акупунктурная
25 точка, триггерная точка, мышечный зажим) и выход из неё по фасции, вытягивание по пути следования фасциального вектора, растягивание, реже разминание, растирание, перекачивание, скручивание, выжимание фасции.

Все виды приёмов могут быть применены при ручном, пальцевом и инструментальном массаже. Движения обычно имеют слабую или умеренную интенсивность и большую
30 глубину проникновения до ощущения упора в тканях тела с учётом тонуса или фасциального сокращения на определённой мышце, или группе мышц, или миофасциального региона.

Характер такого массажа в основном определяется четырьмя компонентами. Это интенсивность массажа, темп массажа, длительность массажа и периодичность.
35 Интенсивность будет зависеть от ощущения упора в тканях обрабатываемого участка. Сила может быть малой - поверхностное давление от 5 до 10 г/см², средней – от 10 до 100 г/см² и большой, глубокое давление – от 100 до 1000 г/см². Темп движений может быть средним или медленным и будет зависеть от наличия в тканях напряжения. Там, где тонус повышен и есть мышечное напряжение, темп будет медленным и с
40 остановками, и успешное прохождение по данным путям будет говорить о снижении возбудимости нервно-мышечной системы. Там, где нет напряжения, движения будут скользящими и легкими, и успешное прохождение по данным путям будет говорить о нормализации состояния нервно-мышечной системы. Там, где тонус понижен, палец или участок ладони будет проваливаться или проникать в мышечную ткань глубже,
45 чем описано при гипертонусе и нормотонусе, и темп движений может быть средним или близок к быстрому. Длительность или время выполнения массажа будет зависеть от конкретного этапа предлагаемого способа коррекции речевых нарушений. Стоит отметить, что чем больше времени выполняется массаж, тем выше его тормозной

эффект, поэтому с ребёнком рекомендовано работать не более 45 минут, со взрослым от 45 минут до часа, но не более.

5 Такое применение отобранных опытным путём приёмов из разных массажных техник, немедикаментозной терапии названо автором лого-фасциальным массажем (ЛФМ). Лого-фасциальный массаж как вид включает в себя специальным образом и в
 10 определенной последовательности объединенные в целях коррекции речевых нарушений элементы соединительнотканного (фасциального) массажа, периостального (склеромерного) массажа, точечного (акупунктурного), стоматологического, косметического, зондового массажа и самомассажа (Методические рекомендации по
 15 проведению массажа лица и шеи ЦПКТБ, Минбыт РСФСР, 1976 г.; Е.А. Дьякова. Логопедический массаж, 2005 г.; Хаустон. Акупунктура без иглолок, 1974 г.; Томас В. Майерс. Анатомические поездки. Практическое руководство, 2007 г.; А.М. Хантемиров. Медицинский массаж. Частные методики медицинского массажа, 2009 г.; Ю.В. Чикуров. Эстетическое мануальное моделирование лица и тела, 2012 г.; Ф.М. Н. Осьминина.
 20 Воскресение лица, или Обыкновенное чудо. Теория и практика восстановления молодости, 2013 г., А.П. Рачин. Миофасциальный болевой синдром. Диагностика, подходы к немедикаментозной терапии и профилактика, 2016 г.).

При проведении полного курса логопедической реабилитации в соответствии с заявляемым способом периодичность массажных сеансов при работе с телом может
 20 быть следующей: 1 раз в неделю, или 2 раза в неделю (с перерывом в 3 дня), или для интенсивного курса 3 раза в неделю, но на разные участки тела (с захватом соседних). Периодичность интраорального массажа пальцевого или инструментального может быть в следующих режимах: 1 раз в неделю, или 2 раза в неделю (перерыв 3 дня), или
 3 раза в неделю (через день).

25 Во время осуществления реабилитационной программы с использованием ЛФМ не рекомендуется параллельное использование других видов массажа (остеопатия, мануальная терапия, классический общий массаж, классический логопедический массаж) во избежание перегрузки организма пациента и искажения чистоты получаемых
 результатов.

30 Первый этап осуществления заявляемого способа коррекции речевых нарушений предусматривает ЛФМ периферических отделов речевого аппарата:

- грудной регион, от шейно-грудной до грудно-брюшной диафрагмы (дыхательный аппарат), с осуществлением расслабления диафрагм с одновременной мобилизацией
 35 грудины; дополнительно для пациента может проводиться обучение форсированному грудно-брюшному дыханию и/или осуществляться вибромассаж миофасциального комплекса в области верхнего отдела грудного региона;

- шейный регион, от затылочно-челюстной до шейно-грудной диафрагмы (голосовой аппарат); дополнительно для пациента может проводиться обучение форсированной
 40 голосоподаче и/или осуществляться вибромассаж миофасциального комплекса в области гортани;

- черепно-лицевой регион, от подъязычной диафрагмы до головы в целом (артикуляционный аппарат).

Особенностью является то, что сначала обрабатываются места прикрепления мышц к костным структурам или вплетения в кожу, соседние мышцы, а затем и сам мышечный
 45 регион. Во время проведения массажа не следует отрывать руки от поверхности кожи и делать резкие переходы от одной области к другой. Массаж выполняется без смазывающих кожу косметических средств, таких, как детская присыпка, тальк или массажное масло, крем. Обычно первый этап занимает от 3 сеансов на каждый регион

с захватом соседних, до полного снятия миофасциальных блоков.

Обычно массаж шейного отдела спереди выполняется с отработыванием всех структур, прикрепляющихся к височной кости черепа, к нижней границе нижней челюсти, к передней поверхности подъязычной кости (с прохождением больших рожек

5 подъязычной кости), к груди и верхней поверхности ключиц.
 Массаж черепно-лицевого отдела выполняется сначала на структурах затылочной и лобной зон (подзатылочные мышцы, трапециевидная мышца, лобная мышца), височных зон (височные жевательные мышцы), скуловых зон (крыловидные мышцы и верхнее прикрепление жевательных мышц), нижнечелюстных зон (нижнее прикрепление

10 жевательных мышц), теменной и нижнечелюстной зон (теменной апоневроз и подбородок).
 Отработывание скелетных и мимических мышц лица выполняется в следующей последовательности: от нижней границы угла нижней челюсти до скуловой дуги и далее до височной жевательной мышцы. Затем отработываются следующие зоны с захватом

15 соседних: лобная и височно-теменные, носогубный треугольник, область глаз, подбородок, губы, щеки.
 Дополнительно на первом этапе может проводиться массаж запястий, ладонной и тыльной сторон и пальцев рук, массаж области голеностопных суставов, стоп и пальцев

20 стоп (например, выполняться в домашних условиях после обучения родителей для детей).
 Предпочтительно использовать на первом этапе следующую последовательность воздействия на миофасциальные регионы по схемам:

Схема № 1.1. ЛФМ грудного региона (дыхательный аппарат).

- Грудной отдел спереди от плечевого пояса до тазового, с отработыванием большого

25 грудного, ключично-грудино-подмышечного миофасциального комплекса, передней зубчатой мышцы, наружной косой мышцей, поперечной мышцей и прямой мышцей живота, с одновременной мобилизацией грудины и обучением клиента форсированному грудно-брюшному дыханию.
 - Грудной отдел сзади и шея, с отработыванием трапециевидной мышцы средней и

30 верхней порции вдоль позвоночника (с отступом от позвонков на 1-2 сантиметра в стороны) до верхней выйной линии на затылочной кости и сосцевидных отростков височной кости с безотрывным переходом по грудино-ключично-сосцевидным мышцам до ключично-лопаточного-акромиального сочленения (в позиции ребёнок на спине).

Схема № 1.2. ЛФМ грудного и шейного региона (дыхательный и голосовой аппарат).

35 - Грудной отдел сзади, спина с отработыванием миофасциального комплекса от плечевого пояса до тазового с захватом соседних регионов.
 - Шея с отработыванием задних и боковых миофасциальных структур от края затылочного шва до верхней выйной линии по затылочной кости, сосцевидных отростков височной кости и до ключично-лопаточного-акромиального сочленения (в позиции

40 ребёнка на животе).
 - Надплечья и ключично-плечевое сочленение с отработыванием миофасциальных цепей дельтовидной и широчайшей мышц до кистей и пальцев рук (в позиции ребёнок на спине).

- Шейный отдел спереди с отработыванием всех структур, прикрепляющихся к

45 нижней границе нижней челюсти, к передней поверхности подъязычной кости (с прохождением больших рожек подъязычной кости), к груди и верхней поверхности ключиц (в позиции ребёнок на спине), при необходимости с обучением клиента форсированной голосоподаче и вибромассажем миофасциального комплекса в области

гортани или грудины.

Схема № 1.3. ЛФМ шейного региона (голосовой, артикуляционный аппарат).

- Грудной отдел сзади и шея (в позиции ребёнок на спине), см. описание в схеме №1.1.

- Надплечья и ключично-плечевое сочленение, см. описание в схеме №1.2.

5 - Шейный отдел спереди, см. описание в схеме № 1.2.

Схема № 1.4. ЛФМ шейного и черепно-лицевого региона (артикуляционный аппарат).

- Грудной отдел сзади и шея (в позиции ребёнок на спине), см. описание в схеме №1.1.

- Шейный отдел спереди, см. описание в схеме № 1.2.

10 - Голова. Отрабатывание миофасциальных структур затылочной и лобной зон (подзатылочные мышцы, трапецевидная мышца, лобная мышца), височных зон (височные жевательные мышцы), скуловых зон (крыловидные мышцы и верхнее прикрепление жевательных мышц), нижнечелюстных зон (нижнее прикрепление жевательных мышц), теменной и нижнечелюстной зон (теменной апоневроз и подбородок).

15 - Лицо. Отрабатывание скелетных и мимических мышц в следующей последовательности: от нижней границы угла нижней челюсти до скуловой дуги и далее до височной жевательной мышцы. Затем отрабатываются следующие зоны с захватом соседних: лобная и височно-теменные, носогубный треугольник, область глаз, подбородок, губы, щеки.

20 - Схема № 1.5. ЛФМ шейного и черепно-лицевого региона (артикуляционный аппарат).

- Надплечья и ключично-плечевое сочленение, см. описание в схеме № 1.2.

- Шейный отдел спереди, см. описание в схеме № 1.2.

- Голова, лицо, см. описание в схеме № 1.3.

Схема № 1.6. ЛФМ черепно-лицевого региона (артикуляционный аппарат).

25 - Голова, лицо (отрабатывание отдельных групп мышц), см. описание в схеме № 1.3.

Второй этап осуществления заявляемого способа включает проведение внешнего и интраорального ЛФМ артикуляционного аппарата. Массаж может быть как пальцевый, так и инструментальный. Обычно предусмотрено от 3 сеансов до полного снятия миофасциальных блоков и нормализации мышечного тонуса. Предпочтительно использовать последовательность отрабатывания миофасциальных регионов по следующим схемам (могут варьироваться от состояния мышечного тонуса языка):

30 - Схема № 2.1. ЛФМ интраорального региона пальцевый (может быть применена дополнительно к комплексу схем № 1.2 - 1.6 из первого этапа).

- Зубо-челюстные дуги нижней и верхней челюсти, дно рта.

35 - Твердое и мягкое нёбо.

Схема № 2.2. ЛФМ интраорального региона пальцевый (может быть применена дополнительно к комплексу схемы № 1.2 - 1.6 из первого этапа).

- Зубо-челюстные дуги нижней и верхней челюсти, дно рта.

- Весь миофасциальный регион ВНЧС с мимическими мышцами.

40 - Корень языка.

- Твердое и мягкое нёбо.

- Подъязычная связка языка (при укороченной уздечке).

Схема № 2.3. ЛФМ интраорального региона пальцевый и инструментальный.

- Зубо-челюстные дуги нижней и верхней челюсти, дно рта.

45 - Весь миофасциальный регион ВНЧС с мимическими мышцами с применением упражнений на расслабление и перенастройку ВНЧС.

- Твердое и мягкое нёбо.

- Собственные мышцы языка с добавлением к пальцевому массажу

инструментального массажа (зонды, зондозаменители) и с включением проб постановки звуков и применением зондовой гимнастики.

- Подъязычная связка языка (при укороченной уздечке).

Схема № 2.4. ЛФМ интраорального региона пальцевый и инструментальный.

5 - Зубо-челюстные дуги нижней челюсти, дно рта.

- Собственные мышцы языка с добавлением к пальцевому массажу

инструментального массажа (зонды, зондозаменители) и с включением проб постановки звуков и применением зондовой гимнастики.

- Подъязычная связка языка (при укороченной уздечке).

10 - Массаж может проводиться пальцевый, инструментальный или их сочетание. В этом случае сначала проводится интраоральный пальцевый массаж, а после подготовки тканей добавляется инструментальный. Выполняется массаж в определённой последовательности: зубо-челюстные дуги нижней и верхней челюсти, дно рта; весь миофасциальный регион ВНЧС с мимическими мышцами и с применением упражнений
15 на расслабление и перенастройку ВНЧС; твердое и мягкое нёбо; скелетные и собственные мышцы языка с включением проб постановки звуков и применением зондовой гимнастики; подъязычная связка языка (отрабатывается при укороченной уздечке).

20 Массаж интраоральный пальцевый рекомендуется проводить 1-2 раза в неделю с перерывами не менее 3 дней. На проработку интраорального региона требуется от 3 сеансов в зависимости от имеющегося нарушения и индивидуальной динамики организма. Предпочтительно, чтобы сеанс массажа не превышал 45 минут.

25 Третий этап осуществления заявляемого способа включает работу с артикуляционным аппаратом (внешнюю и интраоральную, пальцевую, инструментальную/зондовую) с включением проб постановки звука. Этап проходит в течении 3 сеансов и до полного снятия миофасциальных блоков и нормализации мышечного тонуса. При применении
30 инструментального массажа и зондовой гимнастики (в качестве дополнительной нагрузки) используются классические массажные и постановочные зонды (“Шарик двойной”, “Саночки”, “Топорик”, “Логоёж”, “Змейка”, “Комарик”) или зондозаменители (столовые приборы: чайная ложка и десертная вилка). Постановку звуков можно
35 осуществлять с помощью этих же зондов или чайной ложки в процессе массажа языка. Данный этап вариативен и гибок, применение массажных и постановочных приёмов будет зависеть от поставленных задач перед логопедом, индивидуальных особенностей мышечной и речевой системы ребёнка и вызывания определённых звуков. На усмотрение
40 логопеда дозированно добавляются упражнения на формирование правильного носоротового и речевого дыхания, артикуляционные упражнения для языка, губ, челюсти и мимических мышц. В зависимости от степени речевого дефекта третий и четвертый этапы могут быть объединены на усмотрение специалиста.

40 Четвертый этап осуществления заявляемого способа включает комплексное логопедическое занятие с применением массажных техник. Основное время на занятии уделяется таким тренировкам, как гимнастика дыхательная, голосовая, артикуляционная с постановкой звуков (механический, зондовый или смешанный способ постановки) и их автоматизацией с проговариванием звуков, слогов, фраз на отрабатываемый звук (структура занятий, последовательность упражнений, наполняемость упражнениями
45 и лингвистическими текстами описаны в литературных источниках: О.П. Сахаровская “Логопедический альбом. Комплексные занятия для закрепления звука (з) (л) (р) (с) у детей дошкольного возраста”, Изд Феникс, 2019). Работа пальцевая и зондовая продолжается для нормализации мышечного тонуса, а также как вспомогательная в

постановке других звуков. Длительность комплексного занятия не должна превышать 45 минут (для ребёнка 4-7 лет), из этого времени на упражнения педагогического характера выделяется до 30 минут, на массаж языка, зондовую гимнастику и постановку звуков механическим способом - до 15 минут. В зависимости от степени речевого

5 дефекта четвертый и пятый этапы могут быть объединены на усмотрение специалиста.

ЛФМ продолжает применяться до тех пор, пока логопед не увидит полную автоматизацию навыка произнесения всех звуков, зафиксировав легкость введения звуков в речь, без трудностей в переключаемости отдельных мышечных групп в артикуляционном аппарате.

10 С этого момента начинается пятый этап, и коррекционные занятия могут проводиться без использования массажных техник. Обычно длительность занятий для детей по автоматизации звуков в слогах, словах, фразах не превышает 45 минут. Структура занятий по автоматизации звуков, последовательность упражнений, наполняемость упражнениями и лингвистическими текстами описаны в авторских логопедических

15 альбомах (О.П. Сахаровская “Логопедический альбом. Комплексные занятия для закрепления звука (з) (л) (р) (с) у детей дошкольного возраста”, Изд Феникс, 2019).

Таким образом, заявляемое изобретение – способ коррекции речевых нарушений является комплексным и позволяет одному специалисту работать с нарушением речи до полного его исправления, без временного разрыва, со значительной экономией

20 времени и дополнительных усилий других профильных специалистов и родителей, а также способствует улучшению психологического состояния ребенка и его эмоционально-волевой сферы.

ПРИМЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ

25 Сущность предлагаемого способа поясняется клинико-педагогическими примерами из логопедической практики:

Пример 1.

Пациент: девочка, 4 года. В ходе диагностики установлено фонетическое недоразвитие речи у ребёнка с дизартрией стёртой формы.

30 Повод для обращения: Мама девочки за месяц до прихода к автору способа обращалась с жалобой на межзубность ребенка к логопеду в районную поликлинику. По результатам посещения была диагностирована дизартрия стёртой формы (межзубное произношение С, З, Ц); дан совет - делать гимнастику языка (вверх-вниз, влево-вправо), постоянно повторять ребенку, что язык должен быть в домике (за нижними зубами) и заниматься развитием мелкой моторики. Повторная консультация к логопеду была

35 назначена через 3 месяца.

При визуальном осмотре выявлено: лицо амимичное и бледное, взгляд тревожный, неулыбчива и скована; шея втянута в плечи, с наклоном головы на правую сторону и разворотом влево - немного вниз, подъязычная косточка несколько смещена кзади и

40 стянута.

При пальпации определяются многочисленные болезненные мышечные уплотнения в мышцах плечевого пояса, лестничных мышцах и грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа, в подзатылочных мышцах справа.

45 Визуально наблюдается преимущественно диафрагмально-брюшной тип дыхания (при норме должен наблюдаться грудно-брюшной тип).

Речевой статус: нарушено произношение двух групп звуков, а именно, межзубный сигматизм свистящих звуков С, З, Ц, ламбдаизм, фонетическая замена Л на W, дизартрия (стёртой формы).

Нейропсихологическая проба на дизартрию положительная. Язык беспокойный, в поиске артикуляционной позы за нижними зубами, подъём языка за верхние зубы и к верхней губе затруднён, переключаемость движений губ и языка нарушена, саливация, цианичность языка, тонус повышен в корне языка, понижен в кончике языка.

5 Даны были статичные и динамичные пробы “Окошко”, “Заборчик”, “Трубочка”, “Улыбка”, “Чистим зубки”, “Лопаточка”, “Конфетка”, “Лошадка”, “Индюк”.

Речевое заключение: Фонетическое недоразвитие речи у ребёнка с дизартрией стёртой формы.

10 С ребёнком была проведена коррекция речевых, функциональных и мышечно-фасциальных нарушений в соответствии с заявляемым изобретением и с подключением 3-х зондов - «Логоёж», «Змейка», «Топорик» и зондозаменителей “Ложка”, “Вилка”.

Этап первый (4 сеанса):

Схема № 1.1. ЛФМ грудного региона (дыхательный аппарат) - 1 сеанс.

15 Схема № 1.2. ЛФМ грудного и шейного региона (дыхательный и голосовой аппарат) - 1 сеанс.

Схема № 1.3. ЛФМ шейного региона (голосовой, артикуляционный аппарат) - 1 сеанс.

Схема № 1.4. ЛФМ шейного и черепно-лицевого региона (артикуляционный аппарат) - 1 сеанс.

20 Этап второй (6 сеансов):

Схема № 1.5. ЛФМ шейного и черепно-лицевого региона (артикуляционный аппарат) в сочетании со схемой № 2.2. ЛФМ интраорального региона пальцевый - 3 сеанса.

Схема № 1.6. ЛФМ черепно-лицевого региона (артикуляционный аппарат) в сочетании со схемой № 2.4. ЛФМ интраорального региона пальцевый - 3 сеанса.

25 Этап третий, четвёртый и пятый были совмещены, так как наблюдалась хорошая и быстрая динамика в нормализации мышечного тонуса шейного и лицевого регионов. Проводились комплексные логопедические занятия с применением массажных техник - 6 комплексных занятий и 4 занятия по пятому этапу.

30 Основное время на занятиях уделялось артикуляционной гимнастике, зондовой гимнастике (миофункциональная дозированная перезагрузка, с зондами-утяжелителями мышц языка и на сопротивление), постановке звуков и их автоматизации с проговариванием звуков, слогов, фраз на отрабатываемый звук. Структура таких занятий, последовательность упражнений, наполняемость упражнениями и лингвистическими текстами отражена в пособие “Логопедические альбомы с комплексными занятиями по автоматизации звуков” О.П. Сахаровской, 2019.

35 Сроки общей коррекционной программы составили 20 посещений (4 месяца в режиме 2 раза в неделю, с перерывом на праздничные дни и пропуски по болезни). После проведенных занятий речь соответствует возрастным нормам.

40 Обычно при классическом подходе межзубный сигматизм свистящих звуков поддается коррекции за срок от 1 календарного года и до 3-х лет. Таким образом, заявляемый способ позволяет существенно сократить сроки устранения речевого дефекта за счет восстановления нормальной биомеханики миофасциальных систем и последующего педагогического переобучения и демонстрирует устойчивый положительный 100 % результат в речевом статусе.

45 Пример 2.

Пациент: мальчик, 6 лет; В ходе диагностики установлено фонетико-фонематическое недоразвитие речи у ребёнка с дизартрией стёртой формы.

Повод для обращения: мама мальчика обратилась с жалобой на то, что ребёнок с

5-ти до 6-ти лет посещал старшую логопедическую группу (1 учебный год), а результатов и улучшения состояния речи не видит совсем, ни одного звука не поставлено, хотя при этом на дом логопед давал разучивать стихи на определённые звуки (был предъявлен индивидуальный дневник с записями).

5 При первичной диагностике выявлено:

Визуальный осмотр: лицо одутловатое в области щёк и бледное, взгляд колючий; мальчик не улыбочив и скован; мышцы лба напряжены и сдвинуты в сторону волосистой части. Шея втянута в плечи, с характерными складочками - “ожерельем” от уха до уха. Голова наклонена на правую сторону, развернута влево и немного откинута назад.

10 Правое плечо выше левого, плечи сведены кпереди, спина сутулая, лопатки смещены вверх, левая сторона туловища стянута. При пальпации определяются многочисленные болезненные уплотнения в мышцах плечевого и грудного пояса, области ключиц, лестничных мышцах и грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа, в подзатылочных мышцах с обеих сторон головы. При пальпации также определяются болезненные
15 мышечные уплотнения в височных жевательных мышцах. Мышцы щек и губ снаружи мягкие, пухлые и слабые. Визуально определяется преимущественно диафрагмально-брюшной тип дыхания.

Статус здоровья: обструктивный бронхит с грудного возраста, ремиссия, состоит на диспансерном учёте. До 6-ти лет обострения заболевания раз в полгода.

20 Речевой статус: нарушено произношение четырёх групп звуков (10 звуков) с фонетическими искажениями и фонематическими заменами шипящих звуков на свистящие, а именно: двухсторонний боковой сигматизм свистящих звуков С, З, Ц, губно-зубной сигматизм шипящих звуков Ш, Ж, Ч, ламбдацизм Л, Ль - отсутствуют, ротацизм Р, Рь горловое произношение. Нейропсихологическая проба на дизартрию
25 положительная, язык беспокойный, в поиске артикуляционной позы за нижними зубами, подъём языка за верхние зубы и к верхней губе затруднён, переключаемость движений губ и языка нарушена, саливация, тонус языка повышен, синкинезии в области речевого аппарата, плеч и рук.

30 Даны были статичные и динамичные пробы “Окошко”, “Заборчик”, “Трубочка”, “Улыбка”, “Чистим зубки”, “Лопаточка”, “Конфетка”, “Часики”, “Лошадка”, “Индюк”, “Расчёска”.

Психологический статус: лабильная эмоционально-волевая сфера, низкая мотивация к обучению, слабый самоконтроль. Интеллектуальное развитие соответствует высокому уровню возрастной нормы.

35 Речевое заключение: Фонетико-фонематическое недоразвитие речи у ребёнка с дизартрией стертой формы.

С ребёнком была проведена коррекция речевых, функциональных и мышечно-фасциальных нарушений в соответствии с заявляемым изобретением с подключением зондов и зондозаменителей.

40 Этап первый (10 сеансов):

Схема № 1.1. ЛФМ грудного региона (дыхательный аппарат), 3 сеанса.

Схема № 1.2. ЛФМ грудного и шейного региона (дыхательный и голосовой аппарат), 3 сеанса.

45 Схема № 1.3. ЛФМ шейного региона (голосовой, артикуляционный аппарат), 2 сеанса.

Схема № 1.4. ЛФМ шейного и черепно-лицевого региона (артикуляционный аппарат), 2 сеанса.

Этап второй (8 сеансов):

Схема № 1.5. ЛФМ шейного и черепно-лицевого региона (артикуляционный аппарат) в сочетании со схемой № 2.2. ЛФМ интраорального региона пальцевый, 3 сеанса.

Схема № 1.6. ЛФМ черепно-лицевого региона (артикуляционный аппарат) в сочетании со схемой № 2.4. ЛФМ интраорального региона пальцевый, 5 сеансов.

5 Этап третий, четвёртый и пятый были совмещены, так как наблюдалась хорошая и быстрая динамика в нормализации мышечного тонуса шейного и лицевого регионов. Проводились комплексные логопедические занятия с применением массажных техник, 30 комплексных занятий и 12 по пятому этапу. Основное время на занятиях уделялось артикуляционной гимнастике, зондовой гимнастике (миофункциональная дозированная
10 перезагрузка, с зондами-утяжелителями мышц языка и на сопротивление), постановке звуков и их автоматизации с проговариванием звуков, слогов, фраз на отрабатываемый звук (структура занятий, последовательность упражнений, наполняемость упражнениями и лингвистическими текстами отражена в “Логопедических альбомах с комплексными занятиями по автоматизации звуков” О.П. Сахаровской, 2019).

15 Сроки общей коррекционной программы составили 10 месяцев, из них первые 7 месяцев с посещениями 2 раза в неделю, затем 3 месяца 1 раз в неделю с перерывом по причине сезонных болезней (всего 60 встреч) по схемам и описанным этапам реализации способа. После проведенных занятий речь соответствует возрастным нормам.

Обычно при классическом подходе указанное речевое нарушение речи поддается
20 коррекции в течение срока от 2-х лет и более. За время прохождения программы постепенно эмоционально-волевой фон становился более устойчивым и ровным, появились самоконтроль и здоровая мотивация к обучению, сформировалась адекватная самооценка (к дополнительной помощи психолога и невролога не обращались). Рецидивов обструктивного бронхита в течение указанного периода не было. В сравнении
25 с другими известными методами и технологиями логопедической коррекции удалось существенно сократить сроки устранения речевого дефекта и психологических нарушений за счет восстановления нормальной биомеханики миофасциальных систем и последующего педагогического переобучения. Заявляемый способ демонстрирует устойчивый, положительный, 100 % реализуемый результат в речевом статусе.

30 Пример 3.

Пациент: девочка, 8 лет. Моторная афазия, дисфония на фоне перенесённой нейроинфекции с левосторонним гемипарезом.

Повод обращения: мама девочки приехала на 2-х недельную программу по
восстановлению речи. Со слов мамы, дочь перенесла в 6 лет нейроинфекцию, был
35 левосторонний гемипарез, но с этим справились быстро, но речь была потеряна. Проявилась гиперсаливация. 2 года реабилитации с минимальной динамикой речевого статуса. До момента заболевания ребенок развивался в соответствии с возрастной нормой, в том числе со стороны речи. Логопеды по месту проживания (г. Северодвинск) восстановили работу мышц рта, некоторые звуки начали появляться. Ставили разные
40 диагнозы, сначала моторная афазия, потом переписали на афония. Сейчас занимается с 2-мя логопедами, посещает психолога, использующего методы нейропсихологии, на расслабление тела.

При первичной диагностике выявлено следующее: лицо одутловатое в области щёк и бледное, взгляд тревожный, рот приоткрыт, обильное слюнотечение. Голова наклонена
45 вниз, на правую сторону, с разворотом влево. Грудино-ключично-сосцевидная мышца справа не визуализируется, слева выступает, напряжена и натянута. Подъязычная диафрагма смещена кзади и вверх, гортань смещена кзади, кожно-мышечные покровы от яремной ямки до зоны подъязычной косточки стянутые и жёсткие. Правое плечо

выше левого, плечи сведены кпереди, лопатки смещены вверх, правая сторона туловища стянута.

При пальпации определяются многочисленные болезненные мышечные уплотнения в мышцах плечевого и грудного пояса, области ключиц, лестничных мышцах и грудино-ключично-сосцевидной мышцы с обеих сторон (шея “жесткая”), в подзатылочных мышцах с обеих сторон, головы. Также выявляются болезненные мышечные уплотнения в височных жевательных мышцах, в области ВНЧС и жевательных мышцах челюсти.

Мышцы щек и губ снаружи мягкие, пухлые и слабые. Язык оттянут назад к горлу, спазмирован. Мягкое нёбо опущено вниз. Паретично, при попытке произнести гласный звук “А” язык ещё больше отодвигается кзади, к нёбной занавеске и вверх, воздух из лёгких не проходит в ротовую полость. Непроизвольная мимика сохранена (мимические мышцы работают, моргает, когда плачет, хмурит брови), но по просьбе логопеда произвольно выполнить инструкцию, например, закрыть глаза или нахмурить брови, вытянуть губы трубочкой - выполнить действие не может. Просьбу повторить какое-либо слово или фразу не может, задыхается.

Визуально определяется преимущественно диафрагмально-брюшной тип дыхания (слабое движение нижней рёберной части), при глубоком вдохе и выдохе грудная клетка не меняется в объёме (верхнего грудного дыхания нет). Преобладает носовой тип дыхания. Ротового дыхания нет (при произвольном вдохе начинает задыхаться и краснеть).

Статус здоровья:

По заключению МРТ: наблюдается МР-картина зоны кистозно-глиозных-атрофических изменений правой лобной и теменной долей, участков глиозных изменений левой лобной доли, мозолистого тела. По сравнению с предыдущим МР-исследованием (2 года назад) - без существенной динамики.

Первый диагноз невролога - левосторонний спастический гемипарез I степени на фоне перенесённого энцефалита, вызванного вирусом простого герпеса I типа. Двусторонний периферический парез 7 пары ЧМН. Моторная афазия.

Повторный диагноз - последствия перенесённого вирусного энцефалита. Псевдобульбарный синдром. Парез языко-глоточного нерва.

Речевой статус: обращённую речь понимает, инструкции выполняет. Общительна, на контакт идёт, адекватна. Рото-носовое дыхание не сформировано. Ротового дыхания нет. При произвольной речевой нагрузке начинает задыхаться и краснеть. Звуки всего алфавита произносит с грубыми искажениями без участия языка и губ, либо звуки отсутствуют. Звуки “выдавливает”.

Психологический статус: завершила обучение по общеобразовательной программе 1-го класса. Познавательное развитие соответствует высокому уровню возрастной нормы. По математике 5, с чтением и русским языком проблема. Эмоционально-волевая сфера стабильна.

Речевое заключение: Дизартрия тяжёлой степени на фоне перенесённой нейроинфекции.

В течение 14 дней с девочкой было проведено 6 сеансов по программе, соответствующей заявляемому изобретению.

Первые два сеанса проводились через день, затем следовал перерыв 3 суток. Потом - три сеанса через день и снова перерыв 3 суток, затем заключительный сеанс.

Первый сеанс проведён по схеме № 1.1. ЛФМ грудного региона (дыхательный аппарат) с добавлением пункта 3 из схемы №1.4. ЛФМ с вызыванием гласных звуков А, Э, Ы, О, У. Сутки перерыв.

Второй сеанс проведён по схеме № 1.2. ЛФМ грудного и шейного региона (дыхательный и голосовой аппарат) с одновременной мобилизацией грудины и обучением клиента форсированному грудно-брюшному дыханию (из схемы № 1.1., пункт 1 ЛФМ), вибромассажем миофасциального комплекса в области гортани с вызыванием гласных звуков А, Э, Ы, О, У и добавлением пункта 3 из схемы № 1.4. ЛФМ. Добавлена
5 схема № 2.2. ЛФМ интраорального региона пальцевый.

Трое суток перерыв.

Третий сеанс проведен по схеме № 1.3. ЛФМ шейного региона (голосовой, артикуляционный аппарат) с одновременной мобилизацией грудины и обучением
10 пациента форсированному грудно-брюшному дыханию (из схемы № 1.1., пункт 1 ЛФМ), вибромассажем миофасциального комплекса в области гортани с вызыванием гласных звуков А, Э, Ы, О, У и добавлением пунктов 3, 4 из схемы № 1.4. ЛФМ. Добавлена схема № 2.3. ЛФМ интраорального региона пальцевый (без инструментального массажа).

15 Сутки перерыв.

Четвёртый сеанс проведён по схеме № 1.4. ЛФМ шейного и черепно-лицевого региона (артикуляционный аппарат) с одновременной мобилизацией грудины и обучением клиента форсированному грудно-брюшному дыханию (из схемы № 1.1., пункт 1 ЛФМ), вибромассажем миофасциального комплекса в области гортани с вызыванием гласных
20 звуков А, Э, Ы, О, У и добавлением пунктов 3,4 из схемы № 1.4. ЛФМ.

Сутки перерыв.

Пятый сеанс проведён по схеме № 1.5. ЛФМ шейного и черепно-лицевого региона (артикуляционный аппарат) и вибромассажем миофасциального комплекса в области гортани с вызыванием гласных звуков А, Э, Ы, О, У (с добавлением пунктов 3 и 4 из
25 схемы №1.4.) и схеме № 2.3. ЛФМ интраорального региона пальцевый (без применения инструментального массажа).

Трое суток перерыв.

Шестой сеанс проведён по схеме № 1.1, пункт 1 KAV грудного региона (дыхательный аппарат) и добавлением схемы № 1.4. ЛФМ и с вызыванием гласных звуков А, Э, Ы,
30 О, У, с добавлением схемы № 2.3. ЛФМ интраорального региона пальцевый (без применения инструментального массажа).

Результаты коррекции:

После первого сеанса ЛФМ девочка начала жевать жвачку, раньше проглатывала ее сразу (заработали височные жевательные, медиальная крыловидная, латеральная
35 крыловидная мышца, жевательная двубрюшная мышца, переднее брюшко), при этом рот закрыт, губы сомкнуты и саливации нет.

После четвертого сеанса пошло отхаркивание, хлопьями и комками (такого раньше не было), и самое главное - девочка начала контролировать этот процесс и сплевывать (заработали скелетные и собственные мышцы языка, мимические мышцы).

40 После пятого сеанса самостоятельно стала высовывать язык изо рта, дотягиваясь до нижней губы (раньше могла дотянуться только до нижних зубов). При речевой нагрузке на гласные звуки А, Э, Ы, О, У мягкое нёбо стало подниматься, маленький язычок начал двигаться вперёд-назад, нормализовался цвет гортани, и при этом корень языка стал опускаться вниз. В рамках сеансов массажа смогли достичь чистого звучания
45 гласных звуков.

В начале шестого сеанса при вдохе объём грудной клетки увеличивался еще только по правой стороне. В конце шестого сеанса добились полного двустороннего раскрытия грудной диафрагмы и её синхронизации с брюшной диафрагмой. После шестого сеанса

в течение недели, со слов мамы, стал изменяться звук и чистота тех слов, которые она могла говорить ранее и новые слова стали произноситься понятнее и четче. Например, баня, воля, баба, деда, то есть любые слова первого слогового класса может прочитать и сразу объяснить, что прочитала. Появился интерес к прочтению новых слов.

5 Рекомендовано продолжить по месту жительства занятия с нейропсихологом и логопедом. Приехать на интенсивный курс через 3 месяца для проведения диагностического среза и наблюдения динамики.

Таким образом, предлагаемый “Способ коррекции речевых нарушений” демонстрирует положительный результат в речевом статусе даже в тяжёлых случаях.

10

(57) Формула изобретения

1. Способ коррекции речевых нарушений, включающий проведение логопедических сеансов, отличающийся тем, что осуществляется в пять этапов: первый из которых включает массаж грудного региона, шейного региона, лицевого региона; второй этап
15 включает внешний и интраоральный массаж артикуляционного аппарата; третий этап включает массаж артикуляционного аппарата с постановкой звуков; четвертый этап включает дыхательную, голосовую и артикуляционную гимнастику с массажем и автоматизацией проговаривания звуков; пятый этап включает автоматизацию звуков в слогах, словах и фразах.

20 2. Способ по п.1, отличающийся тем, что первый этап включает ручной и пальцевый массаж, второй этап включает внешний и интраоральный пальцевый массаж, третий этап включает пальцевый и инструментальный массаж.

3. Способ по п.1, отличающийся тем, что дополнительно при массаже грудного региона осуществляют обучение форсированному грудобрюшному дыханию и/или
25 осуществляют вибромассаж верхнего грудного отдела.

4. Способ по п.1, отличающийся тем, что дополнительно при массаже шейного региона проводят обучение форсированной голосоподаче и/или осуществляют вибромассаж гортани.

30 5. Способ по п.1, отличающийся тем, что третий и четвертый этапы совмещают в одном сеансе.

6. Способ по п.1, отличающийся тем, что четвертый и пятый этапы совмещают в одном сеансе.

35

40

45