

Содержание

Введение	4
I. Программа восстановления речи у больных с псевдобульбарной дизартрией	8
II. Программа восстановления речи у больных с бульбарной дизартрией	11
III. Программа восстановления речи у больных с дисфагией	16
IV. Программа восстановления речи у больных с мозжечковой дизартрией	20
V. Программа восстановления амимичности лица и лицевой асимметрии	25
VI. Программа восстановления речи у больных с подкорковой дизартрией	28
VII. Программа восстановления речи у больных с дисфонией ...	30
VIII. Программа восстановления речи при тахилалии	34
IX. Программа восстановления речи у больных с брадилалией ..	38
X. Программа восстановления для больных с полтерном	40
Заключение	48
Вопросы для самоконтроля	49
Рекомендуемая литература	52

ВВЕДЕНИЕ

Среди группы речевых нарушений, развивающихся у больных с последствиями нарушения мозгового кровообращения, вторым по значимости нарушением является двигательное речевое нарушение периферического типа, а именно синдром дизартрии (13,4% больных) [5].

Основными принципами реабилитации являются раннее начало реабилитации, ее длительность и систематичность, этапность, комплексность, активное участие больного. Длительность реабилитации определяется сроками восстановления нарушенных функций: максимальное улучшение двигательных функций отмечается в первые 6 месяцев, бытовых навыков и трудоспособности – в течение 1 года, речевых функций – на протяжении 2-3 лет с момента развития ОНМК [2].

Дизартрия – нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата вследствие органического поражения ЦНС.

Общими клиническими признаками дизартрии являются: нарушение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре и расстройство согласования движений мышц речевого аппарата. Ограничение подвижности артикуляционной мускулатуры приводит к нарушениям звукопроизношения. Наряду с расстройством артикуляции при дизартрии нарушается дыхание (как физиологическое, так и фонационное), фонация, просодика, функционирование резонирующих полостей.

Этиология – различные экзогенные факторы, воздействующие в результате нарушения мозгового кровообращения, то есть инсульта, рассеянного склероза, паркинсонизма, приобретенной миастении и других нервно-мышечных заболеваний. Таким образом, дизартрия является следствием органического поражения центрального характера, приводящего к различными двигательным расстройствам, в том числе в речевом артикуляционном или фонационном аппарате.

В данном случае мы имеем дело с глубинными поражениями головного мозга (периферических двигательных нервов; ядер периферических двигательных нервов (стволовые отделы); ядер, располагающихся в стволе и подкорковых отделах, ответственных за безусловно-рефлекторные речевые реакции).

Клинико-физиологические аспекты определяются локализацией и глубиной поражения головного мозга, а именно:

1. периферические двигательные нервы – псевдобульбарная дизартрия;

2. ядра периферических двигательных нервов (стволовые отделы) – бульбарная дизартрия;

3. ядра, располагающиеся в стволе и подкорковых образованиях, ответственных за безусловно-рефлекторные речевые реакции – подкорковая или экстрапирамидная;

4. мозжечок или лобно-мозжечковые пути – мозжечковая.

По локализации очага поражения ЦНС выделяют различные клинические формы дизартрии:

1. псевдобульбарная дизартрия

2 клинических типа псевдобульбарной дизартрии:

- спастическая: гипертонус, синкинезии, диспраксия;

- паретическая: гипотонус, но при совершении произвольных движений тонус резко возрастает, развивается истощаемость.

Усиливаются небный и глоточный рефлексы.

2. бульбарная дизартрия

Гипотонус, атония, атрофия мышц языка.

Нарушение произвольных и непроизвольных движений.

3. мозжечковая дизартрия

Гипотонус, паретичность, атаксия, тремор языка.

4. подкорковая или экстрапирамидная.

2 клинических типа подкорковой экстрапирамидной дизартрии:

- гиперкинетическая при поражении стриатума;

- ригидная при поражении паллидума.

Симптоматика: В результате различных экзогенных факторов у пациентов возникает расстройство нейро-моторной регуляции, то есть нарушается мышечный тонус органов артикуляции.

Степени тяжести синдрома дизартрии зависят от характера и объема поражения. Дифференцируют:

- легкую – стертая дизартрия, характеризуется смазанной речью;
- среднюю – носит типичную клиническую картину какой-либо конкретной формы дизартрии: мозжечковой (тремор мышц языка; речь толчкообразная, скандированная), псевдобульбарной (спастический парез, гипертония мышц, гнусавость, нарушение произвольного движения, рефлексы орального автоматизма), бульбарной (вялые параличи, дисфагия, дисфония, снижение глоточного рефлекса), подкорковой (гипо- и гиперкинезы; речь неплавная, темп то ускоряется, то замедляется);

- грубую – анартрия. Речь отсутствует в связи с полным параличом речевых мышц.

Наряду с нарушением артикуляции возникают нарушения дыхания, фонации, просодики, функционирование резонирующих полостей. При этом нарушается высота, тон, громкость голоса, ритмико-интонационный уровень высказывания. Часто наблюдаются: дисфагия, дисфония, брадилалия, полтерн.

Диагностика дизартрии

1. Скрининг – выявление нарушения в целом без его квалификации. Мы видим ограничение объема движений, отклонение языка при покаже (язык не проходит по средней линии), нарушение четкости речи, нарушение формирования пищевого комка и затруднения акта глотания (при дисфагии).

2. Собственно дифференциальная диагностика.

В структуре дефекта выделяется первичное, ведущее звено:

- гипотонус, атония, атрофия мышц – бульбарная дизартрия;
- гипертонус, спастика, диспраксия, синкинезии – псевдобульбарная дизартрия;
- гиперкинез или ригидность мышц языка – подкорковая экстрапирамидная дизартрия;

- гипотонус, паретичность, атония, тремор мышц языка – мозжечковая дизартрия.

Вторичные дефекты:

- нарушение произвольных и непроизвольных движений – бульбарная дизартрия;

- нарушение четкости речи и истощаемость при говорении – псевдобульбарная;

- нарушение согласованности произвольных движений, что делает речь неравномерной – подкорковая;

- скандированность речи – мозжечковая дизартрия.

Системными последствиями выступают реакции дезадаптации, провоцирующие тревожность и фиксацию на своем дефекте, в том числе логофобию. Данный этап позволяет оценить тип речевого нарушения и как результат – реабилитационную программу.

Важный фактор

Дизартрические речевые нарушения снижают устойчивость внимания, психическую активность и переключаемость. Затрагиваются глубинные подкорковые отделы, в результате которых происходит нарушение общего тонуса коры головного мозга и как следствие у пациентов снижается психическая активность в целом. Страдает начальная стадия познавательного акта – сосредоточение и произвольный выбор информации, что отражается на стадиях познавательного процесса. Пациентам требуется дополнительная инструкция перед восстановительным занятием и необходимо повышение мотивации к результатам реабилитации.

Основная цель реабилитации – устранить негативные факторы, препятствующие компенсации синдромов дизартрии, а именно: патологическую перцепцию и интерпретацию болезненных ощущений.

Предлагаемые реабилитационные комплексы разрабатывались и применялись в клинике в течение 15 лет и показали свою эффективность (восстановление/значительное улучшение наблюдалось в 89% случаев).

I. ПРОГРАММА ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЧИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

Псевдобульбарная дизартрия обусловлена центральным параличом мышц, иннервирующих языкоглоточный (9 пара), блуждающий (10 пара), подъязычный (12 пара) черепно-мозговые нервы, двусторонним поражением двигательных корково-ядерных путей.

Клиническая картина псевдобульбарной дизартрии:

- спастичность мышц языка (в ряде случаев сопровождается рефлексом орального автоматизма);
- ограничение активных движений;
- гипертонус мышц артикуляционного аппарата;
- диспраксия/апраксия;
- расстройство произвольных движений.

В целом у пациентов могут проявляться различные варианты избирательности нарушений произвольных движений: высокий тонус мышц; низкий тонус мышц; смешанный тонус мышц; гиперкинезы на фоне повышенного тонуса и мозаичные проявления минимальных дизартрических проявлений.

Важная особенность: характерно выпадение произвольных движений (диспраксия), при этом непроизвольные рефлекторные движения остаются сохранными.

Задача восстановительной работы – расслабление мышц языка, преодоление его спастичности.

Перед Вами комплекс артикуляционных упражнений, которые применяются в неврологической клинике МОНИКИ. Суть предлагаемого комплекса – нормализация тонуса мышц языка за счет преодоления его спастичности, то есть снятия гипертонуса с мышц языка.

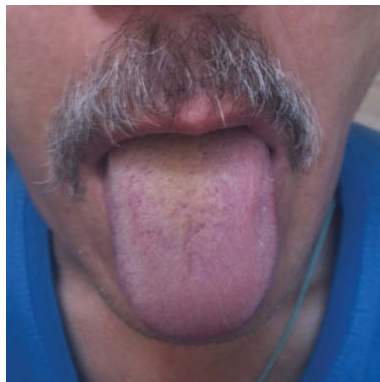
Разработанная программа применялась в клинике на больных, у которых псевдобульбарная дизартрия развивалась вследствие

острого нарушения мозгового кровообращения. Отмечались высокие результаты: практическое восстановление либо значительное улучшение было в 90% случаев, отсутствие положительной динамики не наблюдалось. На фотографиях мы видим пример клинической картины данного синдрома (фото 1. на первом занятии), а также его нормализацию после двухнедельного курса логопедических занятий (фото 2. после реабилитации).

Фото 1. Больной Н.
(на первом занятии)



Фото 2. Больной Н.
(после реабилитации)



Комплекс упражнений для нормализации тонуса мышц языка

I. Артикуляционные упражнения

1. Рот открыт, губы в улыбке, широкий язык удерживать в полости рта в расслабленном, спокойном состоянии под счет до 5-10. Важно следить, за тем, чтобы язык не сужался, а кончик касался нижних зубов */зеваем/*.

2. Губы в улыбке, легко покусывая, помассировать зубами всю поверхность языка, медленно высовывая и втягивая его в рот. Потом чесать язык зубами */кусаем язык зубами/*.

3. Пошлепать по языку губами, произнося пя-пя-пя для расслабления мышц языка */кусаем язык губами/*.

4. Рот открыт, губы в улыбке. Облизывать широким языком верхнюю губу. Так же облизывать нижнюю губу */одним разом, широким языком облизываем верхнюю губу, а затем нижнюю /*.

5. Рот закрыт. Облизывать нижние зубы, проводя языком под нижней губой, потом верхние зубы, проводя языком под верхней губой. Следить, чтобы челюсть и губы не двигались */чистим зубы/*.

6. Рот закрыт. Облизывать передние верхние и нижние зубы круговыми движениями языка */чистим зубы/*.

7. Пошлепать по языку губами, произнося пя-пя-пя для расслабления мышц языка */кусаем язык губами/*.

8. Широкий язык присосать к твердому небу, удерживать в таком положении, потом со щелчком оторвать */щелкаем языком/*.

9. Позевать. Наклонить голову вниз, открыть рот и высунуть язык */изображаем «уставишу собаку»/*.

II. Скороговорки

На мели мы лениво налима ловили. Для меня вы ловили лентя. О любви, не меня ли вы мило молили, и в туманы лимана манили меня.

Я ему по секрету, а он по всему свету, что на улице медовик, мне не до медовика, что на улице деготник, мне не до деготника, не до деготниковой жены, не до деготниковых детей. Так вот скажет друг дружке, а дружка подружке, а подружка борову, а боров всему городу – язык от лжи не краснеет, и без того красивый, а только береги честь смолоду: один раз соврешь – в другой не поверят; ведь коли врун, так и обманщик, а обманщик, так и плут, а плут, так и мошенник, а мошенник, так и вор.

От топота копыт пыль по полю летит. То послали Сеню с донесеньем. Голова у Сени с лукошко, а ума ни крошки. Доскакать доскакал, да все не так рассказал: рассказал, что не тридцать три корабля лавировали, лавировали, да не вылавировали, что Проккоп не варил свой укроп, а съел у Малаши всю сыворотку из-под простокваши да еще пирог с грибами, чтоб держать язык за зубами. Проккоп-то держал, а Сеня все болтал да болтал, да и вздремнул. Вздремнуть не вздремнул, всхрапнул, да и присвистнул.

Везет Сенька Саньку с Сонькой на санках, везет, да скороговорками так и сыплет: мол, тетерева сидел на дереве, от дерева - тень тетерева; мол, у гусыни усов не ищи - не сыщешь; мол, каков Савва, такова и слава... Пляшут на языке скороговорки, как караси на сковородке. Всех скороговорок не перескороговоришь, не перевыскороговоришь.

Говорил командир про полковника и про полковницу, про подполковника и про подполковницу, про поручика и про поручицу, про подпоручика и про подпоручицу, про прапорщика, а про прапорщицу молчал.

III. Артикуляционные упражнения (повтор)

В течение дня желательно несколько раз повторить артикуляционные упражнения. Введение в речь (скороговорки) достаточно проговаривать 1-2 раза в день.

II. ПРОГРАММА ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЧИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С БУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

Бульбарная дизартрия возникает при поражении продолговатого мозга.

Двигательные расстройства в виде вялого паралича обусловлены очаговым поражением ядер, корешков или периферических стволов языкоглоточного (9 пара), блуждающего (10 пара), добавочного (11 пара), подъязычного (12 пара).

Клиническая картина бульбарной дизартрии:

- вялый парез мышц языка (гипотонус, атония);
- расстройства произвольных и произвольных движений языка;

- снижение глоточного рефлекса;
- арефлексия;
- периферический парез речевой мускулатуры.

Периферический парез этих мышц проявляется не только в снижении их силы, но и в гипотонии (вялости), гипотрофии (дряблости и истончении). Двигательные волокна затронутых ЧМН нервов иннервируют мышцы глотки, гортани, надгортанника, язычка мягкого неба. Поэтому у пациентов нарушается артикуляция, фонация и акт глотания. Возникает дисфагия.

Задача восстановительной работы – активизация тонуса мышц языка, преодоление его паретичности, наряду с чем, в случае необходимо восстановления и акта глотания, то есть преодоление дисфагии.

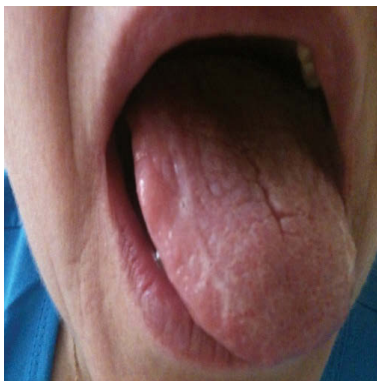
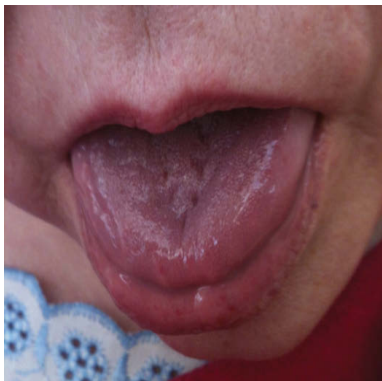
Итак, **комплекс упражнений для нормализации тонуса мышц языка у больных с бульбарной дизартрией** подразумевает его активизацию с целью преодоления паретичности. Наряду с артикуляционными упражнениями предлагается комплекс для преодоления дисфагии. Задачи: восстановление глоточного рефлекса, нормализация подвижности задней стенки глотки с целью совершения акта глотания.

Разработанная программа применялась в клинике на больных, у которых бульбарная дизартрия развивалась вследствие острого нарушения мозгового кровообращения. Ее применение показало высокие результаты. В большинстве случаев у больных отмечалось значительное улучшение (80%), отсутствие положительной динамики не наблюдалось. На фотографиях мы видим пример клинической картины данного синдрома (на первом занятии), а также его нормализацию после курса логопедических занятий (после реабилитации).

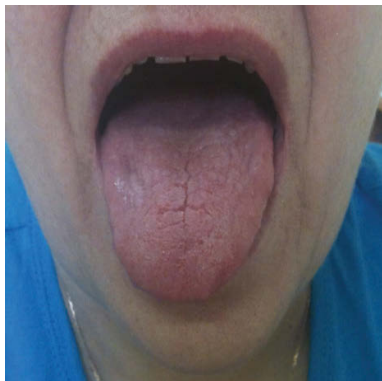
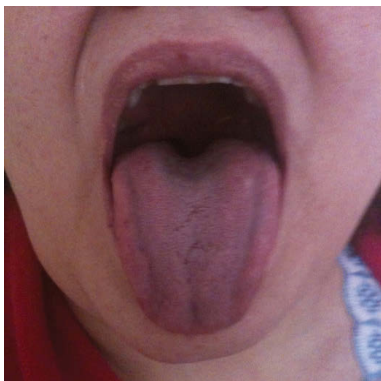
Фото 1. Больной №1.

Фото 2. Больной №2.

(до занятий)



(после реабилитации)



Комплекс упражнений для нормализации тонуса мышц языка

I. Артикуляционные упражнения

1. Рот открыт, губы в улыбке, легко покусывая, помассировать зубами всю поверхность языка, медленно высовывая и вытягивая его в рот. Потом чесать язык зубами */кусаем язык зубами/*.

2. Рот открыт, губы в улыбке. Облизывать кончиком языка верхнюю губу. Так же облизать нижнюю губу */облизываем языком слева -направо верхнюю губу, а затем нижнюю /*.

3. Рот закрыт. Облизывать передние нижние и верхние зубы. Следить, чтобы челюсть и губы не двигались */чистим зубы/*.

4. Рот закрыт. Облизывать зубы под губами круговыми движениями языка */чистим зубы/*.

5. Быстро, многократно и резко произносить т: т-т-т-т-т-т.

6. Широкий язык присосать к твердому небу, удержать и оторвать со щелчком */щелкаем языком/*.

7. Рот открыт, губы в улыбке, двигать язык к уголкам рта вправо-влево. Следить, чтобы челюсть и губы были неподвижны, язык не скользил по нижней губе */двигаем языком влево-вправо/*.

8. Быстро, многократно произносить т: т-т-т-т-т-т.

II. Скороговорки

Не тот, товарищи, товарищу товарищ, кто при товарищах товарищу товарищ, а тот, товарищи, товарищу товарищ, кто без товарищей товарищу товарищ.

Четверть четверика гороха, без четверточинки.

Константин констатировал конституцию.

Расчувствовавшаяся Лукерья расчувствовала нерасчувствовавшегося Николку.

Разнервничавшегося конституционалиста Пропроколокропенко нашли акклиматизировавшимся в Константинополе.

Ампула лампы, апломбом наполненная, на пол упала и лопнула поляя.

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru