

навколишнього середовища. Ним вперше було обґрунтовано розуміння причин виникнення мовленнєвих порушень на основі діалектичного підходу до оцінки причинно-наслідкових зв'язків в патології мовлення [1, с. 68].

Визнаючи необхідність комплексного медико – педагогічного впливу на дитину з мовленнєвою патологією, Михайло Юхимович в той же час був твердо переконаний у тому, що в справі виховання правильного мовлення провідна роль має належати педагогу, а не лікарю, і що найактивнішу участь у цьому процесі повинні брати не тільки фахівці, але й найближче соціальне оточення дитини – перш за все шкільні педагоги та батьки [5, с. 1]. Він написав ряд книг, брошур і статей для батьків, вихователів дитячих садків, підлітків і дорослих які мають порушеннями мовлення. Всі ці книги пройняті гуманізмом, в кожному рядку відчувається щире бажання автора допомогти людям, переконати їх в можливості подолання дефекту і вказати для цього конкретні і доступні для них (чи для батьків, педагогів) шляхи [5, с. 8].

Гідним чином М. Ю. Хватцев представляв вітчизняну логопедію також за кордоном. Володіючи кількома іноземними мовами, він систематично обмінювався науковою інформацією зі своїми зарубіжними колегами і підтримував з багатьма з них постійне дружнє листування.

Уряд високо оцінив науково-педагогічну і громадську діяльність професора М. Ю. Хватцева: він був нагороджений орденом Трудового Червоного Прапора і багатьма медалями, а також значком «Відмінник народної освіти» [1, с. 69].

Висновки. Отже, М. Ю. Хватцев є одним з перших вітчизняних основоположників, який заклав теоретичні основи логопедії і сформулював базові уявлення про мовленнєві порушення, розробив їх класифікацію (разом з іншими науковцями) і вперше систематизував причини виникнення порушень мовлення. М. Ю. Хватцев є організатором підготовки і навчання логопедів та логопедичної допомоги дітям і дорослим в країні, розробив систему корекції з

подолання вад вимови звуків.

Таким чином, М. Ю. Хватцев зробив великий внесок у справу становлення та розвитку вітчизняної логопедії, зумівши при цьому надати їй гуманістичний характер, що було сприйнято всіма наступними поколіннями науковців та практикуючими логопедами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андросова В. М. Дислалія. Хрестоматія. Частина I / В. М. Андросова. – Суми. : СумДПУ імені А. С.Макаренка, 2012. – 264 с.
2. Волкова Л. С. Учеб. Пособие для студентов пед. институтов по специальности Дефектология / Л.С. Волкова, Р. И. Лалаева, А. М. Мастюкова и др. [Под ред. Л. С. Волковой]. – М. : Просвещение, 1989. – 528 с.
3. Український дефектологічний словник / [за ред. акад. В. І. Бондаря]. – К. : Милосердя України, 2001. – 211 с.
4. Хватцев М. Ю. Логопедия: уч. для пед. институтов / М. Ю. Хватцев – М. : Просвещение, 1937. – 476 с.
5. Хватцев М. Ю. Логопедия. Книга 1 / М. Ю. Хватцев / [под. ред. Р. И. Лалаевой, С. Н. Шаховской]. – М. : Гуманитарий. Изд. Центр ВЛАДОС, 2009. – 272 с.

УДК 616.8 – 009.1:611.97 – 08.825 – 053.2

Н. В. Кукса

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри логопедії
Сумський державний педагогічний
університет ім. А. С. Макаренка

КОРЕКЦІЯ М'ЯЗОВОГО ТОНУСУ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК У ДІТЕЙ ЗІ СПАСТИЧНИМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

У статті представлено методику корекції тонусу м'язів верхніх кінцівок у дітей зі спастичними формами церебрального паралічу.

В статтє представлена методика корекції тонуса м'язів верхніх кінцівок у дітей со спастическими формами церебрального паралича.

The article presents the method of correction of muscle tone of upper limbs's in children with spastic forms of cerebral palsy.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, м'язовий тонус, спастичність, корекція.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, мышечный тонус, спастичность, коррекция.

Key words: children's cerebral palsy, muscle tone, spasticity, correction.

Постановка проблеми. Спастичні форми церебрального паралічу спостерігаються у 70–75 % хворих (К. Семенова). Характерними особливостями порушень рухової сфери при спастичних формах церебрального паралічу є підвищення м'язового тону, обмеження рухливості в суглобах кінцівок (паралічі, парези) і зниження сили м'язів. Нормалізація м'язового тону верхніх кінцівок у дітей цієї нозології є важливою умовою проведення будь-яких занять, що вимагають маніпулятивної діяльності. Кожен педагог, який працює з такими дітьми, повинен мати в своєму арсеналі спеціальні прийоми, спрямовані на зниження спастичності м'язів та пригнічення дії патологічних рефлексів. Попередня нормалізація тону м'язів верхніх кінцівок сприятиме більш ефективній реалізації потенційних рухових можливостей дітей з церебральним паралічем. Доцільно також протягом занять проводити релаксаційні фізкульт-хвилинки/паузи з метою попередження посилення патологічних проявів синдрому рухових порушень (спастичності, патологічних рефлексів, синкінезій тощо).

Натомість, особливості корекції рухових порушень змістовно висвітлено переважно в науково-методичних розробках, присвячених фізичному вихованню (М. Єфименко, Б. Сермеєв, О. Мастюкова й ін.) та фізичній реабілітації (В. Мартинюк, К. Семенова, В. Козявкін та ін.) дітей із церебральним паралічем. Цей напрям до тепер залишається прерогативою сфери практичної діяльності фахівців медичного профілю та фізичної реабілітації.

Аналіз останніх досліджень. Домінуючими показниками тяжкості рухових розладів у дітей із церебральними паралічами є стан м'язового тону і характер вираженості патологічних рефлексів. Спастичність м'язів обмежує їх розтягнення, призводить до ущільнення м'язів та затримує їх зростання. Це зумовлює характерні патологічні

установки кінцівок з обмеженням рухливості в суглобах, а у подальшому – формування фіксованих контрактур і деформацій. Науковцями встановлено пряму залежність між ступенем вираженості спастичного синдрому і контрактур у дітей із церебральним паралічем.

Обмеження рухливості в суглобах кінцівок у дітей зі спастичними формами церебрального паралічу спричинюється, з одного боку, підвищенням тону м'язів-антагоністів, з іншого – слабкістю м'язів-агоністів [3-7]. Отже, під час корекції м'язового тону доцільно паралельно проводити роботу, спрямовану на зміцнення слабких м'язів. Натомість О. Мастюкова [4], К. Семенова [5-6] зазначають, що в більшості випадків при спастичних формах церебрального паралічу слабкість агоністів є уявною і застосування різних прийомів для їх зміцнення не призводить до позитивної динаміки. Досягти бажаного ефекту можливо, насамперед, спеціальними корекційними прийомами, спрямованими на розслаблення м'язів-антагоністів, що одночасно сприятиме зміцненню м'язів-агоністів.

Аналіз науково-теоретичної та методичної літератури дозволив з'ясувати, що найбільш ефективними засобами розслаблення м'язів є різні види масажу, спеціальні релаксаційні і дихальні вправи, вплив релаксаційної музики. З урахуванням теоретичних позицій дослідження розроблено методичку нормалізації м'язового тону для дітей дошкільного і молодшого шкільного віку зі спастичними формами церебрального паралічу.

Мета статті. Мета дослідження полягає у визначенні методичних особливостей корекції м'язового тону в дітей 5-10 років зі спастичними формами церебрального паралічу легкого і середнього ступенів тяжкості рухових порушень.

Виклад основного матеріалу. Згідно класифікації К. Семенової [5-6] розрізняють три спастичні форми церебрального паралічу. *Спастична диплегія* (тетра-, парапарез) характеризується ураженням верхніх і нижніх кінцівок, але верхніх – меншою мірою. У більшості випадків діти з цією формою ДЦП здатні до самостійного пересування:

20–25 % пересуваються дефектною ходюю, 40–50 % – за допомогою пристосувальних засобів. Ступінь соціальної адаптації дітей з цією формою ДЦП може досягати рівня здорової людини за умови збереженості інтелекту і достатнього розвитку маніпулятивної функції рук.

Найбільш тяжкою формою церебрального паралічу є *подвійна геміплегія*, за якої відзначається рівнозначне або переважаюче ураження верхніх кінцівок. Довільна моторика у дітей з цією формою ДЦП відсутня або різко обмежена, функції рук практично не розвиваються. Прогноз щодо рухового, мовленнєвого і психічного розвитку може бути несприятливий для дітей з подвійною геміплегією.

Геміпаратична (геміплегічна) форма ДЦП характеризується ураженням кінцівок з одного боку тіла (верхньої та нижньої) з домінуючим ураженням верхньої кінцівки. Прогноз щодо рухового розвитку сприятливий: практично всі діти з цією формою ДЦП пересуваються самостійно, можливість самообслуговування залежить від ступеня ураження верхньої кінцівки.

Отже, одним із факторів успішної соціальної адаптації й інтеграції в суспільство дітей зі спастичними формами церебрального паралічу є достатня збереженість/розвиненість функцій їх рук.

Уже на 2–3 році життя (резидуальна стадія захворювання) у дітей зі спастичними формами церебрального паралічу внаслідок патологічної активності безумовних рухових автоматизмів і підвищення тону м'язів, формуються патологічні згинальні установки верхніх кінцівок – плече приведенне із внутрішньою ротацією, руки зігнуті в ліктьовому і променезап'ястковому суглобах, передпліччя проноване, пальці зігнуті, великий палець руки приведенний. При тяжкій формі церебрального паралічу згинальна установка кисті і пальців може спостерігатися впродовж усього життя, при легких формах – замінюється значною слабкістю розгинальної функції пальців. Відзначається слабкість функції розведення пальців, протиставлення

пальців опозиційному великому пальцю, а також пальців однієї руки пальцем іншої. Тривале перебування кінцівки у фіксованій позиції у сполученні з підвищеним м'язовим тонусом і патологічними синергіями можуть призвести до формування контрактур. Маніпулятивна функція рук при цьому різко обмежена.

Зважаючи на зазначене, під час корекційно-педагогічної роботи, важливо акцентувати увагу на вирішенні завдань щодо нормалізації м'язового тону рук та пригнічення дії патологічних рефлексів.

З метою нормалізації м'язового тону верхніх кінцівок застосовуються такі засоби корекції, як дихальні вправи, самомасаж, релаксаційні вправи, рецептивно-релаксаційна музика. За допомогою дихальних вправ досягається максимальне розслаблення м'язів плечового пояса, вироблення правильного дихання, загальна релаксація організму дитини. Вправи проводяться у в.п. лежачи, сидячи за столом, стоячи (для дітей з легким ступенем тяжкості рухових порушень). Комплекс дихальних вправ включає такі спеціальні прийоми виконання:

- ✓ глибокий вдих через ніс – подовжений видих через рот;
- ✓ вільний вдих через ніс – подовжений видих через рот;
- ✓ глибокий вдих – затримка – вільний видих;
- ✓ кілька коротких швидких видихів із незначним зусиллям (задування уявних свічок);
- ✓ почергове дихання через праву і ліву ніздрі й ін.

З огляду на неповну обмеженість рухів верхніх кінцівок у дітей з легким та середнім ступенем тяжкості доцільно надавати перевагу застосуванню елементів самомасажу для зниження спастичності м'язів замість проведення пасивного масажу. Спеціальні прийоми самомасажу верхніх кінцівок такі:

- ✓ почергове розтирання кожної руки в напрямку від плечового пояса до дистальних відділів кінцівок (права рука долонею на лівому плечі, ліва – навпаки);
- ✓ розтирання долонь рук прямими і

- ✓ коловими рухами («Зігріємо ручки»);
- ✓ розтирання кистей рук коловими рухами («Миємо ручки»);
- ✓ пиляння поверхні долоні однієї руки ребром іншої руки;
- ✓ розтирання великим і вказівним пальцями однієї руки кожен палець іншої, закінчуючи розтиранням внутрішньої і зовнішньої поверхні кисті руки («Вдягаємо рукавички») та ін.

Самомасаж поєднується із релаксаційними вправами, які включають такі прийоми розслаблення м'язів:

- ✓ ізометричне максимальне напруження м'язів верхніх кінцівок з наступним їх максимальним розслабленням;
- ✓ стискання пальців рук у кулак з наступним їх розслабленням;
- ✓ пасивне потрипування верхніх кінцівок;
- ✓ активне погойдування та струшування максимально розслабленими верхніми кінцівками;
- ✓ струшування розслабленими кистями рук у різних напрямках (приведення-відведення, згинання-розгинання);
- ✓ вільне (розслаблене) падіння верхніх кінцівок;
- ✓ хлистоподібні рухи кінцівками шляхом поворотів тулуба;
- ✓ поплескування по поверхні столу розслабленими кистями рук тощо.

Для пригнічення дії залишкових позотонічних рефлексів використовується прийом «рефлекс-заборонних позицій», уперше описаний К. і Б. Бобат [7]. В. Босих [1], О. Мاستюкова [3-4] та ін. зазначають, що гальмування патологічних тонічних рефлексів у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку з церебральним паралічем забезпечується, насамперед, вибором оптимального положення дитини під час занять. Так, контроль рефлекс-заборонних позицій полягає у визначенні найбільш адекватної пози (положення) дитини, за якої максимально пригнічується дія тонічних рефлексів. Пози дитини повинна бути стійкою та симетричною, голова і руки розташовані за середньою лінією. Під час предметно-маніпулятивної діяльності необхідно стежити, щоб хапальні рухи не викликали значних порушень обраного положення або підвищення тону у інших частинах тіла. Реалізація рефлекс-заборонних позицій здійснюється також

за рахунок використання спеціальних вправ (за О. Приходько [2]):

1. В.п. – лежачи на спині із притисненими до грудної клітки руками. Дитина виконує плавні рухи руками: піднімає через сторони вгору (вдих) – опускає вперед і знову притискає їх до грудної клітки (видих).

2. В.п. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба, голова розташована по середній лінії. Дитина виконує повільний поворот голови в сторону з одночасним відведенням у той самий бік руки (вдих) – в.п. (видих). Якщо одночасно згинаються кінцівки на протилежному боці, то вони фіксуються за допомогою рук педагога.

3. В.п. – лежачи на животі, руки зігнуті в ліктьових суглобах і спираються на розкриті кисті (на рівні верхнього плечового пояса). Дитина піднімає голову вгору і прогинає спину з одночасним випрямленням рук (вдих) – в.п. (видих).

Перша і третя вправи спрямовані на подолання патологічної залишкової дії лабіринтного і симетричного шийного тонічних рефлексів, друга вправа – на пригнічення дії асиметричного шийного тонічного рефлексу і стимуляцію розвитку опорної функції рук.

Для визначення ступеня спастичності м'язів кінцівок застосовується модифікована шкала Ашфорта (Modified Ashworth Scale for Grading Spasticity) у балах:

0 – тонус у нормі (не підвищений);

1 – легке підвищення тону, що відчувається при згинанні і розгинанні сегмента кінцівки у вигляді незначного опору наприкінці руху;

2 – помірне підвищення тону, що виявляється протягом руху, але не утруднює виконання пасивних рухів;

3 – значне підвищення тону, що утруднює виконання пасивних рухів;

4 – уражений сегмент кінцівки фіксований у положенні згинання або розгинання (ригідність).

Тяжкий ступінь спастичності за Ашфортом – 3-4 бали.

Практична реалізація методики корекції м'язового тону для дітей зі спастичними формами церебрального паралічу в умовах навчального центру засвідчила більш позитивну динаміку показників рухових можливостей верхніх

кінцівок у дітей основної (експериментальної групи).

Висновки. Спастичність є одним з провідних показників розладів рухової сфери в дітей із церебральними паралічами та проявляється підвищенням м'язового тону (переважно згиначів і привідних м'язів), особливо під час довільних цілеспрямованих рухах.

Зниження спастичності м'язів верхніх кінцівок при ДЦП є важливим напрямом корекційно-педагогічної роботи, що дозволить більш ефективно реалізувати рухові можливості в різних видах маніпулятивної діяльності.

Ефективними засобами зниження спастичності м'язів верхніх кінцівок у дітей із церебральним паралічем є спеціальні дихальні вправи, самомасаж, релаксаційні вправи, що сполучаються з прийомами на пригнічення дії патологічних рефлексів.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо в розробці організаційно-методичного забезпечення занять з розвитку координаційних здібностей рук у дітей із церебральним паралічем.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Босых В. Г. Нарушение функции верхних конечностей при спастической диплегии: обследование и коррекция / В. Г. Босых, Н. Т. Павловская // *Коррекционная педагогика*. – 2004. – № 1 (3). – С. 52–59.
2. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие [для студ. сред. пед. заведений] / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.
3. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): [советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии] / Е. М. Мастюкова. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 303 с.
4. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: младенч., ранний и дошк. возраст / Е. М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1991. – 159 с.
5. Семёнова К. А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича / К. А. Семёнова. – М.: АНТИДОР, 1999. – 384 с.
6. Семёнова К. А. К вопросу о возможностях коррекции нарушенных движений верхних конечностей у больных с церебральным

параличом / К. А. Семёнова // Юбилейный альманах «Исцеление». – М., 2000. – С. 165–172.

7. Bobath K. The facilitation of normal postural reactions and movement in the treatment of cerebral palsy / Bobath K., Bobath B. / *Physiotherapy*. – 1964. – Vol. 50. – P. 246.

УДК 376.37

М. Л. Кусаева

учитель-логопед

высшей квалификационной категории
МБДОУ «Детский сад №12
компенсирующего вида»

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА И ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕОДОЛЕНИИ ПРЕДПОСЫЛОК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПТИЧЕСКОЙ ДИСГРАФИИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ЗПР ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

В статье рассматривается проблема подбора инновационных методов в профилактической коррекционной работе с детьми дошкольного возраста с ЗПР церебрально-органического генеза, проблема необходимости организации вариативной учебной работы по содержанию, объёму, сложности и методам, вопрос о необходимости своевременного проведения системного коррекционного воздействия - профилактики, нацеленной на устранение имеющихся предпосылок возникновения нарушений письменной речи.

In the article it is considered a problem of selection of innovative methods in preventive correctional work with children of preschool age who has slow mental development of tsebralno organic genesis. The author lifts a problem of necessity in organizing a kind of variable study with its certain content, volume, complexity and methods; a question of timely carrying out correctional influence and prevention aimed at elimination of premises of origin of violations of written language.

Ключевые слова: профилактика, оптическая дисграфия, дифференцированный подход.

Key words: prevention, optical dysgraphia, differentiated approach.

Постановка проблемы. В настоящее время особенно остро стоит проблема