

РОЛЬ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ДЦП С НАЗОГАСТРАЛЬНЫМ ЗОНДОМ

Сорокина Светлана Васильевна

Аспирант, Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского
Sorokina.sorokasveta@yandex.ru

THE ROLE OF SPEECH THERAPY MASSAGE WHEN WORKING WITH CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY WITH A NASOGASTRIC PROBE

S. Sorokina

Summary: This article shows the importance of extracting a nasogastral probe at an early age. The attitude of parents to the current situation is shown. What an important role is played by a properly selected method of work of a specialist. The author of the article provides an example from practice showing the importance of knowledge and skills in the practice of a speech therapist.

Keywords: nasogastric probe, speech therapy massage, articulation gymnastics, dysphagia, articulation apparatus, speech therapist.

Аннотация: В данной статье показана важность извлечения назогастрального зонда в раннем возрасте. Показано отношение родителей к сложившейся ситуации. Какую важную роль играет правильно подобранная методика работы специалиста. Автором в статье приведен пример из практики, показывающий значимость знаний и умений в практике логопеда.

Ключевые слова: назогастральный зонд, логопедический массаж, артикуляционная гимнастика, дисфагия, артикуляционный аппарат, логопед.

П римерно 24 480 детей инвалидов рождается каждый день в мире. Около 50% детей, рожденных в России, имеют психические отклонения. По статистике 35% детей в России рождаются с врожденными заболеваниями. 12% детей в России рождаются не доношенными. Число детей инвалидов в стране составляет более 500 000 (2%). Только 25% новорожденных в России полностью здоровы. [2]

В наш век развитых технологий, появилось очень много «проблемных» детей в плане психического и физического здоровья. Молодые мамы, которые с подросткового возраста перестают следить за своим здоровьем, отодвинулся срок рождения первых детей к возрасту за тридцать лет и рождение последующих детей уже ближе к 40 годам, а иногда и за 40 ведут к обильному росту детей с различной патологией. Возможность выхаживания, сильно недоношенных детей от 460 гр., ведет к повышению числа детей-инвалидов, что в дальнейшем может привести к полному исчезновению здорового поколения в будущем. Почти у всех выхоженных детей с малым весом отмечается нарушение глотания или дисфагия. Таким детям вставляют специальный зонд для кормления. В последствии обучают маму, как ухаживать и менять зонд. В итоге ребенок выписывается из родильного отделения домой не умеющий сосать и глотать.

Дисфагия у детей может быть вызвана целым рядом неврологических причин, но в специальной логопедической и медицинской литературе проблема выяв-

ления и устранения дисфагии у детей, в том числе и новорожденных практически не освещена. Наиболее изучена проблема дисфагии у взрослых пациентов, перенесших инсульт. Например, многие исследователи такие как Ю.А. Покровская, Т.А. Полякова, А.А. Уклонская, О.Д. Ларина, О.С. Орлова дают в основном подробное описание мышц участвующих в акте глотания и жевания, а также связывают это с дизартрическими расстройствами у детей. [3] Такие исследователи как Шкловский В.М., Визель Т.Г. описывают дисфагию, как нарушение, возникшее у больных вследствие инсульта и у пациентов с афазией. [7]

Глотание — сложный координированный рефлекторный акт, обеспечивающий продвижение пищи из полости рта в желудок. При глотании сокращения мышц языка, мягкого неба, глотки, непосредственно проталкивающие пищевой комок, сочетаются и дополняются сокращением мышц и смещением хрящей гортани, защищающих дыхательные пути от попадания в них пищи. По Ф. Мажанди, акт глотания разделяется на 3 фазы — ротовую произвольную, глоточную непроизвольную (быструю) и пищеводную, также непроизвольную, но медленную. Ведущей фазой акта глотания Кронеккер и Мельтцер (К. Н. Kronecker, S. J. Meltzer) считают ротовую фазу, в процессе которой пища благодаря мощному сокращению мышц глотки перемещается в пищевод. [6]

Ротовая фаза включает в себя помещение пищи в рот, жевание и проталкивание пищевого комка в ротоглотку.

Глоточная фаза является рефлекторной, в ней принимают участие V, IX, X и XII пары черепных нервов, при помощи нее закрывается носоглотка, гортань поднимается, закрывая нижележащие дыхательные пути, и пищевой комок продвигается в гортаноглотку.

Пищеводная фаза начинается с расслабления перстнеглоточной мышцы, после которого пищевой комок проникает в пищевод и затем, под действием перистальтического сокращения пищевода, продвигается в желудок. [6]

Наиболее часто нарушения глотания отмечают у детей с ДЦП или перенесших черепно-мозговую травму. У новорожденных детей нарушение сосания и глотания отмечается при нарушении функций сосания и глотания характерно для недоношенных детей с различной перинатальной патологией, особенно с тяжелым и среднетяжелым течением бронхолегочной дисплазии. Успешное кормление зависит от способности ребенка координировать мышцы ротовой полости, верхней половины туловища и дыхательной системы. В связи с этим изучение состояния артикуляционной моторики, поиск способов стимуляции сосательного рефлекса и скоординированного функционирования мышц лица, языка и мягкого нёба особенно актуальны у недоношенных младенцев. Логопедическое обследование показало зависимость способа вскармливания от тонуса мышц органов артикуляции. Повышенный тонус мышц вызывает импульсивное сосание, быстро истощающиеся сосательные движения; пониженный тонус мышц - незрелое, вялое сосание, истощающиеся движения языком и губами; смешанный тонус - неритмичное сосание, координированные движения языка и губ. Таким образом, тонус лицевой мускулатуры определяет тактику вскармливания и является показанием для начала логопедического воздействия по развитию артикуляторных возможностей у недоношенных детей при нарушении процессов сосания и глотания. Методы и объем логопедической помощи в программе комплексной реабилитации подбирают по результатам логопедического обследования ребенка с целью нормализации тонуса мышц лицевой мускулатуры и обеспечения возможности самостоятельного сосания. [1] Глотание у новорожденных детей носит инфантильный характер. Глотание является одной из витальных физиологических функций организма. Оно обеспечивается скоординированными действиями мускулатуры полости рта, глотки, гортани, пищевода под контролем нервной системы. Все дети рождаются с хорошо развитыми сосательным и глотательным рефлексом. Во время сосания происходит сокращение мышц губ, языка, щек, благодаря чему в ротовой полости создается отрицательное давление, и туда поступает жидкая пища. Язык младенца, совершая реверсивные движения (вперед-назад), направляет молоко в глотку.

При инфантильном типе губы приоткрыты, зубные ряды разомкнуты, а язык проложен между ними. Во время глотательных движений язык отталкивается от губ (позднее – от язычной поверхности нижних резцов, боковых зубов). Инфантильное (младенческое) глотание расценивается как физиологическая норма примерно до 2-3 лет. [5]

Когда мама с таким ребенком попадает домой, она тережится и не знает, что ей с ним делать. Такой ребенок не ощущает голода, не понимает вкуса пищи, которую ему вкачивают по часам через зонд. Ребенок растет, мама ждет изменений, а ситуация только ухудшается. Мышцы артикуляционного аппарата все сильнее расслабляются, круговая мышца рта совсем перестает работать. Рот постоянно открыт, саливация становится все сильнее и сильнее. Мама, тем временем, ждет, что врачи скоро разрешат вынуть зонд и ребенок сам будет пить и есть. Но увы, время идет, ребенок все также продолжает питаться через зонд.

В такой ситуации должен и может помочь логопед.

С этого момента начинается кропотливая работа логопеда, как профессионала по глотанию у новорожденных детей. Начинаем работу с тщательного обследования мышц артикуляционного аппарата малыша. Очень часто бывает, что у ребенка просто слабая круговая мышца рта и он не может захватить сосок груди. Язык просто вываливается изо рта и не формируется желобок, по которому молоко попадает в глотку. Язык не может двигаться назад – вперед.

Обязательно маму надо обучать кормлению такого ребенка и психологически поддерживать. Она и так расстраивается, от невозможности покормить своего ребенка. Очень часто мамы винят себя в этом, что они ничего не умеют и от этого страдает ребенок.

Пациентка

Ребенок в отделение «Патологии речи и нейрореабилитации» ГБУЗ ЯО ОДКБ поступил в возрасте 2 г. 3 мес. с назогастральным зондом. Диагноз при поступлении: Синдром ДЦП смешанная форма (спастическая + атактическая); псевдобульбарный синдром. Как объяснила мама, врачи не давали разрешения снять зонд, т.к. ребенок, по их мнению, к этому не был готов. Отсутствовал с рождения сосательный и глотательный рефлекс. Девочка не говорила, не произносила никаких звуков, даже не было вокализаций. Ребенок ничего не просил, никогда не хотела есть и пить. В физическом развитии была очень слабая. Сама не ходила. Имела дефицит массы тела. Язык изо рта вываливался, была сильная саливация. Рот был все время открыт. Девочка постоянно ходила с сырым нагрудником.

В свое время маме врачи посоветовали обратиться к остеопату. Мама обратилась и всецело доверила себя и ребенка специалисту. Но, к сожалению, проблема не была решена.

Прежде чем начать работу с ребенком, было понятно, что вначале надо работать с мамой. Мама была не готова к тому, что у ребенка здесь и сейчас уберут зонд. Маме были назначены консультации с психологом. В результате этого, с мамой договорились, что она больше не кормит девочку через зонд, а лишь допаивает, если ребенок не выпил нормы воды. Это было сделано для того, чтобы у ребенка не было обезвоживания. И начался долгий процесс абилитационной работы.

Девочка вначале не понимала, что с ней делают и чего от нее хотят. Ребенку начали делать логопедический массаж, с целью активизировать жевательные мышцы, которые никогда не работали. Так как возраст ребенка был все-таки не маленький, поэтому о восстановлении сосательного рефлекса и соске не шло и речи. Ребенку необходимо было научить есть с ложки и пить из кружки. Начали пробовать кормить кашами для малышей. Кашу девочка выплевала и не понимала, что ей кладут в рот и что с этим делать. Тогда каши стали подслащивать, это понравилось ребенку. Глотать ребенку помогали с помощью нажатия на подбородочную мышцу, проглаживая от подбородка по всей передней стенке шеи, не давая возможности при этом выплюнуть содержимое изо рта. При этом гастроэнтеролог и врач-педиатр отслеживали состояние ребенка. Мама неоднократно срывалась и пыталась в необходимое время влить в зонд смесь. Девочку кормили часто, при этом порции были вначале очень маленькие. Потом перевели на обычные каши, перемолотый суп, йогурты. Вначале ребенок не понимала вкуса, не ощущала голода и сытости, а также жажды. Через месяц ребенок поправилась на 360 грамм. Примерно через 1.5 месяца девочка стала от какой-то пищи отказываться, а какую-то наоборот предпочитать. Например, ребенок отказался от детских каш и стал просить бисквиты и картошку фри, которой ее угостила сестра. Стала избирательна в йогуртах.

Помимо этого, было решено не приучать ребенка к бутылочке с соской, поэтому стали поить с ложечки. Вначале она отказывалась от всяких соков, компотов, чаев и т.д., но зато с большим удовольствием позволяла вливать ей в рот простую воду. Вода вначале вытекала изо рта обратно, но с помощью массажных движений постепенно стала вытекать меньше. Следующим этапом работы было научить ребенка пить из детского поильника. Поильник девочка не могла освоить долго. Тогда одновременно стали давать пить жидкость в кружке на один глоток, периодически меняя её на поильник. Через три месяца ребенок самостоятельно

но пила из кружки, а поильник пыталась грызть. Поильник впоследствии убрали и стали обучать пить из бутылки с наконечником. Чтобы у ребенка получался глоток, делали сильное нажатие на бутылку, и вода выливалась в рот, а ребенку не оставалось выхода, кроме как её проглотить.

Во время пребывания ребенка в отделении, помимо описанной выше работы, ей проводился логопедический массаж и артикуляционная гимнастика. Гимнастика проводилась вначале пассивно, потом девочка сама начала выполнять упражнения с большим удовольствием. Массаж проводился ежедневно в период пребывания ребенка в стационаре, длительностью 30-40 минут. За основу брался логопедический массаж по Дьяковой Е.А. [4] Мышцы прорабатывались строго пальцами рук без всяких вспомогательных средств, таких как шпатель, салфетки и прочее.

В отделении девочка пробыла 2 месяца. Выписывали ее без питания через зонд, она научилась есть и пить самостоятельно. Но через месяц после выписки у мамы произошел срыв, и она опять插ставила зонд. Через три месяца после выписки мама с ребенком поступили опять с зондом. У ребенка был откат назад. Вся наша работа была начата заново. Но в это раз она заняла меньше времени. После этого мы встречались с ребенком и её мамой чаще, и стали приглашать на повторный курс логопедического массажа каждые три месяца. Для полной самостоятельности в питании ребенка нам потребовалось три года тесного общения. В три года зонд девочке убрали полностью. В данный момент ребенок питается без зонда, ест самостоятельно малыми порциями, избирательна в еде. Глощает сама, основной прием – пробитая пища, мясо прокручено через мясорубку, но при этом жуёт только то, что ей нравится: твердые сорта сыра, фрукты как мягкие (абрикос, клубника), так и твердые (порезанное дольками яблоко). Научилась откусывать от целого яблока. Пьет в основном только воду из поильника через трубочку, может из чашки под контролем. Саливация осталась.

Речь у девочки стала значительно лучше развиваться, когда полностью убрали зонд. Стала говорить мама, папа и др. простые слова, появилось звукоподражание животных.

Исходя из всего вышесказанного, можно сделать вывод, что чем раньше мы избавляем ребенка от назогастрального зонда, тем лучше развиваются мышцы ребенка. У ребенка поэтапно проходит развитие артикуляционного аппарата, начиная от момента сосания, глотания и плавным переходом к жеванию в необходимое время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басаргина М.А., Дяйкина В.В., Митиш М.Д., Лазуренко С.Б., Масленникова В.А., Харитоновна Н.А. Выбор тактики вскармливания недоношенных детей с функциональной незрелостью артикуляционного аппарата (часть 1) // Неонатология: новости, мнения, обучение. 2021. Т. 9, № 3. С. 16-22.
2. ВсеПроДеток.ру Онлайн-журнал для родителей <https://vseprodetok.ru/>
3. Дисфагия у детей и взрослых. Логопедические технологии. Коллективная монография. М.: Логомаг, 2020. – 116 с.
4. Дьякова Е.А. «Логопедический массаж при разных формах дизартрии. 3-е изд., испр. и доп.» Издательство Секачев В.Ю., 2018. – 156 с.
5. Дисфункция языка — основной этиопатогенетический момент в коррекции class III окклюзии (клинический случай)/ Гатальский В.В.// Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2015.
6. Физиология пищеварения, под ред. А.В. Соловьева, с. 165, Л., 1974; Mdnsson I. a. Sandberg N. Oropharyngeal sensitivity and elicitation of swallowing in man, Acta oto-laryng. (Stockh.), v. 79, p. 140, 1975, bibliogr.; Munro R. R. Activity of the diaphragmatic muscle in swallowing and chewing, J. dent. Res., v. 53, p. 530, 1974.
7. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: Ассоциация дефектологов. В. Секачев, 2011.

© Сорокина Светлана Васильевна (Sorokina.sorokasveta@yandex.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского