

# РИНОЛАЛИЯ



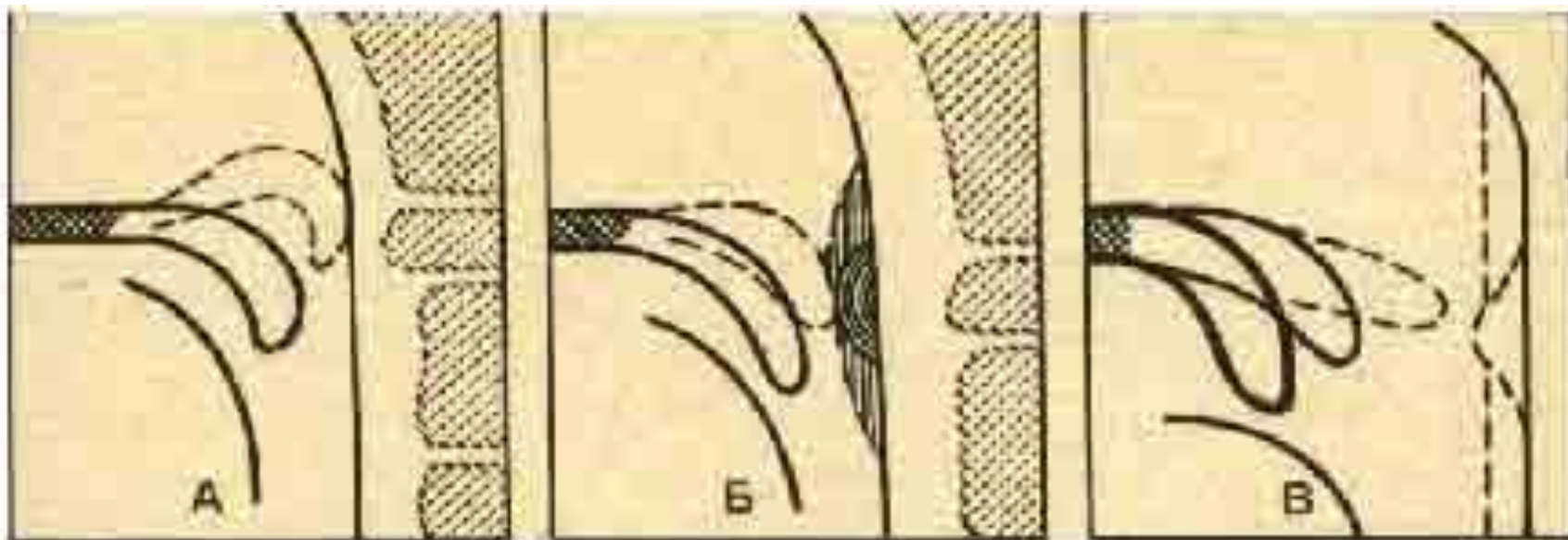
# ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- **Ринолалия — нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.**
- Сочетание расстройств артикуляции звуков с расстройствами тембра голоса позволяет отличать ринолалию от дислалии и ринофонии .
  
- **Ринофония—нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи.**
- Термин «ринолалия» уместен лишь в тех случаях, когда имеются и другие нарушения артикуляции звуков. В остальных случаях употребляется термин «ринофония».



- ❑ При ринопластике механизм артикуляции, фонации и голосообразования имеет существенные отклонения от нормы и обусловлен нарушением участия носового и ротоглоточного резонаторов.
- ❑ При нормальной фонации у человека во время произнесения всех звуков речи, кроме носовых, происходит отделение носоглоточной и носовой полости от глоточной и ротовой.
- ❑ Эти полости разделяются нёбно-глоточным смыканием, осуществляемым сокращением мышц мягкого нёба и боковой и задней стенок глотки.
- ❑ Одновременно с движением мягкого нёба при фонации происходит утолщение задней стенки глотки, которое также способствует контакту задней поверхности мягкого нёба с задней стенкой глотки.
- ❑ Уровень контакта мягкого нёба со стенкой глотки может варьироваться и зависит от длины мягкого нёба.



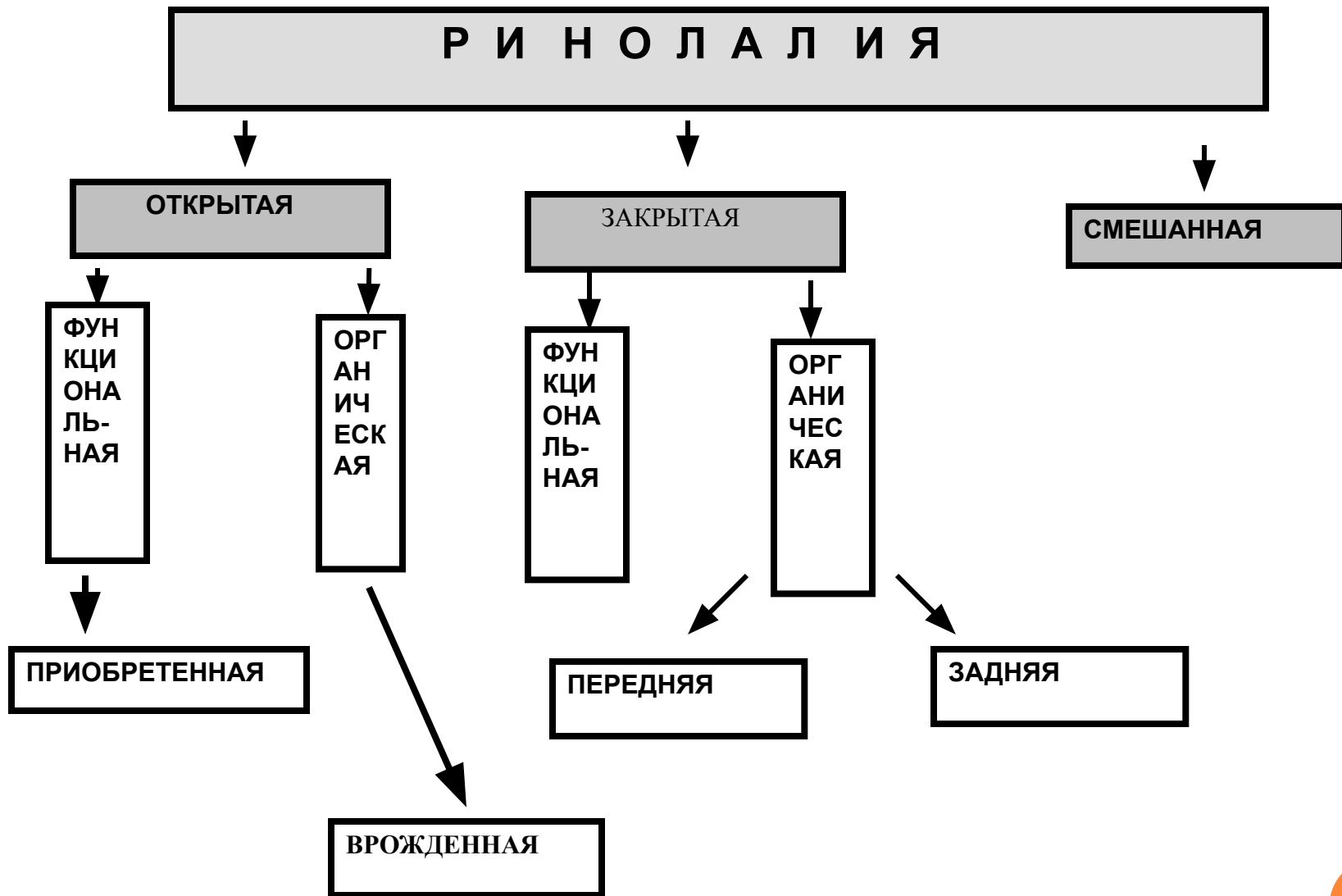


□ Рисунок 1. Движение мягкого нёба:

- А — мягкое нёбо поднято и плотно прижато к задней стенке глотки. Тембр голоса при произношении всех звуков речи, кроме носовых, нормальный;
- Б — мягкое нёбо поднято и прижато к утолщенной задней стенке глотки. Тембр голоса нормальный;
- В — мягкое нёбо поднято недостаточно. Контакт между мягким нёбом и стенками глотки отсутствует. Выдыхаемый воздух свободно проникает в носовую полость. Тембр голоса назальный



# Классификация ринопластики



# ФОРМЫ РИНОЛАЛИИ



## ЗАКРЫТАЯ РИНОЛАЛИЯ

- Закрытая ринолалия характеризуется пониженным физиологическим носовым резонансом во время произношения звуков речи.
- Самый сильный резонанс в норме- наблюдается при произнесении носовых *м, м' н, н'*.
- В процессе артикуляции этих звуков носоглоточный затвор остается открытым и воздух проникает в носовую полость. Если же носовой резонанс отсутствует, эти фонемы звучат как ротовые *б, б', д, д'*.
- Кроме произношения носовых согласных звуков при закрытой ринолалии нарушается произношение гласных. Оно приобретает неестественный, мертвый оттенок.



# ЗАКРЫТАЯ РИНОЛАЛИЯ . ПРИЧИНЫ

- Причинами закрытой ринолалии чаще всего являются органические изменения в носовом пространстве или функциональные расстройства нёбно-глоточного смыкания.
- Органические изменения бывают вызваны болезненными явлениями, в результате которых уменьшается проходимость носа и затрудняется носовое дыхание.





# ЗАКРЫТАЯ РИНОЛАЛИЯ

## *Передняя закрытая ринолалия*

- возникает при хронической гипертрофии слизистой носа, главным образом задних отделов нижних раковин, при полипах в носовой полости, при искривлении перегородки носа и при опухолях носовой полости.

## *Задняя закрытая ринолалия*

- у детей чаще всего является следствием больших аденоидных разрастаний, изредка носоглоточных полипов, фибромы или других носоглоточных опухолей.



# ЗАКРЫТАЯ РИНОЛАЛИЯ

## Функциональная закрытая ринолалия

- встречается у детей часто, но не всегда правильно распознается, т.к. возникает при хорошей проходимости носовой полости и ненарушенном носовом дыхании. Тембр носовых и гласных звуков может быть нарушен сильнее, чем при органической. Причина заключается в том, что мягкое нёбо при фонации и произношении носовых звуков поднимается выше нормы и закрывает звуковым волнам доступ к носоглотке. Подобные явления чаще наблюдаются при невротических расстройствах у детей.

## Органическая закрытая ринолалия

- обусловлена непроходимостью носовой полости. Как только появляется правильное носовое дыхание, исчезает и дефект. Если же после устранения непроходимости носовой полости (например, после аденотомии) закрытая ринолалия или ринофония продолжается в обычной форме, прибегают к тем же упражнениям, что и при функциональных нарушениях.



# 1. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЗАКРЫТОЙ РИНОЛАЛИИ

- детей систематически упражняют в произнесении носовых звуков. Проводится подготовительная работа по дифференциации ротового и носового вдоха и выдоха.
- Затем статическая дыхательная гимнастика усложняется за **счет** голосовых упражнений.
- Полезно применять также динамическую гимнастику, при которой дыхательные движения сочетаются с движениями рук и туловища.
- Детей обучают протяжному произнесению звуков, так чтобы ощущалась сильная вибрация в области крыльев носа и основания носа.



## 2. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЗАКРЫТОЙ РИНОЛАЛИИ

- Дошкольников побуждают произносить слоги *па, пе, пу, по, пи* таким образом, чтобы гласные звучали немного в нос. Таким же способом отрабатывают произношение согласных в позиции перед носовыми звуками (слоги типа *ам, ом, ум, ан*).
- После того как ребенок научится правильно произносить эти слоги, вводят слова, в которых имеются носовые звуки. Нужно, чтобы он произносил их преувеличенно громко и протяжно с сильным носовым резонансом.
- Заключительными являются упражнения на громкое краткое и длительное произнесение гласных звуков. Кроме того, используются вокальные упражнения.
- Продолжительность коррекционной работы при функциональной закрытой ринофонии небольшая.
- При ринолалии сроки длиннее и их бывает трудно предсказать заранее. Это объясняется тем, что при функциональной закрытой ринолалии требуется также устранение дефектов артикуляции звуков. Кроме того, у детей с данной формой ринолалии часто наблюдаются некоторые особенности психического развития.

# ОТКРЫТАЯ РИНОЛАЛИЯ

- Для нормальной фонации характерно наличие затвора между ротовой и носовой полостями, когда голосовая вибрация проникает только через ротовую полость.
- Если же разделение между носовой полостью и ротовой неполное, вибрирующий звук проникает и в носовую полость.
- В результате нарушения преграды между ротовой и носовой полостью увеличивается голосовой резонанс.



# ТЕМБР ЗВУКОВ

## гласных

- Заметно изменен.
- Наиболее заметно изменяется тембр гласных звуков *и* и *у*, при артикуляции которых ротовая полость больше всего сужена.
- Менее назально звучат гласные звуки *е* и *о*, и еще меньше нарушен гласный *а*, так как при его произношении ротовая полость широко раскрыта.

## согласных

- Нарушен тембр некоторых согласных:
- при произнесении шипящих звуков и фрикативных *ф*, *в*, *х* прибавляется хриплый звук, возникающий в носовой полости;
- взрывные звуки *п*, *б*, *д*, *т*, *к* и *г*, а также сонорные *л* и *р* звучат неясно, так как в ротовой полости не может образовываться воздушное давление, необходимое для их точного произношения.
- При длительной открытой ринолалии (особенно органической) воздушная струя в ротовой полости настолько слаба, что недостаточна для колебания кончика языка, которое необходимо для образования звука *р*.

- Открытая ринолалия может быть органической и функциональной.
- Органическая открытая ринолалия бывает врожденной или приобретенной.
- Наиболее частой причиной *врожденной формы* является расщепление мягкого и твердого нёба.



# ПРИОБРЕТЕННАЯ ОТКРЫТАЯ РИНОЛАЛИЯ

- образуется при травме ротовой и носовой полости или в результате приобретенного паралича мягкого нёба.
- Причины возникновения функциональной открытой ринолалии могут быть разными. Например, она бывает при фонации у детей с вялой артикуляцией мягкого нёба. Функциональная открытая форма проявляется при истерии, иногда как самостоятельный дефект, иногда как раздражительный.





# ПРИВЫЧНАЯ ОТКРЫТАЯ РИНОЛАЛИЯ

- Одна из функциональных форм —наблюдаемая, например, после удаления больших аденоидных разрастаний, возникает в результате длительного ограничения подвижности мягкого нёба.
- Функциональное обследование при открытой ринолалии не обнаруживает органических изменений твердого или мягкого нёба.
- Признаком функциональной открытой ринолалии служит также то, что обычно нарушается произношение только гласных звуков, в то время как при произношении согласных нёбно-глоточное смыкание хорошее и назализации не происходит.
- Прогноз при функциональной открытой ринолалии более благоприятный, чем при органической. Назальный тембр исчезает после фониатрических упражнений, а нарушения произношения устраняются обычными методами, применяемыми при дислалии.



# ОТКРЫТАЯ РИНОЛАЛИЯ

- Ринопалия, обусловленная врожденным несращением губы и нёба, представляет серьезную проблему для логопедии и целого ряда наук медицинского цикла (хирургической стоматологии, ортодонтии, отоларингологии, медицинской генетики и др.).
- Расщелины губы и нёба являются наиболее распространенным и тяжелым врожденным пороком развития.
- В результате этого дефекта у детей в процессе их физического развития возникают серьезные функциональные расстройства,



# 1. РАННЕЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА С ОТКРЫТОЙ РИНОЛАЛИЕЙ

- У детей с врожденным несращением губы и нёба очень затруднен акт сосания. Особенные трудности он представляет у детей со сквозной расщелиной губы и нёба, а при двусторонних сквозных расщелинах этот акт вообще невозможен.
- Затрудненное вскармливание приводит к ослаблению жизненных сил, и ребенок становится восприимчивым к различным заболеваниям. В наибольшей степени дети с расщелинами предрасположены к катару верхних дыхательных путей, бронхиту, пневмонии, рахиту, анемии.



- Нередко у таких детей наблюдаются патологические изменения в лорорганах: искривления носовой перегородки, деформации крыльев носа, аденоиды, гипертрофии (увеличения) миндалин. Зачастую у них возникают воспалительные процессы в носовой области. Воспалительный процесс может перейти со слизистой оболочки носа и глотки на евстахиевы трубы и вызвать воспаление среднего уха.
- Частые отиты, нередко принимающие хроническое течение, служат причиной понижения слуха. Примерно 60—70% детей с расщелинами нёба имеют снижение слуха различной степени (чаще на одно ухо) — от небольшого снижения, не препятствующего восприятию речи, до значительной тугоухости.



- С отклонениями в анатомическом строении губы и нёба тесно связаны недоразвитие верхней челюсти и неправильный прикус с дефектным расположением зубов.
- Многочисленные функциональные нарушения, вызванные дефектом строения губы и нёба, требуют постоянного врачебного наблюдения.
- В нашей стране созданы условия для комплексного лечения в специализированных центрах при НИИ травматологии, при кафедрах хирургической стоматологии, а также в других учреждениях, где осуществляется большая лечебно-профилактическая работа.
- Врачи различных специальностей наблюдают детей и сообща принимают план комплексного лечения.



- В течение первых лет жизни ребенка ведущая роль принадлежит педиатру, который руководит вскармливанием и режимом дня малыша, осуществляет профилактику и проводит лечение, в случае необходимости рекомендует амбулаторное или стационарное лечение.
- Отоларинголог выявляет и лечит все болезненные изменения в ушной, носовой полостях, в носоглотке и гортани и подготавливает детей к операции.
- При отклонениях в умственном развитии и наличии выраженных невротических реакций ребенка консультирует невропатолог.



- ❑ **Операция по восстановлению верхней губы (хейлопластика) рекомендуется в первый год жизни ребенка; часто ее производят в родильных домах в первые дни после рождения.**
- ❑ **В случаях расщелины нёба стоматолог-ортодонт применяет различные приспособления, в том числе **обтуратор**, которые облегчают питание и создают условия для развития речи в дооперационный период.**
- ❑ **Операция восстановления нёба (уранопластика) проводится в большинстве случаев в дошкольном возрасте.**



- По состоянию психического развития дети с расщелинами нёба делятся на три категории:
- дети с нормальным психическим развитием;
- дети с задержкой умственного развития;
- дети с олигофренией (разной степени).
- При неврологическом обследовании признаки выраженного очагового поражения головного мозга, как правило, не наблюдаются. У некоторых детей имеются отдельные неврологические микропризнаки. Намного чаще у детей отмечаются функциональные нарушения нервной системы, иногда значительно выраженные психогенные реакции, повышенная возбудимость.
- Помимо всего вышесказанного, врожденные расщелины нёба оказывают отрицательное влияние на развитие речи ребенка.
- Расщелины губы и нёба играют различную роль в формировании речевого недоразвития. Это зависит от величины и формы анатомического дефекта.

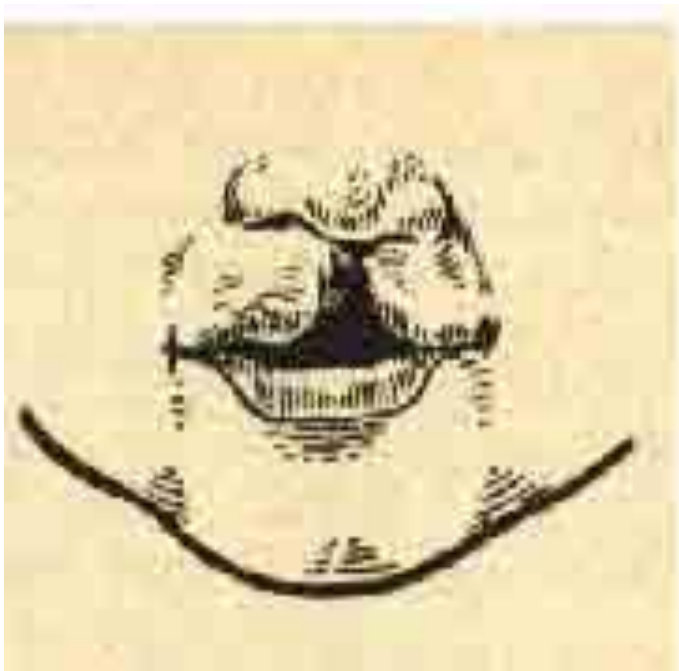




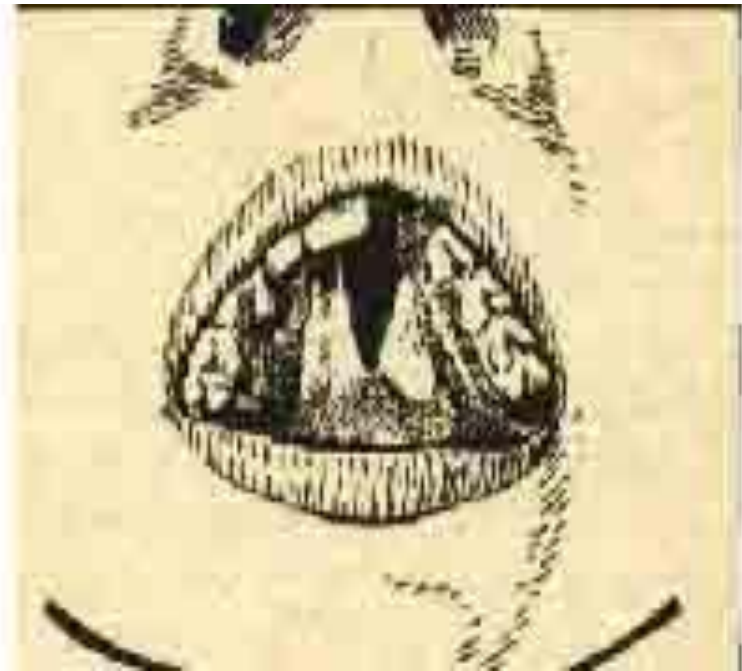
## ВИДЫ РАСЩЕЛИН:

- 1) расщелина верхней губы; верхней губы и альвеолярного отростка ;
- 2) расщелины твердого и мягкого нёба;
- 3) расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и нёба — одно- и двусторонние;
- 4) подслизистые (субмукозные) расщелины нёба.





□ Рисунок 2.  
Левосторонняя  
расщелина



□ Рисунок 3. Левосторонняя  
расщелина верхней губы и  
альвеолярного  
твёрдого нёба отростка



- При расщелинах губы и нёба все звуки приобретают носовой или назальный оттенок, который грубо нарушает внятность речи.
- Типичным является наложение на назализованные звуки дополнительных шумов, таких, как придыхание, храп, гортанность и др.
- Возникает специфическое нарушение тембра голоса и звукопроизношения.
- Чтобы препятствовать прохождению пищи через нос, ребенок с самого раннего возраста приобретает привычку поднимать заднюю часть языка для блокирования прохода в носовую полость. Эта позиция языка становится привычной и также меняет артикуляцию звуков.
- Во время речи дети обычно мало раскрывают рот и выше, чем требуется, поднимают спинку языка. Кончик языка в связи с этим не двигается в полной мере. Подобная привычка ухудшает качество речи, так как при высоком положении челюсти и языка ротовая полость приобретает форму, способствующую попаданию воздуха в нос, что усиливает назальность.



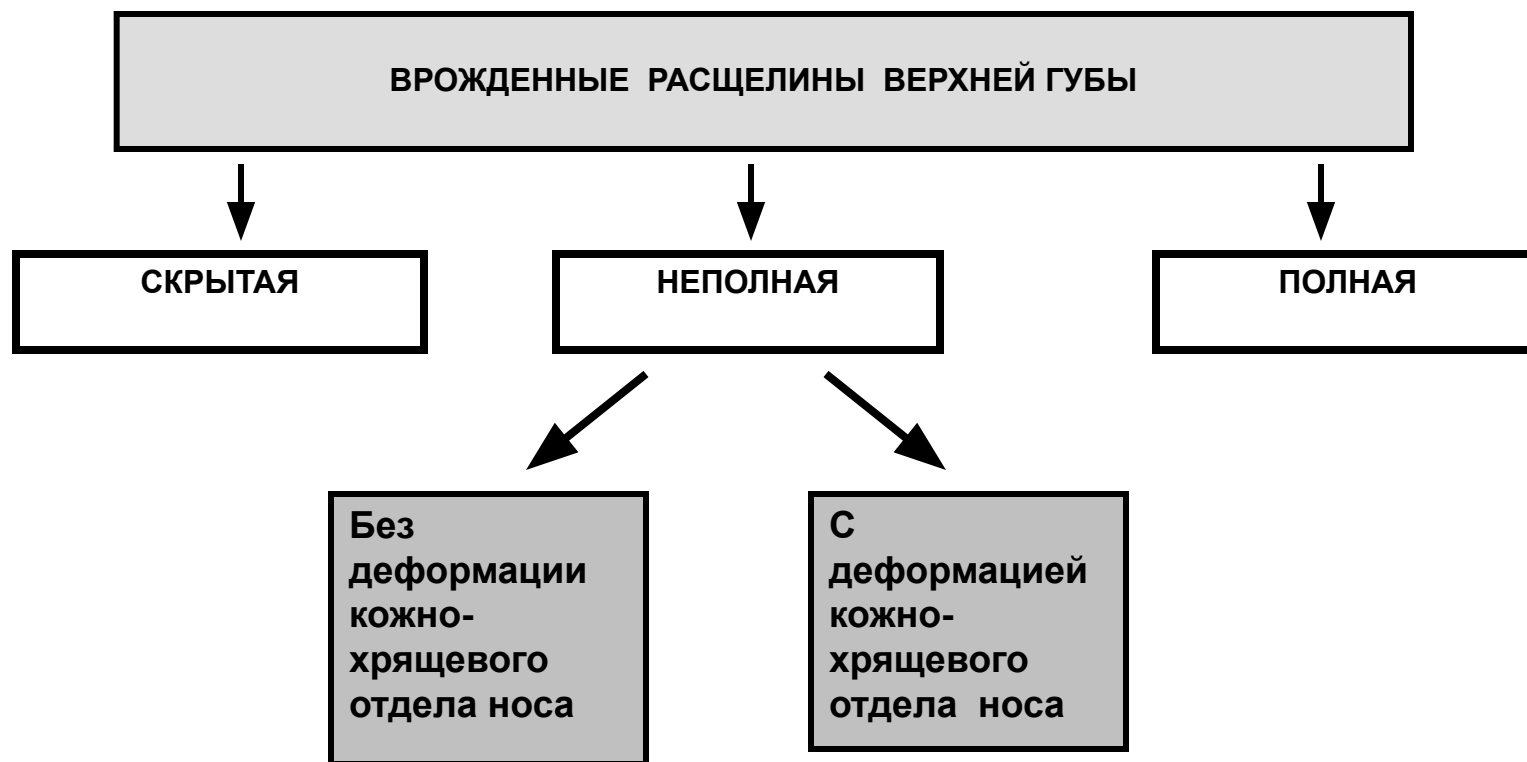
- При попытке произнести звуки *п, б, ф, в* ребенок с ринолалией использует «свои» методы.
- Звуки заменяются глоточным щелчком, который очень своеобразно характеризует речь ребенка с тяжелой формой ринолалии.
- Специфический щелчок, напоминающий звук клапана, образуется при соприкосновении надгортанника с задней частью языка.
- Прямое соответствие между величиной нёбного дефекта и степенью искажения речи не установлено.
- Это объясняется большими индивидуальными различиями в конфигурации носовой и ротовой полостей у детей, соотношении резонирующих полостей и компенсаторных приемов, которые использует каждый ребенок для повышения внятности своей речи.
- Кроме того, внятность речи зависит от возрастных и индивидуально-психологических особенностей детей.



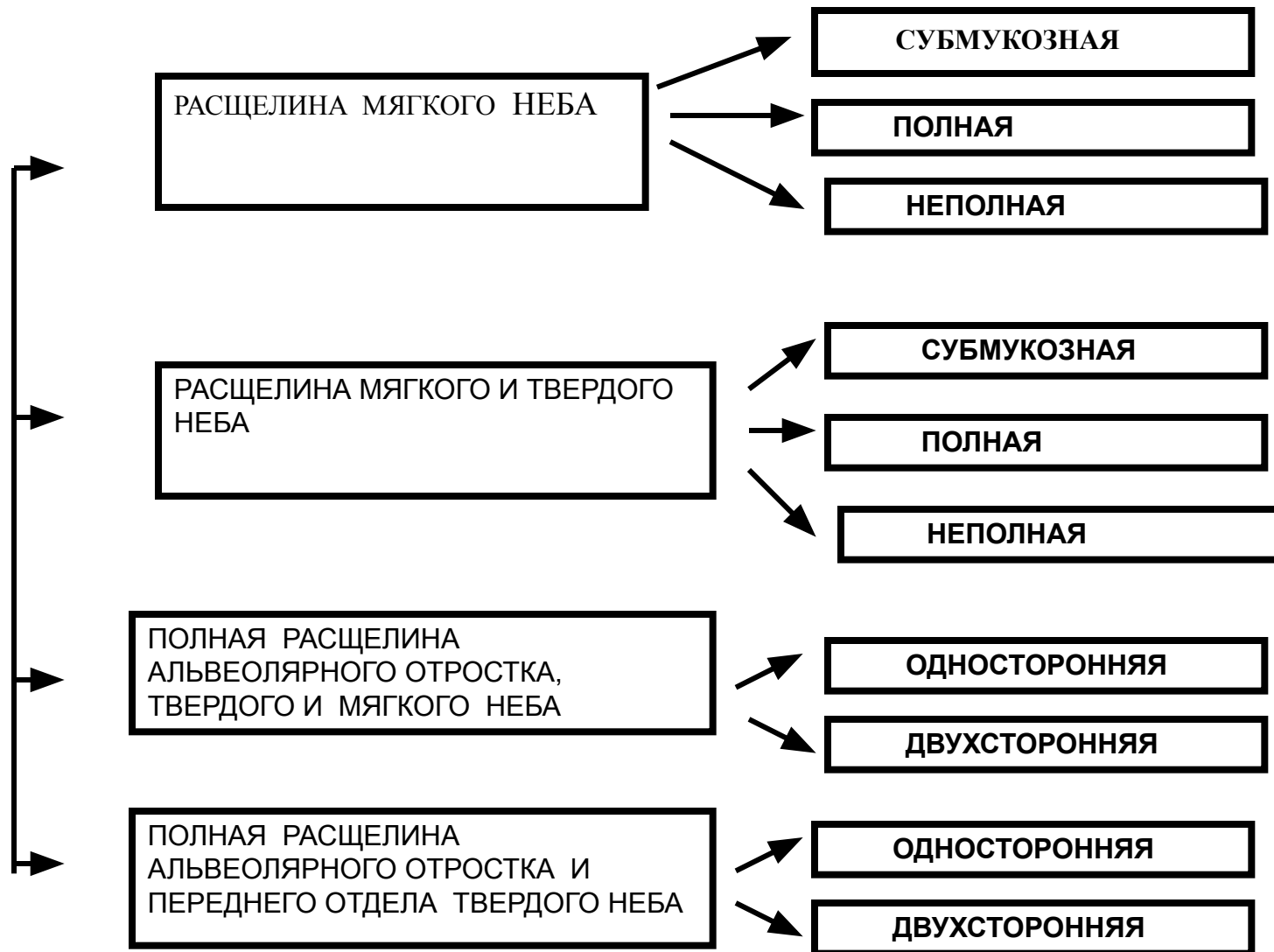
# КОМПОНЕНТЫ ИНТОНАЦИИ

Компоненты интонации	Характеристика
<b>Ударение</b>	Языковое явление, в основе которого лежит интенсивность, сила звука. Для интонирования речи значимы словесное ударение (силовая и тональная вершина слова) и ударения смысловые: синтагматическое, фразовое, логическое
<b>Мелодика речи</b>	Тональный контур речи – модуляции высоты (повышение – понижение) основного тона голоса при произнесении фразы
<b>Темп речи</b>	Скорость произношения речи, ускорение или замедление ее отрезков (звуков, слогов, слов). Зависит от стиля произношения, смысла речи, эмоционального состояния говорящего, эмоционального содержания речи
<b>Тембр</b>	Дополнительная окраска звучания, сообщающая речи различные эмоционально-экспрессивные оттенки голоса
<b>Пауза</b>	Интонационное средство, остановка в речи, перерыв звучания

# Классификация врожденных расщелин губы и неба



# ВРОЖДЕННЫЕ РАСЩЕЛИНЫ НЕБА







# ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ ДОЛЖНО ПРЕДУСМАТРИВАТЬ ДВА АСПЕКТА.

## 1. Артикуляционный

- ▣ предполагает выяснение особенностей образования звуков речи и функционирования органов артикуляции в процессе произнесения.

## 2. Фонологический

- ▣ имеет целью выяснить, как ребенок различает систему речевых звуков (фонем) в различных фонетических условиях.
- ▣ *Эти два аспекта тесно связаны между собой.*



ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗВУКОВ НАЧИНАЕТСЯ С ТЩАТЕЛЬНОЙ ПРОВЕРКИ ИЗОЛИРОВАННОГО ПРОИЗНОШЕНИЯ ЗВУКОВ, ЗАТЕМ ПРОВЕРЯЮТ ПРОИЗНОШЕНИЕ ЗВУКОВ В СЛОГАХ, СЛОВАХ И ФРАЗОВОЙ РЕЧИ.

- При обследовании каждой группы звуков необходимо отметить, как ребенок произносит звук изолированно, указывая характер нарушения.
- Отмечается также степень назальности при произнесении гласных и согласных звуков и наличие компенсаторных «гримасок».



# ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ИСПОЛЗУЮТСЯ УПРАЖНЕНИЯ, СОСТОЯЩИЕ В МНОГОКРАТНОМ ПОВТОРЕНИИ ОДНОГО ЗВУКА,

- так как при этом создаются условия, уменьшающие артикуляторное переключение с одного звука на другой
- Это дает возможность обнаружить особенности двигательной сферы, особенно в случаях **сочетания** ринолалии со «стертой» формой дизартрии.



# ВАЖНЫМ ДЛЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ

## 1) способности к четкому артикуляционному переключению

- Для этого ребенок повторяет вразбивку два звука или слога, предполагающее четкое артикуляционное переключение (например, *кап-пак*).
- Сначала даются звуки, артикуляционно резко отличающиеся друг от друга, затем более близкие.
- При этом логопед фиксирует случаи, когда ребенку не удастся моторное переключение с одного звука на другой, и он, вместо того чтобы повторить конечный звук первого слога, произносит предыдущий.

## 2) появления «усредненной» артикуляции

- например, вместо г и д произносится полувзвонкий звук,
- вместо г и г' — полумягкий).



# ЗАТЕМ ЛОГОПЕД ВЫЯСНЯЕТ, КАК РЕБЕНОК ПОЛЬЗУЕТСЯ ЗВУКАМИ В РЕЧИ.

- При проверке обращается внимание на замены, искажения, смещения, пропуски звуков. С этой целью обследуется произношение слов.
- Ребенку предъявляют наборы картинок, включающие слова из проверяемых звуков. Нужный звук должен находиться в словах в разных позициях. Например, на свистящие и шипящие звуки могут быть такие слова (картинки): *собака, колесо, нос, сосна, пастух, касса*.
- Особое внимание логопед уделяет тому, как ребенок произносит звуки во фразовой речи.



# У РЕБЕНКА ВЫЯВЛЯЮТ СПОСОБНОСТИ К ПЕРЕКЛЮЧЕНИЮ АРТИКУЛЯЦИОННЫХ ДВИЖЕНИЙ.

- Ребенку предлагают несколько раз повторить звуковой или слоговой ряд, а затем изменяют последовательность звуков или слогов.
- Логопед отмечает: легко ли происходит переключение.
- Например:
  - *а-и-у*                      *у-и-а*
  - *ка-па-та*                      *па-та-ка*
  - *пла-плу-пло*                      *пло-плу-пла*



## ОБСЛЕДУЕТСЯ УМЕНИЕ ПРОИЗНОСИТЬ СЛОВА ПРОСТЫЕ И СЛОЖНЫЕ ПО СЛОГОВОЙ СТРУКТУРЕ.

- Логопед предъявляет детям предметные картинки для называния, затем произносит слова для отраженного воспроизведения.
- Результаты выполнения обоих заданий сравниваются.
- Логопед фиксирует, что ребенку удастся лучше.
- Особо он отмечает слова, которые произносятся без искажения слогового и звукового состава.



ВЫЯСНЯЮТ, ИЗ КАКИХ ЗВУКОВ СОСТОЯТ СЛОВА, СЛОГОВАЯ СТРУКТУРА КОТОРЫХ ИСКАЖАЕТСЯ,— ИЗ УСВОЕННЫХ ИЛИ НЕУСВОЕННЫХ.



Отмечается характер  
искажения:

- 1) сокращение числа слогов («маток» вместо *молоток*),
- 2) упрощение слогов («туль» вместо *стул*);
- 3) уподобление слогов («татуетка» вместо *табуретка*);
- 4) добавление числа слогов («команамата» вместо *комната*);
- 5) перестановка слогов и звуков («деверо» вместо *дерево*).





ПРОВЕРЯЕТСЯ УМЕНИЕ ПРОИЗНОСИТЬ ЗВУКИ В ПРЕДЛОЖЕНИЯХ, СОСТАВЛЕННЫХ ИЗ ЗВУКОВ, КОТОРЫЕ В ИЗОЛИРОВАННОМ ВИДЕ РЕБЕНОК ПРОИЗНОСИТ ПРАВИЛЬНО И ИСКАЖЕННО.

- 
- Для выявления негрубых нарушений слоговой структуры слова детям предлагаются для повторения предложения типа
  - *«Петя пьет горькое лекарство»*,
  - *«На перекрестке стоит милиционер»*.
- 

- Для определения открытой ринолалии существуют разные методы функционального исследования. Самый простой — так называемая проба Гутцмана. Ребенка заставляют попеременно повторять гласные а и и, при этом то зажимают, то открывают носовые ходы. При открытой форме наблюдается значительная разница в звучании этих гласных. С зажатым носом звуки, особенно и, заглушаются и одновременно пальцы логопеда чувствуют сильную вибрацию на крыльях носа.
- Можно использовать фонендоскоп. Обследующий вводит одну «оливу» себе в ухо, другую в нос ребенка. При произнесении гласных, особенно у и и, слышится сильный гул.



В ЛОГОПЕДИИ ВЫДЕЛЯЮТ ЧЕТЫРЕ КАТЕГОРИИ ДЕФЕКТОВ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ: ОТСУТСТВИЕ ЗВУКА, ИСКАЖЕНИЕ ЗВУКА, ЗАМЕНА ЗВУКА И СМЕШЕНИЕ ЗВУКА.

- Отсутствие звуков, в особенности трудноартикулируемых, наблюдается у детей очень часто. Оно может проявляться в виде постоянного выпадения звука в словах различной сложности и в неумении ребенка произносить его изолированно.
- Этот вид нарушения является стабильным дефектом.
- Иногда в речи детей с хорошим фонематическим восприятием вместо полного выпадения звука появляются в некоторых позициях призвуки.



ТИПИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ «ФАРИНГЕАЛЬНОЕ» ЗВУЧАНИЕ ЗАДНЕНЁБНЫХ ЗВУКОВ ИЗ-ЗА ЧРЕЗМЕРНО ГЛУБОКОЙ АРТИКУЛЯЦИИ.

- Появление призвуков, особенно в звукосочетаниях типа ССГ,
- характерно также для детей с чрезмерной, утрированной артикуляцией,
- когда в качестве самостоятельных звуков выступают кратковременные переходные фазы артикуляции,
- в обычной речи не воспринимаемые слушателем.
- У тех же детей наряду со вставками звуков обнаруживаются частые пропуски звуков или их редукция, упрощающая артикуляцию трудных стечений согласных.



# ЧАСТО ОТСУТСТВУЮЩИЕ ЗВУКИ СО ВРЕМЕНЕМ ЗАМЕНЯЮТСЯ ИСКАЖЕННЫМИ

- Искажение звука также характеризуется его стабильностью в различных формах речи.
- Такие категории дефектов, как смешение и замена звуков, составляют особую группу, поскольку в этих отклонениях от нормативного произношения проявляется нестабильность всей звуковой системы языка.
- Звуки могут правильно произноситься в одной позиции в слове и смешиваться в других. Один звук может иметь несколько разных заменителей. Замены звуков могут носить постоянный и временный характер — в разных формах речи по-разному.
- В этих двух категориях дефектов, имеющих фонологический характер, проявляется нарушение системы звуковых противопоставлений. В зависимости от количества смешиваемых звуков оно затрагивает или всю звуковую систему языка, или часть системы.
- Такое состояние звукопроизношения должно насторожить логопеда, так как оно является диагностичным для выявления фонематического недоразвития.



# НАРУШЕНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ СОПОСТАВЛЯЮТСЯ С ОСОБЕННОСТЯМИ РИТМИКО-СЛОГОВОЙ СТРУКТУРЫ.

- Замена и смешение звуков, недостаточное различение звуков и нарушение ритмико-слоговой структуры — признаки, типичные для общего недоразвития речи.
- Окончательный вывод можно сделать после обследования лексико-грамматической стороны речи.



# ОБСЛЕДОВАНИЕ СТРОЕНИЯ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА И ЕГО МОТОРИКИ

- При обследовании нужно оценить степень и качество нарушений двигательных функций органов артикуляции и выявить уровень доступных движений.
- В первую очередь следует охарактеризовать особенности строения артикуляционного аппарата и дефекты анатомического характера.

Логопед отмечает, имеются ли следующие особенности:

- *губы*: расщепление верхней губы, послеоперационные рубцы, укороченная верхняя губа;
- *зубы*: неправильный прикус и посадка зубов;
- *язык*: большой, узкий; укороченность подъязычной связки;
- *твердое небо*: узкое, куполообразное («готическое»),
- *мягкое нёбо*: короткое мягкое нёбо, раздвоенный маленький язычок или отсутствие язычка.



# ПОДСЛИЗИСТОЕ РАСЩЕПЛЕНИЕ НЁБА (СУБМУКОЗНАЯ РАСЩЕЛИНА)

- обычно трудно диагностируется, так как оно закрыто слизистой оболочкой.
- Нужно обратить внимание на заднюю часть твердого нёба, которая при фонации втягивается в форме небольшого треугольника, обращенного углом вперед.
- Слизистый покров в этом месте истончен и имеет более бледную окраску.
- В неясных случаях отоларинголог должен выяснить состояние нёба путем тщательной пальпации.





С НЁБНЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ОБЫЧНО СОЧЕТАЮТСЯ ДЕФОРМАЦИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ, НЕПРАВИЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И РАСПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ, НЕСРОСШАЯСЯ ВЕРХНЯЯ ГУБА, ДЕФОРМИРОВАННЫЕ НОЗДРИ И ДР.

- Движения мышц лица, языка и губ вялые, рудименты мягкого нёба и язычка малоподвижны, пассивно свисают.
- Слабо развиты мышцы задней стенки глотки. Чрезмерно развит корень языка, а кончик остается слабым и не движется в полном объеме.
- При обследовании строения артикуляционного аппарата логопед также отмечает наличие деформации: отвисание одного угла рта, уклонение в одну сторону языка, свисание одной половины мягкого нёба и др.



# ОТМЕЧАЮТ СИЛУ ДВИЖЕНИЯ, ЕГО ТОЧНОСТЬ, БЫСТРОТУ, ФИКСИРОВАННОСТЬ.

- Паретичность языка и губ проявляется в малом объеме движений, в их неточности, истощаемости, неплавности.
- Движения языка должны быть такой силы, чтобы удерживать его в нужном положении столько времени, сколько требуется для произнесения той или иной фонемы.
- Быстрота и точность артикуляционных движений влияет на внятность произношения.
- Важно отметить повышенность тонуса языка, которая выражается в его напряженности, резком выдвигании кончика языка, подергивании при произвольных движениях, что указывает на тонические расстройства.



- Паралич язычка мягкого нёба всегда отражается на функциональном состоянии языка и вторично нарушает артикулирование язычных звуков, делая весь процесс артикуляции напряженным и замедленным.
- Язычок, свисающий неподвижно по средней линии, указывает на двусторонний парез. В случаях одностороннего пареза он отклоняется в «здоровую» сторону.
- Важно также выявить состояние мягкого нёба: поднимание нёбной занавески при энергичном произнесении звука **a**, наличие или отсутствие утечки воздуха через нос при произнесении гласных звуков, равномерность утечки; наличие или отсутствие глоточного рефлекса (появление рвотных движений при легком прикосновении шпателем к мягкому нёбу).
- **Нужно учитывать, что артикуляционные трудности в спонтанной речи могут усиливать такие факторы, как возбуждение, утомление, усложнение содержания речи в интеллектуальном или лингвистическом отношении.**



# ФОНЕМАТИЧЕСКОЕ ВОСПРИЯТИЕ

У детей с нормальным физическим слухом нередко наблюдаются специфические трудности в различении тонких дифференциальных признаков фонем, оказывающие влияние на весь процесс дальнейшего развития звуковой стороны речи.

- Фонематическое восприятие у детей с выраженными дефектами артикуляционного аппарата развивается в неполноценных условиях и может иметь отклонения.
- **Для выявления его состояния обычно используют приемы, направленные на:**
  - узнавание, различение и сравнение простых фраз;
  - выделение и запоминание определенных слов в ряду других (сходных по звуковому составу, различных по звуковому составу);
  - различение отдельных звуков в ряду звуков, затем в слогах и словах (различных по звуковому составу, сходных по звуковому составу);
  - запоминание слоговых рядов, состоящих из двух-четырех элементов (с изменением гласного звука — *ма-ме-му*, с изменением согласного звука — *ка-ва-та*);
  - запоминание звуковых рядов.



# ФОНЕМАТИЧЕСКОЕ ВОСПРИЯТИЕ

**С целью выявления у ребенка способности восприятия ритмических структур различной сложности используются такие задания:**

- отстучать количество слогов в словах разной слоговой сложности;
- угадать, какой именно из предъявленных картинок соответствует заданный логопедом ритмический рисунок.

Обследование различения звуков речи можно начать с заданий на повторение изолированных звуков или пар звуков.

Отклонения в фонематическом восприятии наиболее отчетливо проявляются при повторении ребенком близких по звучанию фонем {*б-п, с-ш, р-л* и др.).

В этом случае ребенку предлагают повторять слоговые сочетания, состоящие из таких звуков: *са-ша, ша-са, са-ша-са, ша-са-ша, са-за, за-са, са-за-са* и т. п.

- Особое внимание должно быть обращено на различение свистящих, шипящих, аффрикат, сонорных, а также глухих и звонких звуков.
- При выполнении заданий такого типа часть детей испытывает явные затруднения при повторении звуков, отличающихся акустическими признаками (звонкость-глухость), в то время как другая категория детей затрудняется при повторении звуков, отличающихся артикуляционным укладом.
- Могут быть выявлены случаи, когда задание воспроизвести серию из трех слогов оказывается недоступным ребенку или вызывает определенные трудности.
- Особо должны быть отмечены явления персеверации, когда ребенок не может переключиться с произнесения одного звука на произнесение другого.



# ФОНЕМАТИЧЕСКОЕ ВОСПРИЯТИЕ

- При обследовании фонематического восприятия целесообразно использовать задания, исключающие артикулирование, чтобы трудности проговаривания не влияли на качество дифференциации.
- Так, логопед произносит нужный звук в ряду других звуков, как резко отличающихся, так и близких по акустическим и артикуляционным признакам. Услышав заданный звук, ребенок поднимает руку.
- Например, можно предложить ребенку выделить **звук у** из звукового ряда **о, а, у, о, у, ы, о** или слог **ша** из слогового ряда **са, ша, ца, ча, ша, ща**.
- Хорошо выявляет недостатки фонематического восприятия задание на подбор предметных картинок, названия которых начинаются с заданного звука («Подбери картинки на звук **р** и звук **л**;  
на звук **с** и звук **ш**, на звук **с** и звук **з**» и др.).
- Комплекты картинок логопед подбирает заранее, а затем перемешивает произвольно.
- Менее явные затруднения в различении звуков речи могут быть обнаружены при обследовании навыков звукового анализа.



В ИТОГЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗВУКОВОЙ  
СТОРОНЫ РЕЧИ  
И СОПОСТАВЛЕНИЯ С ДАННЫМИ  
ОБСЛЕДОВАНИЯ ДРУГИХ СТОРОН РЕЧИ  
У ЛОГОПЕДА ДОЛЖНО СЛОЖИТЬСЯ  
ЧЕТКОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ТОМ,  
ЯВЛЯЮТСЯ ЛИ ВЫЯВЛЕННЫЕ  
НАРУШЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНЫМ  
ДЕФЕКТОМ  
ИЛИ ВХОДЯТ В СТРУКТУРУ ОБЩЕГО  
НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ  
В КАЧЕСТВЕ ОДНОГО ИЗ ЕГО  
КОМПОНЕНТОВ.

- От этого зависит постановка конкретных коррекционных задач.



# БЕСЕДА С РОДИТЕЛЯМИ

- Существенное значение для эффективности коррекции речевого дефекта имеет умело построенная беседа с родителями, которым в доступной форме необходимо объяснить механизм правильного речевого дыхания и необходимость повседневного контроля за звукопроизношением и голосом.
- Для ребенка, который родился с расщеплением нёбного свода и мягкого нёба, период лепета и начальный период речи протекает в особых условиях.
- Малыш хорошо слышит, радуется обращенной к нему речи и постепенно начинает понимать ее. Но из-за отсутствия затвора между ротовой и носовой полостями он не имеет возможности произносить звуки.
- Вся голосовая продукция имеет носовой резонанс, а артикуляция большинства согласных абсолютно не реализуется. Малыш не может усваивать речь путем подражания, как это происходит в норме.
- **В таких анатомических условиях ребенок остается до операции.**





# БЕСЕДА С РОДИТЕЛЯМИ

- Повседневная обязанность родителей — поощрять любые попытки ребенка произнести какой-то звук, слово, стараться понять даже едва внятную речь. Важно обратить их внимание и на значимость медицинской помощи.
- Родители должны отдавать себе полный отчет в том, что оперативное лечение не обеспечивает нормальной речи, а только создает полноценные анатомо-физиологические условия для воспитания правильного произношения.
- Необходимо также настраивать родителей на каждодневное закрепление всех достигнутых результатов.
- Нередко бывает так, что соматическая ослабленность ребенка с ринолалией, наличие речевого дефекта вызывает у родителей постоянную тревогу, беспокойство по любому поводу, потребность в чрезмерной опеке малыша, недоверие к его возможностям. Подобное отношение лишь усугубляет дефект, усиливает невротические реакции ребенка и подрывает у него уверенность в своих силах.
- Логопед должен помочь таким детям справиться с нерешительностью, неумением постоять за себя, избавиться от страха и беспокойства за качество своей речи.
- Не менее важно обеспечить им контакт и полноценные взаимоотношения со сверстниками.



# ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ



# В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ЛОГОПЕДИИ РАЗРАБОТАНЫ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПО УСТРАНЕНИЮ РИНОЛАЛИИ

- Е. Ф. Рау, 1933;
- Ф. А. Рау, 1933;
- З. Г. Нелюбова, 1938;
- В. В. Куколь, 1941;
- А. Г. Ипполитова, 1955, 1963;
- З. А. Репина, 1970;
- И. И. Ермакова, 1984;
- Г. В. Чиркина, 1987;
- Волосовец Т. В. 1995



# СИСТЕМА, РАЗРАБОТАННАЯ А.Г. ИППОЛИТОВОЙ

- Эта система высоко результативна при коррекции звукопроизношения у детей, не имеющих отклонений в фонематическом развитии.
- А. Г. Ипполитова одна из первых рекомендовала занятия в дооперационном периоде. Характерным для ее методики является сочетание дыхательных и артикуляционных упражнений, последовательность отработки звуков, обусловленная артикуляционной взаимосвязанностью.
- Последовательность работы над звуками определяется подготовленностью артикуляционной базы языка. Наличие полноценных звуков одной группы является произвольным базисом для формирования следующих. Используются так называемые «опорные» звуки.
- Подготовка артикуляционной базы звука проводится при помощи специальной артикуляционной гимнастики, которая сочетается с развитием речевого дыхания ребенка.
- Своеобразие метода А. Г. Ипполитовой состоит в том, что при вызывании звука первоначальное внимание ребенка направлено только на артикулему.



# СОДЕРЖАНИЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО МЕТОДИКЕ А. Г. ИПОЛИТОВОЙ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗДЕЛЫ:

- 1.       Формирование речевого дыхания при дифференциации вдоха и выдоха.
- 2.       Формирование длительного ротового выдоха при реализации артикулом гласных звуков (без включения голоса) и фрикативных глухих согласных.
- 3.       Дифференциация короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании сонорных звуков и аффрикат.
- 4.       Формирование мягких звуков.



# МЕТОДИКА Л. И. ВАНСОВСКОЙ (1977)

- Л. И. Вансовская предложила начинать устранение назализации не с традиционного звука а, а с передних гласных и и э, так как именно они позволяют фокусировать выдыхаемую струю воздуха в переднем отделе ротовой полости и направлять язык к нижним резцам.
- При этом усиливается четкость кинестезии при соприкосновении с нижними резцами; при произнесении звука и стенки глотки и мягкое нёбо участвуют более активно.
- От ребенка требуется произнесение звуков негромким голосом, с несколько выдвинутой вперед челюстью, с полуулыбкой, с усиленным напряжением мягкого нёба и глоточных мышц.
- После устранения назализации гласных проводится работа над сонорами (л, р), затем щелевыми и смычными согласными.



# МЕТОД РЕНТГЕНОГРАФИИ.

- На совершенствование методов коррекции дефектов речи при ринолалии оказало влияние исследование методом рентгенографии. Оно позволило прогнозировать возможность восстановления функции нёба логопедическими приемами (Н.И. Сереброва, 1969).
- Анализ рентгенограмм выявил зависимость эффективности логопедической работы от подвижности мягкого нёба и задней стенки глотки; от расстояния между задней стенкой глотки и мягким нёбом; от ширины средней части глотки.
- Сопоставление этих данных еще до начала логопедической работы дает возможность решить вопрос о степени компенсации речевого дефекта общепринятыми средствами.
- Приемы дифференцированной логопедической работы в зависимости от анатомических и функциональных особенностей артикуляционного аппарата разработаны Т. Н. Воронцовой (1966).



# МЕТОДИКИ

- Применительно к взрослым разработана методика С. Л. Таптаповой (1963), которая предлагает своеобразный режим молчания — произношение про себя гласных звуков. Это снимает гримасы и подготавливает произношение без назализации. Рекомендуются вокальные упражнения.
- И. И. Ермакова (1980) разработала поэтапную методику коррекции звукопроизношения и голоса. Ею установлены возрастные особенности функциональных расстройств голосообразования у детей с врожденными расщелинами и применительно к ним модифицированы ортофонические упражнения. Специальное внимание уделено послеоперационному периоду и рекомендованы приемы развития подвижности мягкого нёба, предотвращающие его укорочение после хирургической пластики.





# ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИ ОТКРЫТОМ РИНОЛАЛИИ

Задачи коррекционной работы:

- нормализация ротового выдоха, выработка длительной ротовой воздушной струи
- выработка правильной артикуляции всех звуков
- устранение назального оттенка голоса
- воспитание навыков дифференциации звуков
- нормализация просодических компонентов речи
- автоматизация полученных речевых навыков в общении

В дооперационный период:

- Освобождение лицевых мышц от компенсаторных движений
- Подготовка правильного произношения гласных
- Подготовка правильной артикуляции

Постоянный контроль за направлением воздушной струи

Операция

В послеоперационный период:

- Развитие подвижности мягкого неба
- Устранение дефектов звукопроизношения
- Преодоление назального оттенка голоса

Специфические виды работы в послеоперационном периоде:

- Массаж мягкого неба
- Гимнастика мягкого неба и задней стенки глотки
- Артикуляционная гимнастика
- Голосовые упражнения
- Дыхательные упражнения



- Логопедические занятия с ребенком необходимо начинать в дооперационный период, чтобы предотвратить возникновение серьезных изменений в функционировании органов речи.
- На данном этапе подготавливается активность мягкого нёба, нормализуется положение корня языка, усиливается мышечная деятельность губ, вырабатывается направленный ротовой выдох.
- Все это, вместе взятое, создает благоприятные условия для повышения эффективности операции и последующей коррекции. Через 15—20 дней после операции специальные упражнения повторяют; но теперь основной целью занятий является развитие подвижности мягкого нёба.
- Изучение речевой деятельности детей, страдающих ринопалией, показывает, что неполноценные, анатомо-физиологические условия речеобразования, ограниченность моторного компонента речи приводят не только к аномальному развитию ее звуковой стороны, но в ряде случаев и к более глубокому системному нарушению всех ее компонентов.



- С возрастом ребенка показатели речевого развития ухудшаются (по сравнению с показателями нормально говорящих детей), структура дефекта осложняется за счет нарушения различных форм письменной речи.
- Ранняя коррекция отклонений речевого развития у детей с ринолалией имеет необычайно важное социальное и психолого-педагогическое значение для нормализации речи, предотвращения трудностей в обучении и выборе профессии.
- Постановка коррекционных задач определяется результатами обследования речи детей.



# ЗАДАЧИ И СОДЕРЖАНИЕ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

- Формирование фонетически правильной речи у детей дошкольного возраста, имеющих врожденную расщелину нёба, направлено **на** решение нескольких взаимосвязанных задач:
- 1) нормализация «ротового выдоха», т. е. выработка длительной ротовой струи при произнесении всех звуков речи, кроме носовых;
- 2) выработка правильной артикуляции всех звуков речи;
- 3) устранение назального оттенка голоса;
- 4) воспитание навыков дифференциации звуков с целью предупреждения дефектов звукового анализа;
- 5) нормализация просодической стороны речи;
- 6) автоматизация приобретенных навыков в свободном речевом общении.

# ПЕРВЫЙ ЭТАП УСВОЕНИЯ ПРАВИЛЬНЫХ НАВЫКОВ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ ПРОХОДИТ 4 ЭТАПА

- Первый этап — этап «предречевых» упражнений — включает следующие виды работы:
  - 1) дыхательные упражнения;
  - 2) артикуляционная гимнастика;
  - 3) артикуляция изолированных звуков или квазиартикуляция (так как изолированное произнесение звуков нетипично для речевой деятельности);
  - 4) слоговые упражнения.
- На данном этапе происходит в основном обучение моторным навыкам на основе исходных безусловно-рефлекторных движений.

