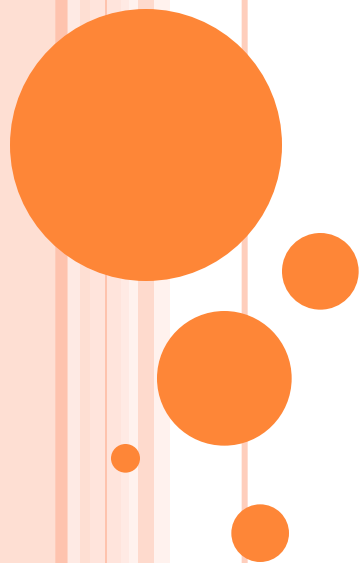


РИНОЛАЛИЯ



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

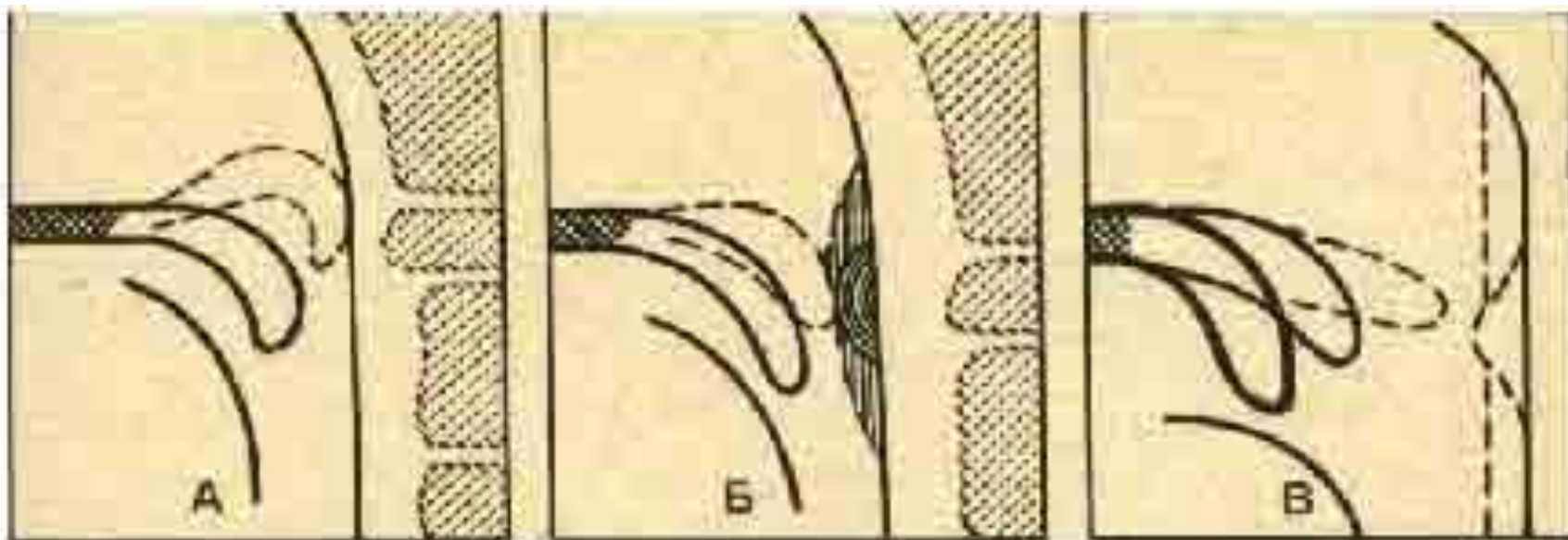
- **Ринолалия — нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.**
- Сочетание расстройств артикуляции звуков с расстройствами тембра голоса позволяет отличать ринолалию от дислалии и ринофонии .

- **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.



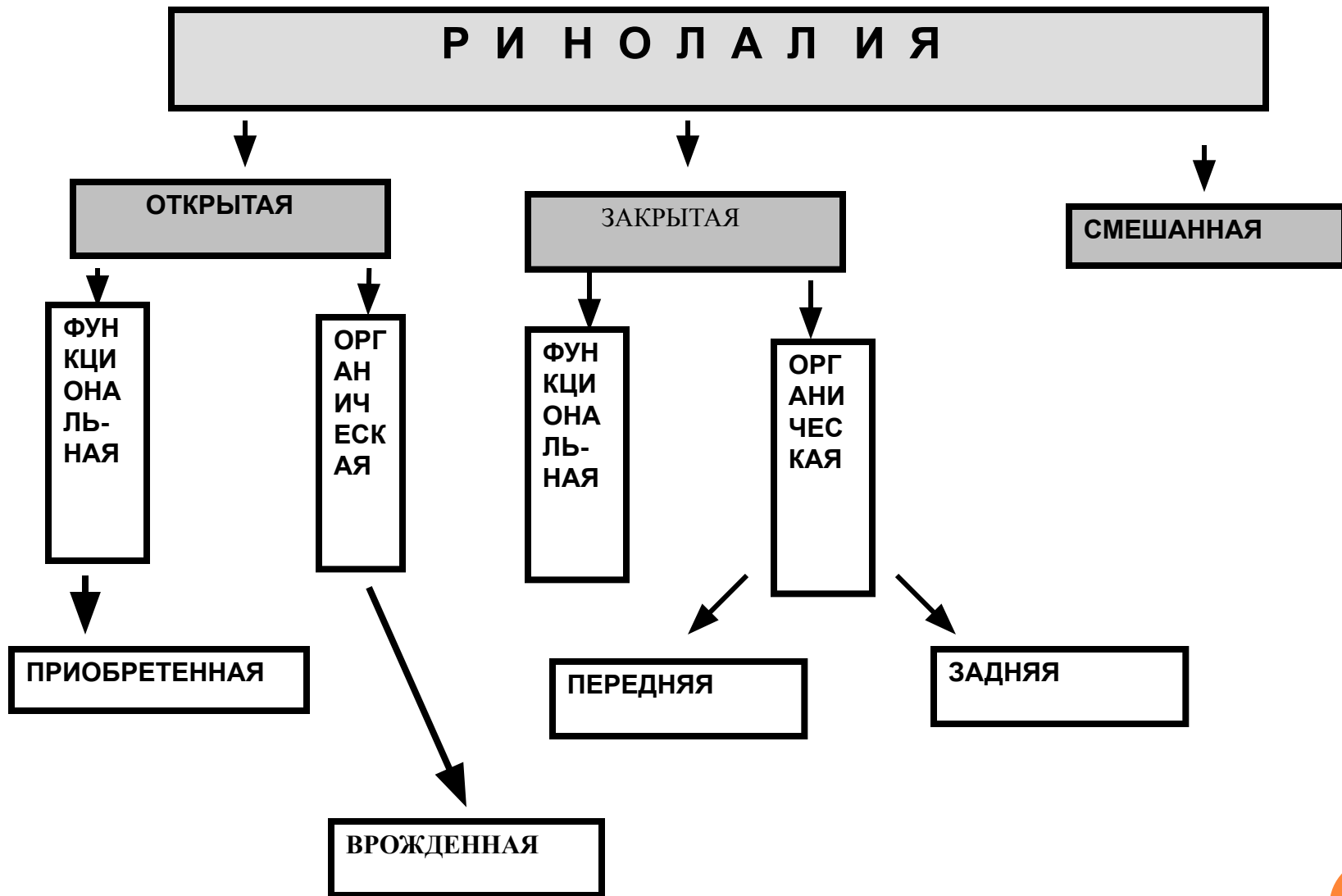


□ Рисунок 1. Движение мягкого нёба:

- 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 раздражательный.



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.**



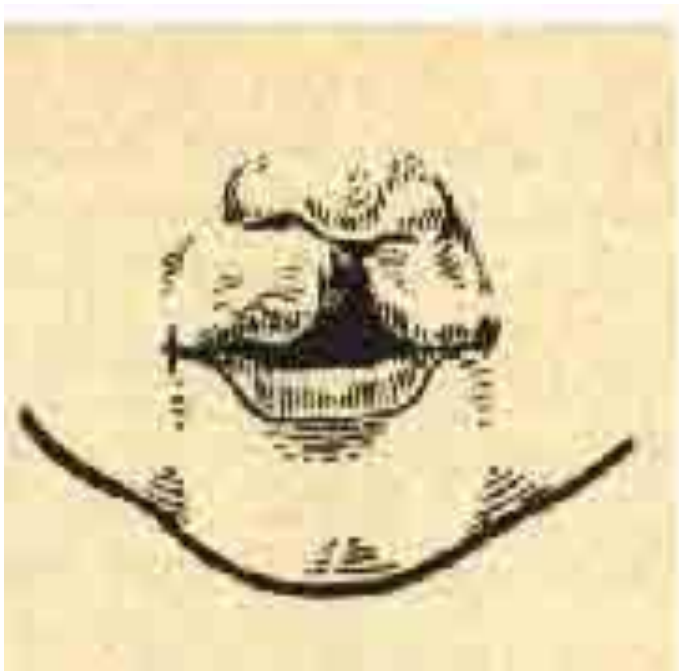
- По состоянию психического развития дети с расщелинами нёба делятся на три категории:
- дети с нормальным психическим развитием;
- дети с задержкой умственного развития;
- дети с олигофренией (разной степени).
- При неврологическом обследовании признаки выраженного очагового поражения головного мозга, 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.



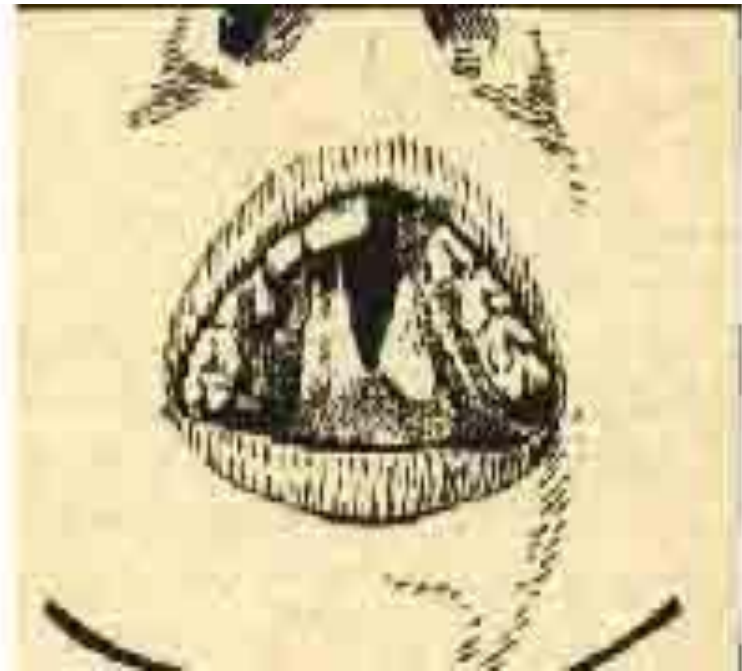
ВИДЫ РАСЩЕЛИН:

- 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.



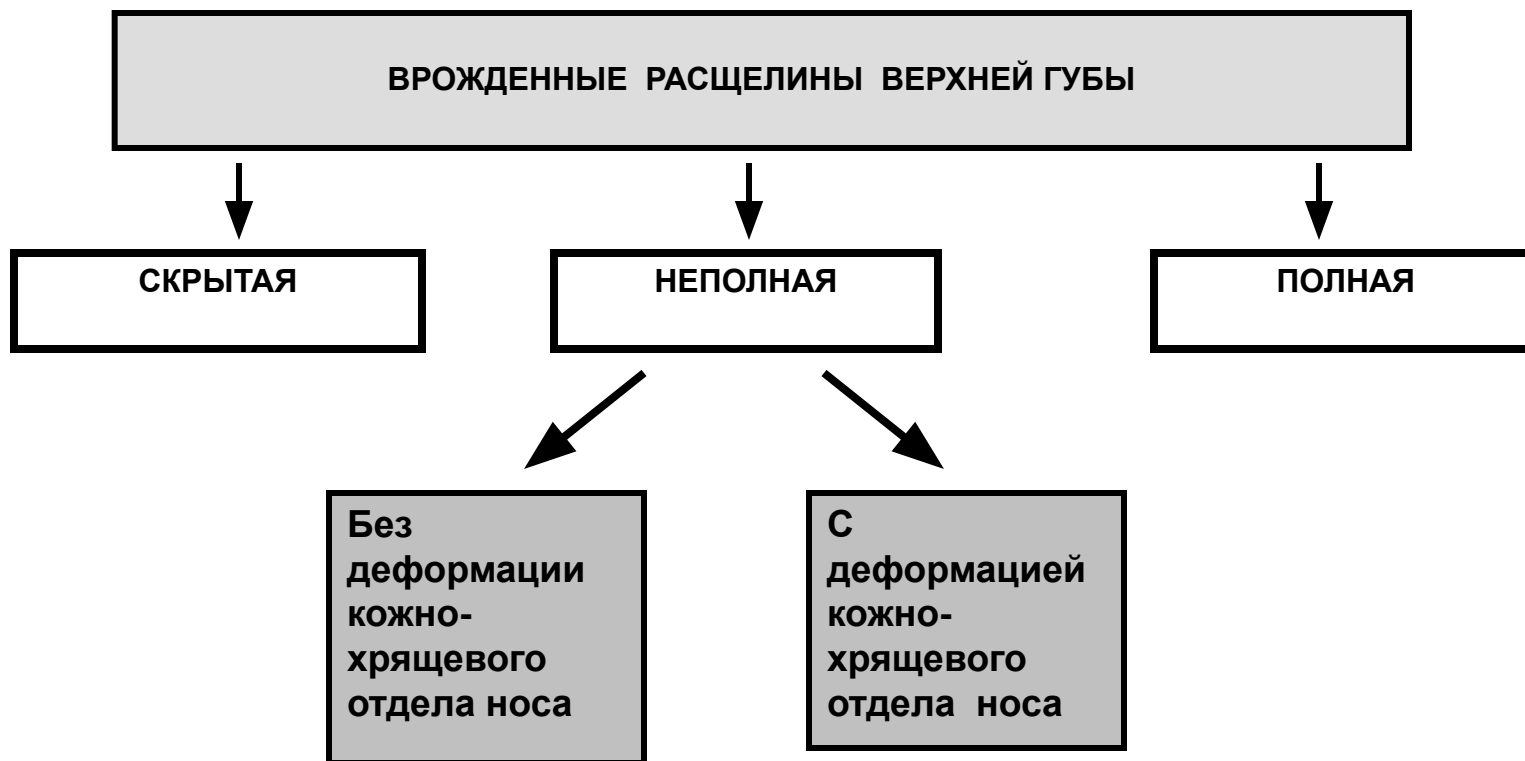
- При попытке произнести звуки *п, б, ф, в* ребенок с ринолалией использует «свои» методы.
- Звуки заменяются глоточным щелчком, который очень своеобразно характеризует речь ребенка с тяжелой формой ринолалии.
- Специфический щелчок, напоминающий звук клапана, образуется при соприкосновении надгортанника 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.



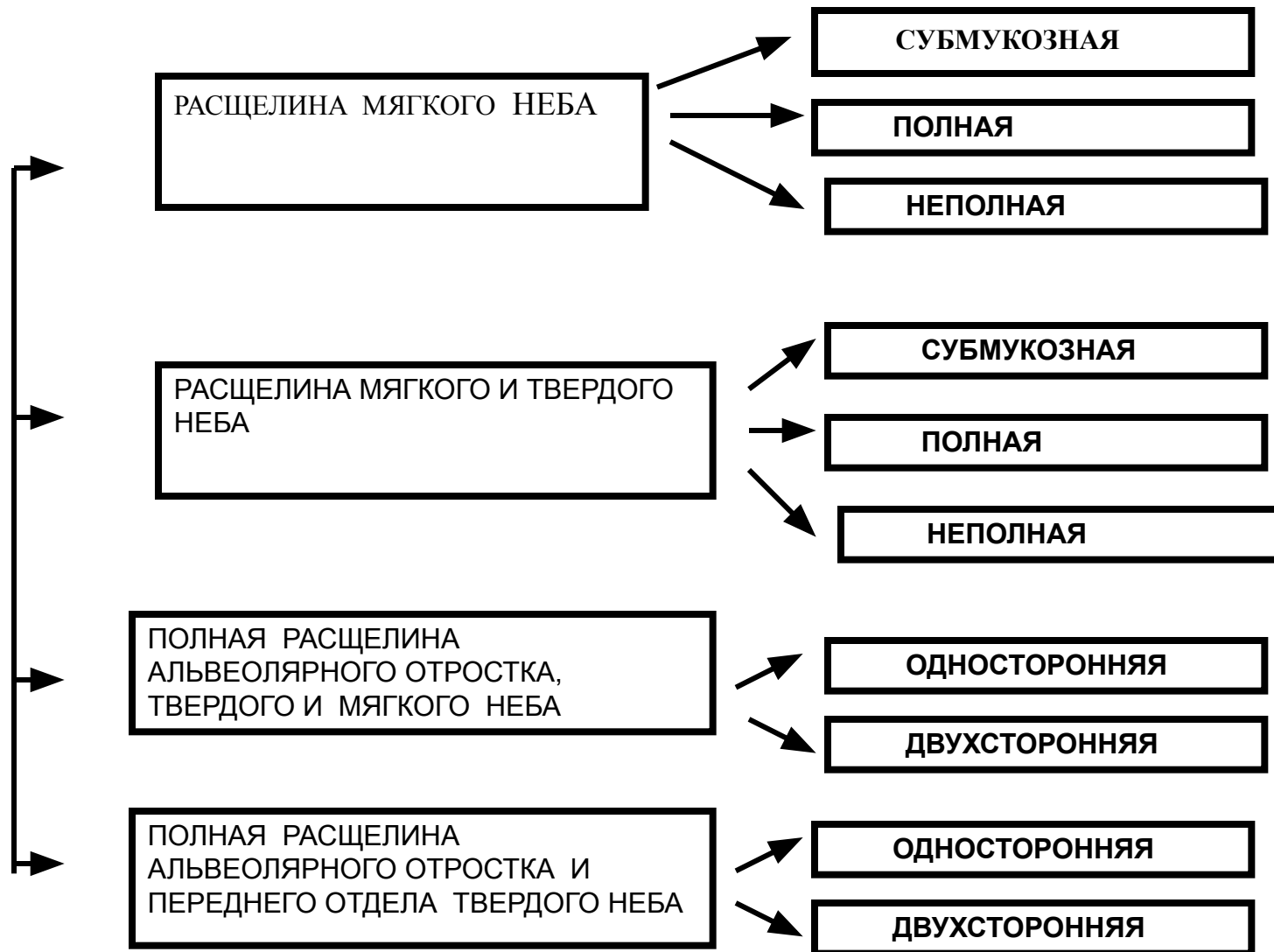
КОМПОНЕНТЫ ИНТОНАЦИИ

Компоненты интонации	Характеристика
Ударение	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
Мелодика речи	Тональный контур речи – модуляции высоты (повышение – понижение) основного тона голоса при произнесении фразы
Темп речи	Скорость произношения речи, ускорение или замедление ее отрезков (звуков, слогов, слов). Зависит от стиля произношения, смысла речи, эмоционального состояния говорящего, эмоционального содержания речи
Тембр	Дополнительная окраска звучания, сообщающая речи различные эмоционально-экспрессивные оттенки голоса
Пауза	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: поднятие 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 ринолалией, 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.

