МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ

БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ДОНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

КАФЕДРА «Дефектология и инклюзивное образование»

Краткий конспект лекций

по изучению курса «Комплексная терапия дизартрии и ринолалии»

для студентов заочной формы обучения

44.04.03 Специальное(дефектологическое) образование.

программа магистратуры «Клиническая логопедия»

для студентов заочной формы обучения

Ростов –на -Дону

2021г.

**Краткий конспект лекций**

**по изучению курса «**Комплексная терапия дизартрии и ринолалии**»**

**Содержание учебного материала**

**Тема 1. Понятие дизартрии.**

**Дизартрия** (речедвигательное расстройство) — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры. является следствием органического поражения центральной нервной системы, при котором нарушена *моторная реализация речи.*

Причины возникновения дизартрии

1. Органические поражения ЦНС в результате воздействия различных неблагоприятных факторов на развивающийся мозг ребенка во внутриутробном и раннем периодах развития. Чаще всего результат острых, хронических инфекций, кислородной недостаточности (гипоксии), интоксикации, токсикоза беременности и других факторов, которые создают условия для возникновения родовой травмы, асфиксии, недоношенности.

2. несовместимость по резус-фактору.

3. реже возникает под воздействием инфекционных заболеваний нервной системы в первые годы жизни ребенка. Дизартрия нередко наблюдается у детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП). По данным Е. М. Мастюковой, дизартрия при ДЦП проявляется в 65-85% случаев.

часто возникают противоречия между неврологами и логопедами по поводу дизартрии. Если невролог не видит явных нарушений в функции черепно-мозговых нервов, он не может назвать нарушение речи дизартрией. Данный вопрос является, чуть ли не камнем преткновения между неврологами и логопедами. Это связано с тем, что невролог после постановки диагноза "дизартрия" обязан проводить серьезную терапию по лечению стволовых нарушений, хотя таких нарушений (исключая дизартрию) вроде и не заметно.

При неврологическом обследовании ребенок выполняет все пробы, но не может справиться с артикуляцией, потому что здесь необходимо выполнять сложные и быстрые движения, которые не под силу ослабленным мышцам.

Ведущие дефекты: нарушение звукопроизносительной стороны речи и просодики, нарушения речевого дыхания, голоса и артикуляционной моторики. Разборчивость речи при дизартрии нарушена, речь смазанная, нечеткая.

## Тема 2. Основные нарушения (структура дефекта) при дизартрии

Нарушение тонуса артикуляционной мускулатуры (мышц лица, языка, губ, мягкого нёба) по типу спастичности, гипотонии или дистонии.

*1. Спастичностъ* — повышение тонуса в мускулатуре (мышцы напряжены). Язык «комом» оттянут назад, спинка его спастически изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен (способствует смягчению согласных звуков (палатализация). Иногда спастичный язык «жалом» вытянут вперед. Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию (произвольное открывание рта при этом затруднено). при спастическом состоянии верхней губы рот может быть приоткрыт. При этом обычно (гиперсаливация). Активные движения артикуляционных мышц ограничены. (Спастичность мышц отмечается при спастико-паретической дизартрии.)

*2. Гипотония* — снижение тонуса мышц. язык тонкий, распластанный в полости рта; губы вялые, не могут плотно смыкаться. рот полуоткрыт, может быть выражена гиперсаливация. Гипотония мышц мягкого нёба препятствует продвижению нёбной занавески вверх и ее прижатию к задней стенке глотки; струя воздуха выходит через нос. голос приобретает носовой оттенок (назализация). (Гипотония артикуляционных мышц имеет место при спастико-паретической и атактической дизартрии.)

*3. Дистония —* меняющийся характер мышечного тонуса. В состоянии покоя может отмечаться низкий мышечный тонус, при попытках к речи и в момент речи тонус резко нарастает. особенность звукопроизношения при дистонии — *непостоянство* искажений, замен и пропусков звуков. (Дистония отмечается при гиперкинетической дизартрии.)

часто отмечается смешанный и вариативный характер нарушений тонуса в артикуляционной мускулатуре (так же, как и в скелетной), т.е. в отдельных артикуляционных мышцах тонус может изменяться по-разному.

Нарушение подвижности артикуляционных мышц. Степень нарушения от полной невозможности до незначительного снижения объема и амплитуды артикуляционных движений языка и губ. в первую очередь нарушаются наиболее тонкие и дифференцированные движения (прежде всего поднимание языка вверх).

Специфические нарушения звукопроизношения:

— *стойкий характер* нарушений звукопроизношения, особая трудность их преодоления;

— специфические трудности автоматизации звуков (процесс автоматизации требует большего количества времени, чем при дислалии). При несвоевременном окончании логопедических занятий приобретенные речевые умения часто распадаются;

— нарушено произношение не только согласных, но и гласных звуков (усредненность или редуцированность гласных);

— преобладание межзубного и бокового произношения свистящих [*с*], [*з*]*,* [*ц*]и шипящих [*ш*]*,* [*ж*]*,* [*ч*]*,* [*щ*]звуков;

— оглушение звонких согласных (звонкие звуки произносятся с недостаточным участием голоса;

— смягчение твердых согласных звуков (палатализация);

— нарушения звукопроизношения особенно выражены в речевом потоке. При увеличении речевой нагрузки наблюдается, а иногда и нарастает общая смазанность речи.

все дефекты звукопроизношения при дизартрии делятся на две категории: антропофонические (искажения звуков) и фонологические (замены, смешения). При дизартрическом расстройстве наиболее типичным нарушением звукового строя речи является искажение звука.

Нарушения речевого дыхания обусловлены недостаточностью центральной регуляции дыхания. Недостаточна глубина дыхания. Нарушен ритм дыхания: в момент речи оно учащается. Отмечается нарушение координации вдоха и выдоха (поверхностный вдох и укороченный слабый выдох). Выдох часто происходит через нос, несмотря на полуоткрытый рот. Дыхательные нарушения особенно выражены при гиперкинетической форме дизартрии.

Нарушения голоса обусловлены изменениями мышечного тонуса и ограничением подвижности мышц гортани, мягкого нёба, голосовых складок, языка и губ. Наиболее часто отмечается недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий) и отклонения тембра голоса (глухой, назализованный, сдавленный, хриплый, прерывистый, напряженный, гортанный).

Нарушения просодики (мелодико-интонационных и темпоритмических характеристик речи) относят к стойким признакам дизартрии. они в большой степени влияют на разборчивость, эмоциональную выразительность речи. Отмечается слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона). Голос монотонный, мало- или немодулированным.

Нарушения темпа: замедление, реже ускорение. Иногда имеют место нарушения ритма речи (например, скандированность — «рубленая» речь, когда отмечается дополнительное количество ударений в словах).

Недостаточность кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате - не только ограничение объема артикуляционных движений, но и слабость кинестетических ощущений артикуляционных поз и движений.

Вегетативные расстройства.

Гиперсаливация - связана с ограничением движений мышц языка, нарушением произвольного глотания, парезом губных мышц. утяжеляется за счет слабости кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате (ребенок не чувствует вытекания слюны) и снижения самоконтроля.

бывает постоянной или усиливается при определенных условиях. Даже легкая гиперсаливация (увлажнение уголков губ во время речи, небольшое подтекание слюны) - наличие у ребенка неврологической симптоматики.

встречаются покраснение или бледность кожных покровов, повышенное потоотделение во время речи.

Нарушение акта приема пиши часто затруднено, а в тяжелых случаях отсутствует жевание твердой пищи, откусывание от куска. Часто отмечаются поперхивания, захлебывания при глотании. Затруднено питье из чашки. Иногда нарушена координация между дыханием и глотанием.

Наличие синкинезий— непроизвольных сопутствующих движений при выполнении произвольных артикуляционных движений (например, дополнительное движение нижней челюсти и нижней губы вверх при попытке поднять кончик языка).

Оральные синкинезии — открывание рта при любом произвольном движении или при попытке его выполнения.

Повышение глоточного (рвотного) рефлекса.

Нарушение координации движений:

Дисметрия — это несоразмерность, неточность произвольных артикуляционных движений. нужное движение реализуется более размашистым, утрированным, замедленным движением, чем это необходимо (чрезмерное увеличение двигательной амплитуды).

асинергия - нарушение координации между дыханием, голосообразованием и артикуляцией.

Наличие насильственных движений (гиперкинезов и тремора) в артикуляционной мускулатуре.

Гиперкинезы — непроизвольные, неритмичные, насильственные; могут быть вычурные движения мышц языка, лица (гиперкинетическая дизартрия).

Тремор — дрожание кончика языка (наиболее выражен при целенаправленных движениях). Тремор языка отмечается при атактической дизартрии.

## Тема3. Ранняя диагностика речедвигательных расстройств

Ранняя диагностика дизартрических расстройств основана на оценке неречевых нарушениях. Чем младше ребенок и чем ниже уровень его речевого развития, тем большее значение имеет анализ неречевых нарушений. Наиболее часто первым проявлением дизартрических расстройств является это отсутствие крика (афония) или его слабость, однообразие, непродолжительность. Крик может быть сдавленным или пронзительным, иногда имеют место отдельные всхлипывания или вместо крика гримаса на лице. Наиболее характерными являются следующие нарушения.

1. Патологические изменения в строении и функционировании артикуляционного аппарата; нарушение тонуса и подвижности артикуляционных мышц:

а) в лицевой мускулатуре: наличие асимметрии, сглаженность носогубных складок, опущение одного из углов рта, перекос рта в сторону при улыбке и плаче; гипомимия; нарушение тонуса лицевой мускулатуры по типу спастичности, гипотонии или дистонии; гиперкинезы лица;

б) в губной мускулатуре: резкое или незначительное ограничение подвижности губ; недостаточность смыкания губ, затруднение удержания рта закрытым, отвисание нижней губы, подтекание молока изо рта;

в) в язычной мускулатуре: патология строения языка (при спастичности — язык массивный, оттянут «комом» назад или вытянут «жалом» вперед; при гипотонии — тонкий, вялый, распластанный в полости рта; раздвоенность языка, невыраженность кончика языка, укорочение уздечки); патология положения языка (девиация в сторону, высовывание языка изо рта); гиперкинезы, тремор, фибриллярные подергивания языка; ограничение подвижности (от полной невозможности до снижения объема артикуляционных движений); повышение или понижение глоточного (рвотного) рефлекса;

г) мягкое нёбо: провисание нёбной занавески (при гипотонии); отклонение увуля от средней линии.

2. Нарушения дыхания: инфантильные схемы дыхания (преобладание брюшного типа дыхания после 6 месяцев), учащенное, неглубокое дыхание; дискоординация вдоха и выдоха (поверхностный вдох, укороченный слабый выдох).

3. Нарушение голосообразования: недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий), отклонения тембра (назализованный, глухой, хриплый, сдавленный, напряженный, прерывистый, дрожащий); нарушение голосовых модуляций, интонационной выразительности голоса. Иногда отмечается асинхронность дыхания, голосообразования и артикуляции.

4. Нарушение акта приема пищи: нарушение сосания (слабость, вялость, неактивность, неритмичность сосательных движений; вытекание молока из носа), глотания (поперхивание, захлебывание), жевания (отсутствие или затруднение жевания твердой пищи), откусывания от куска и питья из чашки.

5. Гиперсаливация (постоянная или усиливающаяся при определенных условиях).

6. Оральные синкинезии (ребенок широко открывает рот при пассивных и активных движениях рук и даже при попытке их выполнения).

7. Отсутствие или ослабление рефлексов орального автоматизма (до 3 месяцев), наличие патологических рефлексов орального автоматизма (после 3-4 месяцев).

При сборе анамнеза выявить:

Не сразу закричал, Длительное время крик тихий, маломодулированным, монотонным, без интонационной выразительности (не изменяется в зависимости от состояния ребенка). имеет носовой оттенок.

поздно стал держать головку, переворачиваться, долго не прослеживал взглядом игрушку, не поворачивал голову на звуки,долго не гулил, с опозданием или не в полном объеме лепет. Звуки гуления и лепета отличаются однообразием, бедностью звукового состава, малой активностью, фрагментарностью.

Лепет – 3 стадии.

1 стадия после гуления – спонтанное произношение звуков и их сочетания, реализация наследственной программы речедвижения. Есть даже у глухого, олигофрены ее не дают.

2 стадия – аутоэхололия – подражание себе. Этого нет у алалика и 1 ст. угасает.

3 стадия – эхолалия – подражает окружающим. Если есть в 10-11 мес. То можно быть спокойным.

На более поздних этапах развития в диагностике дизартрических расстройств все большее значение начинают приобретать речевые симптомы: качественная недостаточность голосовых реакций, стойкие нарушения звукопроизношения, речевого дыхания, голосообразования, просодики.

## Тема 4. Современные подходы к классификации дизартрии

Существуют различные подходы к классификации дизартрии. В их основу положены принцип локализации мозгового поражения, степень понятности речи для окружающих, синдромологический подход.

• *Классификация дизартрии по степени разборчивости речи* для окружающих была предложена французским невропатологом Тардье. выделено 4 степени тяжести речедвигательных нарушений (у детей с церебральным параличом):

1) нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка;

2) нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих;

3) речь понятна только близким ребенка;

4) речь отсутствует или непонятна даже близким ребенка (четвертая степень нарушения звукопроизношения, по существу, представляет собой анартрию). Эта классификация очень удобна для использования не только логопедами, но и учителями, воспитателями, психологами.

*При классификации дизартрии на основе принципа локализации мозгового поражения* различают псевдобульбарную, бульбарную, экстрапирамидную (подкорковую), мозжечковую, корковую формы дизартрии (О.В. Правдина и др.).

Бульбарная дизартрия (от лат. bulbus - луковица, форму которой имеет продолговатый мозг) проявляется при заболевании (воспалении) или опухоли продолговатого мозга. При этом разрушаются расположенные там ядра двигательных черепно-мозговых нервов (языкоглоточного, блуждающего и подъязычного, иногда тройничного и лицевого).

Характерным является паралич или парез мышц глотки, гортани, языка, мягкого нёба. У ребенка с подобным дефектом нарушается глотание твердой и жидкой пищи, затруднено жевание. Недостаточная подвижность голосовых складок, мягкого нёба приводит к специфическим нарушениям голоса: он становится слабым, назализованным. В речи не реализуются звонкие звуки. Парез мышц мягкого нёба приводит к свободному проходу выдыхаемого воздуха через нос, и все звуки приобретают выраженный носовой (назальный) оттенок.

У детей наблюдается атрофия мышц языка и глотки, снижается также тонус мышц (атония). Становится причиной многочисленных искажений звукопроизношения. Речь невнятная, крайне нечеткая, замедленная. Лицо ребенка с бульварной дизартрией амимично.

Подкорковая дизартрия возникает при поражении подкорковых узлов головного мозга. Характерным проявлением подкорковой дизартрии является нарушение мышечного тонуса и наличие гиперкинеза. Эти движения могут наблюдаться в состоянии покоя, но обычно усиливаются при речевом акте.

Ребенок может правильно произносить отдельные звуки, слова, короткие фразы (особенно в игре, в беседе с близкими или в состоянии эмоционального комфорта) и через мгновение он же оказывается не в состоянии произнести ни звука. Возникает артикуляторный спазм, язык становится напряженным, голос прерывается. Иногда наблюдаются непроизвольные выкрики, "прорываются" гортанные (фарингеальные) звуки. могут произносить слова и фразы чрезмерно быстро или, наоборот, монотонно, с большими паузами между словами. Внятность речи страдает Характерный признак подкорковой дизартрии нарушение просодической стороны речи - темпа, ритма и интонации. Состояние звуковой стороны речи изменчиво в зависимости от состояния ребенка. Иногда наблюдается снижение слуха, осложняющее речевой дефект.

**Мозжечковая дизартрия** характеризуется скандированной "рубленой" речью, иногда сопровождается выкриками отдельных звуков. В чистом виде эта форма у детей наблюдается редко.

Корковая дизартрия . нарушается произвольная моторика артикуляционного аппарата. в сфере звукопроизношения напоминает моторную алалию-нарушается произношение сложных по звуко-слоговой структуре слов. У детей затрудняется динамика переключения от одного звука к другому, от одной артикуляционной позы к другой. Дети способны четко произносить изолированные звуки, но в речевом потоке звуки искажаются, возникают замены. Особенно трудны сочетания согласных звуков. При убыстренном темпе появляются запинки, напоминающие заикание.

в отличие от детей с моторной алалией не наблюдается нарушений в развитии лексико-грамматической стороны речи. Дети с трудом воспроизводят артикуляционную позу, их затрудняет переход от одного звука к другому. При коррекции обращает на себя внимание тот факт, что дефектные звуки быстро исправляются в изолированном произнесений, но с трудом автоматизируются в речи.

Стертая форма

Легкие (стертые) формы дизартрии могут наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших воздействие различных неблагоприятных факторов в течение пренатального, натального и раннего постнатального периодов развития. Среди таких неблагоприятных факторов можно отметить:

- токсикоз беременности;

- хроническую гипоксию плода;

- острые и хронические заболевания матери в период беременности;

- минимальное поражение нервной системы при резус-конфликтных ситуациях матери и плода;

- легкую асфиксию;

- родовые травмы;

- острые инфекционные заболевания детей в младенческом возрасте и т.д.

В ранний период развития у детей со стертой формой дизартрии отмечаются двигательное беспокойство, нарушения сна, частый, беспричинный плач. быстрая утомляемость при сосании, малыши рано отказываются от груди, часто и обильно срыгивают. За обедом такой ребенок долго сидит с набитым ртом, плохо пережевывает и неохотно глотает пищу, отсюда частые поперхивания во время еды, дети предпочитают каши, бульоны, пюре твердым продуктам,

Дети, как правило, соматически ослаблены, часто болеют простудными заболеваниями.

Анамнез детей со стертой формой дизартрии отягощен. Большинство детей до 1-2 лет наблюдались у невропатолога, в дальнейшем этот диагноз был снят.

Раннее речевое развитие у значительной части детей с легкими проявлениями дизартрии незначительно замедлено. Первые слова появляются к 1 году, фразовая речь формируется к 2-3 годам. При этом довольно долго речь детей остается неразборчивой, неясной, понятной только родителям. к 3-4 годам фонетическая сторона речи у дошкольников со стертой формой дизартрии остается несформированной.

недостаточность общей моторики проявляется при выполнении сложных движений, требующих четкого управления движениями, точной работы различных мышечных групп, правильной пространственной организации движений. позднее своих сверстников начинает захватывать и удерживать предметы, сидеть, ходить, прыгать на одной и двух ногах, неуклюже бегает, лазает на шведской стенке. ребенок долго не может научиться ездить на велосипеде, кататься на лыжах и коньках.

нарушения мелкой моторики пальцев рук, - нарушении точности движений, снижении скорости выполнения и переключения с одной позы на другую, замедленном включении в движение, недостаточной координации. Пальцевые пробы выполняются неполноценно, наблюдаются значительные затруднения. Данные особенности проявляются в игровой и учебной деятельности ребенка. Дошкольник с легкими проявлениями дизартрии неохотно рисует, лепит, неумело играет с мозаикой.

## Тема5. Степени выраженности дизартрии

Условно выделяют 3 степени выраженности дизартрии: легкую, среднюю и тяжелую.

*Легкая степень* незначительные нарушения (речевой и неречевой симптоматикой) в структуре дефекта. Часто проявления легкой степени дизартрии называют «нерезко выраженной» или «стертой» дизартрией, имея в виду негрубые («стертые») парезы мышц артикуляционного аппарата, нарушающих процесс произношения. Иногда пользуются терминами «минимальные дизартрические расстройства» и «дизартрический компонент», при этом неверно считают эти проявления только элементами дизартрии или промежуточным нарушением между дислалией и дизартрией.

При легкой степени дизартрии общая разборчивость речи может быть не нарушена, но звукопроизношение несколько смазанное, нечеткое. Искажения наблюдаются чаще всего при произнесении свистящих, шипящих и/или сонорных звуков. При произнесении гласных самые большие затруднения вызывают звуки [*и*]и [*у*]*.* Нередко оглушаются звонкие согласные звуки. Иногда изолированно ребенок все звуки может произносить правильно (особенно если с ним занимается логопед), но при увеличении речевой нагрузки отмечается общая смазанность звукопроизношения.

наблюдаются недостатки речевого дыхания (учащенное, неглубокое), голоса (тихий, глуховатый) и просодики (маломодулированность).

При легкой степени дизартрии у детей отмечаются нерезко выраженные нарушения тонуса мышц языка, иногда губ и незначительное снижение объема и амплитуды их артикуляционных движений, нарушены наиболее тонкие и дифференцированные движения языка (прежде всего — подъем вверх). Неречевая симптоматика также может проявляться в виде легкой саливации, затруднения жевания твердой пищи, редких поперхиваниях при глотании, повышении глоточного рефлекса.

При *средней* (умеренно выраженной) *степени дизартрии* нарушена общая разборчивость речи, она становится невнятной, малопонятной для окружающих. отмечается общая смазанность звукопроизношения (многочисленные выраженные искажения во многих фонетических группах). звуки в конце слова и в стечении согласных опускаются. Нарушения глубины и ритма дыхания обычно сочетаются с расстройствами силы (тихий, слабый, иссякающий) и тембра голоса (глухой, назализованный, напряженный, сдавленный, прерывистый, хриплый). голос немодулированный, а речь детей монотонная.

выражены нарушения тонуса язычной, губной и лицевой мускулатуры. Лицо гипомимичное, артикуляционные движения языка и губ замедлены, строго ограничены, неточные (не только верхний подъем языка, но и его боковые отведения). Значительные трудности представляют удержание языка в определенном положении и переключение от одного движения к другому. характерна гиперсаливация, нарушения акта приема пищи (затруднение или отсутствие жевания, пережевывания и захлебывания при глотании), синкинезии, повышение рвотного рефлекса.

*Тяжелая степень дизартрии* — *анартрия —* это полное или почти полное отсутствие звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц. моторная реализация речи становиться невозможной. нарушено формирование динамического артикуляционного праксиса. Отмечается расстройство произвольного управления речевым аппаратом. Нарушения произносительных способностей обусловлены речедвигательными синдромами: спастическим парезом в очень тяжелой степени, тоническими нарушениями управления артикуляционными движениями, гиперкинезами, атаксией и апраксией. Апраксия охватывает все отделы речевого аппарата. Лицо амимичное, маскообразное; язык неподвижен, движения губ резко ограничены. Жевание твердой пищи практически отсутствует; выражены захлебывания при глотании, гиперсаливация.

По тяжести проявлений анартрия может быть различной (И.И. Панченко):

а) полное отсутствие речи (звукопроизношения) и голоса;

б) наличие только голосовых реакций;

в) наличие звукослоговой активности.

В зависимости от сочетания речедвигательного расстройства с нарушениями различных компонентов речевой функциональной системы можно выделить несколько групп детей с дизартрией.

1. Дети с *чисто фонетическими нарушениями-* страдает звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика и артикуляционная моторика. При этом не наблюдается нарушений фонематического восприятия и лексико-грамматического строя речи.

2. Дети с *фонетико-фонематическим недоразвитием-* нарушается не только произносительная сторона речи (звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика), но и фонематические процессы (трудности звукового анализа и синтеза). лексико-грамматических недостатков речи не наблюдается.

3. Дети с *общим недоразвитием речи.* нарушены все компоненты речи — как произносительная сторона речи, так и лексическое, грамматическое и фонематическое развитие. Отмечаются ограничения словарного запаса: дети пользуются обиходными словами, часто употребляют слова в неточном значении, подменяя смежными по сходству, по ситуации, по звуковому составу. характерно недостаточное овладение грамматическими формами языка. В их речи часто опускаются предлоги, недоговариваются окончания или неправильно употребляются, не усваиваются падежные окончания, категории числа; имеются затруднения в согласовании, управлении.

Степень выраженности (тяжести) дизартрии не зависит от количества нарушенных компонентов речевой функциональной системы. Например, при *стертой (легкой степени) дизартрии* могут быть нарушены все компоненты речи (фонетический, фонематический и лексико-грамматический строй), а при *дизартрии средней и тяжелой степени* может быть нарушен только фонетический строй речи.

Характерно что при искаженном произнесении звуков, входящих в состав слова, они обычно сохраняют ритмический контур слова, т. е. число слогов и ударность. Как правило, они владеют произношением двусложных, трехсложных слов; четырехсложные слова нередко воспроизводятся отраженно. Сложным для ребенка является произнесение стечений согласных: в этом случае выпадает один согласный (белка - "бека") или оба (змея - "ия"). встречаются случаи уподобления слогов (посуда - "посюся", ножницы - "носисы").

В зависимости от степени речедвигательного нарушения наблюдаются различно выраженные затруднения в звуковом анализе.

Большинство специальных проб, выявляющих уровень звукового анализа, недоступно -не могут правильно отобрать картинки, названия которых начинаются на заданный звук, придумать слово, содержащее определенный звук, проанализировать звуковой состав слова.

**Тема 6. Овладение грамотой при дизартрии**

Уровень владения звуковым анализом у подавляющего большинства детей-дизартриков является недостаточным для усвоения грамоты. Дети, поступившие в массовые школы, бывают совершенно не в состоянии усвоить программу 1-го класса.

**Письмо**

Особенно ярко отклонения в звуковом анализе проявляются во время слухового диктанта.

Наибольшее количество ошибок в письме приходится на замены букв.:

-замены гласных: дети - "дету", зубы - "зуби", боты - "буты", мост - "мута"

-замены согласных:

л-р: белка - "берка"; х-ч: мех - "меч"; б-т: утка - "убка"; г-д: гудок - "дудок"; с-ч: гуси - "гучи"; б-п: арбуз - "арпус".

-нарушения слоговой структуры слова за счет перестановки букв (книга - "кинга"), пропуск букв (шапка - "шапа"), сокращение слоговой структуры из-за недописывания слогов (собака - "соба", ножницы - "ножи" и др.).

- искажения слов: кровать - "дамла", пирамидка - "макте", железная - "неаки" Такие ошибки наиболее характерны для детей с глубокими нарушениями артикуляции, у которых нерасчлененность звукового состава речи связана с искаженным звукопроизношением.

распространены такие ошибки, как неправильное употребление предлогов, неверные синтаксические связи слов в предложении (согласование, управление) и др. Эти ошибки связаны с особенностями овладения устной речью, грамматическим строем, словарным запасом.

Самостоятельное письмо детей отличается бедным составом предложений, их неправильным построением, пропусками членов предложения и служебных слов. Некоторым детям совершенно недоступны даже небольшие по объему изложения.

**Чтение**

Большей частью оно послоговое, интонационно не окрашенное. Понимание читаемого текста недостаточное.

Лексико-грамматический строй речи детей-дизартриков

Позднее начало речи, ограниченный речевой опыт, грубые дефекты произношения приводят к недостаточному накоплению словаря и отклонениям в развитии грамматического строя речи. Большинство детей с расстройствами артикуляции имеют отклонения в словарном запасе, не знают обиходных слов, часто смешивают слова, ориентируясь на сходство по звуковому составу, ситуацию и т.п.

Многие слова употребляются неточно, вместо нужного названия ребенок использует то, которое обозначает сходный предмет (петля - дырка, ваза - кувшин, желудь - орех, гамак - сетка) или связано с данным словом ситуационно (рельсы - шпалы, наперсток - палец).отсутствие речи или ограниченное пользование ею приводят к расхождению между активным и пассивным словарем.

Уровень освоения лексики зависит от степени нарушения звукопроизносительной стороны речи, но и от интеллектуальных возможностей ребенка, социального опыта, среды,в которой он воспитывается.

**Тема 7. Логопедическое обследование детей  
с дизартрическими расстройствами**

Логопедическое обследование детей строится на общем системном подходе, который опирается на представление о речи как о сложной функциональной системе. Важно учитывать соотношение речевых и неречевых нарушений (неврологической симптоматики) в структуре дефекта и определить сохранные механизмы речи.

Важным условие - согласованность действий логопеда-дефектолога и невропатолога при обследовании и постановке диагноза.

В ходе логопедического обследования детей с речедвигательными нарушениями используют следующие методы:

— изучение медицинской и биографической документации (сбор и анализ анамнестических данных);

— наблюдение за ребенком (в обычной и специально организованной ситуации);

— беседа с родителями и ребенком;

— визуальный и тактильный контроль (ощупывание) в покое и в процессе речи;

— индивидуальный эксперимент;

— использование компьютерных игр при обследовании звукопроизношения, дыхательной и голосовой функций.

Прежде чем начинать обследование ребенка, важно всесторонне изучить медицинскую документацию (данные анамнеза) и проанализировать результаты обследования и заключение невропатолога (неврологический статус), желательно обсудив его с врачом. Особенностью логопедического обследования и анализа структуры речевого дефекта детей с дизартрией является принцип соотнесения расстройств артикуляционной моторики с общими двигательными нарушениями. При дизартрии артикуляционная моторика, особенности дыхания и голосообразования оцениваются в соответствии с общими моторными возможностями ребенка (отмечаются даже незначительные двигательные расстройства).

## Тема 8. РИНОЛАЛИЯ

**Ринолалия** (от греч. *rhinos* — нос, *lalia* — речь) — ***нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.***

Ринолалия по своим проявлениям отличается от дислалии наличием измененного назализованного (от лат. *nasus* — нос) тембра голоса.

При ринолалии артикуляция звуков, фонация существенно отличаются от нормы.

При нормальной фонации во время произнесения всех звуков речи, кроме носовых, у человека происходит отделение носоглоточной и носовой полости от глоточной и ротовой.

Эти полости разделяются нёбно-глоточным смыканием, вызываемым сокращением мышц мягкого нёба, боковых и задних стенок глотки.

Одновременно с движением мягкого нёба при фонации происходит утолщение задней стенки глотки (валик Пассавана), которое способствует контакту задней поверхности мягкого нёба с задней стенкой глотки.

Во время речи мягкое нёбо непрерывно опускается и поднимается на разную высоту в зависимости от произносимых звуков и темпа речи. Сила нёбно-глоточного смыкания зависит от произносимых звуков. Она меньше для гласных, чем для согласных. Самое слабое нёбно-глоточное смыкание наблюдается при согласном в, самое сильное — при с, обычно в 6—7 раз сильнее, чем при а.

При нормальном произнесении назальных звуков *м, м, н, н* воздушная струя свободно проникает в пространство носового резонатора.

В зависимости от характера нарушения функции нёбно-глоточного смыкания выделяются различные формы ринолалии.

### ОТКРЫТАЯ РИНОЛАЛИЯ

При **открытой форме ринолалии** ротовые звуки приобретают назальность. Наиболее заметно изменяется тембр гласных *и* и *у,* при артикуляции которых ротовая полость больше всего сужена. Наименьший назальный оттенок имеет гласный *а,* так как при его произнесении ротовая полость широко раскрыта.

Значительно нарушается тембр при произнесении согласных. При произнесении шипящих и фрикативных прибавляется хриплый звук, возникающий в носовой полости. Взрывные *п, б, д, т, к* и г звучат неясно, так как в ротовой полости не образуется необходимое воздушное давление вследствие неполного перекрытия носовой полости. Ринофонически звучат *лир.* Воздушная струя в ротовой полости настолько слаба, что недостаточна для колебания кончика языка, необходимого для образования звука *р.*

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.

Функциональная открытая ринолалия обусловлена разными причинами. Объясняется она недостаточным подъемом мягкого нёба при фонации у детей с вялой артикуляцией.

Одна из функциональных форм — «привычная» открытая ринолалия. Она наблюдается часто после удаления аденоидных разращений или, реже, в результате постдифтерийного пареза, из-за длительного ограничения подвижного мягкого нёба.

Функциональное обследование при открытой форме не выявляет каких-либо изменений твердого или мягкого нёба. Признаком функциональной открытой ринолалии служит более выраженное нарушение произношения гласных звуков. При согласных же нёбно-глоточное смыкание хорошее.

Прогноз при функциональной открытой ринолалии обычно благоприятный. Она исчезает после фониатрических упражнений, а нарушения звукопроизношения устраняются обычными методами, применяемыми при дислалии.

Органическая открытая ринолалия может быть приобретенной или врожденной.

Приобретенная открытая ринолалия образуется при перфорации твердого и мягкого нёба, при Рубцовых изменениях парезах и параличах мягкого нёба.

Причиной могут быть повреждения языкоглоточного и блуждающего нервов, ранения, давление опухоли и др.

Наиболее частой причиной врожденной открытой ринолалии является врожденное расщепление мягкого или твердого нёба, укорочение мягкого нёба.

Ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами губы и нёба, представляет собой серьезную проблему для различных отраслей медицины и логопедии. Она является предметом внимания хирургов-стоматологов, ортодонтов, детских оториноларингологов, психоневрологов и логопедов. Расщелины принадлежат к наиболее частым и тяжелым порокам развития.

Частота рождения детей с расщелинами различна среди разных народов, в разных странах и даже в разных областях каждой страны. А. А. Лимберг (1964), обобщая сведения из литературы, отмечает, что на 600—1000 новорожденных рождается один ребенок с расщелиной губы и нёба. В настоящее время частота рождаемости в разных странах детей с врожденной патологией лица и челюстей колеблется от 1 на 500 новорожденных до 1 на 2500 с тенденцией к увеличению за последние 15 лет (Burian, Fogh-Andersen, Блохина С. И. и др. (1995).

Расщелина лица — это пороки сложной этиологии, т. е. мультифакторные пороки. В их возникновении играют роль генетические и внешние факторы или их совместное действие в раннем периоде развития эмбриона (Е. М. Немчинова, 1970; В. М. Мессина, 1971; Г. В. Кручинский, 1974; Ю. М. Вернадский и соавт.). Различают биологические факторы (грипп, паротит, коревая краснуха, токсоплазмоз и др.); химические факторы (ядохимикаты, кислоты и др.); эндокринные заболевания матери, психические травмы и профессиональные вредности. Имеются сведения о влиянии алкоголя и курения. Критическим периодом для несращения верхней губы и нёба является 7—8-я недели эмбриогенеза.

Наличие врожденной расщелины губы или нёба является общим признаком для многих нозологических форм наследственных заболеваний. Генетический анализ показывает, что семейный характер расщелин губы и нёба достаточно редок. Однако большое значение имеет медико-генетическое консультирование семей в целях диагностики и профилактики. В настоящее время выделены у родителей микропризнаки расщелины губы и нёба: борозда на нёбе или язычке (uvula) мягкого нёба, расщелина язычка нёба, несимметричный кончик носа, несимметричное расположение оснований крыльев носа (Н. И. Каспарова, 1981).

У детей с врожденными расщелинами имеются серьезные функциональные расстройства (сосания, глотания, внешнего дыхания и др.), которые снижают сопротивляемость к различным заболеваниям. Они нуждаются в систематическом врачебном наблюдении и лечении.

В настоящее время принята следующая классификация.

**Врожденные расщелины верхней губы:** скрытая расщелина, неполная расщелин а: а) без деформации кожно-хрящевого отдела носа; б) с деформацией кожно-хрящевого отдела носа.

Полная расщелина (рис. 10).

**Врожденные расщелины нёба:**

1) расщелина мягкого нёба: скрытые (субмукозные); неполные; полные (рис. 11);

[14.jpg](http://www.pedlib.ru/books1/2/0049/14.jpg)

**Рис. *10. Врожденная расщелина, верхней губы***

***Рис. 11. Полная расщелина мягкого нёба***

[15.jpg](http://www.pedlib.ru/books1/2/0049/15.jpg)

***Рис. 12. Полная расщелина твердого нёба***

***Рис. 13. Односторонняя расщелинагубы, альвеолярного отростка,твердого и мягкого нёба***

2) расщелины мягкого и твердого нёба: скрытая; неполная; полная;

3) полная расщелина альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба: односторонняя; двусторонняя (рис. 12, 13);

4) полная расщелина альвеолярного отростка и переднего отдела твердого нёба: односторонняя; двусторонняя.

Логопеду наиболее трудно обнаружить субмукозную (под-слизистую), или скрытую, расщелину. Для ее выявления следует обратить внимание на заднюю поверхность нёба, которая при утрированном произнесении звука *а с* широко открытым ртом слегка втягивается в форме небольшого треугольника. Слизистая оболочка в этой области истончена и имеет более бледную окраску.

Нарушения нёба могут сочетаться с расщелинами губы. Частичные расщелины встречаются в несколько раз чаще полных, а односторонние чаще, чем двусторонние (по данным М. Д. Дубова).

Расщелины обычно сочетаются с различными зубо-челюстными деформациями. Продолжительность и объем лечебных мероприятий зависят от тяжести врожденной патологии, так как требуется длительное согласованное лечение у хирурга и ортодонта.

Хирургическое лечение детей с несращением верхней губы и нёба осуществляется в несколько этапов. Несращение губы в зависимости от формы дефекта и состояния организма ребенка оперируется в сроки от 10 дней до одного года. Операции на нёбе, как правило, осуществляют до 5 лет. Работа по устранению остаточных дефектов верхней губы, носа и деформации нёба проводится в возрасте от 7 до 14 лет. Одного хирургического лечения для полной реабилитации большинства (около 75%) детей с расщелиной губы и нёба недостаточно. Эти больные нуждаются в помощи со стороны ряда специалистов (стоматологов, ортодонтов, ортопедов, оториноларингологов, логопедов, невропатологов и др.). Помощь им оказывается в рамках системы диспансерного наблюдения и лечения.

Диспансеризация таких больных получила развитие за последние 10—15 лет, в основном после IV съезда стоматологов (1962) по проблеме врожденных расщелин верхней губы и нёба. Идея диспансеризации появилась еще в 1950 г. (М. Д. Дубов). Научное обоснование и широкое применение на практике современного принципа диспансеризации осуществила Б. Я. Булатовская (1958—1971). По ее предложению были проведены мероприятия, которые положили начало диспансерному наблюдению и лечению детей с расщелинами в СССР. Организованный в г. Екатеринбурге (Свердловске) в 1956 г. Б. Я. Булатовской консультативно-методический центр явился прообразом межобластных лечебно-консультативных центров, которые продолжают создаваться в настоящее время в различных городах.

В Республиканском научно-практическом центре медико-социальной реабилитации детей и подростков с врожденной челюстно-лицевой патологией (г. Екатеринбург) функционирует многоуровневая система выявления таких детей (с первых дней жизни), диагностики и лечебно-коррекционной работы. Модульная система позволяет осуществить психолого-педагогическое тестирование, специализированное развивающее обучение, работу с семьей, использовать компьютерную технологию. Центр координирует работу всех специалистов, в помощи которых нуждаются дети с расщелинами.

Диспансеризация осуществляется следующим образом: при первичном обращении ребенка медицинская сестра ставит его на учет, заводит диспансерную карту. Ребенка осматривает хирург, ортодонт, педиатр. Собирается подробный анамнез со слов родителей. Устанавливается первоначальный диагноз. Родителей знакомят с этапами и сроками лечения, разъясняют их роль в комплексном лечении ребенка. Для выявления и предупреждения сопутствующих отклонений и деформаций челюстно-лицевой области и соответственного лечения организуются комплексные осмотры.

В зависимости от характера и тяжести патологии детям рекомендуется амбулаторное наблюдение или стационирование. Важным звеном является ортодонтическая помощь, которая оказывается с грудного возраста.

По состоянию психического развития дети с расщелинами составляют весьма разнородную группу: дети с нормальным психическим развитием; с задержкой умственного развития; с олигофренией (разной степени). У некоторых детей имеются отдельные неврологические микропризнаки: нистагм, легкая асимметрия глазных щелей, носо-губных складок, повышение сухожильных и перистальных рефлексов. В этих случаях ринолалия осложняется ранним поражением центральной нервной системы. Значительно чаще у детей наблюдаются функциональные нарушения нервной системы, выраженные психогенные реакции на свой дефект, повышенная возбудимость и др.

Характерным для детей с ринолалией является изменение оральной чувствительности в ротовой полости. Значительные отклонения в стереогнозе у детей с расщелинами в сравнении с нормой отмечены М. Эдварде (1973). Причина заключается в дисфункции сенсомоторных проводящих путей обусловленных неполноценными условиями вскармливания в грудном возрасте.

Патологические особенности строения и деятельности речевого аппарата обусловливают многообразные отклонения в развитии не только звуковой стороны речи, в разной степени страдают различные структурные компоненты речи.

**В устной речи** отмечаются обедненность и аномальные условия протекания долингвистического развития детей с ринолалией. В связи с нарушением речедвигательной периферии ребенок лишается интенсивного лепета, артикуляционной «игры», тем самым обедняется этап подготовительной настройки речевого аппарата. Наиболее типичные лепетные звуки *п, б, т, д* артикулируются ребенком беззвучно или очень тихо в связи с утечкой воздуха через носовые ходы и тем самым не получают слухового подкрепления у детей. Активность лепета постепенно уменьшается (Волосовец Т. В., 1995).

Страдает не только артикуляция звуков, но и развитие просодических элементов речи.

Отмечается позднее начало речи, значительный временной интервал между появлением первых слогов, слов и фраз уже в ранний период, являющийся сензитивным для формирования не только звукового, но и смыслового ее содержания, т. е. начинается искаженный путь развития речи в целом. В наибольшей степени дефект проявляется в нарушении фонетической ее стороны.

В результате периферической недостаточности артикуляционного аппарата формируются приспособительные (компенсаторные) изменения уклада органов артикуляции при производстве звуков; высокий подъем корня языка и сдвиг его в заднюю зону ротовой полости; недостаточное участие губ при произнесении лабиализованных гласных, губно-губных и губно-зубных согласных; чрезмерное участие корня языка и гортани; напряжение мимической мускулатуры.

Наиболее существенными проявлениями дефектности фонетического оформления устной речи являются нарушения всех оральных звуков речи за счет подключения носового резонатора и изменения аэродинамических условий фонации. Звуки становятся назальными, т. е. изменяется характерный тон согласных.

Помимо этого выявляется специфическая окраска некоторых согласных звуков (чаще задненёбных) за счет подключения глоточного резонатора. Фарингализация, т. е. дополнительная артикуляция за счет напряжения стенок глотки, возникает как компенсаторное средство.

Встречаются также и явления дополнительной артикуляции в полости гортани, что придает речи своеобразный «щелкающий» призвук.

Выявляется множество и других более частных дефектов. Например:

опускание начального согласного («ак, ам» — *так, там);* нейтрализация зубных звуков по способу образования; замена взрывных звуков фрикативными; свистящий фон при произношении шипящих звуков или наоборот (сш или шс); отсутствие вибранта *р* или замена звуком ы при сильном выдохе; наложение дополнительного шума на назализованные звуки (шипение, свист, придыхание, храп, гортанность и т. п.); перемещение артикуляции в более задние зоны (влияние высокого положения корня языка и малого участия губ при артикуляции). В некоторых случаях отмечаются явления гиперкоррекции, т. е. перемещение артикуляции в передние зоны. Например, звук с заменяется звуком *ф* без изменения способа артикуляции. Характерно понижение разборчивости звуков в стечении согласных в конечной позиции.

Взаимосвязь назализации речи и искажений в артикуляции отдельных звуков весьма разнообразна.

Нельзя установить прямого соответствия между величиной нёбного дефекта и степенью искажения речи. Слишком разнообразны компенсаторные приемы, которыми пользуются дети для производства звуков. Многое зависит также от соотношения резонирующих полостей и от многообразия индивидуальных особенностей конфигурации ротовой и носовой полости. Имеются факторы, менее специфические, но также влияющие на степень внятности звукопроизношения (возрастные, индивидуально-психологические свойства, социально-психологические и др.).

Речь ребенка с ринолалией в целом мало разборчива.

М. Момеску и Э. Алекс показали, что разговорная речь детей с расщелиной нёба содержит только 50% информации по сравнению с нормой, возможность передачи речевого сообщения ребенком уменьшена вдвое. Это является причиной серьезных коммуникативных затруднений. Таким образом, механизм нарушения при открытой ринолалии определяется следующим:

1) отсутствием нёбно-глоточного затвора и вследствие этого нарушением противопоставлений звуков по признаку ротовой-носовой;

2) изменением места и способа артикуляции большинства звуков по причине дефектов твердого и мягкого нёба, вялостью кончика языка, губ, отодвиганием языка вглубь ротовой полости, высоким положением корня языка, участием в артикуляции мышц глотки и гортани.

Особенности устной речи детей с ринолалией во многих случаях являются причиной отклонения в формировании других речевых процессов.

**Особенности письма.** Особенности произношения детей с ринолалией ведут к искажению и несформированности фонематической системы языка. Поэтому звуковые образы, накопленные в их речевом сознании, неполноценны и не расчленены для формирования правильного письма.

Вторично обусловленные особенности восприятия речевых звуков являются основным препятствием к овладению правильным письмом.

Связь нарушений письма с дефектами артикуляционного аппарата имеет разнообразные проявления. Если к моменту обучения ребенок с ринолалией овладел внятной речью, умеет четко произносить большинство звуков родного языка и в его речи остается лишь незначительный назальный оттенок, то развитие звукового анализа, необходимого для обучения грамоте, протекает успешно. Однако, как только возникают у ребенка с ринолалией дополнительные препятствия для нормального речевого развития, проявляются специфические нарушения письма. Позднее начало речи, длительное отсутствие логопедической помощи, без которой ребенок продолжает произносить малопонятные искаженные слова, отсутствие речевой практики, в ряде случаев сниженная психическая активность влияют на всю его речевую деятельность.

Дисграфические ошибки, которые наблюдаются в письменных работах детей с расщелинами нёба, разнообразны.

Специфическими для ринолалии являются замены *п, б,* на *м, т, д* на *н* и обратные замены к — *д, т, м* — *б, п,* обусловленные отсутствием фонологического противопоставления соответствующих звуков в устной речи. Например: *придет* — «принет», *дал* — «нал», *ландыш* — «ланныш», «ладныш», *огненные* — «огнедные» и т. д.

Выявляются пропуски, замены, употребление лишних гласных: «в сенем» — *в синем,* «крельца» — *крыльца,* «грибими» — *грибами,* «гулубятня» — *голубятня,* «пршел» — *пришел.*

Распространены замены и смешения шипящих-свистящих «зелезо» — *железо,* «закрузились» — *закружились.*

Отмечаются трудности употребления аффрикат. Звук ч на письме заменяется *ш, с* или *ж; щ* на ч: «прящутся» — *прячутся,* «шулан» — *чулан,* «шитала» — *читала,* «серез» — *через.*

Звук *ц* заменяется на с: «скворес» — *скворец.*

Характерны смешения звонких и глухих согласных: «изправь» — *исправь,* «в портвеле» — *в портфеле.*

Нередки ошибки на пропуск одной буквы из стечения: «расвел» — *расцвел,* «конату» — *комнату.*

Звук *л* заменяется *р, р* на л: «проварился» — *провалился,* «подпрыла» — *подплыла.*

Степень нарушения письма зависит от ряда факторов: глубины дефекта артикуляционного аппарата, особенностей личности и компенсаторных возможностей ребенка, характера и сроков логопедического воздействия, влияния речевой среды.

Необходимо проводить специальную работу, включающую развитие фонематического восприятия с одновременным воздействием на произносительную сторону речи.

Коррекция нарушений речи у детей с ринолалией осуществляется дифференцированно в зависимости от возраста, состояния периферического отдела артикуляционного аппарата и от особенностей речевого развития в целом.

Основным дифференцирующим показателем для определения детей в логопедические учреждения является развитие речевых процессов. Детям дошкольного возраста с нарушением фонетической стороны речи оказывается логопедическая помощь амбулаторно в детской поликлинике или в стационаре (в послеоперационный период). Дети, имеющие недоразвитие других речевых процессов зачисляются в специальные детские сады в группы для детей с фонетико-фонематическим или общим речевым недоразвитием.

Дети школьного возраста, имеющие выраженные нарушения фонематического восприятия, получают помощь на логопедических пунктах при общеобразовательных школах. Однако они составляют специфическую группу из-за выраженности и стойкости первичного дефекта и тяжести нарушения письма. Поэтому часто коррекционное воздействие в условиях специальных школ оказывается для них более эффективным.

Для детей школьного возраста с ринолалией, имеющих общее недоразвитие речи, характерна недостаточность в развитии лексики и грамматического строя. Обусловленность ее различна: сужение социальных и речевых контактов детей из-за грубого дефекта звуковой речи, позднее ее начало, осложненность основного дефекта проявлениями дизартрии или алалии.

Речевые ошибки отражают низкий уровень усвоения языковых закономерностей, нарушение лексической и синтаксической сочетаемости, нарушение норм литературного языка. Они обусловлены прежде всего малым объемом речевой практики. Словарь детей недостаточно точный по употреблению, с ограниченным количеством слов, обозначающих отвлеченные и обобщенные понятия. Этим объясняется стереотипность их речи, замены близких по значению слов.

В письменной речи типичными являются случаи неправильного употребления предлогов, союзов, частиц, ошибки в падежных окончаниях, т. е. проявления аграмматизма в письме. Распространенными оказываются замены и пропуски предлогов, слияние предлогов с существительными и местоимениями, неправильное членение предложений.

Чтение также отражает несформированность устной речи. Выявляется смешение элементов слов, недостаточное различение форм слова, медленный темп чтения. В разной степени страдает и понимание прочитанного на уровне недостаточного понимания значения отдельных слов; выявляются нарушения связи между фразами, между частями текста, нарушения понимания переносного смысла.

### МЕТОДИКА КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

Коррекционное обучение детей, имеющих отклонение только с фонетической стороны, ведется по следующим направлениям: активизация деятельности артикуляционного аппарата (различными приемами в зависимости от состояния врожденного дефекта); формирование артикуляции звуков; устранение назального оттенка голоса; дифференциация звуков с целью предупреждения нарушения звукового анализа; нормализация просодической стороны речи; автоматизация приобретенных навыков в свободном речевом общении.

Коррекционное обучение детей, имеющих фонетико-фонематическое недоразвитие, включает перечисленные выше направления, а также систематические упражнения по коррекции фонематического восприятия, формированию морфологических обобщений, преодолению дисграфии.

Коррекционное обучение детей с общим недоразвитием речи направлено на формирование полноценной фонетической стороны речи, развитие фонематических представлений, овладение морфологическими и синтаксическими обобщениями, развитие связной речи. Все это можно осуществить в условиях специальной школы для детей с тяжелыми нарушениями речи.

В отечественной логопедии разработаны методические приемы по устранению ринолалии (Е. Ф. Pay, 1933; Ф. A. Pay, 1933; 3. Г. Нелюбова, 1938; В. В. Куколь, 1941; А. Г. Ипполитова, 1955, 1963; 3. А. Репина, 1970; И. И. Ермакова, 1984; Г. В. Чиркина, 1987; Волосовец Т. В. 1995).

Большую значимость имеет 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. Ипполитовой включает следующие разделы:

1. Формирование речевого дыхания при дифференциации вдоха и выдоха.

2. Формирование длительного ротового выдоха при реализации артикулем 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.

Л. И. Вансовская (1977) 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.

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).

Применительно к взрослым разработана методика С. Л. Тап-таповой (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 голо-сообразования 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.

Устранение нарушений звуковой стороны речи базируется на тщательном **логопедическом обследовании детей.**

Устанавливаются наличие и степень нёбно-глоточной недостаточности, рубцовые изменения твердого и мягкого нёба, его длина; характер контакта с задней стенкой глотки (пассивный, активный, функциональный); зубочелюстные аномалии, особенности моторики артикуляционного аппарата; наличие компенсаторных мимических движений.

Эффективность логопедической работы находится в тесной связи с анатомическим и функциональным состоянием речевого аппарата. Большое значение придается также психофизическому состоянию ребенка, его поведению и личности в целом.

Система коррекционной работы по развитию фонетически правильной речи включает следующие разделы: развитие движений мягкого нёба, устранение назального оттенка, постановка звуков и развитие фонематического восприятия.

Содержание первого раздела меняется в зависимости от того, оперирован или нет ребенок. Если операция произведена, то большое внимание уделяется массажу мягкого нёба для сглаживания и большей эластичности послеоперационного рубца.

Для массажа используется зонд для звука *с,* (см. рис. 8, № 2), который осторожно двигается вперед-назад по твердому нёбу. При поглаживании и растирании слизистой оболочки на границе твердого и мягкого нёба в поперечном направлении возникает рефлекторное сокращение мышц глотки и мягкого нёба. Также эффективен массаж при произнесении звука *а* — в это время производится легкий нажим на мягкое нёбо. Полезно производить точечный и толчкообразный массаж пальцем.

Массаж должен продолжаться 1,5—2 минуты, т. е. нужно произвести 40—60 быстрых ритмических движений по нёбу (2 раза в день в течение 6—12 месяцев за 2 часа до или после еды).

Существенной в послеоперационный период является работа по активизации мягкого нёба. Для этого применяют следующие упражнения.

**Гимнастика для нёба.**

Глотание воды маленькими порциями, что вызывает наиболее высокое поднятие мягкого нёба. При следующих друг за другом глотательных движениях удлиняется время удержания мягкого нёба в поднятом положении. Детям предлагается полить из маленького стаканчика или пузырька. Можно капать на язык из пипетки по нескольку капель воды.

Позевывание при открытом рте; имитация позевывания.

Полоскание горла теплой водой маленькими порциями.

Покашливание, которое вызывает энергичное сокращение мышц валика Пассавана (на задней стенке глотки). Валик Пассавана может увеличиваться до 4—5 мм и в значительной степени возмещает нёбно-глоточную недостаточность. При покашливании происходит полный затвор между носовой и ротовой полостью. Активные движения нёба и задней стенки глотки могут ощущаться детьми (рука прикасается к мышцам шеи под подбородком и «чувствует» подъем нёба).

Произвольное покашливание производится два-три раза или больше на одном выдохе. В это время сохраняется контакт нёба с задней стенкой глотки, а воздушный поток направляется через ротовую полость. Первое время рекомендуется производить покашливание с высунутым языком. Затем — покашливание с произвольными паузами, во время которых от ребенка требуют сохранить контакт нёба с задней стенкой глотки. Постепенно ребенок приучается активно поднимать его и направлять воздушную струю через рот.

Производится четкое энергичное утрированное произнесение гласных звуков (на твердой атаке) высоким тоном голоса. При этом увеличивается резонанс в ротовой полости и уменьшается носовой оттенок.

Перечисленные упражнения дают положительные результаты в дооперационном периоде и после операции. Систематическое их проведение в течение длительного времени в до-операционный период подготавливает ребенка к операциям и сокращает сроки последующей коррекционной работы.

Работа над дыханием является необходимой для воспитания правильной звуковой речи. У детей с ринолалией очень короткий неэкономный выход, расходующийся через рот и носовые ходы. Для воспитания направленной ротовой воздушной струи используются следующие упражнения: вдох и выдох носом; вдох носом, выдох ртом; вдох ртом, выдох носом; вдох и выдох ртом.

При систематическом выполнении этих упражнений ребенок начинает ощущать разницу в изменении фонации и учится правильно направлять выдыхаемый воздух. Это способствует также воспитанию правильных кинестетических ощущений движения мягкого нёба.

При выполнении упражнений важно постоянно контролировать ребенка, так как ему трудно ощутить утечку воздуха через носовые ходы. Используются различные приемы контроля: приставляется к носовым ходам зеркало, ватка, полоска тонкой бумаги и т. п.

Воспитанию правильной воздушной струи способствуют упражнения с дутьем на ватку, на полоску бумаги, на бумажные игрушки и т. п.

Более трудным и не всегда оправданным упражнением является игра на детских духовых инструментах. Подобные упражнения необходимо чередовать с более легкими, так как они вызывают быстрое утомление.

### ЗАКРЫТАЯ РИНОЛАЛИЯ

**Закрытая ринолалия** образуется при пониженном физиологическом носовом резонансе во время произнесения звуков речи. Самый сильный резонанс у носовых *м, м, н, н.* При нормальном их произнесении носоглоточный затвор остается открытым и воздух проникает прямо в носовую полость. Если для назальных звуков носовой резонанс отсутствует, они звучат как ротовые *б, б, д, д.* В речи исчезает противопоставление звуков по признаку назальный-неназальный, что влияет на ее разборчивость. Меняется также звучание гласных звуков из-за заглушения отдельных тонов в носоглоточной и носовой полостях. При этом гласные звуки приобретают в речи неестественный оттенок.

Причина закрытой формы — чаще всего органические изменения в носовом пространстве или функциональные расстройства нёбо-глоточного смыкания. Органические изменения вызываются болезненными явлениями, в результате которых затрудняется носовое дыхание.

М. Зееман различает **два вида** закрытой ринолалии (ринофонии): **переднюю закрытую** — при непроходимости носовых полостей и **заднюю закрытую** — при уменьшении носоглоточной полости.

**Передняя закрытая ринолалия** наблюдается при хронической гипертрофии слизистой носа, главным образом, задних нижних раковин; при полипах в носовой полости; при искривлении перегородки носа и при опухолях носовой полости.

**Задняя закрытая ринолалия** *у* детей может быть следствием аденоидных разрастаний, реже носоглоточных полипов, фибромы или иных носоглоточных опухолей.

**Функциональная закрытая ринолалия** наблюдается у детей часто, но не всегда правильно распознается. Она возникает при хорошей проходимости носовой полости и ненарушенном носовом дыхании. Однако тембр назальных и гласных звуков при этом может быть нарушен сильнее, чем при органических формах.

Мягкое нёбо при фонации и при произношении назальных звуков сильно поднимается и закрывается доступ звуковым волнам к носоглотке. Это явление чаще наблюдается при невротических расстройствах у детей.

При **органической закрытой ринолалии** прежде всего должны быть устранены причины непроходимости носовой полости. Как только наступает правильное носовое дыхание, исчезает и дефект. Если же после устранения непроходимости (например, после аденотомии) ринолалия продолжает проявляться, прибегают к таким же упражнениям, как при функциональных нарушениях.

Эффективность логопедической работы по устранению ринолалии зависит от состояния носоглотки, функции uvula, от возраста ребенка. Важным фактором является и способность ребенка различать назальный тембр голоса от нормального. На начальном этапе занятий рекомендуются дыхательные упражнения, цель которых состоит в дифференциации носового и ротового вдоха и выдоха. Это достигается сначала упражнениями с дутьем, а затем чередованием краткого и длительного носового выдоха. Одновременно осуществляется активизация мышц мягкого нёба и задней стенки глотки. Следующим этапом является работа над дифференциацией ротового и носового выдохов. Это подготавливает возможность постановки и автоматизации назальных звуков: губно-губного смычного *м* и переднеязычного смычного к.

Детей обучают протяжному утрированному произнесению, чтобы ощущалась сильная вибрация на крыльях и основании носа. Таким же образом упражняют гласные перед назальными звуками *(ам, ом, ум, ан).* При произнесении этих звуков и слогов мягкое нёбо пассивно, логопед контролирует движение губ (при *м)* или языка (при к) в силу носового выдоха. После этого назальные звуки закрепляются в словах. Их необходимо произносить усиленно и протяжно, с сильным носовым резонансом. Для коррекции дефекта детям школьного возраста можно вводить тонкую резиновую трубку в носовой ход, другой ее конец — в наружный слуховой канал, чтобы ребенок «слышал носом» и сам контролировал голосовые вибрации при образовании носовых звуков. Заключительным этапом является работа над звучностью гласных звуков и над противопоставлением звуков по признаку назальностьненазальность (п., *б* — *м; д* — *н).*

### СМЕШАННАЯ РИНОЛАЛИЯ

Некоторые авторы (М. Зееман, А. Митронович-Моджеевска) выделяют смешанную ринолалию — состояние речи, характеризующееся пониженным носовым резонансом при произнесении носовых звуков и наличием назального тембра (назализованного голоса). Причиной является сочетание непроходимости носа и недостаточность нёбо-глоточного контакта функционального и органического происхождения.

Наиболее типичными являются сочетания укороченного мягкого нёба, подслизистого его расщепления и аденоидных разрастаний, которые в таких случаях служат препятствием для утечки воздуха через носовые ходы во время произнесения оральных звуков.

Состояние речи может ухудшиться после аденотомии, так как возникает нёбно-глоточная недостаточность и проявляются признаки открытой ринолалии. В связи с этим логопеду следует тщательно обследовать строение и функцию мягкого нёба, установить, какая форма ринолалии (открытая или закрытая) сильнее нарушает тембр речи, совместно с врачом обсудить необходимость устранения носовой непроходимости и предупредить родителей о возможности ухудшения тембра голоса. После операции используются приемы коррекции, разработанные применительно к открытой ринолалии.

### Выводы и проблемы

Устранение патологической назализации голоса при ринолалии, несмотря на многообразие применяемых приемов, представляют известную трудность. Определяется она в первую очередь тяжестью дефекта и характером хирургического вмешательства, которое не всегда достигает хорошего анатомического и функционального эффекта. Восстановление тембра осложняется тем, что при врожденных расщелинах твердого и мягкого нёба страдает механизм голосообразования, так как иннервация мягкого нёба влияет на функцию голосовых складок. Коррекционная работа требует воздействия на всю систему голоса и речеобразования. Патофизиологические исследования, выявляющие особенности дыхания, фонации и артикуляции у данного контингента, расширяют представление о структуре дефекта и позволяют выбирать более обоснованные и целенаправленные методы логопедической работы. Особенно важными являются ранние профилактические и комплексные коррекционные мероприятия, которые могут ослабить развитие дефекта и способствовать скорейшей социальной реабилитации лиц с врожденными аномалиями нёба.