Гомзикова Ирина Николаевна

учитель-логопед

МКДОУ детский сад №73

г. Тверь **Ринолалия. Логопедическая работа в дооперационный период.**

Врожденные расщелины нёба являются одним из распространенных пороков развития лица и челюстей. Причинами его могут быть самые разные экзогенные и эндогенные факторы, воздействующие на плод на раннем этапе его развития до 7-9 недель.

Врожденные расщелины отрицательно влияют на формирование детского организма и развитие высших психических функций. Больные находят своеобразные пути компенсации дефекта, в результате чего формируется неправильная взаимосвязь мышц артикуляционного аппарата. Это – нарушение фонетического обрамления речи, и выступает в структуре дефекта как ведущее расстройство, что влечет за собой ряд вторичных нарушений в речи и психическом статусе. Тем не менее, у этой группы больных имеются большие приспособленческие и компенсаторные возможности для реабилитации нарушенных функций.

Наличие врожденных расщелин глубоко отражается на всем развитии ребенка: это дети болезненные, соматически ослабленные, у них часто отмечается снижение слуха.

Речевой дефект ринолалика с самого рождения обусловлен рядом причин. В первую очередь обеспечение жизненно важных функций дыхания и питания приводит к специфическому положению языка (с чрезмерно поднятым корнем), что ведет к нарушению его функциональных возможностей с одной стороны, и к дефектной компенсации нарушения – с другой стороны (во время речи в артикуляцию вовлекаются мышцы лба, лица, возникают многообразные синкинезии).

В России разработкой методологических приемов по ринолалии занимались Елена Фёдоровна Рау,1933г., Фёдор Андреевич Рау, 1933г.,Зинаида Геннадьевна Нелюбова 1938г., Анастасия Гавриловна Ипполитова, 1955г., 1963, 1977г., Ирина Игоревна Ермакова, 1980г, 1984.

Л.И. Вансовская предложила начинать устранение назализации с передних гласных «и, э», т.к. 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 звука и стенки глотки, и мягкое небо участвует более активно.

От ребенка требуется произнесение звуков негромким голосом с несколько выдвинутой вперед челюстью, с полуулыбкой, с усиленным напряжением мягкого неба и глоточных мышц. После устранения назализации гласных проводиться работа над сонорами «л, р», затем щелевыми и смычными согласными.

Большую значимость имеет система, разработанная Анастасией Гавриловной Ипполитовой, которая одна из первых рекомендовала начинать занятия в дооперационном периоде. Характерным для её методики является сочетание дыхательных и артикуляционных упражнений, соблюдение определенной последовательности отработки звуков, обусловленная артикуляционной взаимосвязанностью.

Последовательность работы над звуками определяется подготовленностью артикуляционной базы языка. Наличие полноценных звуков одной группы является производным 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 ребёнка. Своеобразие методики в том – при вызывании звука первоначальное внимании направлено только на артикулему.

Содержание логопедических занятий по методике А. Г. Ипполитовой включает следующие разделы:

1. Формирование речевого дыхания при дифференциации видов 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 фонем и аффрикат.

4. Постановку мягких звуков.

В логопедической практике широкое распространение получила методика

Ермаковой Ирины Игоревны, которая разработала поэтапную методику коррекции звукопроизношения и голоса. Ею установлены возрастные особенности функциональных расстройств голосообразования у детей с врожденными расщелинами и применительно к ним модифицировала ортофонические упражнения.

И. И. Ермакова считает, что рано начатое логопедическое воздействие снижает процент дегенеративных изменений в мышцах глотки.

Ранняя работа по исправлению речи до операции направлена на укрепление и тренировку артикуляции моторики (ослабление напряженного состояния корня языка и приближении кончика языка к нижним резцам), освобождению лица от гримас, создание навыков направленной артикуляции звуков.

Основная цель дооперационных занятий с детьми - не допустить закрепления компенсаторных патологических привычек и создать базу для развития нормальной речи. В этот период необходимо:

1. Подготовить небную занавеску к небно-глоточному смыканию после операции, по возможности предотвратить дистрофию мышц глотки.

2. Выработать направленную воздушную струю и затормозить ключичный тип дыхания.

3. Укрепить мускулатуру гортани.

4. Создать предпосылки для правильного звукопроизношения, развивая оральный праксис и перемещая язык в полости рта вперед. (опустить корень языка, укрепить кончик, активировать губы и щеки, затормозить неэкономный ускоренный речевой выдох, выработать направленную воздушную струю).

5. Дифференцировать слуховое восприятие фонем.

Если продолжительность дооперационного этапа позволяет, то необходимо приступить к постановке правильных артикуляционных укладов согласных звуков.

В первую очередь проводится работа по активизации небно – глоточного затвора:

сегментов нёба и мышц глотки.

Речь развивается с возрастом при постоянном слуховом контроле. Расщеплённое же мягкое нёбо не может образовать достаточно плотного смыкания со стенкой глотки и не влияет на образование фонем. Предварительная подготовка сегментов небной занавески к участию в небно-глоточном смыкании сокращает сроки растормаживания неба и позволяет увеличить его подвижность после операции.

Наиболее физиологичным представляется воспитание смыкания при фонации. При ней легче вырабатывается условно-рефлекторная связь между ощущением подъема небной занавески и звукообразованием за счет участия речедвигательного, речеслухового и кинестетического анализаторов. Ребенок одновременно ощущает подъем сегментов неба, произносит звук и слышит его измененное, улучшенное по сравнению с обычным звучание.

Упражнение с гласными «а, э» вводят на первом же занятии.

Широко открыв рот, ребенок повторяет их за логопедом. Произносить звук надо мягко, не на твердой атаке, язык придвинут к зубам. Если язык оттягивается к глотке, то упражнять в выкладывании его на нижнюю губу, а потом дотрагиваться кончиком языка до нижних резцов, постепенно удерживая его в нужном положении. Начинают с 2-3-кратного повторения ааа, эээ, но через 4-5 занятий переходят к слитному и несколько растянутому произнесению сочетаний ааээ – ээаа так же по 2-3 раза подряд 6-8 раз в день.

- длительное произнесение: ааа или эээ

- двукратное произнесение ааээ - ээаа

- трехкратное произнесение ааа- эээ

через 4-5 занятий переходить к слитному и несколько растянутому произнесению сочетаний ааээээаа

Упражнение повторять 2-3 раза подряд 6-8 раз в день. Вначале сегменты неба могут оставаться почти неподвижными, наблюдается лишь легкое их подрагивание. Но при регулярных тренировках они начинают подниматься, несколько расходясь при этом в стороны. Расстояние, на которое могут раздвинуться сегменты небной занавески, зависит от тяжести дефекта. Подвижность сегментов неба контролируют визуально. Если наблюдению мешает гипертрофированный корень языка, ребенку нужно высунуть его, а логопеду шпателем слегка прижать книзу.

Развитию дистрофического процесса в мышцах глотки препятствует повышенная нагрузка. Она увеличивает их объем и двигательную активность мышц. Особенно важны подобные тренировки при подготовке к ношению функционального глоточного обтуратора или операции нёбно – глоточным клапаном, когда носовая полость изолируется исключительно мышцами глотки. Для этого используется имитация глоточного рефлекса и позевывания. Оба упражнения повторяют по подражанию 3 раза подряд 6-8 раз в день.

Если ребенку не удается воспроизвести глоточный рефлекс, то логопед вызывает его прикосновением шпателя к задней стенке глотки или корню языка. В домашних условиях это делают родители ручкой чайной ложки. Скоро дети самостоятельно имитируют глоточный рефлекс. Возможна так же имитация свиста с зажатыми крыльями носа. При свисте сокращение мышц глотки наиболее близко к речевой. Эти упражнения делают регулярно вплоть до операции.

Ограничение видов упражнений объясняется склонностью к глоточным артикуляциям при ринолалии. Выраженная подвижность мышц глотки при отсутствии нёба может стимулировать образование смыканий с корнем языка и тормозить переднеязычные артикуляции, т. е. способствовать развитию патологического звукообразования.

Выработать направленную воздушную струю и затормозить ключичный тип дыхания.

Коррекция дыхания до операции предусматривает выработку способности чётко выдуть воздух слегка напряженными губами и удлинение выдоха.

Начинаются упражнения с обучения направленному дутью, поскольку дети с расщелинами не владеют направленной воздушной струёй и воздух при выдохе утекает в нос. В дальнейшем направленный воздушный поток обеспечит достаточное внутриротовое давление воздуха для образования согласных звуков.

При замене дутья усиленным глоточным выдохом при открытом рте нужное движение вызывают от имитации «поплёвывания»: ребенок слегка высовывает кончик языка между зубами, а затем старается выплюнуть его. Язык при этом подвинут вперед, а кончик его высунут минимально, что вынуждает сильнее напрягать губы и способствует выработке более тонких движений. На первых занятиях можно пальцами зажать крылья носа. Упражнение повторяют 6-8 раз подряд 3-4 раза в день.

Замедляя и продлевая «поплёвывание», получают лёгкое дутьё и переходят к широкоизвестным упражнениям с комочком ваты, полосками бумаги, пухом и т. п. Показ.

Главная цель в этот период – получение пусть слабой, но сознательно направленной воздушной струи для постановки звуков и воспитания диафрагмально-реберного типа дыхания.

Вначале ребенок, лежа на кушетке, учится вдыхать через нос «полный живот» воздуха и плавно, долго выдыхать его через рот холодной струей. При этом: одна ладонь лежит на груди, вторая – на животе. Упражнение повторяют 3 раза в день, начиная с 3 дыхательных циклов и увеличивая нагрузку до 10-15 в один приём.

2. То же самое, но полулежа.

3. Сидя.

4. Стоя.

5. В движении (различные комплексы физических и дыхательных упражнений).

Укрепить мускулатуру гортани помогут следующие упражнения:

**«Лошадка»**

Поцокайте языком быстро и громко в течение 10-30 сек.

**«Ворона»**

Произнесите «Ка – аа – аа – ар». Смотрите при этом в зеркало. Постарайтесь как можно выше поднять мягкое нёбо и маленький язычок. Повторите 6-8 раз. Попробуйте повторить это беззвучно.

**«Колечко»**

Напряженно скользя кончиком языка по нёбу, старайтесь дотянуться до маленького язычка. Делайте это с закрытым ртом. Повторите несколько раз.

**«Зевота»**

Зевоту легко вызвать искусственно. Вот и вызовите несколько раз подряд в качестве гимнастики для горла. Зевайте с закрытым ртом, как бы скрывая зевоту от окружающих.

**«Трубочка»**

Вытяните губы трубочкой. Повращайте ими по часовой стрелке и против часовой стрелки, потянитесь губами до носа, потом – до подбородка. Повторите 6-8 раз.

**«Смех»**

Во время смеха положите ладонь на горло, прочувствуйте, как напряжены мышцы. Подобное напряжение можно ощутить при выполнении всех предыдущих упражнений.

Создать предпосылки для правильного звукопроизношения, развивая оральный праксис и перемещая язык в полости рта вперед. (опустить корень языка,укрепить кончик,активировать губы и щеки, затормозить неэкономный ускоренный речевой выдох, выработать направленную воздушную струю).

Постановка гласных звуков начинается с а и э, которые к этому времени достаточно отработаны артикуляционными упражнениями, далее переходят к гласным о, и, у, ы. Когда ребенок научится протяжно произносить изолированные гласные, можно переходить к напевному, слитному произнесению сочетаний из двух гласных звуков:

аэ, ао, ау; эа, эо, эу; оа, оэ, оу.

- затем из трех гласных: аоа, аэа, ауа; эаэ, эао, эау; оаэ, оао, оау

До операции вокальные упражнения стимулируют подъем сегментов мягкого неба, подвижность задней стенки глотки, удлиняют выдох. Вокальные упражнения сводятся к пению гласных.

Еще до операции необходимо готовить артикуляционный аппарат к правильному звукообразованию. Это позволит затратить минимальное количество времени на коррекцию звуков после уранопластики и предотвратить приспособление дефектных навыков к новым условиям. Процесс активизации артикуляционного аппарата занимает длительное время и включает тренировку подвижности губ и щек, смещение вперед языка, укрепление его кончика и опускание его корня. Изменение положения языка в полости рта влияет на искажение речи больше, чем недостаточность небно-глоточного смыкания. Перемещение языка вперед создает условия постановки правильной артикуляции, понижения носового оттенка голоса, нормализации фонационного дыхания, уменьшения глоточных смыканий. Поэтому данному разделу необходимо уделять пристальное внимание. Разъясняя любое упражнение, обязательно уточняют позицию языка и следят за его положением, назначают ряд специальных артикуляционных упражнений (артикуляционная гимнастика, массаж).

Все упражнения выполняют под счет, перед зеркалом 3-4 раза в день по 5 минут.

Поскольку кинестезии у лиц с врожденными расщелинами снижены, одновременно работают не более чем над тремя видами упражнений, т. к. при большей нагрузке дети могут путать задания или выполнять их неточно. Упражнения артикуляционной гимнастики должны быть отобраны с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка и носить строго направленный характер. Рекомендуется избегать быстрых, резких артикуляционных движений.

**Упражнения для языка и щек:**

1. Артикуляционная гимнастика – высовывать, убирать, поднимать, опускать, двигать вправо – влево, расслаблять «блинчиком», напрягать «жалом», максимально опираясь на непроизвольные движения.

2. Дотягиваться языком до носа, до подбородка.

3. Облизывание намазанных сладким губ (каждую отдельно и по кругу).

4. Поглаживание щек изнутри, упираясь языком в слизистую оболочку.

5. Покусывание языка по всей поверхности, постепенно высовывая его и втягивая.

6. Пошлепывание кончика языка шпателем (расслабление языка)

7. Вылизывание тарелок и выпуклой стороны столовых ложек всей поверхностью кончика языка.

8. Слизывание капель с вогнутой поверхности ложки (размер ложки последовательно уменьшают от столовой до ложечки для горчицы – формирование более тонких и точных движений).

9. Почесывание кончика языка о верхние резцы; пересчитывание зубов, упираясь в каждый.

10. Поглаживание щек, надавливая с силой на внутреннюю сторону; тщательное обведение по кругу предверия полости рта.

11. Катание (если позволяет строение неба) круглой конфетки, прижимая ее кончиком языка к альвеолам.

**Упражнения для губ:**

1. Поднимание и опускание верхней губы – ребенок закусывает нижнюю губу, а затем под счет поднимает и опускает верхнюю 5-6 раз подряд (другие органы лица не двигаются).

2. Несмыкающиеся, вялые губы – удерживание кусочка сухаря, сахара, леденца (чем меньше, круглее и глаже кусочек, тем плотнее смыкаются губы), следить, чтобы губы не вытягивались хоботком.

3. Втягивание обеих губ в рот (если верхняя губа западает, под нее подкладывают продолговатый валик и стараются навернуть губу на резцы).

Следующим шагом в подготовке к исправлению звукопроизношения является воспитание фонематического слуха. Трудности, возникающие при этом, связаны с тем, что дети с ринолалией говорят плохо, но считают себя нормально говорящими. При этом они целые группы фонем образуют одной и той же патологической артикуляцией и их речеслуховой анализатор не в состоянии дифференцировать звучание таких одинаковых согласных. Поэтому приходится решать две задачи:

1. Научить различать звуки речи окружающих.

2. Дифференцированно воспринимать собственное произношение.

На первом этапе дети учатся:

1. выделять звуки из ряда изолированных;

2. определять наличие изучаемого звука в слове;

3. определять место звука в слове;

4. отличать правильный звук от искаженного (в частности, ротовой от носового);

5. определять правильность произношения изучаемого звука в словах.

В упражнениях акустического дифференцирования следует идти постепенно от простого к сложному, от неречевых звуков к речевым.

Детям младше 5 лет предлагают задания на распознавание звучащих инструментов, предметов (связка ключей, монеты в коробке, погремушка, шелест листьев, шуршание бумаги), распознавание действий (хлопанье, скрип, стучание, тиканье часов, журчание воды), голосовых звукоподражаний (имитирование крика вороны, лай, хрюканье), мелодий (угадай, что играют; на чем играют) и др.

Детей старше пяти лет сразу знакомят с понятием «речевой звук».

Дифференцированное восприятие назализованных и «чистых» звуков.

Отличать правильное звучание от искаженного дети учатся, слушая логопеда. В процессе работы над гласными звуками многократно демонстрируют разницу речевого звука при опущенном мягком небе и сжатых крыльях носа, увеличивающих степень ринофонии. И «чистых» гласных звуков при ротовом произнесении с напряженным небом. Постепенно формируются слухоречевые возможности, фонематическое восприятие и фонематические представления детей, развиваются такие функции психической деятельности, как произвольное внимание, восприятие, мышление, память. Не следует забывать, что усвоение правильной речи, закладка ее эталонов осуществляется с самого раннего возраста (с 3-10 месяцев жизни) общаясь с ребенком и сосредоточив его внимание на лице говорящего, необходимо активизировать первые предречевые вокализации: гуканье, гуление, лепет практически этот процесс реализуется путем слушанья безупречно правильной речи.

Слуховое восприятие – самый первый этап приобретения речевых навыков. В это время взрослым следует придерживаться определенных законов: как можно чаще говорить негромко, но четко, внятно не спеша, с многократным повторением сказанного. В этом случае с раннего детства стимулируется и вырабатывается навык прислушивания, запоминаются звуковые модели слов. В дальнейшем и коррекцию так же проводят негромким голосом.

Требования к проведению упражнений на дифференцированное восприятие правильного и искаженного звучания:

- при проговаривании логопед закрывает губы экраном;

- произносить звуки четко, внятно;

- нельзя в дооперационном периоде анализировать слова с согласными близких акустических групп (несколько шипящих, свистящих и т. д.)

- значение слов, доступное детям;

- ответное проговаривание, если ребенок умеет правильно произносить изучаемую фонему;

- если звук не доступен для произношения, то реакция должна быть двигательной (поднятие руки, хлопок ит. д.);

- проводить упражнение в течение 7-10 минут, анализируя на одном занятии не более 3-4 слов.

В становлении правильных навыков произношения огромное значение имеет умение представить и оценить звучание собственной речи. Сделать это довольно сложно: ребенок слышит себя иначе, чем окружающие.

Исправление звукопроизношения до операции означает передвигание преграды при произношении согласных звуков в передний отдел ротовой полости, введение в бытовую речь сознательного использования органов артикуляции, воспитание связи артикуляции с фонемой, умение вычленять эту фонему в потоке речи. При этом часто приходиться довольствоваться приближенной артикуляцией, звуками – аналогами, что закономерно для развития детской речи и достаточно для формирования и развития фонематических представлений и навыков звукового анализа (например, зубно-губные «п, б», если недоступно смыкание губ, межзубные и нижние звукообразования, одноударный вибрант, приглушенные свистящие и шипящие). Хотя не удается добиться нормального звучания многих фонем, коммуникативная функция речи все же улучшается за счет повышения ее разборчив

Если не работать над звукопроизношением до операции, то ребенок после пластики неба говорит по-прежнему. Поскольку коррекция звукопроизношения длится в этом случае достаточно долго, ребёнок привыкает к ощущению разграничения носовой и ротовой полостей. Он приспособится к артикуляциям с постоянно неподвижно свисающим нёбом. Обучая его, придётся воспитывать новый сложный стереотип.

Если коррекция проводилась до операции, то после операции, несмотря на временное ухудшение после снятия повязки, в течение 2-3 недель восстанавливаются правильные артикуляции.

При наличии функционального глоточного обтуратора возможна полная нормализация фонетической стороны речи ещё до операции.

Устранение патологической назалиции голоса при ринолалии, несмотря на многообразие применяемых приемов, представляет известную трудность. Определяется она тяжестью дефекта и характером хирургического вмешательства, которое не всегда достигает хорошего анатомического и функционального эффекта. Особенно важными являются ранние профилактические и комплексные коррекционные мероприятия, которые могут ослабить развитие дефекта и способствовать скорейшей социализации лиц с врожденными аномалиями нёба.