

*** Логопедическая коррекция
ринолалии: до операционный и
после операционный период.**

План:

- 1. Определение ринолалии.**
- 2. Возможности коррекции дефекта при ринолалии.**
- 3. Комплекс симптомов при расщелинах неба.**
- 4. Дооперационный подготовительный этап.**
- 5. Послеоперационный этап.**
- 6. Заключение.**
- 7. Список литературы.**

Определение ринолалии.

Ринолалия – речевое нарушение, выражающееся в расстройстве артикуляции и фонации звуков речи. Для ринолалии характерно патологическое изменение резонирования носовой полости во время фонации.

Проявляется в патологическом изменении тембра голоса, который оказывается избыточно назализованным вследствие того, что голосовая дыхательная струя проходит при произнесении всех звуков речи в полость носа и в ней получает резонанс. Кроме этого при ринолалии наблюдается искаженное произнесение всех звуков речи. При этом дефекте часто встречаются и просодические нарушения, речь при ринолалии мало разборчива (невнятная), монотонная.

Комплекс
симптомов
при расщелинах
нёба

```
graph TD; A[Комплекс симптомов при расщелинах нёба] --> B[1. Изменение положения и активности языка.]; A --> C[2. Нарушение деятельности мышц, осуществляющих движение мягкого неба.]; A --> D[3. Изменение взаимодействия мышц всего периферического конца речедвигательного анализатора.]; A --> E[4. Тотальное нарушение звукопроизношения.];
```

1. Изменение
положения и
активности языка.

2. Нарушение
деятельности
мышц,
осуществляющих
движение мягкого
нёба.

3. Изменение
взаимодействия
мышц всего
периферического
конца рече-
двигательного
анализатора.

4. Тотальное
нарушение
звукопроизношения

- * формирование нормального звучания речи, т. е. формирование речи без носового оттенка
- * коррекция звукопроизношения

* Основная задача

* активизация здоровых отделов речевого аппарата (нижнего и среднего)

* дефектный верхний отдел в процессе логопедического воздействия должен нести наименьшую нагрузку

*** Основное условие
коррекции**

- * принцип использования физиологического дыхания, которое постепенно перевоспитывается в речевое диафрагмальное с ротовым выдохом
- * принцип избирательной артикуляционной гимнастики допускает применение дополнительных артикуляционных упражнений (не создающих непосредственно артикулем речевых звуков)

*** Основной принцип
логопедической
работы**

* развитие такого типа речевого дыхания проводится одновременно с формированием артикулем звуков речи. Такая параллельность в формировании дыхания и артикулем позволяет уже на первых занятиях получить правильные звуки речи.

- * в логопедической работе необходимо формировать правильное произношение всех звуков речи заново
- * некоторые звуки в речи могут показаться правильными по звучанию, но это впечатление обманчиво, так как общая напряженность мышц артикуляционного аппарата и неправильное положение языка не обеспечивают нормальной артикуляции. Поэтому эти кажущиеся правильными звуки нельзя использовать в логопедических занятиях
- * необходимо отказаться от всего, что он умеет произносить, и начать работу заново
- * последовательность работы над звуками при ринолалии определяется подготовленностью артикуляционной базы звуков

- * Сочетается с развитием речевого дыхания ребенка
- * В системе упражнений по развитию артикуляционного праксиса главным должно быть использование физиологического взаимодействия мышечных групп речевого аппарата, т. е. их взаимосвязанности и взаимозависимости

*** Специфика
артикуляционной
гимнастики при
ринолалии**

- * Тренируются движения, необходимые для произнесения того или иного звука, причем нужно следить, чтобы ребенок выполнял показанное движение легко, без напряжения, так как напряжение может иррадиировать на другие группы мышц речевого аппарата
- * Дополнительные артикуляционные упражнения можно применять только в строго дифференцированном плане и только в необходимых случаях
- * Все они должны быть естественными, физиологичными и выполняться ребенком без особого напряжения

- * При вызывании звука первоначально внимание ребенка направляется на его артикулему
- * не следует фиксировать внимание ребенка на звуке с привлечением слухового контроля для того, чтобы его старая привычная артикуляция не мешала закреплению вновь появившегося правильного произношения
- * Ребенок не должен знать заранее, над произношением какого звука он работает

* Специфика постановки звуков при ринолалии

- * Правильные речевые навыки закрепляются логопедом и лишь частично — родителями под руководством логопеда.
- * На первых 10—15 занятиях контроль за формированием правильных речевых навыков осуществляется только логопедом, т. е. ребенок не получает заданий на дом.

- * После того как артикуляции окажутся усвоенными, вводится буквенное обозначение звуков: речевой материал, проработанный на занятиях с логопедом, можно закреплять на самостоятельных занятиях под контролем родителей
- * После закрепления произношения отдельных звуков проводится их автоматизация в словах и фразах, которые ребенок произносит под контролем логопеда
- * Объем речи на занятиях постепенно расширяется, усложняясь до контекстной речи, и окончательные речевые навыки закрепляются в форме диалога в новых для ребенка условиях.

*** Последовательность постановки звуков при ринолалии**

создать
предпосылки для
формирования
правильной речи

*Задача

До операционный период.

Устранение речевого дефекта нужно начинать до проведения хирургического лечения и продолжать после него. Необходимо поддерживать контакт с логопедом, тщательно выполнять все рекомендации. В ряде случаев, рекомендуется неврологическое лечение, которое помогает ускорить ход коррекционного процесса, получить более качественный результат.

Первый этап

Заключается в выработке ротового выдоха во время речи. Это позволяет устранять носовой оттенок, сделать речь более разборчивой, чёткой. К этому же этапу относится постановка и автоматизация самых простых звуков: Х, В, Ф и их мягких пар, а также звука «j» (й).

Второй этап

Постановка звуков П, Б, Т, Д, К, Г и их мягких пар, а также (мягкого) Л.

Третий этап

Отрабатываются самые сложные звуки: С, З, Р и их мягкие пары, а также - Л (твёрдый), Ш, Ж, Ч, Щ, Ц.

* Подготовительный период логопедического воздействия на дооперационном этапе

1. Формирование речевого дыхания при дифференциации вдоха и выдоха через нос и рот
2. Формирование длительного ротового выдоха при реализации артикулем гласных звуков (без включения голоса) и фриктивных глухих согласных звуков

работа
ограничивается
формированием
ТОЛЬКО длительного
ротового выдоха

***Формирование
речевого дыхания**

- * определить вид физиологического дыхания ребенка, положив свою ладонь на боковую поверхность выше его талии

Два варианта

- * Если дыхание ребенка нижнереберное, логопед приспособливает свое дыхание к ритму его дыхания и начинает работу
- * Если же у ребенка верхнеключичное или грудное дыхание, следует попытаться вызвать нижнереберное дыхание по подражанию

*** Постановка
диафрагмального
(нижнереберного)
дыхания | этап**

- * можно приложить ладонь ребенка к себе на бок и проверить своей ладонью его дыхание
- * ребенок, ощущая при вдохе движение ребер логопеда и подражая ему, переключается на нижнерёберное дыхание.

* Вызывание нижнерёберного дыхания

* при закрытом рте вдох и выдох происходят через нос

* при открытом рте возможны различные сочетания вдоха и выдоха

Вдох через нос - выдох через рот

Вдох через рот - выдох через нос

Вдох через рот - выдох через рот

Вдох через нос - выдох через нос

* Дифференциации ротового и носового дыхания

Цель этих упражнений – в процессе разучивания различных видов вдоха и выдоха закрепить диафрагмальный вдох и постепенный спокойный выдох

1. Нос - рот; нос - рот; нос - нос; рот - рот.
2. Ритм речевого дыхания с паузой после вдоха

*** Последовательность**

Приучать ребенка к ощущению проходящей по слизистым оболочкам ротовой и глоточной полости направленной струи воздуха во время вдоха и выдоха

 **Важно !**

- * Направление выдыхаемой через рот струи воздуха контролируется движением ватки, положенной на гладкую поверхность бумаги или ладони или поднесенной ко рту при выдохе, чтобы ребенок мог видеть направление ее движения и корректировать это направление в соответствии с указаниями логопеда.
- * Такой выдох, ни в коем случае не отождествляемый с выдуванием, формирует направленность полного, спокойного ротового выдоха.

- * Внимание ребенка постоянно фиксируется на направлении речевого выдоха и на положении органов артикуляции при выдохе
- * Для организации правильного ротового выдоха необходимо изменить положение языка в полости рта

- * кончик языка нужно удерживать у нижних резцов, рот открывать как при позевывании
- * корень языка должен быть опущен
- * если передвижение кончика языка к нижним резцам недостаточно опускает корень языка, можно временно допустить высовывание языка между зубами или нажать на корень языка шпателем (последний применяется в крайнем случае)

*** Коррекция положения языка при ротовом выдохе**

Правильный ротовой выдох при
опущенном корне языка
полностью снимает носовой
оттенок в том или ином звуке, а
впоследствии и в речевом потоке

гимнастика
артикуляционного
аппарата на
артикулемах гласных
и согласных звуков

*** II этап работы**
Развитие орального
праксиса

- * прослеживается уклад органов произношения для каждого гласного звука.
- * особое внимание уделяется положению кончика языка, который на первых порах необходимо удерживать у нижних резцов при подготовке артикулом всех гласных звуков

- * Этот прием позволяет увеличить объем ротовой полости и тем самым обеспечить возможность для прохождения воздушной струи через рот.
- * Изменение положения губ при артикуляции гласных, благодаря мышечной взаимосвязанности, естественным путем приведет язык к правильному положению для каждого отдельного звука.

*** Механизм**

* При слабости мышц правой стороны языка следует проводить соответствующие упражнения только для укрепления и развития мышечной силы правой половины языка. Для этого ребенку предлагают языком дотронуться до зубов с левой стороны вверху и внизу, подпереть языком левую щеку, что дает нагрузку на мышцы правой стороны языка.

* **Приёмы**

- * упражнения с преодолением сопротивления.
- * Например, при правосторонней слабости языка ребенка просят высунуть язык и отвести его в левую сторону. Этому отведению логопед препятствует шпателем, чтобы увеличить нагрузку на мышцы правой стороны языка и т. д.

*** Приёмы**

* при артикуляции нужно рассказывать ребенку, где и как он должен дать то или иное напряжение мышц и научить его «послушать» это напряжение, ощупать положение органов произношения, участвующих в данной артикуляции, запомнить это положение зрительно (пользуясь зеркалом) и кинестетически. Для более четких ощущений можно помочь ребенку механически. Например, взять язык в стерильную марлевую салфетку и произвести нужный уклад языка.

* **Приёмы**

- * для языка несколько в глубь рта механическим путем выдвигаются углы рта вперед
- * при отодвигании углов рта в стороны язык приближается вперед
- * Указанные приемы используются с обязательным привлечением зрительного контроля (работа перед зеркалом)

*** Приёмы**

- * Артикулемы гласных звуков формируются в такой последовательности: [а], [э], [о], [ы], [у], [и], [я], [е], [ё], [ю]
- * заканчивает эту последовательность полугласный звук [й]
- * звуки [я], [е], [ё], [ю] формируются из сочетания й и соответствующего гласного звука ([а],[э], [о], [у])

*** Последовательность
работы над звуками в
подготовительном
периоде**

- * упражнения по развитию ротового выдоха отрабатывают на артикулемах глухих согласных звуков [ф], [с], [ш], [щ], [х]
- * работа над артикулемами гласных продолжается при шепотном их произнесении
- * всё внимание ребенка постоянно фиксируется на качестве артикулемы и направленности ротового выдоха. К звучанию внимание не привлекается

* **Согласные звуки**

Формирование согласных звуков начинается со звука ф как наиболее доступного по артикуляции. Этот артикуляционный уклад ребенок может легко рассмотреть, а логопед — проверить. Длительность произнесения этого звука, возможность намеренно удлинить его позволяют фиксировать внимание ребенка на ротовом выдохе и проконтролировать его

1. Включение голоса при длительном ротовом выдохе
2. Формирование короткого ротового выдоха при реализации взрывных согласных звуков;
3. Дифференциация короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании произношения группы сонорных звуков и аффрикат;
4. Формирование мягких звуков.

*** Основной период**

- * начинаем с озвончения согласного ф (ребенок может дифференцировать два речевых звука [ф] и [в])
- * Для определения участия голоса при произнесении звука в ребенку нужно проследить разницу в движении гортани при произнесении глухого звука [ф] и звонкого [в]
- * Для этого используется тактильно-вибрационный контроль.

*** 1-й этап**

- * Формирование короткого ротового выдоха
- * Обращаем внимание ребенка на мгновенность и порывистость выдыхаемой струи
- * Овладение этим видом выдоха проходит при формировании звуков [п], [б], [т], [д], [к], [г]

*** 2-й этап**

*3-й этап

формирование группы соноров – [л], [р], [н], [м] и аффрикат – [ц], [ч].

*4-й этап

формирование мягких звуков

1. параллельность в работе над дыханием и артикуляцией;
2. осознанный слуховой контроль ребенка за своим произнесением
3. введение буквенного обозначения изучаемых звуков, что может служить для подготовки к обучению грамоте
4. автоматизация и дифференциация звуков в различных условиях (слог, слово, предложения, текст);
5. предупреждение дисграфий

*** Особенности работы в
дооперационный
период**

После операционный период.

* Послеоперационный этап длится две-три недели, но важность его велика. Именно на II этапе, после пластической операции, обеспечивается анатомо-физиологическая база нормальной речи. Главной целью логопедических занятий становится развитие полноценного нёбно-глоточного смыкания. Только в первые недели после пластической операции может быть растянута нёбная занавеска и развита максимальная ее подвижность. Включение только что сформированного нёба в фонацию значительно облегчает и убыстряет введение навыка ротового резонанса гласных в спонтанную речь. Происходит как бы «опознание» ребенком функции нёбной занавески, и новый орган обретает свое целевое предназначение.

Этапы после операционных периодов:

1. Послеоперационный этап. Постановка гласных звуков.

Устранение избыточного носового резонанса

2. Этап коррекции звукопроизношения, координации дыхания, фонации и артикуляции.

3. Этап полной автоматизации новых навыков.

4. Гимнастика для нёба.

5 Гимнастика для губ и щек.

6 Гимнастика для языка.



Активизация небно-глоточного смыкания и растормаживание мягкого неба, коррекция дыхания, голоса, гласных звуков.

- * К коррекционно-педагогической работе на этом этапе приступают на 15-20 сутки после операции. В этот период из-за длительного режима молчания и охранительного торможения речь ухудшается. Мягкое небо бывает отечным, практически неподвижным, чувствительность его отсутствует, а некоторые движения причиняют боль.
- * Назализация усиливается, поэтому важно формирование подвижности мягкого неба. Через полгода после пластики процессе рубцевания заканчивается, что необратимо уменьшает эффективность упражнений для мягкого неба. Поэтому в первые месяцы после операции логопедические занятия должны проводиться регулярно – 3 раза в неделю и ежедневно дома с ребенком должны заниматься родители.

Рекомендуются следующие упражнения:

Вокальные
упражнения

Сухое
проглатывание

Массаж мягкого
неба

Произнесение гласных
«а, э»

Логопедический массаж мягкого нёба при коррекции ринолалии
(послеоперационный период)

Разминание рубцовой ткани производится по следующей схеме:

Поглаживающие движения по линии шва вперед-назад до границы
твёрдого и мягкого нёба

Поглаживающие движения по линии шва вправо-влево - вдоль границы
твёрдого и мягкого нёба.

Чередование поглаживающих движений с надавливающими по
вышеуказанным направлениям

Легкое надавливание на мягкое нёбо при произнесении звука а. Рот
широко открыт.

Оптимальное время проведения массажа – за некоторое время до еды.

Выполняется массаж большим или указательным пальцем правой руки

На начальном этапе массажные движения должны быть очень лёгкими и
щадящими

Массаж мягкого нёба необходимо сочетать с гимнастикой мягкого нёба
(глотательные движения, позевывания, полоскания рта и т. д.)

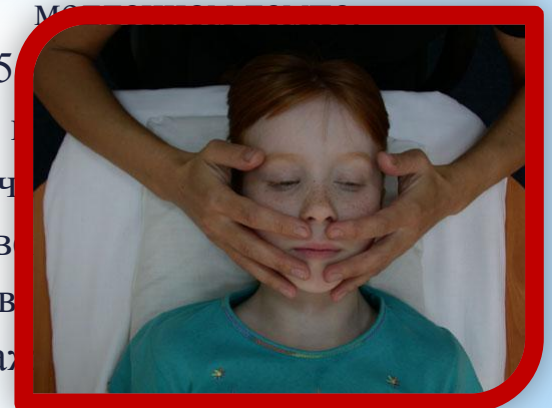


Массаж мягкого неба

Разминание рубцов вызывает прилив крови в области раневой поверхности, что улучшает питание тканей. Производится поглаживание неба по всей поверхности подушечкой большого пальца в направлении от альвеол к краю мягкого неба по средней линии, затем правее и левее от нее. При этом, как только палец коснется мягкого неба, вызывается рвотный рефлекс, в результате которого резко сужается глоточное кольцо. Постепенно язык начинает занимать плоскую позицию на дне полости рта, и рвотный рефлекс угасает.

Методика: поглаживания – 30сек.; поглаживание прерывистое и энергичное – 30 сек., при этом палец двигается рывками и ритмично по направлению к глотке; затем спиралевидное растирание – 1мин., далее интенсивные растирания и разминания в

Дозировка: у Ермаковой – начинать с 1-5 (один раз проглаживают и разминают небо) в день по 30 мин. (с интервалом в один час разминают небо по 3 раза подряд); у Вансов в день по 2 мин. В течение 6-8 месяцев произнесением во время масса



Активизация речевой моторики.

Артикуляторную гимнастику проводят дифференцировано для различных органов речевого аппарата(нижняя челюсть, губы, язык). Упражнения отработывают четко, без усилий с контролем зеркалом и с соблюдением определенного ритма



- * Если дети занимались до операции, то у них очень быстро восстанавливаются старые навыки и упражнения для усиления направленной воздушной струи их обычно не затрудняют .
- * Детям объясняют, что в речеобразовании для правильной работы дыхательного аппарата нужно иметь натренированную дыхательную мускулатуру, и предполагаемая дыхательная гимнастика поможет увеличить жизненную емкость легких, подвижность грудных и брюшных мышц, диафрагмы, разовьет интенсивность и длительность ротового выдоха.
- * Речь— это озвученный выдох. Здесь детям уместно образно представить органы дыхания и фонации, как перевернутое дерево, где листва – это легкие, а ствол – трахея, обыграть ударение в слове орган и узнать об участии бронхотрахеальной области в резонировании.

* Развитие речевого дыхания

*** Заключение**

Роль семьи в коррекции врожденных нарушений развития у детей. Среди врожденных нарушений (дефектов) развития расщелины верхней губы и неба являются достаточно распространенными - занимают второе место.

По статистическим данным Европейских стран, рождение ребенка с расщелиной губы и неба (устарелое название дефекта - “волчья пасть, заячья губа”) составляет один случай на 500-1000 новорожденных. Реакция семьи на появление на свет ребенка с таким заметным пороком развития всегда трагична и неоднозначна. Родители часто безосновательно обвиняют себя в случившемся, ищут причины в состоянии своего здоровья, недостаточном внимании к периоду беременности, расспрашивают родственников о подобных случаях. В семье возникает длительная травмирующая ситуация, преодолеть которую необходимо для того, чтобы сосредоточить усилия на активном участии в комплексном медико-логопедическом процессе нормализации физического и речевого развития ребенка.

Родители должны знать, что в подавляющем большинстве случаев при своевременной медико-логопедической помощи удастся создать все необходимые условия для полноценного физического и психического развития ребенка. При этом многими отечественными и зарубежными специалистами отмечается в качестве одного из важнейших факторов, определяющих конечный позитивный эффект коррекции, участие родителей и их стиль поведения в далеко не простой жизненной ситуации. Необходимо научиться находить определенный баланс между родительской любовью и теплотой, столь необходимой ребенку с особенностями развития, и твердостью и тактичным, но постоянным контролем за систематическим выполнением специальных логопедических упражнений для усвоения навыков правильной речи. Очень важна также и эмоциональная поддержка детей, так как данное нарушение значительно ограничивает возможности общения с окружающими, особенно на ранних этапах коррекции.

*** Очень важно, чтобы ребенок как можно раньше был проконсультирован всеми специалистами и рано прооперирован, так как в этом случае значительно уменьшается вероятность отклонений в развитии речи. В подавляющем большинстве случаев ребенок с врожденной расщелиной неба по своему психическому и интеллектуальному развитию не отличается от других детей. Тем не менее, до окончания всех реабилитационных мероприятий такой ребенок должен состоять на учете в службах соцзащиты и получать пенсию. Следует подчеркнуть, что при всех современных достижениях медицины и логопедии детям с расщелиной в дооперационный и послеоперационный период крайне необходима постоянная и грамотная помощь родителей - без излишней эмоциональности, тревожности, гиперопеки, рассчитанная на терпеливое длительное участие в реабилитационном процессе в контакте со специалистами. Коррекционные задачи имеют определенное различие в зависимости от того, произведена ли пластическая операция по закрытию расщелины или нет, хотя основные виды упражнений используются как в дооперационный, так и в послеоперационный период.**

После операции коррекционные задачи значительно усложняются.

*** Необходимо:**

- ◆ развить подвижность мягкого нёба;**
- ◆ устранить неправильный уклад органов артикуляции при произнесении звуков;**
- ◆ подготовить произношение всех звуков речи без назального оттенка (за исключением носовых звуков М и Н).**

Семья должна быть вовлечена в коррекционный процесс, поддерживать достижения детей, использовать аудиозаписи их речи, следить за выполнением заданий логопеда, оперативно оповещать о возникающих трудностях в разных аспектах их психического развития. В настоящее время во все мире активно поддерживается идея партнерства семьи и специалистов в реабилитации ребенка с врожденным дефектом развития.

Список литературы:

- * 1. Алмазова Е.С. «Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей» - М.1973г.
- * 2. Булатовская Б.Я. «Организация диспансеризации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба». В кн. «Врожденные расщелины верхней губы и неба» – М.1965г.
- * 3. Вансовская Л.И. «Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах неба» - СПб, Гиппократ. 2000г.
- * 4. Вильсон Д.К. «Нарушение голоса у детей» – М.1990г.
- * 5. Воронин Л.Г. и др.»Физиология высшей нервной деятельности и психология»: Учебное пособие.-Просвещение, 1984г.
- * 6. Герасимова А.С. и др. «Уникальная методика развития речи дошкольников» М. Олма – Пресс 2002г.
- * 7. Дубов М.Д. «Врожденные расщелины неба» – М. 1960г.
- * 8. Ермакова И.И. «Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков» /Под.ред. С.П.Таптаповой – М. Просвещение, 1984г.
- * 9. Жинкин И.И. «Механизмы речи» – М.1958г.
- * 10. Иншакова О.Б. «Альбом для логопеда» – М. Владос,2000г.
- * 11. Ипполитова А.Г. «Открытая ринолалия»
- * 12. Левина Р.Е. «Нарушение письма у детей с недоразвитием речи» – М.1961г.
- * 13. Логопедия /Под.ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской – М.Владос, 2002г.
- * 14. Максаков А.И., Тумакова Г.А. «Учите, играя: Игры и упражнения со звучащим словом» – М. Просвещение, 1983г.
- * 15. Поваляева М.А. «Справочник логопеда» – Ростов-на-Дону,2002г.
- * 16. Сапин М.Р., Брыксина З.Г. «Анатомия человека» – М. Просвещение:Владос, 1995г.
- * 17. Сереброва Н.И. «Из опыта работы с детьми –ринолаликами в послеоперационный период» – В кн. «Нарушения речи у дошкольников» – М. Просвещение, 1969г. стр.113-136.
- * 18. Смирнова Е.О. «Психология ребенка» – М. Школа – ПРЕСС,1997г.
- * 19. Фролова Л.Е. «Врожденные расщелины губы и неба» – М. 1973г.
- * 20. Хрестоматия по логопедии / Под. ред. Л.С. Волковой, А.И. Селиверстова. – М.1997г., часть 1.