

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Витебский государственный
университет имени П.М. Машерова»
Кафедра коррекционной работы

**ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ:
ВИДЫ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ
И ИХ КОРРЕКЦИЯ:
ДИСЛАЛИЯ. РИНОЛАЛИЯ**

Курс лекций

*Витебск
ВГУ имени П.М. Машерова
2021*

УДК 376.1-056.264(075.8)

ББК 74.57я73

О-75

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 1 от 27.10.2021.

Составитель: доцент кафедры коррекционной работы ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат педагогических наук **Е.А. Харитонова**

Р е ц е н з е н т :

доцент кафедры педагогики и психологии инклюзивного образования
Института инклюзивного образования УО «БГПУ имени Максима Танка»,
кандидат педагогических наук *О.А. Науменко*

О-75 Основы логопедии: виды речевых нарушений и их коррекция: Дислалия. Ринолалия : курс лекций / сост. Е.А. Харитонова. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2021. – 59 с.

В издании представлены материалы лекций по разделу «Виды речевых нарушений и их коррекция» (темы «Дислалия», «Дизартрия») дисциплины «Основы логопедии».

Материалы адресованы студентам, обучающимся по специальности «Дошкольное образование».

УДК 376.1-056.264(075.8)

ББК 74.57я73

© ВГУ имени П.М. Машерова, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Дислалия	5
Ринолалия	27

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее издание является составляющей лекционного курса учебной дисциплины «Основы логопедии» и адресовано студентам педагогического факультета, обучающимся по специальности «Дошкольное образование».

Курс лекций по темам раздела «Виды речевых нарушений и их коррекция» учебной дисциплины «Основы логопедии» представляет собой краткое, тезисное изложение учения о различных речевых нарушениях и путях их преодоления. Данный материал поможет студентам в освоении знаний по следующим темам: «Дислалия», «Ринолалия», «Дизартрия», «Нарушения голоса», «Нарушения темпа речи. Заикание», «Алалия», «Афазия», «Нарушения письменной речи».

В каждой лекции излагаются: характеристика речевого нарушения, этиология, механизмы, симптоматика, классификация, методы и приёмы логопедического обследования и воздействия. Рассмотрены современные взгляды на теоретические и практические вопросы изучения нарушений речи. Все лекции содержат список литературы, основные выводы, контрольные вопросы и задания.

Предлагаемое издание содержит лекционный материал по темам «Дислалия», «Ринолалия».

ДИСЛАЛИЯ

План лекции

1. *Определение, причины, механизм дислалии.*
2. *Формы дислалии, их характеристика.*
3. *Цель, основные задачи, принципы и этапы логопедического воздействия при дислалии.*
4. *Недостатки произношения отдельных звуков и приёмы их постановки.*
5. *Выявление нарушений звукопроизношения у детей.*

Литература:

1. Артикуляция звуков в графическом изображении: учебно-демонстрационный материал / под ред. Е. Алифановой. – М.: ГНОМ, 2011. – 48 с.
2. Введение в логопедическую специальность. Логопедическая работа по преодолению нарушений звукопроизношения / авт.-сост. Н.Ю. Григоренко, Ю.А. Покровская. – М.: ЛОГОМАГ, 2015. – 200 с.
3. Гегелия Н.А. Исправление недостатков произношения у школьников и взрослых / Н.А. Гегелия. – М.: Гуманит. издат. центр Владос, 1999. – 240 с.
4. Генинг, М.Г. Обучение дошкольников правильной речи: пособие для воспитателей детских садов / М.Г. Генинг, Н.А. Герман. – 4-е изд. – Чебоксары: Чувашское книжное издательство, 1980. – 115 с.
5. Голубева Г.Г. Коррекция нарушений фонетической стороны речи у дошкольников / Г.Г. Голубева. СПб.: Союз, 2000. – 62 с.
6. Логопедия / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ВЛАДОС, 2002. – 682 с.
7. Логопедия. Методическое наследие: пособие для логопедов и студ. дефектолог. факультетов пед. вузов / под ред. Л.С. Волковой: в 5 кн. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. I: Нарушения голоса и звукопроизводительной стороны речи: в 2 ч. – Ч. 1: Нарушения голоса. Дислалия. – 224 с.
8. Новикова, Е.В. Артикуляция звуков в графическом изображении: учебно-демонстрационный материал / Е.В. Новикова. – М.: Гном и Д, 2006. – 48 с.
9. Панов, М. В. Русская фонетика / М.В. Панов. – М.: Просвещение, 1967. – 440 с.
10. Парамонова, Л.В. Логопедия для всех / Л.В. Парамонова. – 4-е изд. – СПб.: Питер. – 416 с.
11. Рау, Е.Ф. Логопедия: пособие для учащихся пед. училищ / Е.Ф. Рау, В.А. Сиян. – М.: Просвещение, 1969. – 127 с.
12. Российская Е.Н. Произносительная сторона речи: практический курс / Е.Н. Российская, Л.П. Гаранина – М.: АРКТИ, 2003. – 104 с.
13. Филичева, Т.Б. Основы логопедии: учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелёва, Г.В. Чиркина. – М.: Просвещение, 1989. – 223 с.
14. Фомичева, М.Ф. Введение в логопедию: материалы для практического усвоения системы фонем русского языка / М.Ф. Фомичева, Е.А. Оганесян. – М.: Изд-во МПСИ, Воронеж: Изд-во НПО «Модек», 2010. – 88 с.
15. Фомичева, М.Ф. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / М.Ф. Фомичева, Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутепова и др.; под ред. Т.В. Волосовец. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. – 200 с.
16. Фомичева, М.Ф. Предупреждение нарушений звукопроизношения у детей / М.Ф. Фомичева. – М.: МПСУ, 2014. – 336 с.

17. Хватцев, М.Е. Логопедия: кн. для преподавателей и студентов высш. пед. учеб. заведений: в 2 кн. Кн. 1 / под науч. ред. Р.И. Лалаевой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2010. – 272 с.

18. Хватцев, М.Е. Логопедия: кн. для преподавателей и студентов высш. пед. учеб. заведений: в 2 кн. / под науч. ред. Р.И. Лалаевой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2010. – Кн. 2. – 294 с.

19. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: в 2 т. / под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – Ч. I. – 560 с: ил. – С. 8–119.

20. Чахоўская, Т.Л. Сучасная беларуская мова: Фанетыка. Фаналогія. Арфаэпія. Графіка. Арфаграфія: вучэб.-метад. дапаможнік / Т.Л. Чахоўская. – Мінск: БДУ, 2017. – 172 с.

21. Шевцова Б.Б. Технологии формирования интонационной стороны речи / Е.Е. Шевцова, Л.В. Забродина. – М.: АСТ: Астрель, 2009. – 222 с.

1 Определение, причины, механизм дислалии

Дислалия (от греч. *dis* – приставка, означающая частичное расстройство, и *lalio* – говорю) – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Среди нарушений произносительной стороны речи наиболее распространёнными являются *избирательные нарушения в её звуковом (фонемном) оформлении* при нормальном функционировании всех остальных операций высказывания.

Эти нарушения проявляются в *дефектах воспроизведения звуков речи: искажённом* (ненормативном) их *произнесении, заменах* одних звуков другими, *смешении* звуков и их *пропусках* (*симптоматика дислалии*).

Отсутствие звука – его полное выпадение в той или иной позиции (в начале, в середине либо в конце слова); обусловлено несформированностью правильного артикуляционного уклада. Ребёнок не может произнести звук изолированно и пропускает его в употребляемых языковых единицах (словах; предложениях и т. д). *Например*, «абота» (работа), «одка» (лодка).

Искажение звука – ненормированное произношение звука; вместо правильного звука произносится звук, которого нет в фонетической системе данного языка. *Например*, «с» – межзубный, носовой, боковой; «р» – велярный или увулярный; «л» – межзубный, двугубный, горловой, носовой, боковой. Искажение звуков обычно встречается при механической дислалии.

Замена одного звука другим, имеющимся в фонетической системе родного языка (*субституция*) – это стойкое употребление одного нормативного звука вместо другого. Звуковые замены вызваны *неразличением фонем по тонким артикуляторным или акустическим признакам*. При дислалии могут заменяться звуки, различные по *месту артикуляции* или *способу образования*, по признаку звонкости – глухости или твёрдости – мягкости. *Например*, «лыба» (рыба), «дада» (дядя).

Смешение звуков – нарушение звуковой стороны речи, выражающееся в том, что ребёнок, умея произносить те или иные звуки изолированно, в самостоятельной речи путает их (*например*, правильно использует звук «ш» в слове «шапка», но смешивает «с» и «ш» в словах «подушка», «песок» – «подуска», «пешок»). Смешение обычно касается звуков, различающихся сравнительно тонкими *акустическими или артикуляционными признаками*. В этом случае механизм дислалии связан с *незаконченностью усвоения системы фонем*.

В логопедии выделены **3 уровня неправильного звукопроизношения** (О.В. Правдина):

1-й уровень: полное неумение произнести звук или всю группу звуков;

2-й уровень: неправильное произношение звуков в речевом потоке при наличии умения правильно произносить их изолированно или в отдельных словах;

3-й уровень: недостаточное дифференцирование – смешение двух близких по звучанию или по артикуляции звуков при умении правильно произносить их изолированно.

Перечисленные *виды нарушений: замены, смешения и искажения звуков – в традиционной логопедии* рассматриваются как рядоположные. В *современных логопедических исследованиях*, опирающихся на положения лингвистики, они подразделяются на *две разноуровневые категории. Замены и смешения звуков* квалифицируются как *фонологические дефекты* (Ф.Ф. Рау), или (это то же самое) *фонематические дефекты* (Р.Е. Левина), при которых нарушена система языка. *Искажения звуков* квалифицируются как *антропофонические* (Ф.Ф. Рау), или *фонетические дефекты*, при которых нарушена *произносительная норма речи*. Такое разделение углубляет представление о *структуре речевого дефекта* и направляет внимание на поиски адекватных методов его преодоления.

Термин «дислалия» одним из первых в Европе ввёл в научное обращение профессор Вильнюсского университета врач *Иосиф Франк* (1827). Он применил его в обобщённом значении как *наименование всех видов произносительных расстройств различной этиологии*.

В дальнейшем значение термина «дислалия» менялось.

Трактовка дислалии разными авторами представлена в таблице.

Период	Автор	Значение термина «дислалия»
30-е годы XIX столетия	швейцарский врач Р. Шультесс	все речевые нарушения разделил на две группы: заикание и косноязычие. Косноязычие он обозначил термином «дислалия». Термин «дислалия» в более узком, чем И. Франк, значении: причисляет к дислалии только произносительные нарушения, обусловленные анатомическими дефектами органов артикуляции
1879 год	А. Куссмауль	называет косноязычием все недостатки речи, основанные на расстройствах в буквенном звукообразовании. А. Куссмауль различает также косноязычие врожденное и приобретённое. Последнее чаще бывает функциональным вследствие неправильного воспитания и недостаточного упражнения, но может быть и органическим. Органическое косноязычие, по его мнению, является одной из форм центрального, органически обусловленного нарушения речи
80-е годы XIX столетия	Р. Коэн	пытался дать классификацию дислалий, указывая на наличие как механических, так и функциональных дислалий. Причины последних он видел в плохом воспитании и подражании неправильному звукопроизношению
конец XIX – начало столетия	Г. Гутцман	понимание дислалии такое же, как у Р. Шультесса, А. Куссмауля
1912 год	Е.С. Боришпольский	разделил расстройства на две группы: центральные и периферические. К центральным расстройствам он относил афазии органического происхождения

		и функциональные (заикание и лепетание). К периферической группе он относил дислалии, или алалии. Среди дислалий (алалий) выделялись глухонемота, связанная с поражением уха, и косноязычие. Е.С. Боришпольский считал, что косноязычие зависит только от несовершенства артикуляционного аппарата
Начало XX столетия	польский исследователь В. Олтушевский	относил к дислалиям случаи нарушения произношения, не обусловленные анатомическими дефектами речевого аппарата. Он выделял две формы: функциональную и обусловленную снижением слуха (dislalia audiogenes). Дефекты произношения, обусловленные патологическими изменениями в артикуляционном аппарате, он обозначил термином «дисглоссия» и выделил четыре вида этого дефекта в зависимости от того, какой из артикуляционных отделов оказывается нарушенным: губную (labialis), язычную (lingualis), зубную (dentalis) и нёбную (palatalis)
30–50-е годы XX столетия	М.Е. Хватцев	рассматривал дислалию как одну из форм косноязычия (под этот обобщающий термин подводились все типы нарушения произношения). Он включал в неё звукопроизносительные нарушения, обусловленные поражением или расстройством периферических органов речи, а также нарушения звукопроизношения, обусловленные периферической тугоухостью. Он полагал, что не менее 10 % случаев дислалии обусловлены этим дефектом. М.Е. Хватцев выделил три формы дислалии: механическую, обусловленную грубыми анатомическими дефектами органов речи (расщелинами нёба, короткой подъязычной уздечкой); органическую, обусловленную периферической тугоухостью, аномалиями челюстей, зубов, языка и нёба; функциональную, обусловленную мышечной вялостью мягкого нёба, недостаточной гибкостью кончика языка, слабостью выдыхаемой струи воздуха и т.д.
50-е годы XX столетия	О.В. Правдина	даёт иную трактовку дислалии: в частности, были исключены нарушения, обусловленные дефектами слуха. Она, в отличие от М.Е. Хватцева, выделила только две формы: функциональная и механическая, в состав последней была включена и ринолалия
60-е годы XX столетия	С.С. Ляпидевский, О.В. Правдина	прослеживается тенденция к делению произносительных дефектов на дизартрию и дислалию и отказу от обобщающего термина «косноязычие»
60-е годы XX столетия	С.С. Ляпидевский и Б.М. Гриншпун	ринолалия была выделена из механической дислалии в отдельное речевое нарушение. Это определённым образом сузило понятие дислалии и сделало его более чётким. В дальнейшем деление дислалии на функциональную и механическую стало разделяться большинством авторов
60-е годы XX столетия	Е.Ф. Рау и В.А. Синяк	термин «органическая дислалия» заменён термином «механическая дислалия»

60-е годы XX столетия	Л.В. Мелехова	понятием «органическая дислалия» охватывались случаи произносительных нарушений, переходные между дизартрией и дислалией. В последнее время такие нарушения определяются как стёртая дизартрия
настоящее время		термин «дислалия» приобрёл международный характер, хотя его содержание, а также виды нарушений, определяемых им, не всегда совпадают. Эти несовпадения связаны с тем, какие основания берутся исследователями при описании нарушений: анатомо-физиологические, психологические или лингвистические. В традиционных описаниях, в которых используются клинические критерии, различные произносительные нарушения типа дислалии рассматриваются нередко как рядоположные. Описания, в основу которых положены психологические и лингвистические критерии, в понятие дислалии включают то разные её формы и виды, то фонетические и фонетико-фонематические нарушения звукопроизношения (например, в работах Р.Е. Левиной)

Причины дислалии можно подразделить на следующие группы: *механические (органические), функциональные; социальные, биологические.*

Механические (органические) причины: негрубые органические нарушения в строении артикуляционного аппарата (короткая подъязычная связка; нарушение прикуса – прогения, прогнатия; толстый мясистый неповоротливый язык; неправильное строение твёрдого нёба – высокое и узкое, плоское и низкое; укороченное мягкое нёбо).

Функциональные причины: вялость мышц артикуляционного аппарата.

Социальные причины: по подражанию; педагогическая запущенность; неблагоприятное социальное окружение; билингвизм (двуязычие); форсированное речевое развитие (раннее, насыщенное).

Биологические причины: физическая ослабленность ребёнка; повышенная возбудимость ребёнка; часто болеющий ребёнок; травмы речевого аппарата; минимальная мозговая дисфункция.

Механизм дислалии. *Формирование произносительной стороны речи* – сложный процесс, в ходе которого ребёнок учится воспринимать обращённую к нему звучащую речь и управлять своими речевыми органами для её воспроизводства. Произносительная сторона, как и вся речь, формируется у ребёнка в процессе коммуникации, поэтому ограничение речевого общения приводит к тому, что произношение формируется с задержками.

Звуки речи – это особые сложные образования, присущие только человеку. Они вырабатываются у ребёнка в течение нескольких лет после рождения. В этот процесс включены *сложные мозговые системы и периферия (речевой аппарат)*, которые управляются *центральной нервной системой*. Вредности, ослабляющие её, отрицательно сказываются на становлении произношения.

Произносительная система очень сложно организована. Овладение ею может осуществляться с отклонениями, в разные сроки, с различной степенью точности, соответствия, приближения к образцу, которым овладевает ребёнок путём прилаживания к речи окружающих. На этом пути прилаживания каждый ребёнок встречается с затруднениями, которые у большинства детей постепенно преодолеваются. Но у некоторых детей эти затруднения остаются. Часто следствием их оказывается рассогласованность между *механизмами слухового контроля и приёма, с одной стороны, и управления речевыми движениями – с другой.*

При нормальном речевом развитии ребёнок не сразу овладевает нормативным произношением. «Первоначально, – пишет Н.И. Жинкин, – *центральное управление двигательного анализатора* не способно подать такой верный импульс на органы речи, который вызвал бы артикуляцию и звук, соответствующий нормам контролирующего слуха. Первые попытки управления речевыми органами будут неточными, грубыми, недифференцированными. *Слуховой контроль* будет их отклонять. Но управление речевыми органами никогда не наладится, если сами они не будут сообщать в управляющий центр, что ими делается, когда воспроизводится ошибочный, не принимаемый слухом звук. Такой *обратный посыл импульсов от речевых органов* и происходит. На основании их центральное управление может перестроить ошибочный посыл в более точный и принимаемый слуховым контролем».

Длительный путь овладения ребёнком произносительной системой обусловлен сложностью самого материала – *звуков речи*, которые он должен научиться воспринимать и воспроизводить.

При *восприятии речи* ребёнок сталкивается с многообразием звучаний в её потоке: *фонемы* в потоке речи изменчивы. Он слышит множество *вариантов звуков*, которые, сливаясь в слоговые последовательности, образуют *непрерывные акустические компоненты*. Ему нужно извлечь из них фонему, при этом отвлечься от всех вариантов звучания одной и той же фонемы и опознать её по тем *постоянным (инвариантным) различительным признакам*, по которым одна (как единица языка) противопоставлена другой. Если ребёнок не научится этого делать, он не сможет отличить одно слово от другого и не сможет узнать его как тождественное. В процессе речевого развития у ребёнка вырабатывается *фонематический слух*, так как без него, по выражению Н.И. Жинкина, невозможна *генерация речи*. **Фонематический слух** осуществляет *операции различения и узнавания фонем*, составляющих звуковую оболочку слова. Он формируется у ребёнка в процессе речевого развития в первую очередь. Развивается и **фонетический слух**, который осуществляет «*слежение за непрерывным потоком слогов*». Поскольку фонемы реализуются в *произносительных вариантах – звуках (аллофонах)*, важно, чтобы эти звуки произносились *нормированно*, т. е. в общепринятых, привычных реализациях, иначе их трудно опознавать слушающим. Непривычное для данного языка произношение оценивается фонетическим слухом как неправильное. *Фонематический и фонетический слух (они совместно составляют речевой слух)* осуществляют не только приём и оценку чужой речи, но и контроль за собственной речью. Речевой слух является важнейшим стимулом формирования нормированного произношения.

В ходе развития речи образуются системно управляемые *слуходвигательные образования*, которые и являются *реальными, материальными знаками языка*. Для их актуализации необходимо существование *артикулярной базы* и умение образовывать *слоги*. Н.И. Жинкин определяет *артикуляторную базу* как «комплекс умений, приводящих органы артикуляции в позиции, при которых для данного языка вырабатывается нормативный звук».

С этой точки зрения *дислалия* может быть рассмотрена как *избирательный дефект формирования артикуляторной базы звука при сложившихся умениях образовывать слог*.

В ходе освоения *произносительных умений и навыков* ребёнок под управлением своего слуха постепенно нащупывает те *артикуляционные позиции*, которые соответствуют *нормальному акустическому эффекту*. Эти позиции записываются в памяти ребёнка и в дальнейшем воспроизводятся по мере необходимости. При нахождении правильных укладов ребёнок должен научиться различать уклады, близкие в произношении звуков, и выработать *комплекс речедвижений*, необходимых для воспроизводства звуков (Ф.Ф. Рау). *Процесс выработки речедвижений* сопряжён со специфическими трудностями, так как в качестве *промежуточных звеньев* выступают *адекватные и*

неадекватные звуки, которые в русском языке не несут смысловозначительной функции. В ряде случаев такой промежуточный для развития произношения звук-заменитель, близкий к нужному звуку по акустическому эффекту, начинает приобретать *смысловозначительную (фонематическую) функцию*. Он принимается фонетическим слухом ребёнка как *нормированный*. Его *артикуляция закрепляется*. В дальнейшем звук обычно не поддаётся самокоррекции вследствие *инертности артикуляторных навыков*. Эти дефекты имеют тенденцию к закреплению.

При *функциональной дислалии* нет каких-либо органических нарушений центральной нервной системы, препятствующих осуществлению движений. Несформированными оказываются *специфические речевые умения произвольно принимать позиции артикуляторных органов, необходимые для произношения звуков*. Это может быть связано с тем, что у ребёнка не образовались *акустические или артикуляционные образцы отдельных звуков*. В этих случаях им оказывается не усвоенным какой-то один из признаков данного звука. Фонемы не различаются по своему звучанию, что приводит к *замене звуков*. Артикуляторная база оказывается неполной, так как не все необходимые для речи слуходвигательные образования (звуки) сформировались. В зависимости от того, какие из *признаков звуков – акустические или артикуляционные* – оказались несформированными, *звуковые замены* будут различны.

В *других случаях* у ребёнка оказываются сформированными все артикуляторные позиции, но нет умения различать некоторые позиции, т. е. правильно осуществлять выбор звуков. Вследствие этого фонемы смешиваются, одно и то же слово принимает разный звуковой облик. Это явление носит название *смешения, или взаимозамены звуков (фонем)*.

Часто наблюдаются случаи ненормированного воспроизведения звуков в силу *неправильно сформированных отдельных артикуляторных позиций*. Звук произносится как несвойственный фонетической системе родного языка по своему акустическому эффекту. Это явление называется *искажением звуков*.

Произносительные дефекты по своему *нейрофизиологическому и психологическому механизму*, по вызывающим их *причинам*, по *роли в общем речевом развитии ребёнка и методам преодоления* нередко оказываются *различными*.

Дислалия является одним из наиболее распространённых дефектов произношения. *Статистические данные* отечественных и зарубежных исследователей указывают, что недостатки произношения имеются у 25–30% детей *дошкольного возраста* (5–6 лет), у 17–20% детей *школьного возраста* (I–II классы). У учащихся *более старшего возраста* недостатки произношения занимают не более 1%. Это свидетельствует о том, что встречаются временные нарушения, которые преодолеваются в ходе речевого развития детей и в процессе школьного обучения.

Дефекты звукопроизношения при дислалии принято относить к одному из наименее сложных и сравнительно легко устранимых нарушений речи. Однако в последние десятилетия в отношении этой формы речевой патологии произошли существенные изменения: 1) выросла распространённость дислалии (с 8–17% в 50-е годы до 52,5% в 90-е годы); 2) дислалия реже встречается в виде самостоятельного речевого расстройства, преимущественно наблюдается на фоне общего недоразвития речи детей; 3) преобладающими стали полиморфные формы нарушения звукопроизношения, проявляющиеся в дефектном произношении звуков из разных фонетических групп; 4) дислалия часто сочетается со стёртой дизартрией, для которой характерно частичное нарушение иннервации артикуляторных мышц; 5) патологические формы нарушения звукопроизношения часто наблюдаются, наряду с возрастными особенностями произношения звуков, в возрасте до 5 лет; 6) на фоне усложняющейся симптоматики дислалии в дальнейшем нередко возникает дисграфия, препятствующая нормальному овладению грамотой.

2 Формы дислалии, их характеристика

С учётом локализации нарушения и причин, обуславливающих дефект звукопроизношения, выделяют **две основные формы дислалии: функциональную и механическую (органическую).**

В тех случаях, когда *не наблюдается органических нарушений* (периферически или центрально обусловленных), говорят о **функциональной дислалии**. При отклонениях в строении периферического речевого аппарата (зубов, челюстей, языка, нёба) говорят о **механической (органической) дислалии**.

Функциональные дислалии возникают в детском возрасте в процессе усвоения системы произношения, а механические – в любом возрасте вследствие повреждения периферического речевого аппарата.

При функциональных дислалиях может нарушаться воспроизведение одного или нескольких звуков, при механических обычно страдает группа звуков. В ряде случаев встречаются комбинированные функциональные и механические дефекты.

Функциональная дислалия возникает в детстве и характеризуется отсутствием органических поражений. Ей предшествуют **биологические факторы**: общая физическая ослабленность ребёнка вследствие соматических заболеваний, особенно в период активного формирования речи; задержка психического развития (минимальные мозговые дисфункции), запоздалое развитие речи, избирательное нарушение фонематического восприятия; **и социальные факторы**: неблагоприятное социальное окружение, препятствующее развитию общения ребёнка (ограниченность социальных контактов, подражание неправильным образцам речи, а также недостатки воспитания, когда родители культивируют несовершенное детское произношение, задерживая тем самым у него развитие звукопроизношения).

Функциональную дислалию классифицируют на:

- 1) **акустико-фонематическую;**
- 2) **артикуляторно-фонематическую;**
- 3) **артикуляторно-фонетическую.**

Акустико-фонематическая дислалия. Это дефекты звукового оформления речи, обусловленные избирательной несформированностью **операций переработки фонем по их акустическим параметрам** (в сенсорном звене механизма восприятия речи): операций опознания, узнавания, сличения акустических признаков звуков и принятие решения о фонеме.

В основе нарушения лежит **недостаточная сформированность фонематического слуха**, (его назначение – узнавание и различение входящих в состав слова фонем). При этом нарушении **система фонем** оказывается у ребёнка *не полностью сформированной по своему составу*. Ребёнок *не опознает тот или другой акустический признак сложного звука*, по которому одна фонема противопоставлена другой. У него не образовались **акустические образцы отдельных звуков**. Вследствие этого при восприятии речи происходит **уподобление одной фонемы другой** на основе общности большинства признаков. В связи с неопознанием того или другого признака звук узнаётся неправильно. Это приводит к **неправильному восприятию слов** (гора – «кора», жук – «щук», рыба – «лыба»). Эти недостатки мешают правильно воспринимать речь как самому говорящему, так и слушающему.

Артикуляторно-фонетическая дислалия. Это дефекты, обусловленные **несформированностью операций отбора фонем по их артикуляторным параметрам** (в моторном звене производства речи). Несформированными оказываются **специфические речевые умения произвольно принимать позиции артикуляторных органов, необходимые для произношения звуков**.

Выделяют *два основных варианта нарушений*. При первом варианте нарушения артикуляторная база оказывается неполной, так как не все необходимые для речи слуходвигательные образования (звуки) сформировались. При выборе фонем вместо нужного звука (отсутствующего у ребёнка) отбирается звук, близкий к нему по набору артикуляционных признаков. Отмечается явление *замены* одного звука другим. В роли заменителя выступает *более простой по артикуляции звук*.

При втором варианте нарушения оказываются сформированными все артикуляторные позиции, но нет умения различать некоторые позиции, т. е. правильно осуществлять выбор звуков. Вследствие этого фонемы *смешиваются*, одно и то же слово принимает разный звуковой облик. Это явление носит название *смешения или взаимозамены звуков (фонем)*.

Артикуляторно-фонетическая дислалия. К этой форме относятся случаи *ненормированного воспроизведения звуков в силу неправильно сформированных отдельных артикуляторных позиций*. Звук произносится как несвойственный фонетической системе родного языка по своему акустическому эффекту. Это явление называется *искажением звуков*.

Внутри функциональной дислалии, с учётом функциональных сдвигов в центральном отделе речедвигательного или речеслухового анализатора, выделяют *две формы: моторную функциональную дислалию и сенсорную функциональную дислалию*.

Моторная функциональная дислалия связана с функциональными нарушениями в центральном отделе речедвигательного анализатора; обусловлена недостаточной готовностью речедвигательного анализатора к выполнению сложных речедвигательных актов: удерживать язык и губы в нужной позиции, переключаться с одной артикулемы на другую. *Операции речедвигательного анализатора: 1) различает артикуляторные позиции звуков; 2) узнаёт звуки по артикуляторным признакам (способ, место образования звука); 3) отвечает за сформированность артикуляторных позиций звуков, за артикуляторные образы звуков; 4) выбор правильной позиции при произнесении звуков*. В случае неправильно сформированных артикуляторных позиций ребёнок *искажает звуки*: использует ненормированный вариант звука, такого звука в языковой системе нет (например: боковое, горловое, межзубное произношение звуков), это фонетический дефект. *Нарушения операций узнавания фонем по артикуляторным признакам, выбора правильной позиции при произнесении звуков, различения позиций артикуляции звука* приводят к заменам и смешениям звуков по артикуляционным признакам.

Сенсорную функциональную дислалию вызывают функциональные нарушения в центральном отделе речеслухового анализатора. *Операции речеслухового анализатора: 1) опознание фонем; 2) различение фонем по акустическим признакам (звонкий – глухой, твёрдый – мягкий, ротовой – носовой, сонорный – шумовой); 3) выбор правильной фонемы*. Ребёнок затрудняется в слуховой дифференциации акустически близких звуков (звонких и глухих, мягких и твёрдых, шипящих и свистящих и др.), не опознаёт признак, по которому одна фонема отличается от другой. У него не сформировался акустический образ звука. Он *выбирает неправильную фонему*, происходит замена звуков по акустическим признакам, или *смешение звуков*. В основе сенсорных нарушений лежит недоразвитие фонематического слуха.

Механическая (органическая) дислалия – это разновидность нарушенного звукопроизношения, обусловленная органическими поражениями органов периферического отдела артикуляционного аппарата.

Наиболее часто встречаются *дефекты произношения, обусловленные аномалиями зубо-челюстной системы*: 1) диастема между передними зубами; 2) отсутствие резцов или их аномалиями; 3) непоправимое положение верхних или нижних резцов или соотношение между верхней или нижней челюстью (дефекты прикуса). Эти аномалии мо-

гут быть из-за *дефектов развития* или быть *приобретёнными вследствие травмы, зубных заболеваний или возрастных изменений*. В ряде случаев они обусловлены *аномальным строением твёрдого нёба* (высокий свод).

Среди нарушений произношения в таких случаях наиболее часто наблюдаются *дефекты свистящих и шипящих звуков* (они приобретают избыточный шум), *губно-зубных, переднеязычных, взрывных*, реже – «р» и «р'».

Вторую значительную по распространённости *группу* составляют *звукотворительные нарушения, обусловленные патологическими изменениями языка*: слишком большой или маленький язык, укороченная подъязычная связка.

При таких аномалиях страдает произношение *шипящих и вибрантов*, наблюдается также *боковой сигматизм*. В ряде случаев страдает *внятность произношения* в целом.

Значительно реже встречаются нарушения звукотворения, обусловленные *губными аномалиями*, так как врождённые дефекты (различные деформации) преодолеваются хирургическим путём в раннем возрасте. Таким образом, логопед встречается преимущественно с последствиями *деформаций травматического происхождения*, при которых в основном нарушается произношение *губных звуков* вследствие неполного смыкания губ, а также *губно-зубных звуков*. Иногда наблюдаются дефекты произношения *лабиализованных гласных* («о», «у»).

Механическая дислалия может комбинироваться с *функциональной фонематической*.

В отечественной и зарубежной литературе принято деление дислалии на *две формы* в зависимости от того, *какие психофизиологические механизмы, участвующие в осуществлении речевых процессов, нарушены*. Выделяют *сенсорную и моторную дислалию* (К.-П. Беккер, М. Совак, М.Е. Хватцев, О.А. Токарева, О.В. Правдина и др.). Такое деление дислалии направляет внимание на *механизм*, коррекция которого должна быть осуществлена.

Дефекты произношения звуков *группируются в зависимости от того, какая группа или группы звуков нарушена*. Для обозначения *искажённого произношения звуков* используются *международные термины*, образованные от названий букв греческого алфавита с помощью суффикса *-изм*: *ротацизм* – дефект произношения «р» и «р'», *ламбдацизм* – «л» и «л'», *сигматизм* – свистящих и шипящих звуков, *йотацизм* – йот (j), *каппацизм* – «к» и «к'», *гаммацизм* – «г» и «г'», *хитизм* – «х» и «х'». В тех случаях, когда отмечается замена звука, то к названию дефекта прибавляют приставку *пара-: параротацизм, парасигматизм* и др.

Группировка дефектов произношения и термины, которыми они обозначаются, *не подходят для описания нарушений русской произносительной системы*. Например, для обозначения *нарушении заднеязычных согласных* излишни два термина, но они уместны для тех языков, в которых «г» и «к» оказываются *различными по способу образования*. Для характеристики ряда согласных эта система недостаточна: нет названия для *дефектов фрикативных шипящих «ш» и «ж»*, для дефектов *аффрикат*. Так как в *фонематической системе греческого языка* не было подобных звуков, не оказалось и соответствующих названий. В связи с этим условно были объединены в группу *сигматизмов*, кроме *дефектов произношения свистящих*, и *дефекты других звуков – фрикативных шипящих и аффрикат*.

В зависимости от количества неправильно произносимых звуков речи, дислалия подразделяется на *простую* (от 1 до 4 звуков) и *сложную* (более 4 звуков). Недостатки произношения звуков из одной артикуляционной группы характеризуют *мономорфную дислалию*, а из разных артикуляционных групп – *полиморфную дислалию*.

3 Цель, основные задачи, принципы и этапы логопедического воздействия при дислалии

Основной *целью логопедического воздействия* при дислалии является *формирование умения и навыков правильного воспроизведения звуков речи*. Чтобы *правильно воспроизводить звуки речи (фонемы)*, ребёнок должен *уметь*: узнавать звук по акустическим признакам; отличать нормированное произношение от ненормированного, осуществлять слуховой контроль за собственным произнесением; принимать необходимые артикуляторные позиции: варьировать артикуляционные уклады звуков в зависимости от их сочетаемости с другими звуками в потоке речи; безошибочно использовать звуки во всех видах речи.

Б.М. Гриншпун предлагает выделять *три этапа логопедического воздействия при дислалии: подготовительный этап, этап формирования первичных произносительных умений и навыков, этап формирования коммуникативных умений и навыков*.

1. Подготовительный этап. *Основная цель* – включить ребёнка в целенаправленный логопедический процесс. На этом этапе решаются *общепедагогические задачи и специальные логопедические задачи*.

Общепедагогические задачи: формирование установки на занятия; формирование произвольной формы деятельности, осознанного отношения к занятиям; развитие произвольного внимания, памяти, мыслительных операций, особенно аналитических операций, операций сравнения и вывода.

К *специальным логопедическим задачам* относятся: формирование умения узнавать и различать фонемы; формирование артикуляторных (речедвигательных) умений и навыков.

Работа над формированием восприятия звуков речи строится с учётом характера дефекта. В одних случаях работа направляется на формирование *фонематического восприятия* и на развитие слухового контроля; в других – в её задачу входит *развитие фонематического восприятия и операций звукового анализа*; в третьих – ограничивается *формированием слухового контроля* как осознанного действия. При этом необходимо учитывать *следующие положения*: ребёнка нужно специально обучать *осознанно* опознавать и различать звуки; исходными единицами речи должны быть *слова*, так как звуки (фонемы) существуют лишь в составе слова; операции звукового анализа в начале работы проводятся на материале с *правильно произносимыми звуками*; работу по формированию *восприятия неправильно произносимых звуков* нужно проводить так, чтобы собственное неправильное произношение ребёнка не мешало ему (в момент осуществления операций звукового анализа нужно исключить собственное проговаривание, перенеся всю нагрузку на слуховое восприятие материала).

Для *формирования артикуляторной базы* разработаны *типы упражнений, дидактические требования, методические рекомендации, пособия по исправлению произношения*. Упражнять ребёнка необходимо лишь в тех движениях, которые не сформировались в процессе развития, но требуются для постановки конкретного звука. Процесс формирования артикуляционных движений осуществляется как *произвольный и осознанный*: ребёнок учится производить их и контролировать правильность выполнения. Необходимые движения сначала формируются *по зрительному подражанию*: логопед перед зеркалом показывает ребёнку правильную артикуляцию звука, объясняет, какие движения следует произвести, предлагает ему повторить. В результате нескольких проб, сопровождаемых *зрительным контролем*, ребёнок добивается нужной позы. При затруднениях логопед помогает ребёнку *шпательом или зондом*. На *последующих занятиях* можно предложить выполнить движение *по устной инструкции без опоры на*

зрительный образец. Правильность выполнения в дальнейшем ребёнок проверяет на основе кинестетических ощущений. Артикуляция считается усвоенной, если она выполняется безошибочно и не нуждается в зрительном контроле.

Требования, которые необходимо предъявлять к проведению артикуляционных упражнений: 1) необходимо вырабатывать умения удерживать артикуляционную позу и плавно переключаться с одной артикуляционной позы на другую; 2) комплекс артикуляционных упражнений должен включать статические упражнения и динамические упражнения; 3) необходимы упражнения на сочетание движений языка и губ; 4) занятия должны проводиться кратковременно, но многократно; 5) уделять внимание формированию кинестетических ощущений, кинестетического анализа и представлений.

2. Этап формирования первичных произносительных умений и навыков. Цель этапа – сформировать у ребёнка первоначальные умения правильного произнесения звука на специально подобранном речевом материале. Конкретными задачами являются: постановка звуков, формирование навыков правильного их использования в речи (автоматизация умений), а также умений отбирать звуки, не смешивая их между собой (дифференцировать звуки).

Необходимость решения указанных задач в процессе логопедической работы вытекает из закономерностей онтогенетического овладения произносительной стороной речи.

В работах Ф.Ф. Рау выделены **три способа постановки звуков**: по подражанию (имитативный), с механической помощью и смешанный.

Способ постановки звуков по подражанию основан на сознательных попытках ребёнка найти артикуляцию, позволяющую произнести звук, соответствующий услышанному от логопеда. Помимо акустических опор, используются зрительные, тактильные и мышечные ощущения. Подражание дополняется словесными пояснениями логопеда, какую позицию должен принять артикуляционный орган.

Второй способ постановки звуков – постановка с механической помощью, путём воздействия на органы артикуляции специальными зондами или шпателями. Логопед просит ребёнка произнести несколько раз определённый звук, а сам в это время при помощи зонда меняет артикуляционный уклад ребёнка, добиваясь при этом получения другого звука. Например, ребёнок произносит несколько раз слог *са*, логопед помещает шпатель или зонд под язык и слегка приподнимает его в направлении верхних альвеол, слышится шипящий, а не свистящий звук.

Третий способ постановки звуков – смешанный, основан на совмещении двух предыдущих способов. Ведущую роль в нём играют подражание и объяснение. Механическая помощь применяется в дополнение: логопед объясняет ребёнку, что нужно сделать, чтобы получить нужный звук, например, поднять кончик языка. При этом способе ребёнок оказывается активным, а полученная им с помощью логопеда поза фиксируется в его памяти и легко воспроизводится в дальнейшем без механической помощи.

Постановка звука (при его искажении) осуществляется с опорой на нормированные произносимые звуки, в артикуляционном укладе которых имеются общие признаки с нарушенным звуком. Так, при работе над звонкими согласными опираются на их глухие парные звуки; задача логопедической работы сводится к тому, чтобы дополнить общую артикуляторную позу работой голосового аппарата. При работе над заднеязычными взрывными в работу включают корневую часть языка, а в качестве исходной берется позиция переднеязычного взрывного, от неё осуществляется переход к заднеязычной артикуляции.

При постановке языка в качестве его исходной основы следует обращаться не к изолированному сохранному звуку, а к звуку в слоговом сочетании, так как слог является естественной для звука формой его реализации в речи.

По мере того как звук оказывается поставленным в одной из слоговых позиций, ведётся *работа по его включению в речь*, или *автоматизации*. Этот процесс заключается в *тренировочных упражнениях со специально подобранными словами, простыми по фонетическому составу и не содержащими нарушенных звуков*. Подбираются слова, в которых звук находится *в разных позициях: в начале, в конце или середине*. От отработки звука в словах простой слоговой структуры переходят к произнесению звука в словах, *содержащих сочетание отрабатываемого звука с ранее сформировавшимся у ребёнка или достаточно упроченными согласными*. Для автоматизации звука используются: *приёмы отражённого повторения; самостоятельного называния слов по картинке; задания на поиск слов, содержащих данный звук (придумывание слов с данным звуком); задания на звуковой анализ и синтез*. Необходимо вводить *творческие упражнения, игры*, переходить от произнесения отдельных слов к построению *словосочетаний, коротких высказываний*. В работу по автоматизации обычно вовлекается *один звук*. В сложных случаях в работу по автоматизации могут вовлекаться и *два звука*, если они *артикуляционно контрастны*.

В логопедической практике встречаются случаи, когда требуется дальнейшее продолжение работы над звуком, в частности по его разграничению с другими звуками, т. е. *дифференциации*. При работе над *дифференциацией звуков* прибегают к следующим *приёмам*: 1) ребёнку предъявляются на слух *попарно* слова, содержащие *новый звук*, а также звук, который был ранее его *заменителем*, или слова, содержащие *звуки, которые* ребёнок *смешивает* в своём произношении; узнав предъявляемое слово, ребёнок называет звук, услышанный в нём, и воспроизводит его в том же слове; 2) *тренировки в произношении слов-паронимов*; 3) *работа по классификации слов: отобрать картинки, в названии которых содержится звук «с», потом отобрать те, в которых есть звук «ш»; разложить картинки по группам: слева картинки за звуком «с», а справа – со звуком «ш»; 3) упражнения на самостоятельный подбор слов, содержащих тот или другой звук, а также слов, в которых находятся оба смешиваемых звука; 4) с детьми школьного возраста используется письменная речь: чтение слов с дифференцируемыми звуками, нахождение их в тексте, правильное произношение, записывание, проведение анализа (предшествующего или сопутствующего записи)*. При работе над дифференциацией звуков рекомендуется *одновременно подключать не более пары звуков*.

3. Этап формирования коммуникативных умений и навыков. Цель этапа – сформировать у ребёнка *умения и навыки безошибочного употребления звуков речи во всех ситуациях общения*. Широко используются *тексты* (а не отдельные слова), применяются *различные формы и виды речи*, используются *творческие упражнения*.

4 Недостатки произношения отдельных звуков и приёмы их постановки

Недостатки произношения звуков «р» и «р'» обозначают следующим образом: искажения – термином «ротацизм», замены – термином «параротацизм».

Виды ротацизмов.

В логопедической практике отмечается большое количество разнообразных искажений звука «р» (до 28). *Основными видами искажений звуков «р», «р'» считаются следующие:*

– *губно-губной ротацизм («кучерское» произношение)* – произношение, при котором вибрируют сближенные губы, как в звукоподражании «тпру»;

– *щёчное произношение «р»* – щель для выдыхаемой струи воздуха образуется между боковым краем языка и верхними коренными зубами, вследствие чего колеблется (вибрирует) щека. При этом на тон голоса накладывается шум. Изредка нарушение бывает двусторонним;

– **одноударное произношение «р»** (его иногда называют **проторным**) – в этом случае вибрация кончика языка отсутствует, кончик ударяется лишь один раз об бугорки за верхними резцами;

– **боковой ротацизм** – вибрирует один из боковых краев языка или оба края языка, смычка между языком и коренными зубами разрывается, и через неё выходит голосовыдыхательная струя, как при звуке «л», в результате произносится звук, в котором как бы сливаются «р» и «л».

Различают **односторонний боковой ротацизм** и **двусторонний боковой ротацизм**:

– **при одностороннем боковом ротацизме** кончик языка отклоняется вправо или влево (**правосторонний** или **левосторонний боковой ротацизм**);

– **при двустороннем боковом ротацизме** вибрируют боковые края языка.

Боковое артикулирование «р» является сложным и трудно поддающимся исправлению.

– **велярный ротацизм** – при этом нарушении **твёрдый звук «р»** образуется за счёт вибрации мягкого нёба; при велярной артикуляции щель образуется на месте сближения корня языка с мягким нёбом, выдыхаемый воздух, проходя через эту щель, вызывает беспорядочную многоударную вибрацию мягкого нёба. Вследствие этого возникает шум, который примешивается к тону голоса;

– **увулярный ротацизм** – при таком нарушении **твёрдый звук «р»** образуется за счёт вибрации маленького язычка; вибрация носит гармонический характер и не сопровождается шумом. Звук «р» при таком нарушении почти не отличается от нормального (грассирующий «р» – с гортанным призвуком);

– **носовой ротацизм** – возникает тогда, когда воздушная струя при произнесении звука «р» проходит через нос, а не через рот. Звук «р» получается с гнусавым, носовым оттенком;

– **глухой звук «р»** – такой звук «р» произносится без участия голоса (голосовые складки разомкнуты и не вибрируют).

Основные виды параротацизмов:

– замена звука «р» парным мягким звуком «р'»;

– замена звука «р» звуками «л», «л'»;

– замена звука «р» звуком «ј» (*йот*);

– замена звука «р» звуком «д»;

– замена звука «р» звуком «г»;

– замена звука «р» звуком «в»

и др.

Мягкий звук «р'» может нарушаться так же, как и **твёрдый**, но, вместе с тем нередки случаи, когда нарушается только **твёрдый** звук, а **мягкий** оказывается ненарушенным.

Приёмы постановки звука «р»:

– **приёмы, направленные на получение фрикативного «р»** (фрикативный «р» артикулируется при том же положении языка, что и нормальный звук «р», но без вибрации.): если ребёнок правильно произносит шипящие звуки, ему предлагают произнести протяжно фонему «ж» при несколько открытом рте без округления губ и переместить передний край языка немного вперёд, к дёснам верхних резцов. Полученный звук нужно произносить с достаточным напором выдыхаемого воздуха, при минимальной щели между передним краем языка и дёснами. Должен быть слышен не только голос, но и шум воздуха, проходящего через щель. Фрикативный «р» следует закреплять на материале слогов, слов, фраз, не дожидаясь усвоения вибрации.

– **приёмы, направленные на выработку вибрации языка:**

1) **по подражанию** (этот приём редко приводит к положительным результатам);

2) **постановка звука «р» от «д»:** звук «д» (артикулируется особым образом – при несколько открытом рте и при смыкании переднего края языка не с резцами, а несколько глубже – с дёснами верхних резцов или даже с альвеолами) быстро повторяется на одном выдохе. Это может быть двухкратное, трёхкратное равномерное повторение звука «д» (дд, дд, дд... ддд, ддд, ддд...). Затем упражняются в двухкратном, трёхкратном повторении звука «д» с усилением последнего звука (дД, дД, дД, ддД, ддД, ддД...) и далее в многократном повторении звука «д» как равномерного (ддддддд...), так и с ритмическим выделением, например, каждого третьего звука серии (ддД, ддД, ддД, ддД). Работать должен только язык при неподвижном положении нижней челюсти. В дальнейшем двухкратное, трёхкратное повторение звука «д» завершается произношением гласного «а» или «ы» (дда, дда, дда... дды, дды, дды... ддаа, ддаа, ддды... ддды...).

Это наиболее распространённый приём;

3) чередующееся произношение звуков «т» и «д» в сочетании *тд, тд* или *тдд, тдд* в быстром темпе, ритмично. Они артикулируются при слегка открытом рте и при смыкании языка не с резцами, а с дёснами верхних резцов или альвеолами. При многократном произнесении серий звуков «д» и «т» ребёнка просят сильно подуть на кончик языка, и в этот момент возникает вибрация. Этот приём не всегда приводит к успеху. При заднеязычной артикуляции «р» или его велярном (увелярном) артикулировании возможно появление двухфокусной вибрации: задней и новой, передней. Одновременное сочетание двух видов вибрации создаёт грубый шум, и ребёнок отказывается такой звук принять. Кроме того, в случае достижения передней вибрации звук нередко оказывается излишне длительным (раскатистым) и зашумлённым.

4) **постановка «р» в два этапа.** На первом этапе ставится фрикативный «р» без вибрации от звука «ж» при его протяжном произнесении без округления губ и с перемещением переднего края языка несколько вперёд, к дёснам верхних зубов или альвеолам. При этом звук произносится со значительным напором воздуха (как при произнесении глухого звука) и минимальной щелью между передним краем языка и деснами. Полученный фрикативный звук закрепляется в слогах. Можно, не закрепляя звук в слогах, перейти ко второму этапу постановки: с механической помощью, применяя шариковый зонд. Его вводят под язык и, прикасаясь к нижней поверхности передней части языка, быстрыми движениями зонда вправо и влево вызывают колебания языка, передние его края попеременно смыкаются и размыкаются с альвеолами. Эти движения можно осуществлять и шпателем, черенком чайной ложки, чистым указательным пальцем. Во время тренировок выдыхаемая струя должна быть сильной.

Описанным приёмом пользуются в тех случаях, когда шипящие звуки у ребёнка не нарушены.

Данный приём приводит к положительным результатам. Однако его недостатки в том, что звук оказывается раскатистым, произносится изолированно и ребёнок с трудом овладевает переходом от него к сочетаниям звука с гласными;

5) **приём постановки «р» от слогового сочетания за с несколько удлинённым произнесением первого звука из слога: ззаа.** (является наиболее эффективным приёмом). В ходе многократного повторения слогов ребёнок по инструкции логопеда перемещает переднюю часть языка вверх и вперёд к альвеолам до получения акустического эффекта фрикативного «р» в сочетании с гласным «а». После этого вводится зонд, с его помощью проводят быстрые движения слева направо и справа налево. В момент возникающей вибрации слышится достаточно чистый звук «р» нормальной протяжённости, без избыточного раската. При этом способе постановки звука не требуется специального введения звука в сочетание с гласным, так как сразу получается слог. В последующей работе важно провести тренировки в вызывании слогов *ра, ру, ры*.

При постановке мягкого «р'» применяется тот же приём, но с помощью слога *зи*, а в дальнейшем – *зе, зя, зё, зю*.

Обычно при нарушениях твёрдого и мягкого звука «р» сначала ставится твёрдый, а потом мягкий звук, но такой порядок не является жёстким, его можно произвольно менять; не рекомендуется лишь вести одновременную их постановку во избежание смешения.

Недостатки произношения звуков «л» и «л'» обозначают следующим образом: искажения – термином «**ламбдацизм**», замены – термином «**параламбдацизм**».

Виды ламбдацизмов:

– искажение звука «л», при котором произносится *двугубый сонорный* звук, наподобие *краткого «у»*, встречающегося в некоторых диалектах, или звука «w», собственного фонетическому строю английского языка.

Основные виды параламбдацизмов:

- замена звука «л» его *кратким гласным «ы»*;
- замена звука «л» *фрикативным «г»* (как в южнорусских диалектах);
- замена звука «л» *мягким и полумягким «л'»*;
- замена звука «л» звуком «j» (*йот*),
- замена звука «л» звуком «р» (*встречается редко*)

и некоторыми другими звуками.

Мягкий звук «л'» нарушается очень редко: наблюдается *полумягкое произнесение* или замена звуком «j» (*йот*).

Приёмы постановки звука «л»:

1) ребёнку предлагается слегка раскрыть рот и *произнести сочетание ыа*. При этом «*ы*» произносится *кратко, с напряжением органов артикуляции* (как бы на *твёрдой атаке голоса*). Образец произнесения показывает логопед. Как только ребёнок усвоит нужное произнесение, логопед просит его вновь произнести это сочетание, но *при зажатом между зубами языке*. В этот момент чётко слышится *сочетание ла*. При выполнении задания логопед следит за тем, *чтобы кончик языка у ребёнка оставался между зубами*;

2) используя в качестве базового звука *мягкий звук «л'»*, ребёнка просят *несколько раз повторить слог ля*, затем вводят специальный логопедический зонд так, чтобы он оказался между твёрдым нёбом и средней частью спинки языка; нажимают зондом на язык *вниз – вправо или влево*, и просят ребёнка *произнести несколько раз сочетание ля*. В момент произнесения *регулируется движение зондом*, пока не будет получен акустический эффект *твёрдого «л»*.

Недостатки произношения свистящих звуков («с» и «с'», «з» и «з'», «ц») и (или) шипящих звуков («ш», «ж», «ч», «щ») обозначают следующим образом: искажения – термином «**сигматизм**», замены – термином «**парасигматизм**».

Основные виды сигматизма:

– **межзубный сигматизм** (наиболее распространён в данной группе нарушений): выражается в том, что при произнесении свистящих или шипящих звуков (а иногда и тех, и других) *кончик языка просовывается между нижними и верхними резцами*, отчего получается *шепелявый звук*;

– **губно-зубной сигматизм**: свистящие или шипящие звуки (а иногда и те, и другие) произносятся *подобно звукам «ф» и «в»*, т. е. при таком положении частей артикуляционного аппарата, когда *нижняя губа поднята к верхним резцам*, образуя сужение, через которое проходит выдыхаемая струя воздуха, а язык находится *в положении звука «с»*. При такой комбинированной артикуляции образуется звук, который содержит элементы звуков «ф» и «с» («в» и «з»), вследствие чего произношение становится нечётким, непонятным и неприятным на слух;

– **боковой сигматизм:** свистящие или шипящие звуки (иногда и те, и другие) могут произноситься *двумя способами*:

а) кончик языка упирается в альвеолы, а весь язык ложится ребром; один из его краев поднимается к внутренней стороне коренных зубов, пропуская выдыхаемый воздух по боковым краям языка, вследствие чего образуется *«хлюпающий» звук*;

б) кончик языка упирается в верхние альвеолы, пропуская воздух по бокам, как при звуке «л». Боковой сигматизм может быть *односторонним* и *двусторонним*;

– **носовой сигматизм:** свистящие или шипящие звуки (иногда и те, и другие) произносятся при следующем *положении языка*: корень его поднимается и примыкает к мягкому нёбу, которое опускается и образует проход для выдыхаемого воздуха через нос, отчего слышится звук, похожий на «х», но с гнусавым оттенком.

Виды парасигматизмов:

– **призубный парасигматизм:** при произнесении свистящих или шипящих звуков (иногда и тех, и других) кончик языка упирается в края верхних и нижних резцов, образуя затвор и мешая проходу воздуха через зубную щель, вследствие чего отсутствует характерный для свистящих звуков свист и характерное для шипящих шипение; вместо *свистящих или (и) шипящих звуков* слышатся звуки «т» и «д», например: суп – «туп», самолёт – «тамолёт», зима – «дима», зонтик – «донтик», цапля – «тапля», мышка – «мытка», жук – «дук»;

– **шипящий парасигматизм:** свистящие звуки произносятся при следующем положении языка: кончик его оттянут от нижних резцов в глубь ротовой полости, спинка резко выгнута по направлению к твёрдому нёбу, вследствие чего вместо свиста слышится смягчённое «ш» или «ж» (собака – «шябака», замок – «жямок»);

– **свистящий парасигматизм:** при произнесении шипящих звуков кончик языка приближен к нижним резцам, вдоль спинки образуется желобок, а воздушная струя проходит через округлую щель между передней частью спинки языка и верхними альвеолами, вследствие чего при произнесении шипящего звука появляется специфический свистящий оттенок, происходит замена *шипящих звуков свистящими*, например: шуба – «суба», жираф – «зираф» .

Исправление сигматизма различных видов.

Для исправления сигматизма могут применяться *различные методы* в зависимости от характера недостатка.

При межзубном сигматизме логопед предлагает ребёнку сблизить зубы и в этом положении пытаться произнести длительный звук «с». Если звук «с» произносится недостаточно чётко, логопед может прибегнуть к *механическому способу*, т. е. специальным зондом или концом шпателя нажать на кончик языка ребёнка, несколько опустив его за нижние резцы. Придерживая язык в таком положении, логопед предлагает ребёнку произносить звук «с» вначале изолированно, а затем в сочетании с гласными «а», «о», «у», «ы» в прямых и обратных слогах.

Если ребёнок правильно произносит звук «с», ему уже нетрудно овладеть и правильным произношением звуков «з» и «ц».

Для произнесения звука «з» логопед предлагает ребёнку во время произнесения звука «с» включить голос. Для произнесения звука «ц» он предлагает произносить подряд звуки «т» и «с» сначала медленно, а затем постепенно ускоряя темп, добиваясь тем самым слитного перехода от звука «т» к «с» («тс»).

Чёткое представление о том, что звук «ц» является составным и при этом единым, спаянным, ребёнок получит при произнесении обратных слогов ац, оц, уц, где ясно слышится, что звуку «с» предшествует взрыв («т»).

Многократным сопоставлением слогов ац и ас достигается чёткая дифференциация простого «с» и составного «ц».

При устранении губно-зубного сигматизма логопед предлагает ребёнку произносить звук «с» при раздвинутых губах и обнажённых краях резцов (показ в зеркале). Если ребёнок не воспроизводит этого движения сам, логопед, придерживая его нижнюю губу и обнажая таким образом резцы, предлагает произносить звук «с» в этом положении. Затем, когда изолированно звук «с» звучит уже правильно, логопед приучает ребёнка произносить этот звук в сочетании с гласными сначала с механической помощью (придерживая пальцами нижнюю губу), а затем без неё.

При исправлении бокового сигматизма необходима специальная подготовительная работа по активизации мышц боковых краёв языка, которые в результате проведённых упражнений могут подниматься до плотного соприкосновения с боковыми зубами. Для получения чистого произношения звука «с» применяют *двухэтапный метод постановки* этого звука: вызывают *межзубное произношение*, чтобы избавиться от хлюпающего шума, а затем переводят язык в *зазубное положение*.

При устранении носового сигматизма также необходимо предварительно работать над формированием *правильного выдоха воздушной струи через середину ротовой полости*. С этой целью требуется проводить такие *упражнения*, как *задувание свечи, спички, поддувание ватки, дутьё на бумажку* и пр. Упражнения должны проводиться при *межзубном*, а затем *межзубном положении переднего края языка*. Достигнув шепелявого произношения звука «с», логопед может дать ребёнку упражнения на этот звук в слогах, словах и фразах. Таким образом, у ребёнка будет закрепляться навык произнесения звука «с» на правильном выдохе – воздушную струю он может ощущать на кончике своего языка, просунутого между зубами.

При призубном парасигматизме логопед может применять *два приёма*:

а) лёгким нажимом шпателя или кончиком зонда на передний край языка опустить его за нижние резцы, чтобы дать таким образом выход воздуху через зубную щель;

б) предложить ребёнку держать передний край языка между нижними и верхними резцами, широко распластав его; при таком положении языка ребёнок, выдыхая воздух и ощущая его струю на кончике языка, воспроизводит звук, похожий на шепелявое (межзубное) «с». Затем логопед, слегка нажимая шпателем на распластаный передний край языка, постепенно отодвигает его за нижние резцы. После того как установится правильное произношение звука «с» и ребёнок сможет удерживать правильное положение языка без механической помощи (без поддержки зондом или шпателем), поставленный звук «с» можно включать в слоги, слова и дифференцировать его со звуками «з» и «ц».

При исправлении *шипящего парасигматизма* можно применить следующий приём: объяснить ребёнку правильную артикуляцию звука «с»; чтобы добиться правильного звучания звука «с», в момент произнесения не давать возможность языку подниматься вверх, для этого воспользоваться спичкой, зондом для свистящих, узким концом шпателя, пальчиком ребёнка.

При *свистящем парасигматизме* поднять кончик языка к альвеолам можно с механической помощью, используя зонд «рамка».

Недостатки произношения звука «j» (йот) обозначают термином *«йотоцизм»*.

Дефектное произношение звука «j» (*йот*) чаще всего сводится к замене мягким «л'».

Приёмы постановки звука «j» (йот):

1) исправить звук можно, опираясь на гласный «и»: ребёнок произносит несколько раз сочетание *иа* или *аиа*. Выдох несколько усиливается в момент произнесения «и», и сразу без перерыва произносится «а». После того как усвоено такое произнесение, логопед даёт установку на более краткое произнесение «и». Помимо сочетания *иа*, полезно произносить *аи, ои* и т. д.;

2) постановка звука «j» (*йот*) от мягкого «з» с механической помощью. Ребёнок произносит слог *за (зя)*, повторяя его несколько раз. Во время произнесения логопед

шпателем нажимает на переднюю часть языка и отодвигает его несколько назад до получения нужного звучания.

Недостатки произношения звуков «к», «г», «х», «к'», «г'», «х'» обозначают терминами **«капнацизм», «паракапнацизм», «гаммацизм», «парагаммацизм», «хитизм», «парахитизм».**

При **капнацизме** и **гаммацизме** наблюдаются *следующие нарушения*: звук образуется смыканием голосовых складок, которые резко расходятся в момент прохождения через них воздушной струи повышенного давления. Воздух с шумом прорывается через голосовую щель. Вместо «к» слышится *гортанный щелчок*. При произнесении звонкого «г» к нему добавляется голос. При **хитизме** слышится *слабый гортанный шум*.

Встречаются случаи **замены заднеязычных взрывных «к» и «г» переднеязычными взрывными «т» и «д»**, которые носят название **паракапнацизма** и **паратаммацизма**. Изредка встречается *разновидность паракапнацизма*, когда звук «к» заменяется звуком «х». При **гаммацизме** замена фрикативным заднеязычным или фарингальным «г» обозначается в транскрипции греческой буквой γ (гамма).

Нарушения мягких «г'», «к'», «х'» аналогичны нарушениям твёрдых «г», «к», «х», но в некоторых случаях наблюдается *боковое произношение «к» и «г»*.

Приёмы исправления этих звуков сводятся к *постановке взрывных заднеязычных от взрывных переднеязычных, а фрикативных заднеязычных от фрикативных переднеязычных*. Мягкие звуки ставятся от мягких, а твёрдые – от твёрдых. Постановка звуков производится с *механической помощью*. Ребёнок несколько раз произносит слог *та*, в момент произнесения логопед шпателем постепенно отодвигает язык назад нажимом на переднюю часть спинки языка. По ходу движения языка вглубь слышится сначала слог *тя*, потом *кя*, а вслед за ним *ка*. Так же ставится звук «г» от слога *да*, но его можно получить и *озвончением звука «к»*. Звук «х» ставится от звука «с» аналогичным приёмом: сначала слышится *ся*, вслед за ним *хя* и наконец *ха*

Дефекты озвончения и их исправление.

Дефект озвончения – произношение всех звонких, независимо от их способа и места образования, от твёрдости и мягкости, в виде соответствующих парных глухих звуков (терево – дерево, гуси – гуси, пулка – булка). Часто этот недостаток сопутствует тугоухости.

Исправление:

– постановка «в» (обычно произносится верно, звонко).

Логопед протяжно произносит «ф», не прерывая воздуха включает голос и переходит на «в» (*ф__в__*). Показывает вибрацию гортани при произнесении «в». Затем упражнение вместе с логопедом проделывает ребёнок, трогая рукой свою гортань и гортань логопеда;

– постановка «з» (*с__з__*);

– постановка «ж» (*ш__ж__*);

– упражнения на материале слогов, слов и фраз, направленные на закрепление и дифференциацию поставленных звуков с их парами: «з» - «с», «ж» - «ш»;

– постановка «б». Ребёнок трёхкратно повторяет слог *ба-ба-ба*, при этом удлиняя момент произнесения фонемы «б» (когда голос ещё звучит при сомкнутых губах – до взрыва). При переходе от слога к слогу голос звучит непрерывно, на одном выдохе. Ребёнок ощущает вибрацию гортани, щёк;

– закрепление верного воспроизведения звонких согласных на материале слогов, слов и фраз, закрепление их в речи, выработка навыка дифференциации этих звуков с парными глухими: «п» - «б», «т» - «д», «к» - «г» и др.

Дефекты смягчения. Их исправление.

Дефект смягчения – замена мягких согласных их твёрдыми парами (дада – дядя, утук – утюг, фонар – фонарь).

Исправление дефектов смягчения:

1 способ: основан на подражании и предполагает слуховое восприятие мягких звуков и зрительное восприятие артикуляции этих фонем при сопоставлении с их парными твёрдыми фонемами (*па - ня, ма - мя, фа - фя, ама - амя...*).

Поясняем ребёнку, что при произнесении твёрдых звуков, язык имеет плоскую форму, а при произнесении мягких – кончик языка упирается в нижние резцы, спина выгибается к твёрдому нёбу. Показываем ребёнку различие в зеркале, побуждаем воспроизвести увиденное.

Ребёнок повторяет за логопедом *слоги с губными и язычно-зубными парными мягкими согласными: па - ня, апа - апя, ап - апь...* Затем произносятся слова: *пять, Катя...*

2 способ: ребёнок произносит гласный «и», затем слог *ни*.

При наличии смягчения фонемы «н» перед «и» просим ребёнка произнести *ни* шёпотом – так укорачивается «и»; после нескольких повторений получается отчётливое «н'». Затем просим ребёнка громко и шёпотом произнести слог *ани*, получаем ап' – для закрепления «н'». Затем переходим к открытому слогу – *ня*, сначала отделяя согласную фонему от гласной «н'» __«а» __, а затем сливая их.

Продолжаем работу с другими звуками («м'», «ф'», «в'»).

3 способ: механический (в более тяжёлых случаях). В качестве исходного используется звук «т», от которого с помощью механического воздействия на язык ставится звук «т'». Предложив ребёнку произнести несколько раз звук «т» или слог *та* и удерживая при этом кончик языка шпателем за нижними резцами (прижимая передний край языка), можно автоматически получить звук «т'» в изолированном виде (т'т'т') или в открытом слоге (тя, тя, тя). Такой эффект достигается тем, что механическое удерживание языка внизу приводит к образованию смычки с помощью его спинки, что в свою очередь неизбежно вызывает подъём спинки языка к нёбу.

В дальнейшем выполняются упражнения на основе самостоятельного воспроизведения звука «т'» в разных слогах и словах.

5 Выявление нарушений звукопроизношения у детей

Диагностическое обследование речи при дислалии начинают с **выяснения анамнестических сведений** (по медицинской документации): особенностей течения беременности и родов у матери, перенесённых заболеваний у ребёнка, раннего психомоторного и речевого развития, состояния биологического слуха и зрения, опорно-двигательного аппарата.

Затем логопед переходит к **исследованию строения и подвижности органов артикуляционного аппарата** путём визуального осмотра и оценки выполнения серии упражнений по подражанию.

Собственно **диагностика устной речи** при дислалии включает **обследование состояния звукопроизношения и выявление дефектно произносимых звуков** с использованием соответствующего дидактического материала. В процессе логопедического обследования выявляется **характер нарушения** (отсутствие, замена, смешение, искажение звуков) в различных условиях: *при изолированном произношении звуков; в слогах* (открытых, закрытых, со стечением согласных); *в словах* (в начале, середине, конце), *во фразах, в текстах*. Кроме того, важно выяснить, как ребёнок произносит слова разной слоговой структуры (например, *пирамида, милиционер, сковородка*), имеется ли перестановка или выпадение звуков и слогов.

Для обследования произношения звуков в словах необходим набор специальных предметных картинок. Названия предметов, изображённых на картинках, должны представлять собой слова различного слогового и звукового состава, многосложные, со стечением согласных, с исследуемыми звуками, занимающими различное местоположение.

При проверке произнесения звуков предлагаются следующие картинки:
при проверке произнесения звука «с»: санки, автобус, усы, сковорода;
при проверке произнесения звука «с'»: сети, семь, Вася;
при проверке произнесения звука «з»: завод, зубы, коза, звезда;
при проверке произнесения звука «з'»: зима, бузина, газета;
при проверке произнесения звука «ц»: цапля, солнце, палец, цветок;
при проверке произнесения звука «ш»: шишка или шапка, душ, чашка;
при проверке произнесения звука «ж»: жук, кожа, ножи;
при проверке произнесения звука «ч»: чайник, качели, печка, ночь;
при проверке произнесения звука «щ»: щетка, щепки, плащ, клещи;
при проверке произнесения звука «л»: лыжи, стол, пол, клумба, иголка, лампа;
при проверке произнесения звука «л'»: малина, лебедь, полено
при проверке произнесения звука «р»: радуга, корова, забор, труба;
при проверке произнесения звука «г»: гамак, вагон, нога;
при проверке произнесения звука «к»: мак, комната, ветка;
при проверке произнесения звука «х»: хлеб, муха, мох, охотник;
при проверке произнесения звука «й»: яма, юла, перья, стулья, юбка, маяк.

При подборе картинок следует предусмотреть произнесение ребёнком слов и фраз, содержащих сходные по артикуляции или по звучанию фонемы.

Примерный перечень слов и словосочетаний:

к - х: холодильник, кухня, хомяк. Катя на кухне;

л - й: Илья и Юля гуляют по аллее. Лебеди улетают на юг. Юля поливает лилию из лейки;

с - ш: у Сашеньки шесть стеклышек. Саша идет по шоссе. Машинист сошел с подножки. Солнышко на окошке. Саша сушит сушки;

з - ж: у Зои желтый зонт. Железная лопата; полезное животное; закружу, заслужил, задрожал;

с - с' - ч: Сонечка, сачок, часть, сумочка, учусь, верчусь, качусь. Закачалась мачта. У Сонечки семечки;

т' - ч: учитель, птичка, аптечка, течет, молчать, кричать;

ч - ц: ученица, учительница, качается, получается, цыпленочек, кончается, лечебница;

ч - щ: чаща, чище, щеточка, часовщик, учащийся, скучающий, щечки;

с - ц: спица, синица, лестница, сцена, сахарница, гусеница;

щ - с: смеющийся, усищи, хвостище, сеющий;

л - р: Лара, рояль, балерина, говорливый, жонглер, выиграла, мармелад, зеркало, разбила, раскладушка, контролер.

Некоторые фразы логопед может произносить сам, предлагая ребёнку повторять их отражённо.

Затем проверяется **состояние фонематического слуха, фонематического анализа и синтеза** (различение всех коррелирующих фонем из групп свистящих и шипящих, звонких и глухих, сонорных, мягких и твердых звуков; выделение звука на фоне слова, определение места звука в слове, последовательность и количество звуков в слове, способность придумать слово на заданный звук).

Необходимо также обследовать: *общую моторику и мелкую моторику рук; дыхательную и голосовую функцию; просодическую сторону речи (темп, плавность, выразительность, употребление основных видов интонации); словарный запас и грамматический строй речи; письменную речь; психическое состояние (особенности познавательной деятельности: внимания, памяти, мышления и т.д.) и эмоционально-волевой сферы).*

В *логопедическом заключении* отражается *форма дислалии* (механическая или функциональная), *вид дислалии* (артикуляторно-фонематическая, акустико-фонематическая, артикуляторно-фонетическая), *разновидность неправильного звукопроизношения* (ротацизм, сигматизм и т. д.).

Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Составьте перечень основных понятий по теме «Дислалия».
2. Составьте список источников по теме «Дислалия».
3. Что подразумевается под физиологическим косноязычием?
4. Кто из зарубежных специалистов впервые ввёл термин «дислалия» в научное обращение?
5. Сравните определения дислалии в работах М.Е. Хватцева, О.В. Правдиной, О.А. Токаревой, К.-П. Беккера и М. Совака. Установите их сходства и различия.
6. Назовите авторов, занимавшихся изучением дислалии.
7. Назовите причины возникновения дислалии.
8. Назовите основные формы дислалии, укажите критерии их выделения.
9. Назовите основные виды нарушений отдельных звуков.
10. Обоснуйте необходимость устранения дислалии в дошкольном возрасте.
11. Составьте перечень педагогических приёмов и мероприятий, необходимых для развития правильного звукопроизношения у детей 5-го года жизни.
12. Какие нарушения звукового строя речи увеличивают степень риска возникновения дисграфии и дислексии?
13. Что означает понятие «фонетико-фонематическое недоразвитие речи» (ФФН)?
14. Назовите этапы логопедического воздействия при дислалии.
15. Раскройте цель, задачи, содержание работы на подготовительном этапе.
16. Раскройте цель, задачи и содержание этапа формирования первичных произносительных умений и навыков.
17. Раскройте цель, задачи и содержание этапа формирования коммуникативных умений и навыков.
18. Нарисуйте артикуляционные профили звуков «р», «л».
19. Подберите дидактический материал (предметные и сюжетные картинки, стихи, сказки, загадки, потешки, скороговорки, игры) для обследования произношения звуков «л» – «л'», «р» – «р'» у детей. Оформите его в виде специального пособия (альбома).
20. Подберите упражнения для развития артикуляционной моторики.
21. Составьте перечень упражнений для развития слухового внимания и фонематического восприятия, используемых на подготовительном этапе работы с детьми, имеющими различные виды параламбдацизма.
22. Подберите игры и упражнения для детей дошкольного возраста с целью закрепления произношения звуков л – «л'», «р» – «р'».
23. Составление консультации для родителей «Значение развития мелкой моторики пальцев рук для преодоления нарушения звукопроизношения».

РИНОЛАЛИЯ

План лекции

1. *Определение, причины, механизм ринолалии.*
2. *Формы ринолалии, их характеристика.*
3. *Характеристика речевого и психического развития ребёнка с врождённой расщелиной нёба.*
4. *Профилактика возникновения врождённых расщелин неба, вторичных речевых и неречевых расстройств.*
5. *Цель, основные задачи и содержание логопедического воздействия при ринолалии.*
6. *Направления логопедической работы при органической открытой ринолалии в дооперационный и послеоперационный периоды.*
7. *Направления логопедической работы при закрытой ринолалии.*
8. *Обследование детей с ринолалией.*

Литература:

1. Алмазова, Е.С. Методика логопедической работы по устранению ринофонии / Е.С. Алмазова // Нарушения речи и голоса у детей / под ред. С.С. Ляпидевского, С.Н. Шаховской. – М., 1975. – С. 89 – 108.
2. Балакирева, А.С. Логопедия. Ринолалия: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А.С. Балакирева. – М.: В. Секачев, 2012. – 208 с.
3. Баль, Н.Н. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с тяжёлыми нарушениями речи: учеб.-метод. пособие / Н.Н. Баль, Н.В. Дроздова. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2010. – 152 с.
4. Белякова, Л.И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Т.Г. Шишкова; под ред. Л.И. Беляковой. – М.: Книголюб, 2004. – 56 с. – (Логопедические технологии.)
5. Бернадский, Ю.Й. Принципы и методы воспитания правильной речи у детей с врождёнными расщелинами нёба / Ю.Й. Бернадский, А.И. Дубинина, Л.В. Харьков, Р.Н. Чеховский // Дефектология. – 1984. – № 4. – С. 50 – 51.
6. Вансовская, Л.И. Методы фонетики и обучения произношению / Л.И. Вансовская; под ред. А.А. Леонтьева, Н.И. Самуйловой. – М.: МГУ, 1975. – 79 с.
7. Вансовская, Л.И. Методы обследования речи больных с открытой ринолалией / Л.И. Вансовская // Современные проблемы физиологии и патологии голоса и речи: сб. трудов / НИИ уха, горла и носа. – Т. XXII-А. – М., 1979. – С. 67 – 69.
8. Вансовская, Л.И. Устранение дислалических нарушений согласных звуков при открытой ринолалии после уранопластических операций: метод. рекомендации / Л.И. Вансовская. – Л., 1981. – 22 с.
9. Вансовская, Л.И. Устранение нарушений речи при врождённых расщелинах нёба / Л.И. Вансовская. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 136 с.
10. Васильева, Е.П. Особенности речевых нарушений у детей при врождённой расщелине губы и нёба / Е.П. Васильева // Современные технологии в диагностике и лечении. – 2011. – № 1. – С. 46 – 48.
11. Волосовец, Т.В. Логопедическая работа с детьми в возрасте 1–3 лет с врождёнными расщелинами губы и неба: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Т.В. Волосовец; Моск. пед. гос. ун-т им. В.И. Ленина. – М., 1995. – 18 с.
12. Волосовец, Т.В. Воспитание и развитие речи у детей с врождёнными расщелинами губы нёба / Т.В. Волосовец // Логопедия. Методическое наследие: пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов / авторы-составители: С.Н. Шахов-

ская, Т.В. Волосовец, Л.Г. Парамонова; под ред. Л.С. Волковой: в 5 кн. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. I: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи: в 2 ч. – Ч. 2. Ринопалия. Дизартрия. – 304 с. – (Б-ка учителя-дефектолога).

13. Волосовец, Т.В. Логопедическая работа при ринопалии (дооперационный период) / Т.В. Волосовец, В.Е. Агаева // Логопедия: методические традиции и новаторство / под ред. С.Н. Шаховской, Т.В. Волосовец. – М.: Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2003. – 336 с. (Серия «Библиотека логопеда»). – С. 93–102.

14. Волосовец Т.В. Психолого-педагогическая характеристика детей с врождённой расщелиной губы и нёба / Волосовец Т. В., Соболева Е. А. // Практическая психология и логопедия. – 2006. – № 2. – С. 34–37.

15. Воронцова, Т.Н. К вопросу о логопедической работе при открытой ринопалии после уранопластики / Т.Н. Воронцова // Уч. зап. МГПИ, 1964. – С. 87–90.

16. Воронцова, Т.Н. Логопедическая работа с больными открытой ринопалией после уранопластики: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Т.Н. Воронцова. – М., 1966. – 16 с.

17. Воронцова, Т.Н. Влияние ранних уранопластических операций на физическое и речевое развитие ребёнка с врождённой расщелиной губы и неба / Т.Н. Воронцова // Вопросы логопедии. – М., 1979.

18. Воронцова, Т.Н. Основные пути профилактической работы с детьми первого года жизни с врождёнными расщелинами губы и нёба / Т.Н. Воронцова // Преодоление речевых нарушений у детей и взрослых: сб. науч. тр. – М.: МГПИ имени В.И. Ленина, 1981. – С. 93–103.

19. Воронцова, Т.Н. Психотерапия в коррекционной работе при ринопалии / Т.Н. Воронцова // Коррекционное обучение детей с нарушениями речевой деятельности: межвуз. сб. научн. тр. – М.: МГПИ имени В.И. Ленина, 1983. – С. 82–89.

20. Воронцова, Т.Н. Формирование речи детей с ринопалией второго года жизни / Т.Н. Воронцова // Обучение и воспитание детей с нарушениями речи: сб. науч. тр. – М.: МГПИ имени В.И. Ленина, 1982. – С. 89–99.

21. Городилова В.И. Устранение недостатков произношения при ринопалии: пособие для учителей-логопедов / В.И. Городилова, Н.И. Кузьмина. – М.: Гос. учеб.-пед. изд-во М-ва просвещения РСФСР, 1961. – 214 с.

22. Дикман, К.Д. Логопедическая работа по развитию голоса у детей с ринопалией / К.Д. Дикман // Логопедия сегодня. – 2008. – № 2. – С. 46–52.

23. Дубов, М.Д. Клиническая картина при расщелинах нёба. / М.Д. Дубов. / Логопедия. Методическое наследие / под ред. Л.С. Волковой: в 5 кн. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. I: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи: в 2 ч. – Ч. 2. Ринопалия. Дизартрия. – С. 20–32.

24. Ермакова, И.И. Коррекция речи при ринопалии у детей и подростков / И.И. Ермакова. – М.: Просвещение: АО «Учеб. лит.», 1996. – 143 с.

25. Зайцева, Л.А. Ранняя коррекционно-развивающая работа с детьми, имеющими фактор риска в речевом развитии / Л.А. Зайцева // Дэфекталогія. – 1996. – № 4. – С. 3–18.

26. Зайцева, Л.А. Если ребёнок родился с расщелиной губы и нёба / Л.А. Зайцева, А.Г. Азорина // Дэфекталогія. – 1997. – № 8. – С. 67–75.

27. Зайцева, Л.А. Ранняя коррекционно-развивающая работа с детьми, имеющими врождённые расщелины губы и нёба / Л.А. Зайцева, А.Г. Азорина // Дэфекталогія. – 2000. – № 1.

28. Зайцева, Л.А. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция: учеб.-метод. пособие / Л.А. Зайцева, И.С. Зайцев, С.Ф. Левяш, И.Н. Ясова. – Минск: БГПУ имени М. Танка, 2001. – 74 с.

29. Иваненко, С.Ф. Развитие интонаций у детей с ринопалией / С.Ф. Иваненко // Воспитание и обучение детей с нарушениями в развитии. – 2003. – № 2. – С. 48–57.

30. Игнатъева, С.А. Коррекция тяжёлых речевых расстройств с использованием методов рефлексотерапии / С.А. Игнатъева // Дефектология. – 1996. – № 4. – С. 54–56.
31. Игнатъева, С.А. Рефлексотерапия в комплексной коррекции тяжёлых нарушений речи: монография / С.А. Игнатъева. – Курск: КГПУ, 1997. – 140 с.
32. Ипполитова, А.Г. Открытая ринолалия / А.Г. Ипполитова; под ред. О.Н. Усановой. – М.: Просвещение, 1983. – 95 с.
33. Ипполитова, А.Г. Логопедические занятия при ринолалии в дооперационном периоде / А.Г. Ипполитова // Логопедия. Методическое наследие: пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов / авт.-сост.: С.Н. Шаховская, Т.В. Волосовец, Л.Г. Парамонова; под ред. Л.С. Волковой: в 5 кн. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. I: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи: в 2 ч. – Ч. 2. Ринолалия. Дизартрия. – 304 с. – (Б-ка учителя-дефектолога).
34. Касимовская, Н.А. Врождённая расщелина губы и нёба у детей: распространённость в России и в мире, группы факторов риска / Н.А. Касимовская, Е.А. Шатова // Вопросы современной педиатрии. – 2020. – Т. 19, № 2. – С. 142–145.
35. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи / под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М.: Секачев В.Ю., ТЦ «Сфера», НИИ Школьных технологий, 2008. – 128 с.
36. Леккер, С.Г. Влияние плавающего obturator на речь детей с врождёнными расщелинами нёба / С.Г. Леккер // Дефектология. – 1977. – № 3. – С. 80–83.
37. Логопедическая работа при открытой ринолалии после уранопластики: метод. рекомендации / [Ленингр. НИИ по болезням уха, горла, носа и речи; сост. Вансовской Л. И.]. – Л.: Б. и., 1983. – 17 с.
38. Логопедия: учеб. для студентов дефектол. фак. пед. вузов / под ред. Л.С. Волковой. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: ВЛАДОС, 2007. – 704 с.
39. Логопедия. Методическое наследие: пособие для логопедов и студентов дефектол. фак. пед. вузов: в 5 кн. / авт.-сост.: С.Н. Шаховская [и др.]; под ред. Л.С. Волковой. – М.: ВЛАДОС, 2003. – Кн. 1: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи: в 2 ч. – Ч. 2: Ринолалия. Дизартрия. – 304 с.
40. Логопедия. Методическое наследие: пособие для логопедов и студентов дефектол. фак. пед. вузов: в 5 кн. / авт.-сост.: С.Н. Шаховская [и др.]; под ред. Л.С. Волковой. – М.: ВЛАДОС, 2007. – Кн. 5: Фонетико-фонематическое и общее недоразвитие речи. Нарушения речи у детей с сенсорной и интеллектуальной недостаточностью. – 480 с.
41. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т.Б. Филичевой. – М.: Эксмо, 2017. – 608 с.
42. Мессина, В.М. Врождённые расщелины нёба (этиология, клиника, лечение): автореф. дис. ... доктора мед. наук / В.М. Мессина. / Центр. науч.-исслед. ин-т стоматологии. – М.: [б. и.], 1971. – 29 с., 1 л. табл.
43. Методы обследования речи детей: пособие по диагностике речевых нарушений / под общ. ред. проф. Г.В. Чиркиной. – 3-е изд., доп. – М.: АРКТИ, 2003. – 240 с.
44. Репина, З.А. Нарушение письма у школьников с ринолалией: учеб. пособие к спецкурсу / З.А. Репина; Свердлов. гос. пед. ин-т. – Свердловск: Свердлов. ГПИ, 1988. – 80 с.
45. Репина, З. А. Нарушения письма у школьников с ринолалией: учеб. пособие / З.А. Репина; Урал. гос. пед. ун-т, Ин-т специального образования. – 4-е изд., испр. и доп. – Екатеринбург, 2013.
46. Репина, З.А. О проведении массажа нёба с помощью специального тренажёра / З.А. Репина, А.С. Балахонов // Дефектология. – 1992. – № 5–6. – С. 32–36.
47. Репина, З.А. Дисграфия у учащихся с ринолалией / З.А. Репина // Специальное образование. – 2009. – № 2. – С. 60–69; № 3. – С. 104–110.

48. Репина, З. А. Ринопалия / З.А. Репина; Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2016. – 77 с.
49. Репина, З.А. Логопедическая работа по формированию фонематической системы гласных звуков у детей с открытой ринопалией / З.А. Репина // Специальное образование. – 2017. – № 1. – С. 81–94.
50. Смирнова, Т.П. Использование компьютерной программы «Видимая речь – П» в коррекции речи детей с ринопалией / Т.П. Смирнова // Дефектология. – 2002. – № 5. – С. 77–80.
51. Соболева, Е.А. Ринопалия: учеб. пособие / Е.А. Соболева. – М.: АСТ: Астрель, 2006. – 128 с.
52. Соломатина, Г.Н. Формирование звуко-слоговой структуры слова у детей с врожденными расщелинами губы и нёба: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Г.Н. Соломатина. – М., 2003. – 203 с.
53. Соломатина, Г.Н. Нормализация функции дыхания у детей с врожденными расщелинами нёба / Г.Н. Соломатина // Логопед. – 2004. – № 1. – С. 17–25.
54. Соломатина, Г.Н. Стимуляция речевого развития детей с врожденными расщелинами губы и нёба / Г.Н. Соломатина // Логопед. – 2004. – № 2. – С. 15–21.
55. Соломатина, Г.Н. Устранение открытой ринопалии у детей: методы обследования и коррекции / Г.Н. Соломатина, В.М. Водолацкий. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 160 с.
56. Филичева, Т.Б. Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием. Обучение и воспитание: учеб.-метод. пособие для логопедов и воспитателей / Т.Б. Филичева, Т.В. Туманова. – М.: Гном и Д, 2000. – 127 с.
57. Фомичева, М.Ф. Предупреждение нарушений звукопроизношения у детей / М.Ф. Фомичева. – М.: Моск. психол.-соц. ун-т, 2014. – 336 с.
58. Харьковова, Л.В. Принципы логопедического обучения при раннем хирургическом восстановлении нёба / Л.В. Харьковова, А.И. Дубинина, Л.Н. Яковенко, С.А. Носко // Дефектология. – 1999. – № 6. – С. 21–24.
59. Чиркина, Г.В. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата / Г.В. Чиркина; Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1969. – 120 с.
60. Чиркина, Г.В. Нарушения речи при ринопалии и пути их коррекции: автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.00 / Г.В. Чиркина; Акад. пед. наук СССР, Науч.-исслед. ин-т дефектологии. – М., 1987. – 34 с.
61. Чиркина, Г. В. Нарушения речи при ринопалии и пути их коррекции / Г.В. Чиркина // Дефектология. – 2013. – № 6. – С. 3–22.
62. Шабалина, Т.И. Индивидуальные логопедические занятия по формированию фонетической стороны речи у детей с ринопалией / Т.И. Шабалина // Дефектология. – 2002. – № 2. – С. 83–89.
63. Шарова, О.Б. Логопедическая работа с детьми, имеющими врожденную расщелину верхней губы и нёба / О.Б. Шарова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2013. – № 7. – С. 33–40.
64. Щерба, Н.В. Формирование произносительной стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи: пособие для педагогов учреждений образования, реализующих программу спец. образования на уровне дошкольного образования / под ред. Н.Н. Баль. – Мозырь: Белый Ветер, 2014. – 132 с.
65. Юрова, Р.А. Формирование связной речи у детей-ринопаликов дошкольного возраста / Р.А. Юрова // Дефектология. – 1996. – № 2. – С. 74–76.

1 Определение, причины, механизм ринолалии

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

Термин «*ринолалия*» в переводе с греческого означает «речь с носовым оттенком».

Наличие назального оттенка голоса отличает ринолалию от *дислалии*, которая характеризуется только *нарушением звукопроизношения.*

При сохранной артикуляции звуков, когда имеются только нарушения носового резонанса голоса, говорят о *ринофонии.*

Ринолалия обычно сопровождается врождённые расщелины твёрдого и мягкого нёба, дефекты носовой полости, которые изменяют структуру и функцию речевого аппарата, а, следовательно, и механизм формирования звуковой стороны речи.

Врождённые расщелины верхней губы и нёба составляют около 13% всех врождённых пороков развития человека. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), врождённые расщелины верхней губы и нёба встречаются в 0,6–1,6 случая на 1000 новорожденных, и число больных с этой патологией во всём мире постоянно увеличивается. А.А. Лимберг (1964), обобщая сведения из литературы, отмечает, что на 600–1000 новорожденных рождается один ребёнок с расщелиной губы и нёба. 7,5% от всего населения земного шара составляют люди с расщелинами нёба.

В *Беларуси* частота рождения детей с расщелинами губы и нёба составляла: в начале 80-х годов (до аварии на ЧАЭС) – 1 случай на 1124 новорожденных; в 1997–1998 гг. – 1 случай на 752 новорожденных, что в 1,63 раза больше, чем 15–20 лет назад.

По данным Министерства здравоохранения *Российской Федерации* за 2011 год, на 500 новорожденных приходится 1 ребёнок с расщелинами губы и нёба.

Отмечается высокий уровень частоты рождения детей с врождённой расщелиной губы и нёба *в мире: в Бразилии* распространённость патологии составляет 1 случай на каждые 673; в *Соединённых Штатах* – 1 на 500 – 700 живорождённых; *во Франции, в Париже,* достигает 1:942; *в Польше, в Лодзи,* – 1:502.

По данным регистра EUROCAT, в Европе в период с 2011 по 2017 гг., распространённость рождения детей с расщелиной губы с/без расщелины нёба составила 7,83, с расщелиной нёба – 5,64 на 10 000 живорождений.

Исходя из литературных данных, процентное соотношение расщелин верхней губы и нёба можно представить следующим образом: *изолированные расщелины верхней губы* встречаются в 10 – 20 % случаев; *изолированные расщелины нёба* – в 20 – 25 % случаев; *расщелины верхней губы и нёба* встречаются в 50 – 70 % случаев. Патология чаще всего встречается у *мальчиков* (60 – 70 %) и реже у *девочек* (30 – 40 %). Причём *изолированные расщелины нёба* чаще встречаются у *девочек* (55 – 60 %).

Причины ринолалии можно разделить на *органические* и *функциональные.* **Органические причины ринолалии:** *анатомические изменения в ротовой полости:* расщелины мягкого и твёрдого нёба («волчья пасть»), расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти и верхней губы («заячья губа»), укорочение мягкого нёба, раздвоение или отсутствие маленького язычка, скрытые (субмукозные) расщелины твёрдого нёба (*врождённая открытая ринолалия*); травматическая перфорация или рубцовые деформации нёба, парезы и параличи мягкого нёба, неврологические расстройства (*приобретённая открытая ринолалия*); *анатомические изменения в носоглотке или носовой полости:* искривление носовой перегородки, полипы носа, фиброма носоглотки, гипертрофия слизистой, опухоли полости носа, рост непарной глоточной миндалины (*закрывающаяся ринолалия*).

Причинами врождённых расщелин губы и нёба являются:

– пороки эмбрионального развития (закладка лицевой ткани идёт период от четвёртой до двенадцатой недели эмбриогенеза; критическим периодом для формирования расщелин лица служит 7–8 неделя эмбриогенеза), которые могут быть вызваны заражением беременной женщины на ранних сроках беременности паротитом, гриппом, токсоплазмозом, краснухой и другими инфекциями, а также контактом с ядохимикатами, вредными веществами, курением, употреблением наркотиков и алкоголя, стрессом, эндокринными нарушениями у будущей матери;

– наследственный фактор. О наследственности расщелин говорит наличие родственников с аналогичным дефектом. У родителей присутствуют генетические факторы, предрасполагающие к возникновению ринолалии у последующих поколений: раздвоение, укорочение, отклонение в сторону увулярного язычка; несимметричный кончик носа; несимметричные основания крыльев носа (ноздрей); борозда на нёбе или увулярном язычке. О наследственном характере расщелины говорит: наличие дополнительных пороков развития других органов и систем; отставание в психомоторном развитии; задержка речевого развития; непохожесть ребёнка на родственников чертами лица; самопроизвольные аборт и мертворождения у матери; незрелость при родах, низкий вес; необычный запах от ребёнка или цвет мочи.

Предложена следующая схема причин врождённых пороков развития человека:

А. Эндогенные причины:

- 1) изменения наследственных структур (мутации);
- 2) эндокринные заболевания;
- 3) «перезревание» половых клеток;
- 4) возраст родителей.

Б. Экзогенные причины:

1) физические факторы:

- а) радиационные;
- б) механические;

2) химические факторы:

- а) лекарственные вещества;
- б) химические вещества, применяемые в быту и промышленности;
- в) гипоксия;
- г) неполноценное питание.

3) биологические факторы:

- а) вирусы;
- б) микоплазмы;
- в) протозойная инфекция.

Считается, что основной причиной возникновения врождённых заболеваний являются эндогенные факторы, а экзогенные причины имеют второстепенное значение.

Большое внимание уделяется изучению этиологии врождённых расщелин во всём мире. Вопрос о причинах ринолалии остаётся открытым. Выдвинута гипотеза, что врождённые расщелины – это пороки со сложной этиологией (мультифакториальные пороки).

Функциональные причины: недостаточный подъём мягкого нёба и неполное нёбно-глоточное смыкание при фонации после удаления аденоидов, при постдифтерийных парезах мягкого нёба (*открытая функциональная ринолалия*); гипертонус мягкого нёба, возникающий из-за неврологических нарушений, аденоидэктомии; копирование гнусавого голоса сверстников или родителей (*закрытая функциональная ринолалия*).

При ринолалии отмечается нарушение тембра голоса. Это происходит вследствие патологического участия носовой полости в акте фонации и артикуляции.

Может быть *гиперучастие носовой полости (открытая назализация, открытая гнусавость)*. Назализация возникает из-за отсутствия разграничения носовой и ротовой полостей. Носовая полость принимает участие в произношении ротовых звуков. В частности, утечка воздушной струи в носовую полость при произношении ротовых звуков происходит за счёт расщелины, т.е. воздух свободно идёт в носовую полость. Все звуки *назализованные (носовые)*. Неприятный носовой резонанс придаёт к тому же смазанное, глухое звучание всей речи. Голос становится монотонным, неполётным и слабым.

Может иметь место *гипоучастие носовой полости (закрытая назализация, закрытая гнусавость)*: при произношении носовых звуков воздушная струя не попадает в носовую полость. Ребёнок не может выдыхать воздух через нос. Происходит *понижение носового резонанса. Носовые звуки произносятся как ротовые.*

Комбинация двух видов гнусавости называется *смешанная гнусавость*.

Расстройство звукообразования при ринолалии зависит от:

- от нарушения деятельности мышечного аппарата мягкого нёба, глотки и языка;
- от деформации твёрдого нёба;
- от деформации альвеолярного отростка;
- от неправильного расположения зубов;
- от наличия расщелины губы;
- от недостаточности подвижности губы после хейлопластики;
- от нарушения формы крыльев носа.

Первопричина ринолалии кроется в нарушении анатомической целостности артикуляционного аппарата – это приводит к тому, что у ребёнка наблюдается *нарушение фонетической стороны речи* (страдает *тембр голоса*, нарушается *звукопроизношение*). Как следствие нарушения фонетической стороны речи может возникнуть *нарушение фонематического слуха* – это приводит к нарушению *фонематического восприятия*. *Дефекты фонематического слуха и восприятия* могут привести к *нарушениям лексико-грамматического строя речи*: при ринолалии может иметь место общее недоразвитие речи (I, II, III уровня).

2 Формы ринолалии, их характеристика

Ринолалия проявляется в *трёх формах* – *открытой, закрытой, смешанной*.

Открытая ринолалия – патологическое изменение тембра голоса и искажённое произношение звуков речи, возникающее, когда мягкое нёбо при произнесении звуков сильно отстаёт от задней стенки глотки, оставляя значительную щель (укорочение мягкого нёба) или при механических дефектах твёрдого и мягкого нёба, когда значительная часть воздуха попадает в носовую полость.

Для *определения открытой ринолалии* следует *приложить палец к носу* в момент произнесения гласных звуков «а», «и». При этом то зажимают, то открывают носовые ходы. Если *носовая кость вибрирует*, то это *открытая ринолалия*, если *не вибрирует* – *закрытая ринолалия*. При *открытой форме* наблюдается значительная разница в звучании гласных «а», «и». С зажатым носом звуки (особенно звук «и») заглушаются. Это так называемая *проба Гутцмана*.

Можно использовать *фонендоскоп*. Обследуемый вводит одну «оливу» себе в ухо, другую в нос ребёнка. При произнесении гласных, особенно «у» и «и», слышится сильный гул.

Органическая открытая ринолалия возникает из-за органического поражения черепно-мозговых нервов или наличия расщелины между ротовой и носовой полостью.

Наиболее частой причиной **врождённой открытой ринолалии** является *врождённое расщепление мягкого или твёрдого нёба, укорочение мягкого нёба*.

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

Выделяют следующие *виды врождённых расщелин*:

– *полные (или сквозные) расщелины*. Они могут быть *односторонние* и *двухсторонние*. Такая расщелина может начинаться с раздвоения маленького язычка (лат. uvula – «увула»), а заканчиваться расщеплением губы, при этом захватывая мягкое и твёрдое нёба, альвеолярные отростки, губы;

– *частичные расщелины* – это расщелина на любой части нёба (твёрдого и мягкого нёба; мягкого нёба; твёрдого нёба).

– *скрытые (субмукозные) расщелины*. Субмукозная щель характеризуется расщеплением костной части твёрдого нёба, щель скрыта под слизистой оболочкой.

Различают *два вида*:

а) *субмукозная щель мягкого нёба*. Обе половинки мягкого нёба соединены фиброзной тканью. Когда ребёнок издаёт резкий звук, то ткань может разрываться;

б) *субмукозная щель твёрдого нёба*. Субмукозную расщелину на твёрдом нёбе можно пропальпировать. При разговоре слизистая втягивается внутрь щели.

Часто расщепление маленького язычка сопровождается собой субмукозную щель *мягкого нёба*.

В настоящее время принята следующая *классификация расщелин*.

Врождённые расщелины верхней губы:

1) *скрытая* расщелина верхней губы (односторонняя или двусторонняя);

2) *неполная* расщелина верхней губы:

а) *без деформации костно-хрящевого отдела носа* (односторонняя или двусторонняя);

б) *с деформацией костно-хрящевого отдела носа* (односторонняя или двусторонняя);

3) *полная* расщелина верхней губы (односторонняя или двусторонняя).

Врождённые расщелины нёба:

1) расщелина *мягкого нёба*: *скрытые (субмукозные)*; *неполные*; *полные*

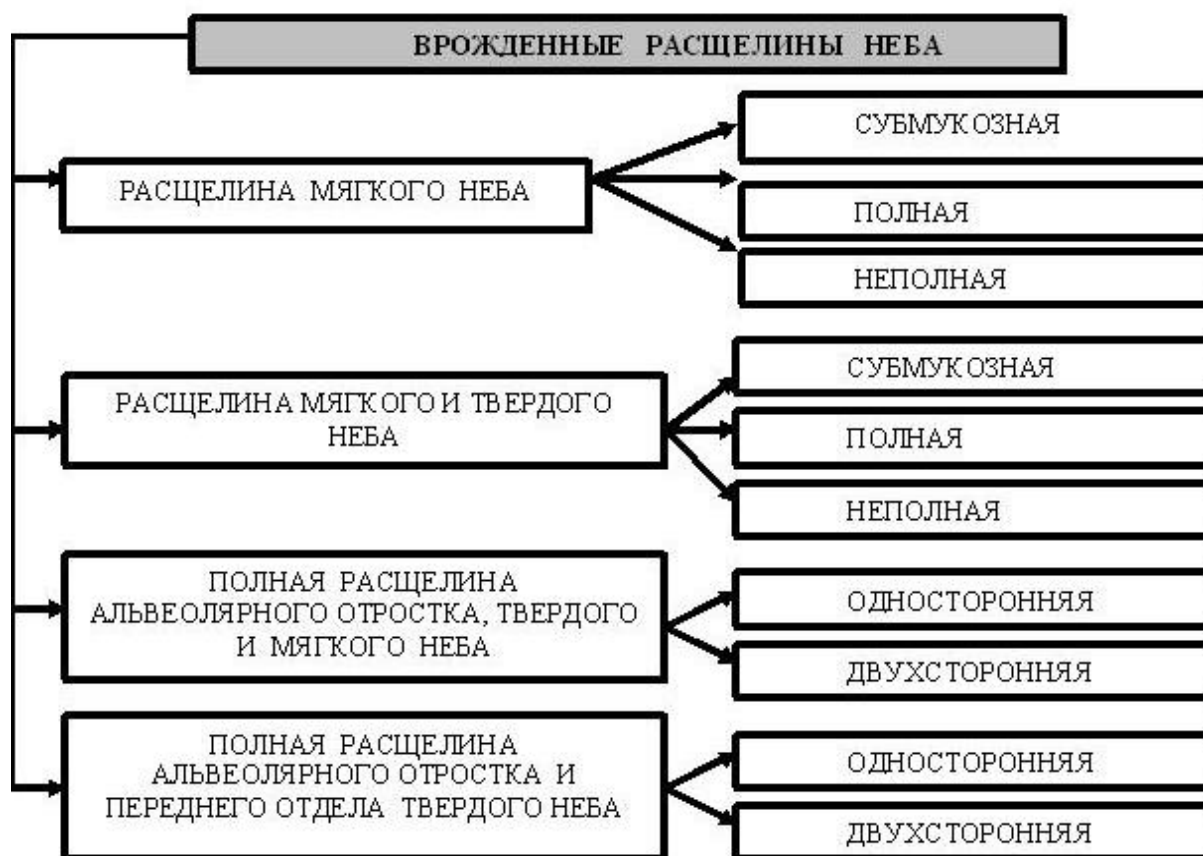
2) расщелины *мягкого и твёрдого нёба*: *скрытая*; *неполная*; *полная*;

3) *полная* расщелина *альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба*: *односторонняя*; *двусторонняя*;

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

При расщелинах мягкого нёба речь будет больше нарушена. Состояние ребёнка, реактивность мозга имеют значение.

Нельзя установить прямого соответствия между *величиной нёбного дефекта* и *степенью искажения речи*. Слишком разнообразны компенсаторные приёмы, которыми пользуются дети для производства звуков. Много 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.).



Расщелины могут усугубляться *дефектами строения периферического речевого аппарата* (деформации зубного ряда, прогения, изменение формы нёба: конусообразное (готическое), уплощённое). Отклонения в формировании зубных рядов наблюдаются в 64% случаев – лиц с *частичной расщелиной*, и в 98% случаев – у лиц со *сквозной расщелиной*.

У таких детей могут иметь место патологические изменения носовой полости, искривление носовой перегородки, деформация крыльев носа. Могут быть *аденоиды* (патологические разрастания носоглоточной миндалины), *увеличенные миндалины*.

Всё это усугубляет недостатки звуковой стороны речи.

Функциональная открытая ринолалия возникает из-за недостаточного подъёма мягкого нёба при фонации у детей с вялой артикуляцией. *Причины*: «привычная» открытая ринолалия, после удаления аденоидных разрастаний из-за длительного ограничения подвижности мягкого нёба; результат постдифтерийного пареза; из-за физической ослабленности организма и пониженного мышечного тонуса.

Закрытая ринолалия обусловлена направленностью речевого выдоха только через рот при всех звуках, и в результате этого страдает артикуляционная и акустическая характеристика носовых звуков «м», «н», «м'», «н'» и тембр голоса.

Различают *две формы закрытой ринолалии: органическую (механическую) и функциональную*.

При *органической (механической) форме закрытой ринолалии* речевое нарушение связано с *анатомическими дефектами областей зева, носа, носоглотки* (аденоиды, полипы, искривление носовой перегородки).

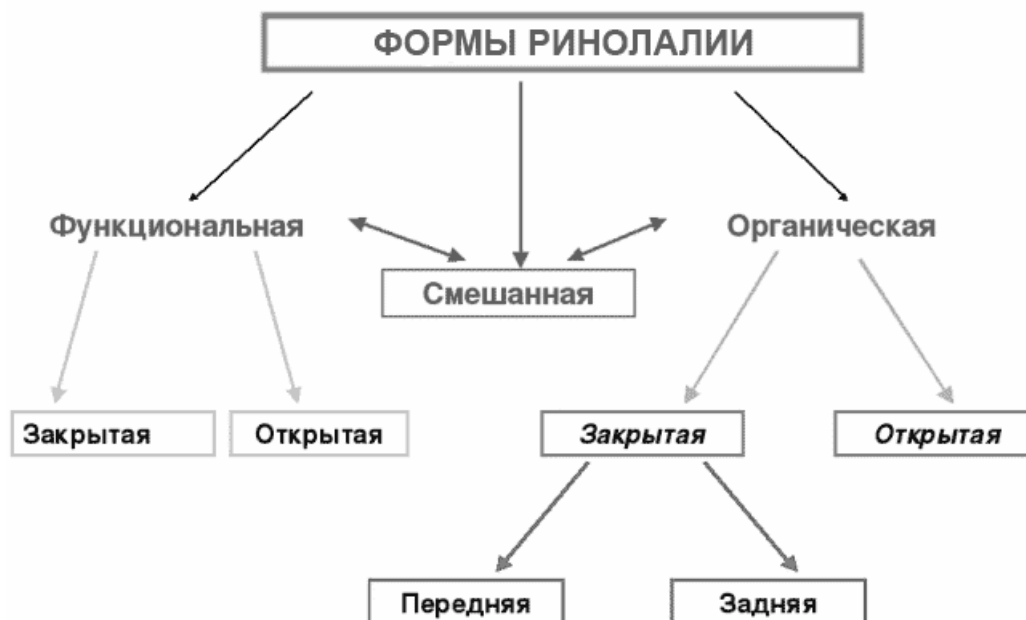
При *функциональной форме закрытой ринолалии* наблюдается *гиперфункция* мягкого нёба: мягкое нёбо всегда приподнято и преграждает в той или иной степени путь воздушной струе в нос.

М. Зеeman различает **2 вида закрытой ринолалии:**

– **передняя закрытая** – при непроходимости носовых полостей;

– **задняя закрытая** – при уменьшении носоглоточной полости.

Смешанная ринолалия – состояние, когда при носовой непроходимости имеется также недостаточный нёбно-глоточный затвор. На произношении это отражается *понижением носового резонанса*, главным образом для *носовых фонем*, при одновременном искажении остальных фонем, *тембр* которых ставится как *при открытой ринолалии*.



Характеристика форм ринолалии

№ п/п	Форма ринолалии	Характеристика форм ринолалии
	Открытая ринолалия	<p>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.</p> <p>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.</p> <p><i>Механизм</i> нарушения при открытой ринолалии определяется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 твёрдого и мягкого нёба, вялостью кончика языка, губ, отодвиганием языка вглубь ротовой полости, высоким положением корня языка, участием в артикуляции мышц глотки и гортани. <p>В <i>устной речи</i> отмечаются обеднённость и аномальные условия протекания долингвистического развития детей с ринолалией. В связи с нарушением речедвигательной периферии ребёнок лишается интенсивного лепета.</p> <p><i>Особенности письма.</i> Особенности произношения детей с ринолалией ведут к искажению и несформированности фонематической системы языка. Поэтому звуковые образы, накопленные в их речевом</p>

		сознании, неполноценны и не расчленены для формирования правильного письма. Вторично обусловленные особенности восприятия речевых звуков являются основным препятствием к овладению правильным письмом.
	Открытая органическая ринолалия	Может быть <i>приобретённой</i> или <i>врождённой</i> . Образуется при перфорации твёрдого 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 является врождённое расщепление мягкого или твёрдого нёба, укорочение мягкого нёба. Является предметом внимания хирургов-стоматологов, ортодонтонтов, детских оториноларингологов, психоневрологов и логопедов
	Открытая функциональная ринолалии	Объясняется она <i>недостаточным подъёмом мягкого нёба при фонации</i> у детей с вялой артикуляцией. Прогноз при функциональной открытой ринолалии обычно благоприятный. Она исчезает после фониатрических упражнений, а нарушения звукопроизношения устраняются обычными методами, применяемыми при дислалии.
	Закрытая ринолалия	Закрытая ринолалия образуется при <i>пониженном физиологическом носовом резонансе</i> во время произнесения звуков речи. Самый сильный резонанс у носовых «м», «м'», «н», «н'». При нормальном их произнесении носоглоточный затвор остаётся открытым и воздух проникает прямо в носовую полость. Причина закрытой формы – <i>органические изменения в носовом пространстве</i> или <i>функциональные расстройства нёбо-глоточного смыкания</i> . Органические изменения вызываются болезненными явлениями, в результате которых затрудняется носовое дыхание.
	Закрытая передняя ринолалия	Наблюдается при непроходимости носовых полостей, при хронической гипертрофии слизистой носа, главным образом, задних нижних раковин; при полипах в носовой полости; при искривлении перегородки носа и при опухолях носовой полости.
	Закрытая задняя ринолалия	Наблюдается при уменьшении носоглоточной полости. У детей может быть следствием аденоидных разрастаний, реже – носоглоточных полипов, фибромы или иных носоглоточных опухолей.
	Закрытая функциональная ринолалия	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.
	Закрытая органическая ринолалия	Органическая закрытая ринолалия – это различные препятствия, возникающие в носовой и носоглоточной полостях.
	Смешанная ринолалия	Смешанная ринолалия – состояние речи, характеризующееся <i>пониженным носовым резонансом</i> при произнесении носовых звуков и наличием <i>назального тембра (назализованного голоса)</i> . Причиной является <i>сочетание непроходимости носа и недостаточности нёбо-глоточного контакта функционального и органического происхождения</i> . Наиболее типичными являются <i>сочетания укороченного мягкого нёба, подслизистого его расщепления и аденоидных разрастаний</i> , которые в таких случаях служат препятствием для утечки воздуха через носовые ходы во время произнесения оральных звуков. Состояние речи может ухудшиться после <i>аденотомии</i> , так как возникает нёбно-глоточная недостаточность и проявляются <i>признаки открытой ринолалии</i> .

3 Характеристика речевого и психического развития ребёнка с врождённой расщелиной нёба

Анатомические дефекты создают определённые трудности для психического и физического развития ребёнка.

Клетки мозга не получают полноценного питания, и это приводит к задержке речевого развития.

Речевое развитие у детей с врождённой расщелиной задерживается на полгода, они позднее садятся, встают, для них характерно недоразвитие мелкой моторики рук (по данным Т.Н. Воронцовой и др.).

В 3 – 4 месяца дети не гуляют, в 6 – 9 месяцев отсутствует лепет. Лепет появляется только на втором году жизни.

Резко нарушено произношение звуков.

Отмечается порочное приспособление языка. Язык поднят. Развиваются движения корня языка.

Характерна слабость артикуляционных мышц.

Кроме задержки речевого развития, происходит и задержка формирования фонематического слуха.

Страдает кинестетический анализатор.

В период формирования первых слов голос имеет носовой оттенок.

Г.В. Чиркина отмечает, что дефекты звуковой речи связаны с анатомическими дефектами, так как при ринолалии страдает артикуляция и фонация. Также имеется нарушение, связанное с дефектами моторного управления (нарушение ритмико-слоговой структуры речи) – перестановка слогов. В длинных словах могут наблюдаться пропуски, упрощение. Нарушено произношение комплексов звуков в словах со стечением согласных звуков (например, *стол*).

Состояние речи детей с ринолалией. У детей с ринолалией могут быть разные возможности речевого развития. У некоторых детей, наряду со звуковой стороной, страдают другие стороны речи: лексическая, грамматическая, т.е. страдает всё в речи, имеется выраженное недоразвитие речи (общее недоразвитие речи). Страдает и письменная речь. Часть детей (с лексико-грамматическими нарушениями) могут обучаться в массовой школе, некоторые могут обучаться в школах для детей с тяжёлыми нарушениями речи.

Также среди детей с ринолалией есть дети с фонетико-фонематическими нарушениями.

Наличие врождённых расщелин нёба ставит ребёнка в неблагоприятные условия для его физического развития.

Ребёнок рождается с поисковым рефлексом. Но дети с врождённой расщелиной нёба и губы не могут осуществлять сосательные движения. Поэтому врождённый сосательный рефлекс подавляется. Выпадение губных движений ослабляет развитие всей лицевой мускулатуры.

Акт кормления ребёнка с расщелиной нарушен. Грудное вскармливание детей, рождённых с грубым дефектом нёба (полной расщелиной), бывает невозможным. Такой ребёнок не может сосать грудь. Затруднён акт глотания. При попытке грудного вскармливания молоко попадает в носовую полость, в дыхательные пути, и ребёнок захлёбывается, у него появляется кашель, срыгивание, рвота. Чтобы облегчить кормление, детей переводят на *капельное вскармливание*: кормление с ложечки, из пипетки (если ребёнок не может захватывать соску губами); кормят из соски, расчленённой маленьким крестиком вместо дырочки (если не сосёт губами, а активно помогает спинкой языка), из двойной соски (одна из сосок разрезается вдоль до резинового кольца и наде-

вается на целую соску, выполняя роль клапана для расщелины). Самым простым способом является кормление с ложечки.

Желательно сохранить *грудное вскармливание*. В этом случае первое время (до полугода) количество пищи за одно кормление может быть значительно меньше средней нормы, следовательно, число кормлений должно быть больше.

Если такой ребёнок получает *недостаточное количество пищи*, то его жизненные силы ослабевают, он становится восприимчивым к любым инфекциям (катар верхних дыхательных путей, пневмония, бронхит, анемия, кишечные инфекции).

У таких детей наблюдаются частые *воспалительные процессы в носовой полости*, так как туда попадает пища. Воздух не согревается, не очищается. Вдыхаемый воздух попадает сразу в носо-ротовую полость, не успевает нагреваться. Воспалительные процессы со слизистой оболочки носа и носоглотки переходят на *евстахиевы трубы*, что приводит к воспалению среднего уха – *отиту*. Частые отиты приводят к тому, что ребёнок периодически то слышит, то не слышит. Это может носить *хронический характер*, и, как следствие, – ребёнок может стать *слабослышащим*.

У детей с непроперированными расщелинами *нарушено дыхание*: оно *шумное, учащённое, поверхностное*. Одной из *причин нарушения дыхания* может явиться *неправильное положение языка, который запрокидывается назад*. В дальнейшем язык стабилизируется в таком положении, кончик его плохо развивается, часто паретичен и не выполняет своей функции в формировании звуков речи. Чтобы избежать этого, следует чаще укладывать ребёнка на живот или на бок. Полезна во время сна поза «лягушки», когда ребёнок лежит на животе, а голова повернута набок или носом вниз, руки при этом согнуты в локтях и подтянуты к голове. Это положение способствует тому, что его *дыхание становится более спокойным, мягким* и почти бесшумным, а также закрепляется *удержание языка у дёсен*.

Нарушено речевое дыхание. При произношении звуков речи воздух выпускается в носовую полость.

У таких детей надо формировать *физиологическое и речевое дыхание*.

Новорожденные с расщелиной нёба *беспокойны*, это связано с проблемами в кормлении и с частыми простудными заболеваниями.

У некоторых детей имеются отдельные *неврологические микропризнаки*: нистагм, лёгкая асимметрия глазных щелей, носогубных складок, повышение сухожильных и перистальных рефлексов.

При расщелине у детей нередко отмечают *сопутствующие мимические движения*. Во время речи дети морщат лоб, хмурят брови; сильно втягивают крылья носа, в артикуляцию вовлекаются мышцы лица, у них появляется гримаса. Речь детей создаёт *неблагоприятное впечатление как на слух* (из-за невнятности артикуляции и назальности), так и во *внешнем оформлении* (из-за излишних движений крыльев носа и лицевых мышц).

Даже если мышцы речевого аппарата у ринолаликов анатомически сохранены и все движения их возможны, они отличаются некоторой *вялостью, заторможенностью, неловкостью*. Эти же качества характеризуют и *артикуляцию ринолалика*.

По состоянию психического развития дети с расщелинами составляют весьма *разнородную группу*: дети с *нормальным психическим развитием*, с *задержкой умственного развития*, с *олигофренией* (разной степени выраженности).

Грубое расстройство речи в сочетании с косметическими дефектами (деформация крыльев носа, челюстей, шов на губе и др.) приводит к *психическим страданиям детей*. Особенно страдают девочки. Мальчики со временем могут отрастить усы и скрыть свой дефект.

Всё это способствует формированию *астенических черт характера*, возникновению *общей нервности*. Это приводит к *своеобразному развитию психики* при *нормальном интеллекте*. Ребёнок становится *замкнутым, необщительным*.

В ряде случаев ринолалия отрицательно влияет не только на формирование личности ребёнка, но и на *формирование высших уровней познавательной деятельности*.

Многие родители винят себя в рождении такого ребёнка, поэтому они стараются создать ему наилучшие условия, выполняют все прихоти. В результате дети *искусственно инфантилизированы*. Они не владеют навыками, присущими их возрасту. Излишняя опека, оберегание способствуют развитию у ребёнка *трусливости, неловкости, неумелости*. Потакание прихотям приводит к тому, что дети становятся *капризными, требовательными, своенравными и эгоистичными*. У них наблюдается *задержка развития самостоятельности и активности*. Они стремятся постоянно быть *в центре внимания*.

Дети *с трудом адаптируются к школе*, нет интереса к школьным занятиям. Испытывают неудачи во время обучения в школе, тяжело переживают неуспеваемость.

Реактивное состояние может перейти в *патологическое развитие личности*.

По особенностям поведения всех детей с ринолалией делят на *четыре группы*:

- 1) те, кто переживают за свой дефект;
- 2) те, кто не придают значение дефекту и чувствуют себя нормально;
- 3) агрессивный тип: постоянно находятся в реактивном состоянии;
- 4) те, кто правильно оценивают свой дефект.

4 Профилактика возникновения врождённых расщелин неба, вторичных речевых и неречевых расстройств

Первичная профилактика – это предупреждение речевых нарушений, т.е. их возникновения. *Предупреждение возникновения ринолалии* – профилактика вызывающих её причин: забота о *здоровье беременной женщины*, охрана *здоровья ребёнка*. В числе *профилактических мероприятий* – *генетическое консультирование, психолого-педагогическое просвещение молодых родителей, ранняя диагностика* детей с фактором риска в речевом развитии. Знание причин, которые приводят к расщелинам, позволяет проводить *пропаганду знаний* об этих факторах и предупреждать их появление.

Профилактика ринолалии на этапе беременности – беременная женщина должна избегать таких заболеваний, как краснуха, паротит, токсоплазмоз, грипп, которые способны привести к возникновению у ребёнка расщелин губы, твёрдого или мягкого нёба;

Профилактика приобретённой ринолалии – избегание травм головы, лица, носа, инфекционных заболеваний, переохлаждения, кровоизлияний в головной мозг, профилактика опухолей.

Вторичная профилактика – предупреждение перехода речевых расстройств в хронические формы, а также предупреждение последствий речевой патологии. Это предупреждение *вторичных речевых и неречевых расстройств, профилактика рецидивов*.

Ринолалия – результат появления и закрепления речевых и неречевых условий, которые возникают вследствие анатомической патологии (расщелины). Поэтому устранение патологических условий и создание нормальной базы имеет исключительное значение в предупреждении ринолалии.

Ребёнок, родившийся с расщелиной нёба, имеет предпосылки для возникновения тяжёлого дефекта ринолалии. Однако при врождённых расщелинах возможна *полная или частичная профилактика* речевого дефекта *медицинскими и педагогическими средствами*.

Большое значение придаётся *своевременному медицинскому воздействию (операционное лечение или применение obturatora)*.

Цель педагогического предупреждения – привлечь внимание ребёнка к артикуляции и с помощью специальных упражнений предупредить дефектное положение языка в ротовой полости и сформировать ротовой выдох.

Ранняя коррекционная работа позволяет предупредить вторичные речевые нарушения (работы Л.А. Зайцевой, Т.Н. Воронцовой, Т.В. Волосовец и др.). Она должна начинаться с периода новорожденности, носить комплексный характер:

1) стимуляция физического развития ребёнка с целью возможного предупреждения астенического синдрома;

2) предупреждение грубых нарушений дыхательной функции;

3) предупреждение появления и закрепления патологических артикуляционных и голосовых навыков, а также синкинезий;

4) предупреждение задержки речевого развития и задержки психического развития;

5) расширение социальных контактов ребёнка;

6) профилактика общего недоразвития речи. В структуре речевой деятельности при открытой ринолалии ведущим является нарушение фонетических и просодических элементов речи, однако в ряде случаев первичное нарушение накладывает отпечаток на формирование других компонентов речи, т.е. приводит к общему недоразвитию речи. Обусловленность общего недоразвития речи у детей различна: сужение социальных и речевых контактов из-за грубого нарушения артикуляции звуков, позднее её начало, осложнённый дефект проявлениями дизартрии или алалии, снижение слуха и т.д.;

7) профилактика нарушений чтения и письма;

8) профилактика неадекватного типа воспитания: гиперопеки, который может привести к задержке психического развития;

9) коррекция личности.

Для профилактики рецидивов – после лечения посещение врачей, после проведённых занятий регулярные профилактические визиты ребёнка к логопеду для контроля правильности развития речи.

Если в раннем возрасте не проводить профилактику речевых расстройств, то к моменту операции дефект речи становится относительно стабильным, и для нормализации её требуется значительная логопедическая работа.

Третичная профилактика – социально-трудовая адаптация лиц, страдающих речевой патологией. Включает профессиональную ориентацию лиц с ринолалией – на основе учёта степени разборчивости речи, личностных особенностей, интересов.

Организация профилактической логопедической работы – участие логопедов в диспансерных осмотрах, систематический контроль за речевым развитием детей в дошкольных и школьных учреждениях.

Важное значение имеет взаимодействие логопеда с родителями. Формы такой работы:

– индивидуальные: беседы, консультации, посещение родителями занятий

– групповые (коллективные): родительские собрания, круглые столы, тренинги, родительские конференции, собрания, семинары и др.

– наглядно-информационные: санбюллетени, информационные корзины, памятки, листовки, плакаты, видеоролики, копилки советов, стенды, реклама книг, статей их журналов, папки-передвижки и пр.

5 Цель, основные задачи и содержание логопедического воздействия при ринолалии

Воздействие на детей с открытой механической ринолалией ведётся *комплексно*. Медики и педагоги работают в содружестве. *Медицинское влияние* направлено на нормализацию *анатомического строения речевого аппарата*. В связи с этим проводится *хейлопластика* – операция по поводу устранения расщелины верхней губы, и *уранопластика* – операция по устранению расщелины твёрдого нёба.

Первая *операция по устранению расщелины мягкого нёба* была проведена в России Н.И. Пироговым в 1844 году. После него, в 1861 году, французский стоматолог из Руана Ломанье сделал *операцию на твёрдом нёбе*. Иногда говорят, что Ломанье первым выполнил операцию на нёбе. Это неверно.

С тех пор операция претерпела много изменений, сделаны определённые достижения, но вопрос остаётся открытым и в наше время.

Стоматолог-хирург выполняет следующие *виды операций*:

- *хейлопластика* (от греч. *cheilos* – губа и *plassein* – образовывать) – общее название пластических операций по устранению дефектов или деформаций губ;

- *уранопластика* (от греч. *uranos* – твёрдое нёбо и *plassein* – образовывать; *uranoplastica*: урано + пластика; син. *палатопластика*) – общее название пластических операций по устранению дефектов твёрдого нёба;

- *велопластика* (от лат. *velaris* – мягкое нёбо) – это хирургическая операция, которая заключается в восстановлении мягкого нёба при врождённых дефектах с помощью стандартного набора хирургических инструментов;

- *ринохейлопластика* (от греч. *rhinos* – нос, *cheilos* – губа и *plassein* – образовывать) – это хирургическая операция, в ходе которой одновременно корректируются дефекты нарушения целостности верхней губы и перегородки носа;

- *ринохейлогнатопластика*. (от греч. *rhinos* – нос; *cheilos* – губа; *gna* – альвеолярный отросток, дугообразно изогнутый костный гребень, являющийся продолжением тела верхней челюсти книзу; *plassein* – образовывать) – костная пластика незаращения альвеолярного отростка; решает задачу устранения деформации и недоразвития переднего отдела верхней челюсти, улучшает форму верхней губы, уменьшает связанный с ней дефект хрящей носа и возможность развития зубочелюстных отклонений. Проведение ринохейлогнатопластики показано детям, имеющим сквозные расщелины нёба и губы.

Исследователи считают, что *ранняя операция на мягком нёбе по сужению глоточного кольца* создаёт близкое к нормальным анатомо-физиологическое соотношение и *способствует*:

- нормализации раннего физического развития ребёнка (глотание, жевание, сосание);
- правильному становлению речи, т.к. предупреждает появление и закрепление патологических артикуляционных, голосовых, дыхательных навыков;
- предупреждает появление сопутствующих мимических движений (синкинезий);
- создаёт благоприятные условия для становления всех компонентов речи и формирования познавательной деятельности.

Первичная хейлопластика ограничивается восстановлением анатомически, эстетически и функционально полноценной верхней губы. Проводится она в первые дни жизни ребенка и показана при незначительных дефектах развития верхней губы.

Первичная ринохейлопластика является более сложным видом оперативного вмешательства. Кроме восстановления формы и функции верхней губы, эта операция направлена на коррекцию хрящей носа и устранение порочного положения мышц приротовой области. *Первичная ринохейлопластика* показана при более тяжёлых формах пороках развития, сочетающихся с деформациями носа и дефектами скелета лица.

Наряду с восстановлением непрерывности верхней губы, устранением деформации хрящей носа, формированием полноценного положения мышц, окружающих рот, необходимо зачастую решать и задачу по устранению дефекта альвеолярного отростка и участков недоразвития переднего отдела верхней челюсти на стороне расщелины. Операция, решающая и эту задачу названа *ринохейлогнатопластика*. **Ринохейлогнатопластика** улучшает условия правильного роста верхней губы, носа и верхней челюсти. Сегодняшнее состояние пластической реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области характеризует тот факт, что эстетические и функциональные отдалённые результаты операций, корректирующих врождённые дефекты верхней губы, в 85–90% расцениваются как хорошие.

Сроки осуществления уранопластики точно не определены (2–2,5 года; 3–5 лет; 5–6 лет), но это должно произойти до того, как будет сформирована речевая деятельность. *Радикальная уранопластика* выполняется у детей в возрасте от 3 до 5 лет. В 3–5 лет оперируют больных с несквозными расщелинами нёба, в возрасте 5–6 – сквозные одно- и двусторонние расщелины. Проведение подобных операций *не рекомендуются в более раннем возрасте, так как это может повлечь замедление роста верхней челюсти*. Однако щадящие способы уранопластики применяют и в возрасте до 2 лет.

Сейчас есть возможность раннего оперирования и протезирования детей с расщелинами нёба и губы. Этому способствует:

- 1) прогресс техники оперирования и протезирования;
- 2) стремление создать в ранний период жизни ребёнка полноценный анатомический речевой аппарат.

В настоящее время операция возможна в возрасте трёх лет, а в некоторых случаях – и в младенческом возрасте. Пластическую операцию губы делают в первые сутки после рождения ребёнка.

Схема лечебного этапа (В.М. Водолацкий, Г.Н. Соломатина)

Характер расщелины	Лечебный этап	Возраст
Расщелина верхней губы	пластика верхней губы коррекция верхней губы закрытие дефекта альвеолярного отростка ортодонтическое лечение исправление формы наружного носа	2 мес. 2–3 года 2–3 года 6–7 лет 11–12 лет
Расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба	пластика верхней губы коррекция верхней губы закрытие дефекта мягкого нёба ортодонтическое и ортопедическое лечение закрытие дефекта твёрдого нёба закрытие дефекта альвеолярного отростка исправление формы наружного носа	2 мес. 2–3 года 3 года 3 года 6–7 лет 6–7 лет 11–12 лет
Расщелина твёрдого и мягкого нёба	закрытие дефекта мягкого нёба ортодонтическое и ортопедическое лечение закрытие дефекта твёрдого нёба	3 года 3 года 6–7 лет

М.Д. Дубов считает, что целью современной операции при нёбной расщелине является восстановление анатомической структуры как основы для возможности последующего восстановления функции нёба и речи.

Операция должна решать три задачи:

- 3) надёжное соединение краёв расщелины и преодоление натяжения тканей мягкого нёба без нарушения его функциональной способности (образование небно-глоточного затвора) – устранение расщелины нёба (*фиссурорафия*);

4) сохранение формы свода нёба как важной части периферического речевого аппарата. Твёрдое небо играет определённую роль в образовании артикуляционных укладов переднеязычных, среднеязычных, заднеязычных звуков;

5) удлинение мягкого нёба, первично укороченного у большинства носителей расщелины (*ретротранспозиция*);

б) сужение среднего отдела глоточного кольца (*мезофарингоконстрикция*).

Для полноценного исправления патологических изменений твёрдого и мягкого нёба хирург должен решить задачи:

– восстановить анатомическую правильную непрерывность всех слоев твёрдого и мягкого нёба и их размеры,

– не только устранить порочное прикрепление нёбно-глоточной мышцы и мышцы, напрягающей нёбную занавеску, но и соединить их в анатомически правильном положении,

– исключить при операции повреждение нервов, управляющих сокращением этих мышц,

– обеспечить стабильное закрепление восстановленных анатомически правильных взаимоотношений структур, определяющих форму и функцию нёба.

Детей с врождёнными расщелинами губы и неба разделяют на *две группы*:

1) соматически ослабленные дети с полными (сквозными) односторонними или двухсторонними расщелинами;

2) более крепкие физически дети и с более сохранным речевым аппаратом.

Детям *первой группы* в первые месяцы жизни проводят только хейлопластику, а последующее хирургическое вмешательство – в возрасте 2,5 – 3 лет.

Детям *второй группы* считается возможным сделать в первые дни жизни не только хейлопластику, но и восстановить структуру и функции мягкого нёба с сужением глоточного кольца (*первый этап уранопластики*). *Второй этап операции* – закрытие расщелины твёрдого нёба – проводится в 3-летнем возрасте.

Чем успешнее проведена операция, тем лучшей речи может добиться логопед. Конечный результат речевой коррекции зависит от послеоперационного состояния ребёнка.

Г. Гутцман (нем.) считал, что для хорошей речи необходимо три условия:

1) достаточная длина нёбной занавески;

2) достаточная подвижность нёбной занавески;

3) смыкание валика Пассавана с нёбной занавеской.

При наличии этих условий логопед должен добиться правильной речи от ребёнка. Успех послеоперационных логопедических занятий в значительной мере зависит от исхода хирургического вмешательства, т. е. от степени разграничения носовой и ротовой полостей. Важны также индивидуальные особенности ребёнка и такой фактор, как наличие и качество дооперационной логопедической работы.

Операция нормализует только речевой аппарат, но не снимает порочный стереотип. Стоматологи говорят о необходимости специальной педагогической коррекции речи после операции.

Если оперирование невозможно (родители против, возраст не позволяет, имеет место бедность мышечной ткани), то прибегают к *протезированию*. Протезирование возможно в первые дни жизни ребёнка. Протезирование выполняет *стоматолог-ортопед*. Протезирование осуществляется с помощью *обтуратора*. **Обтуратор** (от лат. *obturatio* – закупоривать, затыкать, заслонять; лат. *obturatio* – закупоривание; лат. *obturare* («обтураре») – затычка) – приспособление для закрытия дефектов твёрдого и (или) мягкого нёба. Обтурирование можно начинать с первых дней жизни ребёнка.

Известны два основных вида obturаторов:

– obturатор А.Я. Катца – при помощи крючков цепляется за зубы верхней челюсти и таким образом закрепляется во рту (такой способ закрепления оказывает вредное влияние на опорные зубы);

– obturатор Кеца (*Кез – американский зубной врач, предложил конструкцию obturатора в 1902 году*) – свободно перемещается в ротовой полости при произношении звуков – «плавающий obturатор». Называется «плавающим obturатором», т.к. он состоит только из obtурирующей части и не имеет фиксирующей, не удерживается на зубной пластинке, как другие obturаторы, а свободно помещается в ротовой полости – вставляется в расщелину как пробка, т.е. не нужно иметь зубов.

Obturатор Кеца наиболее оптимален, близок для достижения цели разобщения ротовой и носовой полостей, необходимого для создания в верхних дыхательных путях нормальных физиологических условий, способствующих развитию нёбно-глоточной мускулатуры. Несмотря на значительный положительный результат, obturатор Кеца не получил широкого распространения по причине трудности получения оттиска.

Первые работы по ринолалии принадлежат врачам. Вопрос о лечении больных с расщелинами нёба обсуждался в отечественной литературе уже в начале XIX века. Усилия врачей были направлены на полное оперативное восстановление нёбного свода. Несмотря на достигнутые хирургами успехи в коррекции анатомического дефекта ротовой полости, никому из них не удалось получить положительных результатов фонетического оформления речи только с помощью оперативного вмешательства. Большой вклад в изучение ринолалии внесли *зарубежные специалисты.*

В 20–30-е годы за рубежом в логопедии начинают чётко вырисовываться *две линии:*

1) Г. Гутцман – создатель *первого направления* (методика М.Е. Хватцева – пересказ методики Г. Гутцмана). Предполагает использование сильных раздражителей, благодаря которым в деятельность нормальных речевых органов вовлекаются и дефектные органы.

Упражнения по этой методике носят характер резко выраженного воздействия на мышцы речевого аппарата. Звуки носят толчкообразный характер (способ атаки). Воспитание голоса, близкого к фальцету (работает головной резонатор), который служит базой для всех упражнений. При фальцете все органы артикуляторного аппарата располагаются наиболее благоприятно для того, чтобы воздушная струя не попадала в носовую полость. Больной должен сам быть активен и осуществлять самоконтроль.

Недостатки этой системы: недооценка роли дыхания и грудного резонатора.

Предлагается *три вида специальных упражнений для подготовки артикуляторного аппарата и выработки нёбно-глоточного затвора:* 1) упражнения для создания благоприятного мышечного фона; 2) упражнения для создания более дифференцированных, более точных и более сложных движений речевого аппарата, что позволяет перейти к постановке звуков; 3) упражнения для создания максимальной изоляции ротовой полости от носовой;

2) *второе направление* возникло во Франции. Оно предполагало постановку правильного дыхания и голоса «в маску» аналогично обучению пению. Основоположники – С. Борель-Мезони, 1929; В. Ведю, 1929. Представители этого направления: М. Зеeman, М. Совак, Седлачекова. Это направление основывается на физиологически естественных, ненапряжённых дифференцировках речевых движений, преимущественно дыхательных.

Представители обоих направлений исходили из необходимости достижения произвольного замыкания нёбно-глоточного затвора, что возможно при обеспечении по-

движности нёбной занавески, смыкании валика Пассавана с нёбной занавеской (мягким нёбом).

В конце 20-х годов появились первые отечественные работы, в которых были описаны педагогические методы устранения нарушений речи при открытой органической ринолалии:

Каретникова, В.А. Исправление речи при расщелине нёба специальным обучением / В.А. Каретникова. – статья, 1927 год. В.А. Каретникова – стоматолог.

Методика М.Е. Хватцева основана на принципах немецкой школы и модифицирована на основании личного опыта. Изложенная им методика, обобщающая практику многих специалистов, как отечественных, так и зарубежных, даже, в самых трудных случаях даёт положительные результаты, но требует от логопеда высокого мастерства и тонкого знания анатомии и физиологии речевого аппарата, а от больных – напряжения и прилежания. Он рекомендует сложный комплекс упражнений для развития речевого аппарата больного, большое количество механических приёмов работы. Трудность этой методики и недостаточная эффективность неоднократно подчёркивались самим автором.

Французское направление с некоторой модификацией развивалось в ряде работ советских авторов (Ф.А. Рау, Е.Ф. Рау, З.Г. Нелюбова, Т.Н. Воронцова, А.Г. Ипполитова):

– Рау Е.Ф. Практическое руководство по исправлению речи при различных видах гнусавости / под ред. проф. Ф.А. Рау. – Москва: Гос. учеб.-пед. изд-во, 1933 ("Образцовая" тип.). – Обл., 26, [2] с.: черт.;

– Нелюбова, З.Г. Книга по исправлению недостатков речи / З.Г. Нелюбова. – М.: ГУПИ, 1938. – 176 с.

В этих работах указывалось на необходимость логопедической помощи при ринолалии как до, так и после операции. Однако в большинстве случаев делался *акцент на послеоперационной работе* и лишь очень осторожно говорилось о возможности дооперационных занятий.

В 1931 году был опубликован *реферат Ф.А. Рау «Дооперационные логотерапевтические упражнения при врождённых нёбных щелях»*. В этой работе рекомендовалось вести занятия по воспитанию правильного произношения в дооперационном периоде по общепринятой методике постановки звуков. Ф.А. Рау высказывал мнение, что воспитание правильных артикуляций до операции труднее, а неправильно воспитанные движения могут осложнить логопедическую работу после операции. В связи с этим он рекомендовал очень осторожный подход к формированию произношения при дооперационных занятиях.

В 1938 году была выпущена «Книга по исправлению недостатков произношения» З.Г. Нелюбовой с краткой методической запиской, в которой приведено восемь разделов работы с больными и излагались приёмы воспитания речи при врождённых расщелинах. По сравнению с предыдущими работами, З.Г. Нелюбова вводила много новых приёмов: массаж нёбной занавески, специальные упражнения для нёбной занавески (позёвывание, глотание по несколько капель воды при запрокинутой голове, покашливание при высунутом языке). Много внимания она уделяла формированию голосовых выдыхательной струи и постановке диафрагмального дыхания. Предлагалось также широко использовать очень громкий голос, твёрдую атаку при произношении звуков речи. Впервые отмечалась необходимость развития слухового внимания ринолалика к своей речи и указывались возможности предотвращения возникновения тикообразных и хореических движений мышц лица. Таким образом, З.Г. Нелюбовой была представлена система речевых упражнений при ринолалии.

Трудности логопедической работы при ринолалии заставляли искать новые пути воздействия на дефект. В 1952 – 1955 гг. А.Г. Ипполитовой был обобщён опыт работы с такими больными в статьях «Логопедические приёмы работы при открытой гнусавости и псевдобульбарном параличе» (1952) и «Приёмы логопедической работы при открытой гнусавости» (1955).

Логопедом Н.И. Серебровой совместно с врачом Л.В. Дмитриевым (1969) был применён метод рентгенографии, позволяющий видеть динамику коррекционной работы с детьми с ринолалией и прогнозировать возможность полного восстановления функции речи одними логопедическими приёмами. Применение этого метода показало, что эффективность логопедической работы зависит от ряда факторов: от подвижности мягкого нёба и задней стенки глотки, от расстояния между задней стенкой глотки и мягким нёбом, от ширины средней части глотки. Наблюдения Н.И. Серебровой подтвердили предположение о том, что для нормального звучания голоса не обязательно полное смыкание мягкого нёба с задней стенкой глотки.

История развития учения о ринолалии показывает, что врачи, учёные, логопеды-практики, предлагая определенные методики устранения дефекта речи при открытой ринолалии, стремились к образованию и укреплению носо-глоточного затвора. Для этого необходимо наличие нёбной занавески достаточной длины и подвижности и возможность смыкания с ней валика Пассава. Существенное значение имеет также соотношение расстояний между мягким нёбом и задней стенкой глотки и между мягким нёбом и спинкой языка.

На современном этапе процесс устранения открытой ринолалии строится с учётом следующих *общедагогических принципов*: *научность, системность, последовательность, доступность, наглядность и принцип воспитывающего обучения*. Большое значение в процессе организации логопедической работы имеют *основополагающие принципы коррекционного воздействия, ориентированные на специфику развития детей* (Л.И. Вансовская, А.Г. Ипполитова, Г.В. Чиркина).

1. *Этиопатогенетический принцип. Выделение ведущих расстройств и вторичных нарушений в структуре дефекта.* Тщательный анализ симптоматики нарушения позволит наиболее точно определить *степень поражения артикуляционной моторики*, сопоставить её со структурой *фонетического нарушения*, а также *общим речевым и психическим развитием ребёнка* и в зависимости от полученных данных строить коррекционную работу. Выделение ведущих расстройств и вторичных нарушений в структуре дефекта лежит в основе всего процесса обучения. У детей с ринолалией ведущими являются *фонетические нарушения*, поэтому *основной целью* коррекционной работы является *воспитание правильного звукопроизношения и устранение назального тембра голоса*.

2. *Принцип комплексного воздействия* – взаимосвязь медицинского и педагогического воздействия (ребёнок с открытой ринолалией должен постоянно находиться под наблюдением хирурга-стоматолога, ортодонта, по мере необходимости, невропатолога, отоларинголога, при этом регулярно получая логопедическую помощь).

3. *Принцип опоры на сохранные звенья.* У детей с врождёнными расщелинами губы и нёба страдает периферический отдел речедвигательного анализатора. В связи с этим в процессе коррекционной работы необходимо опираться на *сохранное зрительное, тактильное и слуховое восприятие*.

4. *Онтогенетический принцип* – учёт общих и специфических *закономерностей развития произносительной стороны речи*.

5. *Принцип деятельности.* Фонетически правильную речь необходимо формировать в системе *разных форм деятельности* и, прежде всего в той, которая является ведущей для данного возраста. При работе с детьми *дошкольного возраста*, процесс коррекционно-педагогического воздействия следует строить с использованием *игр и игровых приёмов*, так как наибольшую потребность в речи ребёнок-дошкольник испытывает во время игры, которая является ведущей деятельностью в этом возрасте. Кроме того, можно включать речь в *разные формы деятельности: трудовую, конструктивную, художественную, самооб-*

служивание. Эти же формы деятельности используются при работе с *детьми школьного возраста*, но ведущей в данном случае является *учебная деятельность*.

6. *Принцип дифференцированного подхода* – возрастные и индивидуальные особенности детей с открытой ринолалией, уровень развития речи, структура нарушения.

7. *Принцип связи с микросоциальным окружением* предполагает учёт особенностей окружения ребенка. Логопед на специальных занятиях в процессе различных тренировочных упражнений формирует у ребёнка навыки фонетически правильной речи. Однако средством общения такая речь может стать только в коммуникативно значимых ситуациях. Поэтому важная роль в работе по закреплению приобретенных навыков принадлежит родителям и педагогам детских дошкольных и школьных учреждений.

8. *Принцип поэтапности* – сначала формирование условий для развития произносительной стороны речи, затем осуществление системы упражнений для преодоления данного нарушения.

Коррекционно-педагогическая работа по устранению открытой механической ринолалии должна строиться с учётом: *особенностей строения артикуляционного аппарата до и после операции уранопластики; влияния ограничения функций нёбно-глоточного аппарата на звукопроизношение и голосообразование; индивидуальной реакции ребёнка на своё состояние.*

Эффективность логопедического воздействия по устранению нарушений произносительной стороны речи зависит от ряда *факторов*:

– от анатомо-физиологических условий речеобразования (чем длиннее мягкое нёбо и лучше нёбно-глоточное смыкание, тем более эффективным будет результат логопедической работы);

– сроков начала хирургического лечения (чем раньше произведена операция по закрытию расщелины мягкого и твёрдого нёба, тем быстрее наступит нормализация речевого развития);

– времени начала логопедических занятий (чем раньше начато коррекционное воздействие, тем более продуктивной будет логопедическая работа);

– качества логопедической помощи (квалификации логопеда);

– качества ортодонтической помощи (чем лучше результат ортодонтического лечения, тем эффективнее коррекция речевых нарушений).

В литературе достаточно подробно освещены вопросы логопедической помощи детям с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба в дооперационный период, в послеоперационный период. Методические приёмы устранения ринолалии представлены в работах отечественных авторов: Ф.А. Рау (1933), З.Г. Нелюбовой (1938), В.В. Куколь (1941), А.Г. Ипполитовой (1955), З.А. Репиной (1970), Л.И. Вансовской (1974), Т.Н. Воронцовой (1963), И.И. Ермаковой (1984), Г.В. Чиркиной (1987), Т.В. Волосовец (1995). В зарубежных методиках особое внимание уделяется работе над голосом (Morris H.I. (1961), Morley M.E. (1959), Wilson D.C. (1990)). Каждую методику отличает своеобразие в использовании методов и приёмов логопедического воздействия, однако существуют *общие направления, на которых базируется любая система коррекционной работы.*

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

Коррекционное обучение детей, имеющих *фонетико-фонематическое недоразвитие*, включает перечисленные выше направления, а также систематические упражне-

ния 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.

Логопедическая работа проводится поэтапно. На первом, подготовительном, этапе ведётся подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов, занимаются активизацией нёбно-глоточных мышц и нормализацией деятельности дыхательной и голосовой функций.

На втором этапе проводится коррекция звукопроизношения, сопровождающаяся голосовыми и дыхательными упражнениями.

Заключительным этапом работы с детьми с фонетическим дефектом, не имеющими фонематических и лексико-грамматических нарушений в структуре речевого дефекта, является автоматизация полученных навыков и нормализация просодической стороны речи.

С детьми с фонетико-фонематическими нарушениями проводится дополнительная работа по развитию фонематического восприятия.

Коррекционная работа с детьми, имеющими осложнения в структуре речевого дефекта в виде общего недоразвития речи, помимо вышечисленного включает развитие лексико-грамматического строя речи.

В большинстве традиционных методик коррекционно-педагогического воздействия на детей с ринолалией предлагается строить логопедическую работу в зависимости от того, на каком этапе обратились за помощью: дооперационном или послеоперационном. Однако в настоящее время пластики нёба проводятся в раннем возрасте (до 1 года) и работа логопеда, как правило, начинается в послеоперационный период. Таким образом, те направления коррекционного воздействия, которые традиционно применяются на дооперационном этапе, становятся актуальными на этапе послеоперационном.

Е.А. Соболевой представлена система коррекционной работы, которая является универсальной. В полном виде она может быть использована после проведения пластики нёба, а если по каким-либо причинам оперативное вмешательство откладывается на более поздний срок, и ребёнок посещает логопедические занятия до операции, большинство приёмов может быть применено в этот период.

Направления коррекционной работы при открытой механической ринолалии:

- 1) коррекция физиологического и фонационного дыхания;
- 2) развитие полноценного небно-глоточного смыкания;
- 3) формирование артикуляционных укладов и артикуляционных движений;
- 4) устранение назального оттенка голоса;
- 5) коррекция звукопроизношения;
- 6) автоматизация сформированных навыков в свободном речевом общении.
- 7) нормализация просодической стороны речи.

Эти направления подразумевают устранение первичных нарушений в структуре речевого дефекта. Если у ребёнка является сохранным фонематическое восприятие и отсутствуют нарушения лексико-грамматического строя речи, коррекционная работа может ограничиться данными направлениями.

Если ринолалия сопровождается фонетико-фонематическим недоразвитием речи, то помимо перечисленных направлений необходимо развивать у детей фонематическое восприятие и навыки звукового анализа и синтеза, с целью предупреждения возможного последующего возникновения нарушения письменной речи – дисграфии.

В некоторых случаях ринолалии сопутствует *общее недоразвитие речи*. У таких детей страдают все компоненты речевой системы, и при выборе направлений коррекционной работы следует учитывать наличие *вторичных нарушений*. Логопедические занятия с такими детьми должны включать упражнения по *формированию лексического запаса, грамматической правильности речи и развитию связных высказываний*. Таким образом, подготавливается необходимая база для успешного обучения в школе и предотвращается возникновение дисграфии.

Коррекция нарушений произносительной стороны речи проводится на *индивидуальных и подгрупповых занятиях*.

Основная цель *индивидуальных занятий* – устранение дефектов произношения, развитие фонационного дыхания, развитие фонематического восприятия. На индивидуальных занятиях проводится *комплекс дыхательных, артикуляционных упражнений, упражнений для развития фонематического восприятия*, направленных на устранение специфических дефектов произношения при ринолалии.

Цель *подгрупповых занятий* – закрепление полученных на индивидуальных занятиях произносительных навыков. Подгрупповые занятия расширяют речевую практику детей, чему способствуют *специально организованные диалоги, инсценировки, театрализованные игры*. Дети учатся *вслушиваться и оценивать речь окружающих*, что помогает контролировать собственное произношение. Для развития самоконтроля и взаимоконтроля желательно использовать *магнитофонные записи* собственной и чужой речи. Ребёнку предлагается прослушать запись сначала чужой, затем своей речи. При этом он должен показать определённый *зрительный символ*:

- фонетические ошибки собственной речи — р;
- фонетические ошибки чужой речи – Ш';
- назализация собственной речи – ж ;
- назализация чужой речи – * .

В работе с детьми с открытой ринолалией используются *практические, наглядные и словесные приёмы* коррекционной работы.

К *практическим* приёмам относят:

– *упражнения* – многократное повторение ребёнком практических и умственных заданных действий. *Например*, систематическое выполнение артикуляционных упражнений помогает сформировать артикуляторную базу речи;

– *различные игры*. Для выработки определенных умений и навыков логопед подбирает целесообразные игры. *Например*, для развития физиологического дыхания проводят такие игры, как «Нырятьщики», «Пильщики», «Лыжники» и др., для дифференциации звуков – «На дачу», «Доскажи словечко», «Поздравление кукол» и др.;

– *моделирование*. *Например*, при постановке звуков широко используется приём моделирования звуков при помощи кистей рук.

К *наглядным* приёмам относится использование разнообразных *визуальных и тактильных средств*: зеркала, профилей артикуляции, легких предметов из бумаги и т.д. В последние годы широко применяются *технические средства обучения* – магнитофон, видеоманитофон, компьютерные игры и т.д.

В качестве *словесных приёмов* проводятся *беседы, повторения, разъяснения, убеждения* и т.д. *Словесные приёмы обучения* способствуют развитию *подражательной способности детей, слухового восприятия и внимания*.

6 Направления логопедической работы при органической открытой ринолалии в дооперационный и послеоперационный периоды

Дети, имеющие нёбные расщелины, нуждаются в *раннем коррекционном воздействии*:

- *медицинское воздействие*, направленное на *нормализацию речевого аппарата* (операция);
- взаимодействие стоматологов и логопедов – *дооперационное воздействие*;
- *послеоперационное воздействие* – зависит от исхода операции и от состояния речи в целом (дети с фонетико-фонематическим нарушением обучаются в массовых школах, а дети с общим недоразвитием речи – в речевой школе).

Основное значение **дооперационного периода** – развитие *базы для формирования правильной речи*. Данный период очень важен в логопедической работе. При осуществлении дооперационной работы после операции значительно быстрее восстанавливаются все приобретённые до неё навыки и быстрее заживают послеоперационные рубцы.

В *послеоперационный период* успешность логопедической работы в немалой степени определяется тем, как она проводилась в дооперационный период. Эффективность зависит от качества хирургической операции и от анатомического и функционального состояния речевого аппарата.

Основные направления работы в дооперационный и послеоперационный периоды

Основные направления работы	Дооперационный период	Послеоперационный период
Формирование нёбно-глоточного смыкания	Активизация мышц глоточного кольца, подготовка сегментов мягкого нёба к велофарингеальному (нёбно-глоточному) смыканию	Формирование полноценного нёбно-глоточного смыкания, развитие подвижности мягкого нёба, массаж рубцов твёрдого и мягкого нёба
Работа над физиологическим дыханием	Постановка физиологического дыхания (диафрагмально-рёберного)	Коррекция и автоматизация физиологического дыхания
Формирование ротового выдоха	Постановка ротового выдоха, дифференциация ротового и носового выдоха	Овладение направленной воздушной струей для выработки навыков фонационного дыхания
Совершенствование артикуляционной моторики	Активизация артикуляционного аппарата, придание языку правильного положения	Совершенствование подвижности артикуляционного аппарата
Борьба с патологическими компенсаторными привычками	Устранение патологических компенсаторных привычек, борьба с излишними движениями лицевых мышц	–
Развитие фонематического слуха	Развитие слухового внимания и фонематического слуха	Совершенствование фонематического слуха и дифференциация смешиваемых правильно произносимых звуков (развитие речеслуховых дифференцировок)
Исправление неправильного звукопроизношения	Постановка и автоматизация доступных звуков	Освоение произношения гласных без носового оттенка, постановка правильного произношения согласных, полная автоматизация новых навыков
Работа над голосом	Развитие модуляции голоса	Устранение ринофонии (назальности), нарушений силы и высоты голоса

С детьми, обладающими фонетико-фонематическими нарушениями, проводится дополнительная работа по развитию фонематического восприятия, формированию навыка звукового анализа и синтеза.

Коррекционная работа с детьми, имеющими общее недоразвитие речи, помимо вышеперечисленного, включает развитие лексико-грамматического строя речи.

Большую значимость имеет *система*, разработанная *Анастасией Гавриловной Ипполитовой*, которая одной из первых предложила *проведение логопедических занятий в дооперационный период*. Эта система высоко результативна при коррекции звукопроизношения у детей, не имеющих отклонений в фонематическом развитии. Характерным для методики А.Г. Ипполитовой 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 ребёнка. Своеобразие метода А.Г. Ипполитовой состоит в том, что при вызывании звука *первоначальное внимание ребёнка направлено только на артикулему*.

А.Г. Ипполитова в дооперационном периоде всю *тяжесть работы* переносит на *здоровые органы*. Она рекомендовала:

- развивать движения кончика языка;
- развивать физиологическое и речевое дыхание;
- воспитывать артикуляционные уклады звуков.

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.

Т.Н. Воронцова выделяет следующие *задачи дооперационного воздействия*:

- 1) стимуляция физического развития ребёнка с целью возможности предупреждения астенического синдрома;
- 2) предупреждение грубых нарушений дыхательной функции;
- 3) предупреждение появления и закрепления патологических артикуляторных и голосовых навыков, а также сопутствующих движений мимической мускулатуры;
- 4) предупреждение задержки речевого и психического развития;
- 5) психотерапевтическое воздействие на ребёнка и его родителей.

Первая задача (стимуляция физического развития ребёнка с целью возможности предупреждения астенического синдрома) предполагает *закаливание* с первых месяцев жизни (по консультации с врачом) и *физические упражнения*. С *прооперированными детьми* закаливание должно проводиться по щадящему режиму (воздушные ванны, водные процедуры). Необходимо проводить *гимнастику*, её выполняет мама под наблюдением логопеда. Также следует стимулировать *ползание ребёнка за яркой игрушкой*, выполнять *присаживание* (6–10 минут, при поддержке за руки). *От года до трёх лет* необходимо проводить *упражнения, способствующие формированию бега, ходьбы, ползания, бросания, развития мелкой моторики рук*. *После трёх лет* рекомендуется проводить игры с мячом, игры в классики, со скакалкой, с обручем. Следить за осанкой ребёнка.

Вторая задача (предупреждение грубых нарушений дыхательной функции). Основное внимание до одного года уделяется равномерности, непрерывности акта дыхания. С 1,5 лет – координации движений с дыханием (физиологическое дыхание). С 1,5–2 лет можно предусмотреть отдельные элементы статической гимнастики: пускание пузырей через трубочку мыльных пузырей, дутьё («остуди чай», «понюхай цветок»). На третьем году много внимания уделяется развитию дыхания. Предлагается использовать статические и динамические упражнения, способствующие развитию произвольного дыхания, его силы и глубины, продолжительности. Статические дыхательные упражнения производятся либо при полной неподвижности тела, либо сопровождаются лёгкими движениями. Динамические дыхательные упражнения связаны с ходьбой, медленным бегом, движениями рук, ног и туловища.

Третья задача (предупреждение появления и закрепления патологических артикуляторных и голосовых навыков, а также сопутствующих движений мимической мускулатуры). Упражнения направлены на предупреждение появления и закрепления патологических артикуляторных и голосовых навыков, а также сопутствующих движений мимической мускулатуры. Проводится артикуляционная гимнастика с целью предупреждения фиксации языка в патологическом положении. Подбираются упражнения на стимулирование нёбно-глоточного рефлекса, на развитие кончика языка, передней части спинки языка, на затормаживание задней части спинки языка и его корня. Эти упражнения начинают проводить со второго года жизни и проводят до операции. Если была проведена хейлопластика, то выполняются движения для развития губы.

Особое внимание уделяется упражнениям, стимулирующим нёбные и глоточные рефлексы: покашливание, позёвывание, полоскание горла и т.д.

Для предупреждения сопутствующих мимических движений применяются пассивная мимическая гимнастика и массаж лицевой мускулатуры (рекомендуется проводить после двух лет).

Для развития силы и высоты голоса используют упражнения: напевное произнесение гласных звуков, имитация звуков животных.

Для развития музыкального слуха используют звучащие игрушки, прослушивание песен.

Четвёртая задача (предупреждение задержки речевого и психического развития) направлена на стимуляцию речевого и психического развития:

- расширение понимания речи;
- расширение словарного запаса;
- формирование слоговой структуры слова;
- формирование фразовой речи.

Помощь: занятия с родителями, с логопедом, обучение в специальном детском саду и яслях. Общение должно иметь место во всех ситуациях.

Пятая задача (психотерапевтическое воздействие на ребёнка и его родителей). При отсутствии профилактической психотерапии у ребёнка появляются изменения психики, когда он попадает в новое окружение (приходит в детский сад). Психотерапию можно начинать уже с первого месяца жизни или с момента обращения за помощью. Цель такой работы – появление веры в возможность преодоления дефекта, стимулирование активной работы. Психотерапия применяется на каждом занятии. Не надо фиксировать внимание на болевых точках.

В послеоперационном периоде обращается внимание на такие **разделы работы:**

1) устранение последствий операций (массаж мягкого, твёрдого нёба).

Массаж мягкого нёба, твёрдого нёба проводится для сглаживания и большей эластичности послеоперационного рубца, устранения последствий операции.

Ладонной стороной, подушечкой большого или указательного пальца производят массаж. Используется *ручной обтуратор, гидромассаж*. Проводится натошак. Массаж выполняется вдоль середины твёрдого нёба в направлении от альвеол к краю мягкого нёба. Сначала поглаживают нёбо, затем легко надавливают вверх (надавливающие движения в области рубцов). Во время лёгкого нажима на мягкое нёбо ребёнок произносит звуки «а», «о», «э». Полезно производить точечный и толчкообразный массаж пальцем. Массаж должен продолжаться 1,5–2 минуты. Проводится массаж 10–15 раз в день, самое малое – 2–3 раза в день;

2) развитие движений мягкого нёба:

– **упражнения на развитие нёбно-глоточного затвора (гимнастика для нёба):**

– *покашливание* – вызывает энергичное сокращение мышц валика Пассавана (находится 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 полостью и ротовой полостью. Активные движения нёба и задней стенки глотки могут ощущаться детьми (рука прикасается к мышцам шеи под подбородком и «чувствует» подъём 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 ребёнка требуют сохранить контакт нёба с задней стенкой глотки. Постепенно ребёнок приучается активно поднимать его и направлять воздушную струю через рот;

– *рвотный рефлекс;*

– *позёвывание при открытом рте, имитация позёвывания;*

– *поплёвывание;*

– *питьё воды мелкими глотками*. Глотание воды маленькими порциями вызывает наиболее высокое поднятие мягкого нёба. При следующих друг за другом глотательных движениях удлиняется время удержания мягкого нёба в поднятом положении. Детям предлагается попить из маленького стаканчика или пузырька. Можно капать на язык из пипетки по несколько капель воды;

– *полоскание горла тёплой водой маленькими порциями;*

– *нажимание шпателем на кончик языка,*

– *нажимание на кадык* – происходит опускание мягкого нёба;

– **фонетические (звуковые) упражнения:**

– *произнесение гласных звуков на твёрдой атаке высоким тоном голоса*. При этом увеличивается резонанс в ротовой полости и уменьшается носовой оттенок;

– *медленно, беззвучно произносить гласные «а» – «э» – «о», стараясь при этом соблюдать чёткую артикуляцию;*

– *пропевать гласные с постепенным усилением и ослаблением голоса;*

3) устранение носового оттенка (пальцевый контроль): *перевоспитание физиологического дыхания в речевое* (А.Г. Ипполитова).

Работа над дыханием является необходимой для воспитания правильной звуковой речи. У детей с ринолалией очень короткий неэкономный выдох, 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 ребёнок 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 ребёнка, так как ему трудно ощутить утечку воздуха через носовые ходы.

Используются различные *приёмы контроля*: приставляется к носовым ходам зеркало, ватка, полоска тонкой бумаги и т. п.

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

Более трудным упражнением является *игра на детских духовых инструментах*. Подобные упражнения необходимо чередовать с более лёгкими, так как они вызывают быстрое утомление;

4) воспитание артикуляционных укладов и их автоматизация.

Проводятся различные *упражнения для развития мышц губ, щёк, языка, мягкого нёба*. Основная их цель – *нормализация речевой моторики*. Повседневное их применение устраняет высокий подъём корня языка, недостаточную губную артикуляцию и увеличивает подвижность кончика языка. В связи с этим уменьшается чрезмерное участие корня языка и гортани в произношении звуков. Таким образом воспитываются движения, необходимые для правильного произнесения звуков.

Проводятся **фонетические (звуковые) упражнения**:

– чёткое, энергичное, утрированное произнесение гласных звуков: «а», «о», «у», «э»;

– постепенно увеличивается число повторений гласных на одном выдохе: а; аа; ааа;

– отрывистое чёткое произнесение гласных по два и три звука в разной последовательности: ао; ау; аз; ауэ; эау;

– произнесение гласных с небольшими паузами, во время которых должно сохраняться высокое положение мягкого нёба. Паузы постепенно увеличиваются от одной до трёх секунд: о-; а- -; а----;

– длительное слитное произнесение гласных звуков: а--э--а--у--и;

– энергично и утрированно произносятся слоги со смычными согласными: па, ба, ма.

Некоторое проводят упражнения, зажав крылья носа. Потом можно закладывать турунды из ваты. Происходит уменьшение объёма полости в носу. Это способствует правильной артикуляции. Постепенно вату убирают.

Сначала упражнения выполняются *без голоса (беззвучно), шёпотной речью*, чтобы угасить прежние связи. Затем переходят к *громкому произнесению*.

Воспитание правильного звукопроизношения проводится обычными коррекционными методами.

Необходимо соблюдать индивидуальный подход к каждому ребёнку;

5) развитие фонематического слуха:

– развитие **неречевого слуха** (проводятся упражнения на различение неречевых звуков);

– развитие **речевого слуха**:

– развитие **фонетического слуха** («слежение за непрерывным потоком слогов», различение искажённого произношения и восприятие звуков в различных фонетических позициях: отличие правильного произношения от искажённого – ротового от носового; определение правильности произношения звука в слогах);

– развитие **интонационного слуха**: формирование умения различать и воспроизводить речевой темп; тембр речевых звучаний; слоговой ритм;

– развитие **фонематического слуха**:

✓ развитие фонематического восприятия (формирование умения осуществлять слуховую и слухопроизносительную дифференциацию звуков);

✓ овладение фонематическим анализом и синтезом (выделение звука из ряда; определение наличия звука в слове; определения места звука в слове; определение последовательности и количества звуков в словах; овладение фонематическим синтезом звуко сочетаний, слов).

✓ овладение фонематическими представлениями (обобщённым пониманием фонем).

После уранопластики (на 12–15 день) предлагается массаж нёбной занавески (и твёрдого нёба) и ряд упражнений: упражнения на развитие нёбно-глоточного затвора; фонетические упражнения – для исчезновения рубцов и для увеличения подвижности мягкого нёба.

Благодаря массажу, упражнениям на развитие нёбно-глоточного затвора и фонетическим упражнениям можно достичь увеличения валика Пассавана. Он будет дотягиваться до мягкого нёба.

Одновременно с исправлением артикуляционных укладов исправляют **нарушение голоса**.

Детям до пяти лет не предлагаются упражнения по исправлению голоса. У них ещё не выработались патологические связи.

7 Направления логопедической работы при закрытой ринолалии

Закрытая ринолалия (закрытая гнусавость) – более лёгкое нарушение, образуется вследствие снижения носового резонанса при произнесении звуков. Имеется нарушение произношения носовых звуков: «м» – «м'» (мягкая пара), «н» – «н'» (мягкая пара). Они теряют назальность и произносятся как «б», «б'», «д», «д'». Также страдает качество произношения гласных звуков, которые лишаются некоторых тоновых характеристик, что значительно обедняет их звучание.

Причины закрытой ринолалии принято делить на *органические* и *функциональные*. В соответствии с классификацией причин, и сама закрытая ринолалия подразделяется на *органическую* и *функциональную*.

Органическая закрытая ринолалия возникает вследствие *анатомических изменений в носовой полости или носоглоточной полости*. В зависимости от локализации поражения, органическую закрытую ринолалию подразделяют на *два вида: переднюю закрытую ринолалию* (анатомические изменения – в полости носа) и *заднюю закрытую ринолалию* (анатомические изменения – в полости носоглотки).

В качестве *причин передней закрытой ринолалии* может выступать *хронический насморк*, приводящий к *гипертрофии слизистой носа*, *полипы* в носовой полости, *искривление носовой перегородки*, *опухоли носовой полости*.

Задняя закрытая ринолалия возникает при *уменьшении носоглоточной полости*. Причинами могут быть *аденоидные разрастания* или *опухоли носоглотки*.

Функциональная закрытая ринолалия обусловлена *гиперфункцией (повышенной функцией) мягкого нёба*. При этом каких-либо органических повреждений в носовой или носоглоточной полости не отмечается. В данном случае при произнесении носовых звуков *мягкое нёбо поднимается, закрывает проход в носовую полость*, и *воздушная струя идёт через рот*. Такие нарушения, как правило, бывают обусловлены *невротическими расстройствами*, и причина заключается в *поражении центральной нервной системы*, а не самого мягкого нёба. В некоторых случаях функциональная закрытая ринолалия сохраняется как *привычная после удаления аденоидов*.

Главное в логопедической работе при закрытой ринолалии – это *нормализация носового дыхания*. В некоторых случаях вызывают звуки «м», «м'», «н», «н'».

Для преодоления *органической закрытой ринолалии* сначала необходимо *оперативным путём устранить причины*, препятствующие доступу воздуха в носовую полость. Как правило, с устранением этих причин, носовое дыхание нормализуется и дефект исчезает. Если улучшения речи не происходит, то *в послеоперационный период* приступают к *логопедической работе*. Логопедическая работа ведётся по следующим направлениям:

- активизация мышц мягкого нёба и задней стенки глотки;
- дифференциация носового и ротового вдоха и выдоха, осуществляемая с помощью дыхательных упражнений;
- постановка правильного произношения звуков «м», «м'». «н», «н'».

Логопедическая работа по устранению функциональной закрытой ринолалии включает перечисленные направления. Но с учётом того, что нарушение носит *центральный характер*, в некоторых случаях требуется консультация врача-невролога.

8 Обследование детей с ринолалией

Обследование детей и взрослых с ринолалией многопланово и проводится *комплексно различными специалистами*: отоларингологом; неврологом; ортодонтом; фониастром; педиатром; логопедом.

Приёмы обследования:

- *объективные методы исследования;*
- *изучение документации;*
- *изучение заключения врачей специалистов;*
- *изучение анамнеза;*
- *исследование самого ребёнка в процессе различных видов деятельности;*

Обследование у узких медицинских специалистов позволяет выявить этиологию заболевания, максимально точно охарактеризовать характер патологических изменений и выраженность всех симптомов. Важное значение имеют следующие *инструментальные методы диагностики*: рентгенография носоглотки; риноскопия; электромиография; фарингоскопия и т.д. Эти методики позволяют визуализировать характер патологических изменений и их выраженность у каждого конкретного пациента.

Наиболее значимым является *обследование у логопеда*.

Обследование начинается с *изучения анамнеза*.

В процессе логопедического обследования оцениваются следующие *параметры*:

- строение артикуляционного аппарата;
- подвижность артикуляционного аппарата;
- наличие нёбно-глоточного смыкания;
- состояние мимической мускулатуры;
- тип и характер физиологического и речевого дыхания;
- качества голоса;
- особенности звукопроизношения;
- состояние физического и фонематического слуха;
- состояние просодической стороны речи;
- особенности лексического и грамматического строя речи;
- особенности письменной речи;
- интеллектуальное развитие ребёнка;
- изменения в эмоционально-волевой сфере.

Результаты обследования отражаются в *логопедическом заключении*. Логопедическое заключение по данным обследования ребёнка с ринолалией включает следующие *параметры*:

- *механизм;*
- *структуру;*
- *речевую и неречевую симптоматику*
- *степень назализации гласных и согласных звуков*
- *состояние языковой системы*
- *особенности поведения и личности.*

При формулировании логопедического заключения надо уточнять состояние языковой системы, т.к. это будет связано с направлениями коррекционной работы, сроками коррекции.

Пример логопедического заключения:

открытая органическая (врождённая) ринолалия, расщелина сквозная (верхней губы, альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба);

ОНР 3 уровня. Отсутствие нёбно-губных, губно-зубных, свистящих, шипящих, сонорных, заднеязычных звуков. Нарушение полиморфное. Назализация всех гласных, кроме «а», снижен объём словаря. Аграмматизмы частые, грубые. Связная монологическая речь не сформирована.

Нарушено слуховое восприятие, внимание, психомоторика.

В поведении – раздражительность, плаксивость, фиксация на дефекте.

Результаты обследования уточняются в процессе логопедической работы с ребёнком.

Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Дайте определение ринолалии.
2. В чём отличие ринолалии от ринофонии и механической дислалии?
3. Охарактеризуйте механизм образования ротовых и носовых звуков в норме и при различных формах ринолалии.
4. Какие формы ринолалии вы знаете?
5. Назовите причины приобретённой и врождённой органической ринолалии.
6. Охарактеризуйте факторы, влияющие на развитие врождённых расщелин верхней губы и нёба.
7. Охарактеризуйте классификацию врождённых расщелин верхней губы и нёба.
8. Что собой представляет субмукозная расщелина нёба? Как её выявить?
9. Каковы оптимальные сроки хирургического вмешательства?
10. В чём причина частых простудных заболеваний детей с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба?
11. Назовите причины снижения слуха у детей с врождённой нёбной патологией.
12. Дайте краткую характеристику первичных нарушений в структуре речевого дефекта при ринолалии.
13. Охарактеризуйте положение языка у детей с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба.
14. Почему у ребёнка с ринолалией в процессе артикуляции включаются мимические мышцы?
15. Дайте сравнительную характеристику дыхательной функции в норме и при ринолалии.
16. Дайте определение понятию «гиперназализация голоса».
17. Что влияет на формирование звукопроизношения у детей с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба?
18. В чём особенности речевого развития у детей с ринолалией?
19. Охарактеризуйте вторичные нарушения в структуре дефекта при ринолалии.
20. В каких случаях у детей с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба наблюдается общее недоразвитие речи?
21. Охарактеризуйте современную систему комплексного воздействия при открытой органической ринолалии.
22. Раскройте задачи и содержание дооперационной логопедической работы при врождённых расщелинах твёрдого и мягкого нёба.
23. Раскройте задачи и содержание послеоперационной логопедической работы при врождённых расщелинах твёрдого и мягкого нёба.

Учебное издание

**ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ:
ВИДЫ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ:
ДИСЛАЛИЯ. РИНОЛАЛИЯ**

Курс лекций

Составитель

ХАРИТОНОВА Елена Александровна

Технический редактор

Г.В. Разбоева

Компьютерный дизайн

Л.Р. Жигунова

Подписано в печать .2021. Формат 60x84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 3,43. Уч.-изд. л. 4,34. Тираж экз. Заказ .

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

Свидетельство о государственной регистрации в качестве издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий

№ 1/255 от 31.03.2014.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.