

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И РИНОЛАЛИЕЙ

Введение. Открытая ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами верхней губы и неба, представляет собой проблему, как для целого ряда наук медицинского цикла, так и для дефектологии. Среди других пороков развития врожденные расщелины губы и неба встречаются наиболее часто и составляют до 30% врожденных аномалий. Кроме того, отмечается неблагоприятная тенденция к росту рождаемости детей с данным видом патологии. Наличие врожденных расщелин мягкого и твердого неба приводит к отсутствию изоляции носовой и ротовой полостей, что, в свою очередь, влечет за собой появление функциональных нарушений, существенно осложняющих психофизическое развитие ребенка с момента его рождения. Нарушаются такие жизненно важные функции, как питание (у ребенка отсутствует возможность нормально сосать и глотать), дыхание (вдыхаемый воздух непосредственно через расщелину сразу попадает в глубокие дыхательные пути, не согреваясь и не очищаясь в носовых ходах, что в значительной степени повышает риск возникновения респираторных заболеваний), слух и речь. Коррекционная работа с детьми с врожденной небной патологией требует систематического, последовательного комплексного воздействия специалистов: хирургов, логопедов, педиатров, ортодонтонтов, психологов. Основной целью оперативного вмешательства является восстановление анатомической структуры, и как следствие – функции неба. Однако необходимо отметить, что оперативное лечение не обеспечивает нормальной речи, а только создает анатомо-физиологические условия для формирования правильного произношения. После пластики неба у детей сохраняется патологическая поза языка в полости рта, функциональное нарушение деятельности мышц мягкого неба, смешанный фонационный выдох, что ведет к расстройству тембра голоса и специфическому нарушению звукопроизношения

Цель данной статьи: научно-методически обосновать подходы к коррекционной работе детьми с интеллектуальной недостаточностью и ринолалией.

В литературе существует мнение, что ринолалия – это изолированный анатомический дефект артикуляционного аппарата и не влияет на общее развитие. Однако, стоит иметь в виду, что расщелины неба при открытой ринолалии появляются под воздействием патогенных факторов на эмбрион в период, критичный для развития нервной системы. Поэтому некоторые формы ринолалии часто сочетаются с интеллектуальной недостаточностью.

Сама по себе ринолалия может являться причиной для вторичных задержек развития речи по моторному или по сенсорному типу (ребенок не может в полной мере пользоваться речевым аппаратом, не имеет полноценной возможности произносить и слушать собственные речевые звуки).

В логопедических словарях под ринолалией понимается нарушение звукопроизношения и тембра голоса из-за анатомического дефекта периферического отдела речевого анализатора, чаще всего в разговорной речи говорят на таких людей – «человек говорит в нос».

Существует три тип ринолалии:

- * открытая – воздушная струя свободно циркулирует и через рот, и через нос;
- * закрытая – имеется препятствие, которое не дает воздушной струе выходить через нос;
- * смешанная – носовая непроходимость и недостаточная проходимость небно-глоточного кольца одновременно.

Чаще всего у детей с интеллектуальной недостаточностью встречается открытая ринолалия, причиной которой являются расщелины твердого неба, мягкого неба, альвиолы, губы либо всей верхней части речевого аппарата. Особое патогенное воздействие на эмбрион происходит в период с пятой по восьмую неделю внутриутробного развития [1].

Также причинами часто встречающимися являются: токсоплазмоз, паротит, краснуха, грипп у мамы в период беременности; эндокринные нарушения будущей мамы; употребление алкоголя и курение во время беременности; ЛОР-нарушения у плода.

Причинами появления закрытой ринолалии чаще всего являются опухоли, полипы, искривление носовой перегородки, аденоидные разращения, фибромы.

В обследовании и лечении речевой функции у ребенка с ринолалией принимают участие такие специалисты как: речевой невролог, психоневролог, дефектолог. Поскольку заболевание обширно и многообразно, может потребоваться сторонняя помощь стоматолога, ортодонта, оториноларинголога, при необходимости – челюстно-лицевого хирурга.

Диагностикой состояния речевой и познавательной сферы при ринолалии, а также развивающим обучением занимаются логопед и дефектолог. Ребенку с ринолалией показаны упражнения на развитие фонематического слуха, дыхательная гимнастика, артикуляционные упражнения и логопедический массаж.

Исследования последних лет показывают, что структура дефекта усложняется: присутствует моторная недостаточность мышц артикуляционного аппарата, обусловленная нарушением их иннервации по типу спастичности, гипотонии или дистонии. В зависимости от степени выраженности расстройств мышечного тонуса можно говорить о наличии как собственно дизартрии, так и ее стертой формы. Как в отечественной, так и в зарубежной литературе имеются многочисленные работы по коррекции и компенсации речевого дефекта при врожденных челюстно-лицевых пороках развития. Методики коррекционного воздействия в разные годы были предложены Ф.А. Рау, Е.Ф. Рау, З.Г. Нелюбовой, А.Г. Ипполитовой, Т.Н. Воронцовой, А.И. Вансовской, З.А. Репиной, И.И. Ермаковой, Т.В. Волосовец и др. Восстановлением голоса при различных его нарушениях, в т.ч. и при ринолалии занимались С.Л. Таптапова, Е.С. Алмазова, Е.В. Лаврова. Среди зарубежных авторов нужно отметить D.C. Wilson, H.I. Morris, M.C. L. Green и т.д. Изучение состояния проблемы коррекционного обучения детей с врожденной челюстно-лицевой патологией в нашей стране и за рубежом показало, что, несмотря на многообразие видов и направлений работы, авторы методик, как правило, не уделяют достаточного внимания наличию дизартрических проявлений. Возникает необходимость комплексного исследования детей со сложным дефектом – ринолалия и стертая дизартрия, которое позволит выявить особенности речевого развития данной группы детей и создать систему коррекционно-воспитательной работы. Изучение детей со сложным дефектом – ринолалия включает изучение данных анамнеза и оценку соматического и неврологического статуса ребенка. Анализ анамнестических данных показывает, что у данной группы детей внутриутробное развитие и процесс родов осложнялись воздействием неблагоприятных генетических, биологических и химических факторов. Чаще всего это наследственная патология (наличие расщелины у кого-либо из родителей); отклонения во внутриутробном развитии (токсикозы, нефропатии, угроза выкидыша, грипп, гипертония, контакт с 37 химически активными веществами); осложненное протекание родов (асфиксия, гипоксия плода, слабость родовой деятельности) [2].

У детей с ринолалией наблюдаются: нарушение мелкой моторики рук, а именно нарушение тонких дифференцированных движений рук (наблюдаются трудности при выполнении проб-тестов пальчиковой гимнастики: «домик», «колечки», «коза», «корова»); особенности дыхания и голоса выявляются в ходе беседы с детьми (отмечается ключичный тип дыхания, короткий, поверхностный вдох). Также у данной категории детей наблюдается фонационный выдох резко укорочен, что связано с утечкой значительного объема воздуха в носовую полость. Ротовой и носовой выдох не дифференцированы. Нарушения тембра голоса выразились в сочетании гиперназализации (характерного носового оттенка гласных и звонких согласных звуков вследствие отсутствия изоляции носовой и ротовой полостей при фонации) и носовой эмиссии (утечки воздуха через нос при произнесении звуков, требующих ротового давления). Наличие расщелины приводит к патологической стабилизации языка в полости рта. Отмечены высокий подъем и гипертрофия корня языка, сдвиг языка в заднюю зону ротовой полости. Кончик языка истонченный, вялый, паретичный. Объем артикуляционных движений строго ограничен или выполняется не полностью, со сниженным темпом, затруднена переключаемость движений. Характерным является неумение удерживать артикуляционную позу, снижение амплитуды артикуляционных движений. Боковые отведения отличаются малой точностью, попытка удержания языка по средней линии приводит к девиации (отклонению в сторону). Структура речевого дефекта осложнена наличием нарушений мышечного тонуса по типу спастичности, гипотонии или дистонии. Язык напряжен, спинка его изогнута и приподнята к твердому небу. При выполнении статических артикуляционных упражнений отмечена невозможность удержания артикуляционной позы. Патологические особенности строения и функции речевого аппарата при расщелине неба обуславливают специфические нарушения звукопроизношения. Выявлены следу-

ющие особенности фонетической стороны речи. Гласные звуки произносятся при оттянутом назад языке, при этом наблюдается их смещение по ряду и подъему. Губная артикуляция отличается вялостью и пассивностью. Большинство согласных звуков заменяется ларингеально-фарингеальными (гортанно-глоточными) образованиями. Переднеязычные, а иногда и губно-губные заменяются заднеязычными. Коррекционная работа должна строиться с учетом:

- комплексного (медико-психолого-педагогического) подхода к устранению речевого дефекта;
- этиопатогенетических механизмов, симптоматики нарушения;
- выделения ведущих расстройств и вторичных нарушений в структуре дефекта;
- поэтапности коррекционного процесса;
- индивидуальной реакции на обучение;
- ведущей деятельности возраста;
- опоры на сохранные функции.

Все логопедические занятия проводились индивидуально. Качество и объем функциональных изменений 39 носили различный характер и требовали подбора конкретных целенаправленных тренировок в каждом случае. Основной задачей работы является выявление ведущих направлений и приемов коррекционного воздействия, способствующих формированию нормального звучания речи. Коррекционная работа проводилась по следующим направлениям [3]:

- коррекция физиологического и фонационного дыхания;
- нормализация деятельности артикуляционного аппарата;
- устранение избыточного носового резонанса;
- коррекция звукопроизношения;
- нормализация просодической стороны речи;
- автоматизация сформированных навыков в свободном речевом общении.

Данная коррекционная работа позволяет преодолеть трудности социальной адаптации данной категории детей, обеспечить полноценное речевое и психическое развитие, прогнозировать полезность применения данной системы на практике в медицинских и образовательных учреждениях.

Заключение. При разработке коррекционных занятий с детьми с интеллектуальной недостаточностью и ринолалией особое внимание следует уделять анализу психолого-педагогического статуса. Знание особенностей психического развития поможет провести дифференциальную диагностику различных форм речевых расстройств и отграничить их от речевых нарушений, связанных с интеллектуальной недостаточностью, задержкой психического развития, расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения. Основной задачей коррекционной работы является формирование продолжительного, устойчивого, плавного ротового выдоха, достаточного для произнесения слогов, слов, фраз. Упражнения проводятся в игровой форме с использованием наглядного материала. Работа чаще всего ведётся путем подражания. В процессе произношения дети учатся ускорять и замедлять темп речи в зависимости от содержания высказывания, равномерно чередовать ударные и безударные слоги, выделять паузы, повышением или понижением голоса отдельные слова или группы слов.

Список цитированных источников:

1. Ермакова, И.И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков / И.И. Ермакова. – М.: Просвещение, 1984. – 143 с.
2. Волкова, Л.С. Логопедия: учебник для студентов дефектологических факультетов пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 183 с.
3. Процко, Т.А. Особенности развития познавательной стороны психики у младших школьников с легкой степенью интеллектуальной недостаточности (умственной отсталости): учеб. пособие. / Т.А. Процко, – Минск, 2006. – С. 7–13.