Оглавление

Введение

Глава I. Теоретические основы изучения особенностей структуры речевого дефекта у детей с врождёнными расщелинами губы и нёба

1.1 Исторический аспект изучения и преодоления речевой и неречевой симптоматики у детей с врождёнными расщелинами губы и нёба

1.2 Особенности структуры речевого дефекта у детей с врожденными расщелинами губы и неба

Глава II. Методика обследования голоса у детей с врождёнными расщелинами губы и нёба

Заключение

Библиографический список

Введение

Актуальность изучения темы «Особенности структуры речевого дефекта у детей с врожденными расщелинами губы и неба» мотивирована тем, что расщелины верхней губы и неба в структуре врожденных дефектов являются наиболее тяжелым пороком развития лица и челюстей, приводящим к значительным анатомическим и функциональным нарушениям.

Врождённые расщелины губы и нёба являются причинами тяжёлой речевой патологии, называемой открытая органическая ринолалия.

По данным Отдела Здравоохранения частота рождения детей с врождёнными расщелинами губы и нёба (ВРГН) в мире составляет 0,6 - 1,6 случая на 1000 новорожденных (по данным исследователя Алмазовой Е.С). Имеется тенденция к увеличению данного показателя, одной из причин которого является резкое ухудшение экологии. В результате этого появляется множество дополнительных эндогенных факторов, способствующих возникновению врождённых аномалий. Так, в США отмечено колебание частоты этого порока: от 0,78 в штате Нью-Йорк, до 1,82 на Гавайях, 0,94 в Алабаме и даже до 2,5 на 1000 новорождённых в Нью-Мехико. Ежегодно в России появляется от 3,5 до 5 тысяч подобных детей, до 54% которых составляют пациенты с врождёнными односторонними сквозными расщелинами верхней губы и нёба [8].

Данной проблемой активно занимаются хирурги, стоматологи, логопеды и психологи, поскольку изучение этиологии врождённых расщелин губы и нёба представляет некоторую трудность, в силу широких масштабов различных по происхождению причин данной патологии.

Объект исследования – структура речевого дефекта у детей с расщелинами губы и нёба.

Предмет исследования – особенности речевых и неречевых симптомов у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба.

Цель исследования – выявление особенностей структуры речевого дефекта у детей с врожденными расщелинами губы и неба.

Гипотеза – врождённые расщелины губы и нёба обусловливают появление патологических особенностей структуры речевого дефекта.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

* Изучить и проанализировать психолого-педагогическую и медицинскую литературу по проблеме исследования.
* Изучить особенности речевой и неречевой симптоматики у детей с врождёнными расщелинами губы и нёба.
* Изучить методику обследования голосовых расстройств у детей с врождёнными расщелинами губы и нёба.

В данной работе были применены следующие методы:

Методы теоретического познания:

* Метод анализа;
* Метод синтеза;
* Метод дедукции.

Методы эмпирического исследования:

* Метод наблюдения;
* Метод мысленного эксперимента;
* Метод описания.

Структура курсовой работы: работа состоит из введения, 2-х глав (1 глава - теоретический анализ информации по представленной теме; 2-я глава – методика обследования голоса у детей с врождёнными расщелинами губы и нёба), заключения, библиографического списка.

Объем курсовой работы составляет 27 страниц. Всего проанализировано 9 литературных источников.

Глава I. Теоретические основы изучения особенностей структуры речевого дефекта у детей с врождёнными расщелинами губы и нёба

1.1 Исторический аспект изучения и преодоления речевой и неречевой симптоматики у детей с врождёнными расщелинами губы и нёба

История изучения структуры речевого дефекта у детей с врождёнными расщелинами губы и нёба претерпела длинный путь развития, в который включались врачи, психологи, дефектологи, заинтересованные данной проблемой.

Первые работы были написаны врачами. Их усилия были направлены на полное оперативное восстановление небного свода, чтобы вновь образованная небная занавеска (мягкое небо) была достаточно длинной и подвижной и могла бы соприкасаться с задней стенкой глотки, изолируя полость рта от полости носа. Считалось, что достижение этого эффекта обеспечит возможность произвольного замыкания прохода между носоглоткой и носом и создаст предпосылки для устранения носового оттенка в речи или устранит его полностью.

Н. И. Пирогов (1844), Н. В. Воронцовский (1875), М. И. Пайкин (1936), в своих работах обсуждали вопрос о том, в какой степени размеры неба способны видоизменяться под влиянием оперативных мероприятий; какие показатели размеров неба благоприятствуют наиболее успешной логотерапии при ринолалии.

Ученик Н. И. Пирогова Н. В. Воронцовский в 1870 г. сообщал, что периостальная уранопластика сделала самый замечательный шаг вперед на пути к восстановлению нормальной речи. Он считал причиной сохранения гнусавости после уранопластики вторичное укорочение мягкого неба, напряжение его по ширине и недостаточность подвижности. Однако, по его мнению, при ежедневном правильном упражнении в произношении, в чтении еще лучше, если возможно, под наблюдением опытных руководителей в училищах глухонемых, речь мало-помалу становится внятнее.

Проблемами комплексного изучения и устранения речевых расстройств у детей с челюстно-лицевой патологией за рубежом занимались D. C. Wilson, H. I. Morris, B. J. McWilliams, E. T. McDonald, C. Van Riper, M. E. Morley, и т.д.

В ходе постепенного медицинского и педагогического изучения сущности дефекта и возможностей его преодоления выработались два направления в педагогических методах устранения нарушений речи при открытой гнусавости. Одно из них — немецкое, — принятое в Германии и в ряде других стран (Г. Гуцман, 1924; Г. Арнольд, 1959; М. М. Ванкевич, 1926; В. А. Каретникова, 1927; М. Е. Хватцев, 1931, 1959). Оно исходит из принципа первоначальной иррадиации возбуждения, вызываемой сильными раздражителями, благодаря которой в комплексную деятельность нормальных речедвигательных органов вовлекаются дефектные органы (мягкое небо и др.).

В немецкой школе логотерапевтические мероприятия предлагалось сочетать с применением электро- и вибромассажа, после чего вводились за-нятия по артикуляционному и дыхательному тренингу. Первые 2—3 месяца больные должны были использовать фальцетный голос, далее они переходили к овладению грудным голосом. Второе направление, условно называемое французским, базируется на постановке правильного дыхания и голоса. (С. Борель-Мезони, 1929; В. Ведю, 1929). Это направление основывается на физиологически естественных, ненапряженных дифференцировках речевых движений, преимущественно дыхательных.

Представители обоих направлений исходили из необходимости достижения произвольного замыкания небно-глоточного затвора, что возможно при обеспечении подвижности небной занавески, смыкании валика Пассавана с небной занавеской (мягким небом).

Наиболее ярким выразителем немецкого направления является профессор

Г. Гуцман. В разработанной им методике предлагается конкретная система упражнений для улучшения небно-глоточного затвора. Он рекомендует проводить речевую тренировку с применением обтуратора или носового зажима. Смыкание небной занавески с валиком Пассавана и вследствие этого улучшение небно-глоточного затвора достигается при накладывании обтуратора или зажимании крыльев носа, так как в это время образуется сильное давление во рту, которое способствует подъему небной занавески кверху. В основе речевых упражнений — использование голоса повышенной громкости.

Продуктивность громкого произношения обусловливается тем, что при громкой речи имеет место сильная иннервация всех внутренних частей ротовой полости; при этом повышается активность небной занавески.

Речевые упражнения рекомендуется начинать с тренировки в произнесении сочетания «апа», в котором первый звук «а» произносится голосом обычной высоты и силы, а сочетание «па» сильнее, причем второй звук «а» «выталкивается» с особой силой и более высоким голосом. Аналогично отрабатывается произношение других гласных звуков. Постепенно переходят к произношению отработанных сочетаний звуков без обтуратора или носового зажима.

Определенный минимум упражнений, по словам Г. Гуцмана, пациент должен проделывать ежедневно в течение всей своей жизни.

Принцип первоначальной иррадиации возбуждения отражен в ряде других работ. Так, Бейсс предлагает в работе с ринолаликами использовать акцентуированный шепот, так как такой шепот требует точного функционирования затвора небной занавески и, следовательно, улучшает его.

Э. Фрешельсом предложен толчкообразный метод устранения дефекта речи. При таком методе работы одновременно с энергичной фонацией или произнесением коротких звуковых сочетаний производятся резкие толчкообразные направления движения крепко сжатых кулаков, поднятых до уровня груди. Предполагается, что развиваемая при этом энергия иррадирует на все работающие в этот момент мускулы и заставляет их производить добавочную работу, ведущую к развитию и укреплению небного затвора.

Изыскивая наиболее эффективные пути преодоления дефекта, специалисты-логопеды совместно с врачами обращались к новым способам анализа дефекта.

Так, логопедом Н. И. Серебровой совместно с врачом Л. В. Дмитриевым (1969) был применен метод рентгенографии, позволяющий видеть динамику коррекционной работы с детьми с ринолалией и прогнозировать возможность полного восстановления функции речи одними логопедическими приемами. Применение этого метода показало, что эффективность логопедической работы зависит от ряда факторов:

* от подвижности мягкого неба и задней стенки глотки;
* от расстояния между задней стенкой глотки и мягким небом;
* от ширины средней части глотки.

Был предложен один из вариантов логопедической работы при данном речевом нарушении: на логопедических занятиях больные обучались основным правилам речевого выдоха. Он должен производиться при напряжении небной занавески, опущенном корне языка, возможно большем опускании нижней челюсти.

Одновременно с отработкой правильного речевого дыхания методика предусматривала коррекцию голоса и артикуляции звуков.

Наблюдения Н. И. Серебровой подтвердили предположения о том, что для нормального звучания голоса не обязательно полное смыкание мягкого неба с задней стенкой глотки. Если расстояние между мягким небом и задней стенкой глотки меньше, чем расстояние между мягким небом и спинкой языка, то в процессе обучения можно получить речь без носового оттенка.

Таким образом, вклад в развитие изучения и преодоления данной речевой патологии внесли многие учёные. Следует отметить особую заслугу врачей: хирургов и стоматологов, как советских так и зарубежных.

1.2 Особенности структуры речевого дефекта у детей с врожденными расщелинами губы и неба

Наличие врожденных расщелин неба ставит ребенка в неблагоприятные условия для его физического развития. Чем обширнее дефект, тем большие нарушения претерпевает детский организм в период своего развития.

Наличие расщелин губы и нёба влечет за собой появление целого ряда симптомов, существенно осложняющих физическое и речевое развитие ребенка с первых дней жизни. В соответствии с этим, принято различать первичные и вторичные нарушения в структуре речевого дефекта.

Под первичными нарушениями в структуре речевого дефекта при ринолалии принято понимать нарушения физиологического характера, или особенности неречевой симптоматики, обусловленные врождёнными расщелинами. К ним преимущественно относят:

1) Нарушение питания (сосания, глотания) с самого рождения

В анамнезе детей, рожденных с грубым дефектом неба (полной или неполной расщелиной), отмечается, что грудное вскармливание было невозможным. Молоко попадает в дыхательные пути, ребенок захлебывается, и приходится переводить ребёнка на капельное вскармливание с ложечки или из пипетки. Так же пища часто попадает в складки недоразвившегося неба, в носовую полость, евстахиевы трубы, носоглотку, застаивается там, вызывает раздражение и воспалительные процессы слизистых оболочек [1].

2) Нарушение функционирования органов артикуляции

Дети с врожденной расщелиной с самого рождения вынуждены инстинктивно приспосабливаться к своему дефекту. Это приспособление выражается прежде всего своеобразным расположением языка в полости рта. Ребенок рефлекторно сдвигает тело языка назад, благодаря чему продольная мышца языка сокращается и образует высокий подъем корневой части языка. Своеобразное положение языка в полости рта постепенно стабилизируется. Дети с врожденной расщелиной неба предпочитают спать навзничь, что облегчает удержание языка в глубине рта [2]. При стабильном положении корня языка кончик его оттягивается в середину ротовой полости. Движение всего языка затормаживается, относительно подвижным остается лишь его кончик. В последствии, при таком положении языка осуществление движений, нужных для артикуляции речевых звуков, ринолаликам не удается.

При кормлении из рожка они сжимают соску не губами, а корнем языка и фрагментами небного свода. При таком положении вместе с движениями корневой части языка активизируются лицевые мышцы. Эта мышечная взаимосвязь прочно закрепляется и в дальнейшем негативно сказывается формировании звукопроизношения.

Нарушение артикуляции в целом проявляется в виде ослабления развития всей лицевой мускулатуры; аномалиях в строении и подвижности губ; своеобразного расположения языка в полости рта; чрезмерного поднятия корня языка (его гипертрофия, истонченный вялый кончик языка, не принимающий участия в звукообразовании), а так же нарушении оральной чувствительности ротовой полости; в менее широком открывании рта при произнесении звуков, расстройстве работы мышц, осуществляющих движение мягкого неба. Мягкое небо пассивно, малоподвижно и не выполняет своей функции разделения ротовой и носовой полости. Функции мягкого нёба нарушаются из-за отсутствия связи между парными мышцами. При фонации и глотании они разводят сегменты мягкого нёба в стороны. После операции подвижность его не достигает нормы из-за того, что поднимающие его мышцы прикреплены не на уровне средней трети, как в норме, а далеко впереди [4].

Характерным является нарушение взаимосвязи артикуляторных и мимических мышц, что выражается в патологической активности лицевой мускулатуры в процессе артикуляции. Основную компенсаторную нагрузку в связи с недостаточным функционированием небно-глоточного затвора берут на себя мимические мышцы. Анатомический дефект восполняется включением компенсаторных реакций.

Структура речевого дефекта при ринолалии может осложняться моторной недостаточностью мышц артикуляционного аппарата, обусловленной нарушением их иннервации по типу спастичности, гипотонии или дистонии. Таким образом, можно говорить о наличии либо собственно дизартрии, либо ее стертой формы, в зависимости от степени выраженности расстройств мышечного тонуса [4].

Таким образом, дефекты небного свода при ринолалии обусловливают неправильную мышечную взаимосвязь мышц всего артикуляционного аппарата. Даже если мышцы речевого аппарата у ринолаликов анатомически сохранны и все движения их возможны, они отличаются некоторой вялостью, заторможенностью, неловкостью. Эти же качества характеризуют и артикуляцию ринолалика [1].

3) Нарушение дыхания

Нарушение взаимодействия между артикуляционными и дыхательными мышцами приводит к специфическим особенностям физиологического дыхания. При врожденной расщелине неба физиологическое дыхание чаще всего оказывается поверхностным - грудным или ключичным, когда во время вдоха напрягаются грудные мышцы, в движение приходят ключицы и грудная клетка, а диафрагмальные мышцы не принимают необходимого участия в процессе речеобразования. Нарушается соотношение между вдохом и выдохом. Жизненная емкость легких понижается, отстает в развитии грудная клетка. Страдает направленность и плавность выдоха (при попытке подуть ребенок с шумом дует носом). Невозможность осуществления полноценного вдоха и выдоха приводит к нарушению фонационного дыхания. Специфические особенности фонационного, или речевого, дыхания обусловлены также нарушением взаимодействия между артикуляционными и дыхательными мышцами.

4) Снижение слуха

Часто при ринолалии отмечается снижение слуха. Это связано с тем, что пища, попадая в евстахиевы трубы, вызывает воспалительные процессы слухового тракта. Снижение слуха может быть разной степени: от крайне незначительного до тяжелой тугоухости и глухоты (Л. Я. Дербанюк, 1966;

В. В. Мессина, 1971; В. С. Дмитриев и Р. Л. Ландо, 1969 и др.). До 80% детей с органической открытой ринолалией страдают снижением слуха [9]. Это связано так же с частыми простудными заболеваниями. Переход воспалительного процесса со слизистой оболочки носа и глотки на слизистую евстахиевых труб приводит к воспалению среднего уха, что в свою очередь является причиной стойкого снижения слуха. Вследствие болезненных процессов в звукопроводящем и звуковоспринимающем отделах речевого аппарата возникают нарушения слуха [7].

5) Высокий уровень предрасположенности к различным заболеваниям

Неполноценность и ослабленность физического развития резко ослабляют жизненные силы ребенка, иммунитет. Отмечается повышенный уровень заболеваемости. Дети с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области страдают разнообразной сопутствующей патологией (функциональные кардиопатии, пороки сердца, заболевания почек, нарушения иммунной системы, болезни легких, патология ЦНС, патология внутренних органов, инфекционные заболевания, рахит, анемия). Часто наблюдается микроорганическое поражение головного мозга (ММД), признаки раннего поражения и дисфункции ЦНС и вегетативной нервной системы: головные боли, снижение памяти, нарушение сна, нарушения глубокой чувствительности. Имеются слабо выраженные гемипарезы: преимущественно органов речевого аппарата и отделов правой руки, оральная и артикуляторная апраксия, нарушение мелкой моторики, общемоторная неловкость (недостаточность координации, точности движений и т.п.). Вследствие нарушений деятельности ЦНС возникают повышенная возбудимость, гиперактивность, гиперкинетический, гипердинамический синдромы, повышение сухожильных рефлексов, нервные тики, не резко выраженные вегетативные нарушения, депрессивные типы настроения, страхи, плаксивость, снижение мотивации. Большинство детей не имеют грубой органической симптоматики, но у них отмечается лабильность настроения, слабость активного торможения.

6) Нарушение качественных характеристик голоса

Отмечается специфичность голосовой функции. Голос, как правило, слабый; истощаемый; тихий; приглушенный; с выраженным носовым оттенком (назализация), вследствие чего снижена разборчивость речи. Характерным является зажатое, сдавленное звучание, иногда сиплое и хриплое. Тусклый звук голоса обедняет естественные интонации, мелодику речи. Это создает затруднения при общении со сверстниками и взрослыми. Основной голосовой характеристикой, наиболее страдающей при врожденных расщелинах неба, является тембр. Часто голос бывает охриплым, а при ларингоскопии выявляется гиперемия и гипертрофия голосовых складок. Приблизительно у 20% детей с расщелиной неба имеются узелки голосовых складок. Это является компенсаторным следствием повышения активности гортани в случае потери силы голоса [9].

По данным И. И. Ермаковой, примерно до семи лет у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба из всех голосовых характеристик страдает только тембр голоса в виде присутствия гиперназализации. По остальным качествам голос не отличается от нормального. После семи лет голос начинает ухудшаться: снижается сила, появляется истощаемость, осиплость. Прекращается расширение диапазона.

Таким образом, голос у ринолаликов глухой; сдавленный; слабый; быстро истощаемый; тихий; приглушенный; с выраженным носовым резонансом. Акустические изменения в спектре голоса лишают его звонкости и полетности и снижают разборчивость речи. Другие изменения тембра связаны с объединением полостей носа, рта и глотки в одну, с особенностями конфигурации резонаторов при выраженных рубцах после уранопластики, с наличием дополнительных складок слизистой оболочки, ограничением открывания рта.

К особенностям вторичной симптоматики относят речевые особенности, интеллектуально-познавательные особенности и особенности эмоционально-волевой сферы.

Речевая симптоматика ребёнка, обусловленная анатомическими дефектами речевого аппарата , так же имеет ряд особенностей.

Неправильное функционирование небно-глоточного аппарата, приподнятый корень языка делают произношение гласных гиперназализованным. Согласные звуки произносятся искаженно, появляются призвуки, напоминающие храп. Произношение согласных звуков при ринолалии характеризуется наиболее выраженными отклонениями: дети пропускают звуки, заменяют их другими или образуют дефектным способом. В ротовой полости не может образоваться воздушное давление, необходимое для правильного произнесения звуков. Возникает специфическое нарушение тембра голоса и звукопроизношения, которое и называется ринолалией. Это очень характерный дефект, легко опознаваемый на слух.

Общая характеристика звукопроизношения - это храпящие звуки с носовым оттенком.

Впервые носовой оттенок появляется во время воспроизведения первых согласных звуков (примерно 6 месяцев). В период лепета и первых попыток произнести простые слоги и односложные слова можно чётко услышать искажение звуков «П», «Б». Именно в этом возрасте, отсутствие возможностей для смыкания мягкого нёба со структурами носоглотки у ребёнка с расщелиной нёба становится пусковым моментом для формирования патологических речевых механизмов. Пытаясь воспроизвести слышимые от окружающих звуки, ребёнок начинает неосознанно изменять работу органов артикуляции [3].

Наиболее дефектны гласные звуки, так как для них требуется самый сильный небно-глоточный затвор. Артикуляция согласных сдвигается кзади, звуки искажаются, приобретают хрипловатый оттенок. Связь вида расщелины с тяжестью нарушения звукопроизношения не является прямой. Искажение фонем зависит от размера просвета между краем мягкого неба и стенкой глотки и в свою очередь влияет на степень назализации.

При ринолалии речь развивается с опозданием (первые слова появляются к двум годам и значительно позже) и имеет качественные особенности. Импрессивная речь развивается относительно нормально, а экспрессивная претерпевает некоторые качественные изменения.

В первую очередь следует отметить крайнюю невнятность речи больных. Появляющиеся у них слова и фразы малопонятны для окружающих, так как формирующиеся звуки своеобразны по артикуляции и звучанию. Вследствие дефектного положения языка в полости рта согласные звуки образуются, главным образом, за счет изменений положения кончика языка (при незначительном участии корня языка в артикуляции) и при излишней активизации лицевых мышц. Эти изменения положения кончика языка относительно постоянны и соотносятся с артикуляцией определенных звуков. Произношение некоторых согласных звуков представляет для больных особую трудность. Так, они не могут осуществить необходимой преграды у верхних зубов и альвеол для произнесения звуков верхней позиции: «л», «т», «д», «ч», «ш», «щ», «ж», «р» ; у нижних резцов для произнесения звуков «с», «з», «ц», с одновременным ротовым выдохом; поэтому свистящие и шипящие звуки у ринолаликов приобретают своеобразное звучание. Звуки «к», «г» либо отсутствуют, либо замещаются характерным взрывом, производимым при соединении несращенных частиц uvula или стенок глотки [3].

Гласные звуки произносятся при оттянутом кзади языке с выдохом воздуха через нос и характеризуются вялой губной артикуляцией. Наиболее заметно приобретают назальный тембр гласные «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. При произнесении шипящих и фрикативных, при открытой ринолалии, 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.

Таким образом, гласные и согласные звуки формируются с сильным носовым оттенком. Артикуляция их зачастую значительно изменена, и звуки между собой нечетко дифференцированы. Для самого больного такие артикулемы служат кинемой, т. е. двигательной характеристикой определенного звука, и в его речи выполняют смыслоразличительную функцию, что и позволяет использовать их для речевого общения.

Характерно большое количество замен звуков, причем звуки-субституты также являются искаженными. Нарушаются согласные звуки, требующие наиболее высокого ротового давления. Специфическими для ринолалии являются замены «п», «б» на «м», «т», «д» на «н» и обратные замены «м-д», «м – б/п», обусловленные отсутствием фонологического противопоставления соответствующих звуков в устной речи [3].

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

Выявляется множество и других более частных дефектов.

Например:

1. опускание начального согласного ("ак" - "так", "ам" - "там");

2. нейтрализация зубных звуков по способу образования;

3. замена взрывных звуков на фрикативные;

4. свистящий фон при произношении шипящих звуков или наоборот ("сш" или"шс");

5. отсутствие вибранта «р» или замена звуком «ы» при сильном выдохе;

6. наложение дополнительного шума на назализованные звуки (шипение, свист, придыхание, храп, гортанность и т. п.);

7. перемещение артикуляции в более задние зоны (влияние высокого положения корня языка и малого участия губ при артикуляции). Например, звук "с" заменяется звуком "ф" без изменения способа артикуляции.

При ринолалии на периферическом конце речедвигательного анализатора формируются дефектные артикуляции, что на высших уровнях управления речевым процессом (в коре головного мозга) фиксируется в виде дефектных кинестезий. Таким образом, центральное звено управления речеобразованием оказывается вторично нарушенным. Сами дети с ринолалией воспринимают свою речь как фонетически правильную, не слышат дефекты своей речи. Таким образом, отклонения в фонематическом восприятии у детей с ринолалией бывают вызваны недостаточным артикуляционным опытом, а также недостаточностью физического слуха. Недоразвитие фонематического слуха появляется так же вследствие снижения слуха, нечеткости собственной артикуляции. Вторичным следствием этого могут быть трудности овладения звуковой структурой слов. Это также может повлечь недоразвитие словарного запаса детей, неполноценность грамматического строя речи, т.е. синдром ОНР - общего недоразвития речи. Отмечаются обедненность и аномальное протекание долингвистического развития детей с ринолалией. Отмечается позднее начало речи, значительный временной интервал между появлением первых слогов, слов и фраз уже в ранний период, являющийся сензитивным для формирования.

Особенности произношения детей с ринолалией ведет к искажению и несформированности всей фонематической системы языка. Поэтому звуковые образы, накопленные в их речевом сознании, неполноценны и не расчленены для формирования полноценного письма. Незаконченность процессов формирования артикулирования звуков может привести к трудностям при овладении звуковым анализом. Вторично обусловленные особенности восприятия речевых звуков являются основным препятствием к овладению правильным письмом. Исследования З.А Репиной подтверждают, что нарушения письма, выявленные у 64,9% обследованных детей с ринолалией, являются вторичными [3].

Уровень освоения лексики и сформированность грамматических форм и категорий языка зависит не только от степени нарушения звукопроизносительной стороны речи, но и от интеллектуальных возможностей ребенка, социального опыта, среды, в которой он воспитывается. Словарь детей недостаточно точен по употреблению, с преобладанием слов, обозначающих конкретные предметы. В спонтанной речи преобладают существительные и глаголы, дети мало пользуются прилагательными, наречиями, причастиями и деепричастиями. Страдает словообразование, затруднен подбор однокоренных слов. Наблюдаются ошибки грамматического оформления речи: неправильное согласование слов в роде, числе и падеже, ошибки в использовании предлогов, в употреблении падежных форм множественного числа, неправильное построение предложений.

Таким образом, нельзя установить прямого соответствия между величиной небного дефекта и степенью искажения речи. Слишком разнообразны компенсаторные приемы, которыми пользуются дети для производства звуков. Многое зависит также от соотношения резонирующих полостей и от многообразия их 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.

М. Момеску и Э. Алекс показали, что разговорная речь детей с расщелиной нёба содержит только 50% информации по сравнению с нормой, возможность передачи речевого сообщения ребенка уменьшена вдвое. Это является причиной серьезных коммуникативных затруднений [3].

Из-за тяжести нарушения звукопроизношения и расстройства голосообразования речь таких детей в целом бывает малопонятной, лишенной интонационной выразительности, немодулированной. В качестве сопутствующей речевой патологии у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба может выступать заикание.

Во вторичных особенностях симптоматики при врождённых расщелинах следует отметить своеобразие формирования всех психических функций. Группа детей с ринолалией является полиморфной по уровню психического развития. Динамическое наблюдение выявило детей с различным уровнем развития памяти, внимания, мышления, восприятия. Наиболее характерным оказалось наличие дефицита внимания. Есть основания считать, что нередко задержка психического развития носит временный характер и успешно устраняется в адекватных дефекту условиях обучения и воспитания.

Отмечается своеобразие становления личности. Причинами могут являться: неблагоприятные условия жизни в коллективе; нарушение речи как средства коммуникации; одностороннее общение с коллективом. Как результат: развитие замкнутости, застенчивости, раздражительности. Постепенно падает мотивация общения. Может быть отмечена повышенная агрессивность. В некоторых случаях требуется помощь психоневролога и невропатолога. Следует отметить негативные последствия длительной госпитализации детей с врожденной небной патологией, усугубление особенностей поведения детей с ринолалией при неправильном семейном воспитании. Необходимо проведение психотерапевтических мероприятий с членами семьи ребенка и с ним самим с целью предупреждения трудностей поведения и коррекции личности ребенка с небной патологией. Отклонения психического развития у данной категории детей встречаются в 20 раз чаще, чем у детей с нормальным развитием челюстно-лицевого аппарата.

Таким образом, врождённые расщелины губы и нёба имеют в структуре речевого дефекта первичные и вторичные нарушения, имеющие ряд специфических особенностей.

Первичными нарушениями при ринолалии являются: нарушения дыхания; питания; отставание в физическом развитии; астенический синдром; физическое снижение слуха; неврологические нарушения; нарушения в костно-мышечном аппарате речи; нарушения артикуляционной моторики; голосовые нарушения.

Вторичные нарушения: акустико-артикуляционные особенности звукопроизношения; нарушение фонематического слуха и фонематического восприятия; задержка в развитии речи; лексико-грамматические нарушения; симптомы общего недоразвития речи; дисграфия и дислексия; снижение уровня познавательной деятельности; задержка психического развития; нарушения коммуникации; особенности личности.

Глава II. Методика обследования голоса у детей с врождёнными расщелинами губы и нёба

Как известно, голос детей с врождёнными расщелинами имеет свои качественные особенности:

* Нарушен тембр голоса - это главная отличительная особенность. Тембр голоса ребёнка с открытой органической ринолалией всегда гиперназализован, то есть все звуки, произносимые ребёнком будут иметь носовой оттенок;
* Нарушены сила, высота, громкость и модуляция голоса. Это проявляется в виде охриплости или осиплости голоса, нарушенной звонкости и звучности. Голос звучит тихо и глухо, поскольку резонирование происходит в основном в носовой полости, где звук в значительной степени поглощается и не может дать такого сильного звучания, как при резонировании в полости рта.

В соответствии с этим, обследование голоса у детей с врождёнными расщелинами нёба и губы должно включать обследование тембра, силы, высоты, громкости и модуляции голоса.

Обследование ребенка начинается с установления с ним контакта во время беседы на близкую ребенку тему. В процессе беседы ребенку задаются доступные вопросы, чтобы услышать его самостоятельную речь. Установив контакт, переходят к изучению его голосовых возможностей. Методика подобного обследования достаточно широко представлена в логопедической литературе, например в трудах И. И. Ермаковой, Е.С. Алмазовой,

Д.К. Вильсон и др.

Обследование должно состоять из следующих этапов:

На первом этапе проводится обследование тембра голоса.

Тембр – это наиболее сложная индивидуальная характеристика голоса. Изучение тембра начинается с первых слов при знакомстве с ребёнком и продолжается на протяжении всего исследования.

На данном этапе исследуются:

1. Наличие и степень гиперназализации:

Оценивается при произнесении слов с закрытым и со свободным носом:

«бот быт букет бита берет»,

«боты быть бурт бить бейте» и фразы: «были у бабы бобы».

При этом выраженность носового оттенка голоса при звукопроизношении оценивается по следующим критериям:

* Слабовыраженный;
* Средне выраженный;
* Сильно выраженный.

2) Наличие назальной эмиссии: отсутствует / беззвучная / слышимая.

Оценивается при произнесении слов с закрытым и со свободным носом:

«пепел папа попей попал пупы»,

«бабы бобы буба би-би баю-бай» и фразы: «у попа папа поп».

Для оценки степени эмиссии при проведении теста к ноздрям ребёнка подносят зеркало или бумажный пропеллер. Степень эмиссии определяется по площади запотевания зеркала или по воздушному потоку из носа, приводящего в движение бумажный пропеллер.

На втором этапе проводится обследование силы и высоты голоса и возможности его модуляции, а так же звонкость и звучность голоса. Выявляются такие качества как:

а) Наличие охриплости или осиплости голоса.

Охриплость – скрипучий, грубый голос, отличающийся от нормального в сторону понижения.

Осиплость – неупорядоченные изменения частоты основного тона в сторону повышения.

б) Наличие глухости голоса.

в) Наличие напряжённости фонации.

г) Уровень изменения громкости голоса.

д) Уровень изменения высоты голоса.

Все нарушенные качества голоса определяются на слух по степеням выраженности:

* Лёгкая;
* Умеренная;
* Выраженная.

Напряжённость фонации определяется путём пальпации шейного отдела, для установления напряжённости мышц при произношении и так же оценивается в степенях выраженности от лёгкой до выраженной.

Уровни изменения громкости и высоты оцениваются по критериям:

Способность к изменению отсутствует;

Способность к изменению нарушена ( отмечается в какой степени).

Для обследования данных качеств можно использовать такие упражнения как: «как гудят теплоходы: большие, средние и маленькие»; подражание голосам животных (например, низкий голос медведя или мычание коровы и значительно более высокий - мяуканье кошки или лай собаки), что позволяет исследовать высоту и силу голоса; а так же «укачивание куклы» («АаАаАа» «УуУуУу» и др.); упражнения на произношение звуков, слогов и слов шёпотной и громкой речью, что позволяет исследовать громкость и модуляцию голоса.

На третьем этапе - полученные результаты анализируются [2].

Таким образом, обследование голоса у детей с врождёнными расщелинами нёба и губы должно включать 3 этапа, на которых изучаются нарушения таких качества голоса как тембр и его свойства, высота, сила и модуляция.

Заключение

В ходе исследования выяснилось, что особенности структуры речевого дефекта при врождённых расщелинах губы и нёба имеют ряд специфических особенностей и включают:

1. Особенности первичной симптоматики, проявляющиеся в виде нарушений важнейших физиологических функций у ребёнка-дыхания и питания, нарушений качественных характеристик слуха и голоса, а так же в виде общей ослабленности здоровья ребёнка.
2. Особенности вторичной симптоматики проявляются в особенностях звукопроизношения; нарушении фонематического слуха и фонематического восприятия; в задержке развития речи ; в лексико-грамматических нарушениях; в симптомах общего недоразвития речи; дисграфии и дислексии; в снижении уровня познавательной деятельности; в задержка психического развития; в нарушениях коммуникации; в патологических особенностях развития личности ребёнка.

Особо следует отметить особенности эмоционально-волевой сферы детей с врождёнными расщелинами. Переживание детьми своего дефекта приводит к застенчивости, отстранённости, иногда к вербальной агрессии. Дети избегают речевых контактов даже с близкими, что может привести к общему недоразвитию речи, с характерной для него бедностью словарного запаса и несформированностью грамматического строя речи и, как следствие, у ребёнка может возникнуть задержка психического развития. Исходя из этого, возникает необходимость психологической помощи детям с врождёнными расщелинами губы и нёба.

В структуру обследования детей с врождёнными расщелинами губы и нёба должно входить:

* Обследование дефектов артикуляционного аппарата;
* Обследование нарушений функционирования дыхательного аппарата;
* Обследование звукопроизношения;
* Обследование голосовых функций;
* Обследование эмоционально-волевой сферы.

Обследование проводится комплексно - врачами ( хирургами, лор-врачами и стоматологами), логопедом и психологом. В структуру логопедического обследования должно входить обследование голоса и обследование звукопроизношения.

В главе II представлена методика логопедического обследования голоса у детей с расщелинами губы и нёба. Методика предполагает изучение особенностей таких качеств голоса как тембр, высота, сила и модуляция, которые всегда нарушены у детей с врождёнными расщелинами губы и нёба. Нарушения голоса проявляются в виде наличия гиперназализации тембра, наличия осиплости или охриплости; в виде нарушений звонкости и звучности голоса, высоты и силы голоса, его модуляции.

Таким образом, выяснилось, что врождённые расщелины губы и нёба обусловливают появление патологических особенностей структуры речевого дефекта у детей. Врождённые расщелины являются предпосылкой к появлению тяжёлой речевой патологии, имеющей название открытая органическая ринолалия. Данная патология предполагает тщательное всестороннее обследование ребёнка врачами, логопедами и психологами, начинающееся с первых дней его жизни. Коррекция патологической симптоматики достаточно сложна и так же требует комплексного медико - психолого-педагогического воздействия компетентных специалистов.

Библиографический список

речевой дефект губа небо

1. Булатовская, Б. Я. Влияние врожденных расщелин верхней губы и нёба на развитие ребенка / Б. Я. Булатовская. // Педиатрия. - 1959. - № 6.

- С. 63-67.

2. Воронцова, Т. Н. Принципы, методы и система исследования лиц, страдающих ринолалией на почве врожденных расщелин губы и нёба. / Т. Н. Воронцова / Логопедия. Методическое наследие / 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. Ринолалия. Дизартрия. — С. 75-90.

3. Водолацкий, В. М. Зависимость дефектов звукопроизношения от характера и степени тяжести зубочелюстной патологии в детском возрасте. / В. М. Водолацкий, Г. Н. Соломатина. // Логопед. - 2008. - № 2. — С. 40-52.

4. Дубов, М. Д.Клиническая картина при расщелинах нёба. / М. Д. Дубов. / Логопедия. Методическое наследие / 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. Ринолалия. Дизартрия. — С. 20-32.

5. Зайцева Л. А. Обследование детей с речевой патологией. Методические рекомендации. - Мн.: НМЦентр, 1994. - 20 с. — С. 11-22.

6. Ипполитова А. Г. Открытая ринолалия: Учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов / Под ред. О. Н. Усановой.— М.: Просвещение, 1983. - 95 с.

7. Парамонова, Л. Г. Логопедия для всех / Л. Г. Парамонова. - М.: ООО Изд-во АСТ, СПб: Дельта, 1997. - 464 с. — С. 177-182.

8. www.medportal.ru

9. www.logopedam.ru