

**Коррекционно-педагогическое воздействие на детей
с врожденными расщелинами верхней губы и неба**

Открытая ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами верхней губы и неба, представляет собой проблему как для логопедии, так и для целого ряда наук медицинского цикла.

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, ортодонт, 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.

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. А. 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 и стертая дизартрия – проходило в течение трех лет на базе Научно-практического Центра медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы. Для целенаправленного изучения была отобрана группа из 44-х человек с заключением «ринолалия и стертая дизартрия». Возрастной период детей – от 4-х до 6-ти лет.

Медико-психолого-педагогическая диагностика включает изучение данных анамнеза и оценку соматического и неврологического статуса ребенка.

Анализ анамнестических данных показал, что у данной группы детей внутриутробное развитие и процесс родов осложнялись воздействием неблагоприятных генетических, биологических и химических факторов.

Имели место: наследственная патология (наличие расщелины у кого-либо из родителей) – 8%; отклонения во внутриутробном развитии (токсикозы, нефропатии, угроза выкидыша, грипп, гипертония, контакт с

химически активными веществами) – 75%; осложненное протекание родов (асфиксия, гипоксия плода, слабость родовой деятельности) – 8%.

Оценка соматического статуса показала наличие различной сопутствующей патологии. Является характерным присутствие функциональных изменений сердечно-сосудистой системы (функциональных кардиопатий), пороков сердца, заболеваний почек, отягощенного легочного анамнеза, частых простудных заболеваний.

Изучение амбулаторных карт позволило получить данные о неврологическом статусе детей, находившихся под нашим наблюдением. В процессе исследования выявлены минимальные мозговые дисфункции – 17%, перинатальные энцефалопатии – 25%, гипертензионно-гидроцефальный синдром – 12%, синдромы мышечной дистонии – 12%, мышечного гипертонуса – 3% и мышечной гипотонии – 7%, наличие невротических реакций – 2%.

Особое внимание следует уделить анализу психолого-педагогического статуса. Восприятие, мышление, память, внимание составляют психологическую базу речи. 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.

Установлено наличие дефицита внимания в 55% случаев.

Отмечена рассеянность внимания, усиливающаяся по мере исполнения задания, ограниченный объем внимания, его фрагментарность, когда ребенок по истечении определенного временного отрезка начинает воспринимать лишь отдельные части предъявляемой ему информации.

Нарушения памяти выразились в трудности запоминания речевого материала, быстром его забывании у 12% обследованных детей.

Уровень развития абстрактно-логического мышления в группе в целом является удовлетворительным.

В результате изучения полученных данных установлено, что группа детей с сочетанной речевой патологией является неоднородной по уровню психического развития.

При обследовании состояния общей моторики обнаружили моторную неловкость, недостаточная координированность движений, трудности при выполнении общеразвивающих упражнений (прыжки на одной ноге, поднимание рук, отведение их за спину, скрещивание перед грудью, хлопки перед собой и над головой). Страдают объем, темп, ритм и переключаемость движений.

Исследование степени развития мелкой моторики рук показало, что у данного контингента детей имеет место нарушение тонких дифференцированных движений рук. Наблюдались трудности при выполнении проб-тестов пальчиковой гимнастики: «домик» – соединить концевые фаланги выпрямленных пальцев рук; «колечки» – поочередно соединить с большим пальцем указательный, средний, безымянный и мизинец; при чередовании упражнений «коза» – отведение вперед указательного и среднего пальцев и «корова» – отведение указательного пальца и мизинца.

Особенности дыхания и голоса были выявлены в ходе беседы с детьми. У всей исследуемой группы отмечен ключичный тип дыхания, короткий, поверхностный вдох. 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).

Причиной стойкой носовой эмиссии и гиперназализации в послеоперационный период может являться небо-глоточная недостаточность. Первичные пластики твердого и мягкого неба восстанавливают целостность анатомических структур, однако, в ряде случаев, сохраняется неполное разделение носовой и ротовой полостей при фонации – небо-глоточная недостаточность. Визуальный осмотр не дает достоверную информацию о локализации нарушения подвижности структур небо-глоточного кольца. В связи с этим отоларинголог проводил назофарингоскопическое исследование детей, позволившее получить объективные данные об анатомическом строении и функции небо-глоточного кольца.

При открытой риноплазии имеет место повреждение периферического конца речедвигательного анализатора. В строении и функции артикуляционного аппарата выявлен ряд патологических особенностей.

Присутствуют различные деформации зубно-челюстной системы: несформированность зубного ряда – 62%, протрузия (выступление) межчелюстной кости в верхнечелюстном ряду – 17%, сужение верхней челюсти – 15%, расщелины альвеолярного отростка – 49%.

Строение твердого неба отличалось большим разнообразием. В ряде случаев оно было узким, высоким, куполообразным – 63%, а у части детей – широким, плоским – 37%. В некоторых случаях имело место послеоперационное расхождение швов, что привело к появлению дефектов переднего или среднего отделов твердого неба – 45%.

Состояние строения и функции мягкого неба в большинстве случаев оказалось удовлетворительным. Способ пластики мягкого неба с сужением глоточного кольца позволяет сформировать небную занавеску достаточной длины и обеспечивает адекватную подвижность небно-глоточного затвора.

У детей со сквозными одно- и двухсторонними расщелинами отмечено наличие послеоперационных рубцов, приводящих к остаточной деформации верхней губы. При обследовании у таких детей выявлялось отсутствие чувствительности в верхней губе, ограничение ее подвижности, укорочение уздечки верхней губы.

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).

При обследовании обнаружилось, что структура речевого дефекта в данной группе осложнена наличием нарушений мышечного тонуса по типу спастичности, гипотонии или дистонии,

Спастичность мышц органов артикуляции (50%) проявляется в следующем. Губы находятся в напряженном состоянии, затруднено выполнение ряда артикуляционных упражнений («хоботок» – сомкнутые губы вытягиваются вперед, имитируя сосательные движения; вытягивание губ воронкой – имитация свиста). Язык напряжен, спинка его изогнута и приподнята к твердому небу. При выполнении статических артикуляционных упражнений отмечена невозможность удержания артикуляционной позы.

При гипотонусе артикуляционной мускулатуры (18%) наблюдалась малая активность губ, недостаточное губное смыкание. В состоянии покоя рот полуоткрыт. Язык вялый, с истонченным, паретичным кончиком, лежащим на дне полости рта.

У детей, чей мышечный тонус нарушен по типу дистонии (32%), в состоянии покоя отмечен низкий мышечный тонус, а при выполнении артикуляционных проб тонус резко возрастает.

Патологические особенности строения и функции речевого аппарата при расщелине неба обуславливают специфические нарушения звукопроизношения. Выявлены следующие 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.

В ряде случаев у детей было отмечено наличие бокового и межзубного сигматизмов, а также участие боковых краев языка в произнесении переднеязычных звуков.

Страдают просодические средства высказывания. При пении стихотворений отмечено нарушение интонационной выразительности, несоблюдение темпо-ритмической организации речи, слабая выраженность эмоциональных оттенков.

Общие итоги комплексного изучения речи позволили выделить три группы детей в зависимости от характера нарушений мышечного тонуса.

- 1-я группа – дети с повышенным мышечным тонусом (гипертонус);
- 2-я группа – дети со сниженным мышечным тонусом (гипотония);
- 3-я группа – дети с меняющимся характером мышечного тонуса (дистония).

Коррекционно-педагогическое воздействие строилось традиционно, 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 сохраненные функции.

Все логопедические занятия проводились индивидуально. Качество и объем функциональных изменений

носили различный характер и требовали подбора конкретных целенаправленных тренировок в каждом случае. Учитывались особенности физического развития каждого ребенка, в зависимости от которых подбиралось индивидуальное количество упражнений.

Основной задачей работы явилось выявление ведущих направлений и приемов коррекционного воздействия, способствующих формированию нормального звучания речи. Учитывая осложнение структуры дефекта наличием нарушений мышечного тонуса, мы считали необходимым разработать комплекс специальных упражнений, направленных на устранение дизартрического компонента в речи детей.

Коррекционное обучение проводилось по следующим направлениям:

- 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.

Коррекция физиологического дыхания заключается в устранении ключичного типа дыхания. Наиболее продуктивным для формирования правильной речи является нижнереберное (косто-абдоминальное) дыхание. Этот тип дыхания позволяет увеличить жизненную емкость легких, регулировать диафрагмой и межреберными мышцами скорость и качество выдоха, в результате чего в конечном итоге происходит удлинение выдоха и снижение назального оттенка голоса.

С появлением правильного физиологического дыхания можно переходить к выработке целенаправленной воздушной струи при фонации.

Основной задачей на этом этапе является формирование продолжительного, устойчивого, плавного ротового выдоха, достаточного для произнесения слогов, слов, фраз. Упражнения проводились в игровой форме с использованием наглядного материала. Мы предлагали детям подуть на яркие бумажные игрушки в форме различных предметов, животных; на ватные шарики («загнать мяч в ворота»); дуть на горячую пищу («студим суп»); подуть через трубочку в стакан с водой («сделать газировку») и т. п. Дутье с напряжением (в губную гармошку, дудочку, надувание шаров) детям не предлагалось. Такое дутье может привести к усилению напряжения мышц лица и глотки и способствовать появлению компенсаторных гримас.

Следующим разделом коррекционной работы является нормализация деятельности артикуляционного аппарата. На данном этапе необходимо развитие полноценного небно-глоточного смыкания и активизация речевой моторики.

В послеоперационный период, когда созданы анатомо-физиологические условия для становления правильной речи, особую значимость приобретает растормаживание небной занавески и развитие подвижности мышц небно-глоточного кольца. Эти задачи осуществлялись при помощи:

- массажа мягкого неба;
- гимнастики мягкого неба и задней стенки глотки.

Основными целями массажа мягкого неба являются: растяжение рубцовой ткани, усиление работоспособности сократительных мышц, улучшение кровообращения, активизация процессов заживления.

Развитию подвижности мышц мягкого неба служат специальные упражнения: покашливание, позевывание, полоскание горла. Последнее упражнение производит наибольший эффект, если при его выполнении вместо воды использовать тяжелую жидкость типа кефира или киселя.

Работе по активизации речевой моторики необходимо уделить особое внимание ввиду сочетания двух нарушений речи: ринопалии и дизартрии.

В комплекс мероприятий, направленных на решение практических задач вошли логопедический массаж и гимнастика мимических мышц и артикуляционного аппарата.

При работе с детьми-ринопаликами гимнастика служит устранению: высокого подъема языка и его смещения вглубь ротовой полости; недостаточности губной артикуляции; чрезмерного участия корня языка в произнесении звуков.

Ввиду осложнения структуры дефекта стертой дизартрией представляется необходимым ввести комплекс упражнений, направленный на нормализацию мышечного тонуса мимической и оральной мускулатуры, устранение патологических синкинезий, формирование произвольных мимических движений.

Устранение избыточного носового резонанса преследовало конечной целью получение громкого, звонкого «полетного» звучания голоса. Голосовая терапия заключалась в коррекции гласных звуков и вокальных упражнениях.

При коррекции звукопроизношения мы обращали внимание на нарушение собственно артикуляции звуков и на степень гиперназализации при их произнесении. Постановка звуков проводилась обычными коррекционными методами с акцентом на постоянный контроль над направлением воздушной струи. Работа начиналась с выработки артикулом глухих губно-зубных и губно-губных звуков. Одновременно проводилась статическая и динамическая дыхательная гимнастика. Постановка звонких звуков велась с привлечением тактильного контроля. При коррекции переднеязычных в задачи работы входило активизировать кончик языка, научить поднимать его к верхним зубам, осуществляя при этом ротовой выдох. При работе над свистящими особое внимание уделялось устранению патологического положения языка в ротовой полости. При устранении фарингеального звучания шипящих звуков в задачи работы входило вызвать правильное положение органов артикуляции и выработать направленный ротовой выдох. При работе над заднеязычными звуками использовался механический способ постановки.

Нормализация просодической стороны речи проводилась на материале русских народных сказок, песенок, потешек, считалок, а также стихотворений и басен. Работа велась путем подражания. В процессе произношения дети учились ускорять и замедлять темп речи в зависимости от содержания высказывания, равномерно чередовать ударные и безударные слоги, выделять паузами, повышением или понижением голоса отдельные слова или группы слов.

Коррекционный эффект предложенной нами системы обучения 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.

© Соболева Е. А., Волосовец Т. В., 2002