

Презентация по ринолаллии.

Выполнила: учитель-логопед
Боромыкина О.О.

Ринолалия - это нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленная анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

Формы ринолалии.

Ринолалия проявляется в 3 формах :

1. Открытой
2. Закрытой
3. Смешанной

Открытая ринолалия - самая сложная и часто встречаемая форма, характеризуемая дефектной артикуляцией и носовым оттенком речи.

Открытая функциональная ринолалия бывает у детей с вялой артикуляцией, при недостаточном подъеме мягкого неба и часто наблюдается после удаления аденоидов, когда длительно ограничена подвижность мягкого неба. При этой форме больше нарушаются гласные звуки. Прогноз благоприятный.

Приобретенная органическая открытая
ринолалия образуется при перфорациях
твердого и мягкого неба из-за травм,
ранений, а также при рубцовых изменениях,
парезах и параличах мягкого неба,
давлении, опухолей и т.д.

Врожденная открытая органическая
ринолалия, как следствие расщелины
мягкого или твердого неба, наблюдается
полное или частичное соединеие полости
рта и носа

Закрытая ринолалия, обусловлена речевым выдохом через рот, при всех звуках, отсюда страдают носовые звуки и тембр голоса. Причина: органические изменения в носовом пространстве (полипы, опухоли, искривления перегородки, или фун-ое расстройство небно-глоточного смыкания

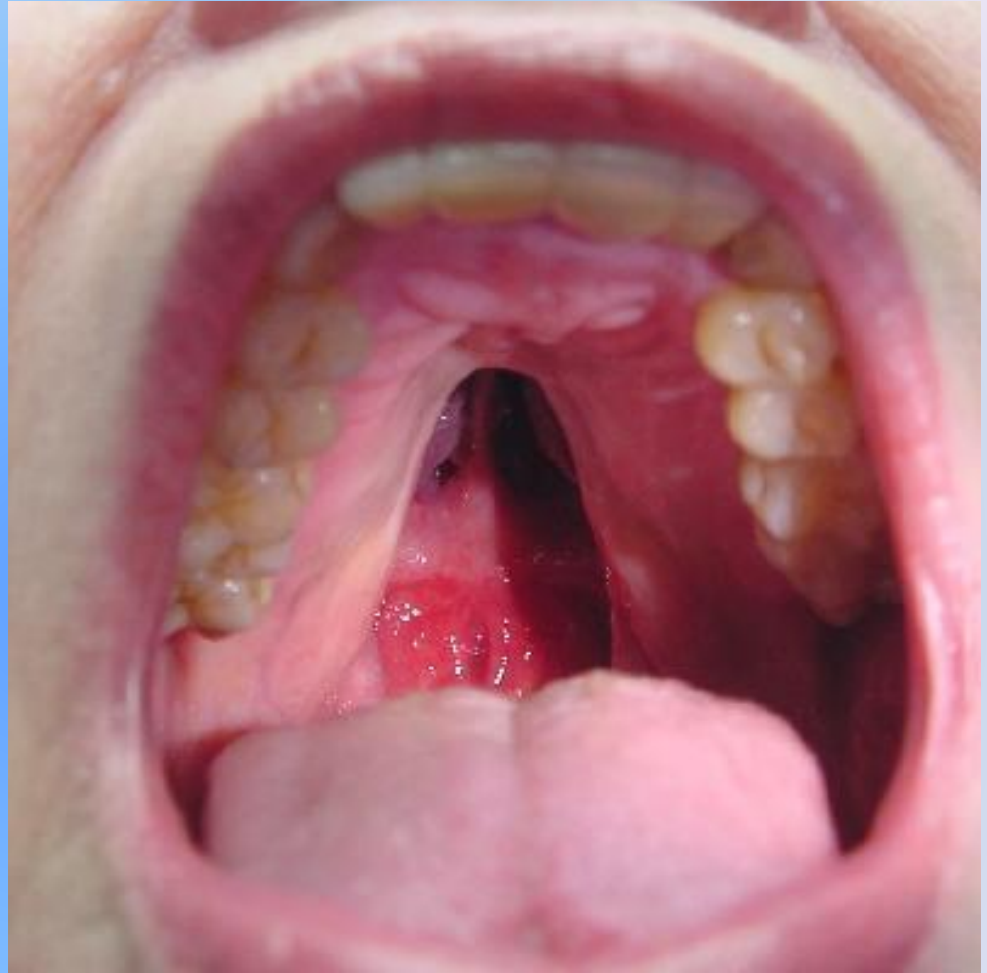
Смешенная ринолалия возникает при комбинации факторов, возникающих и при открытой и при закрытой ринолалии.

Формы расщелин сводятся к двум основным группам:

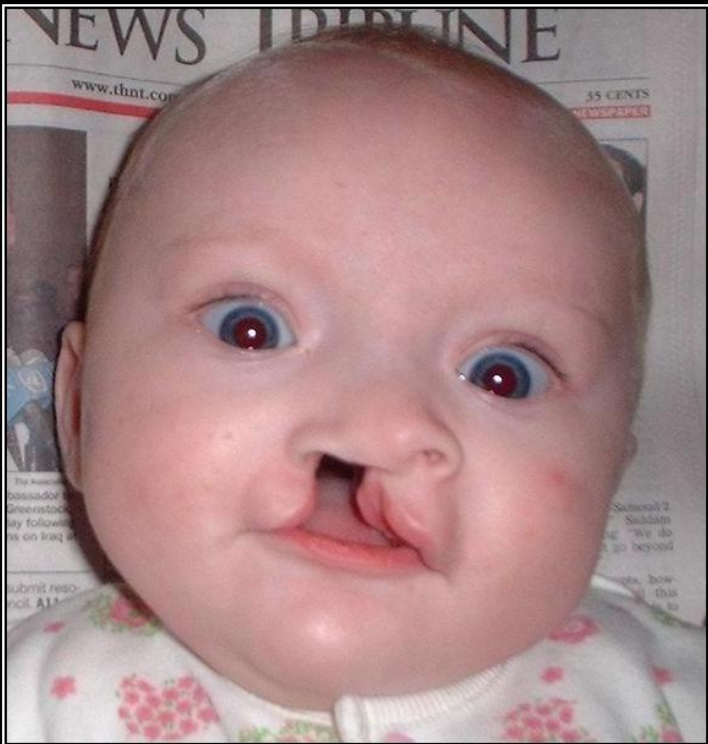
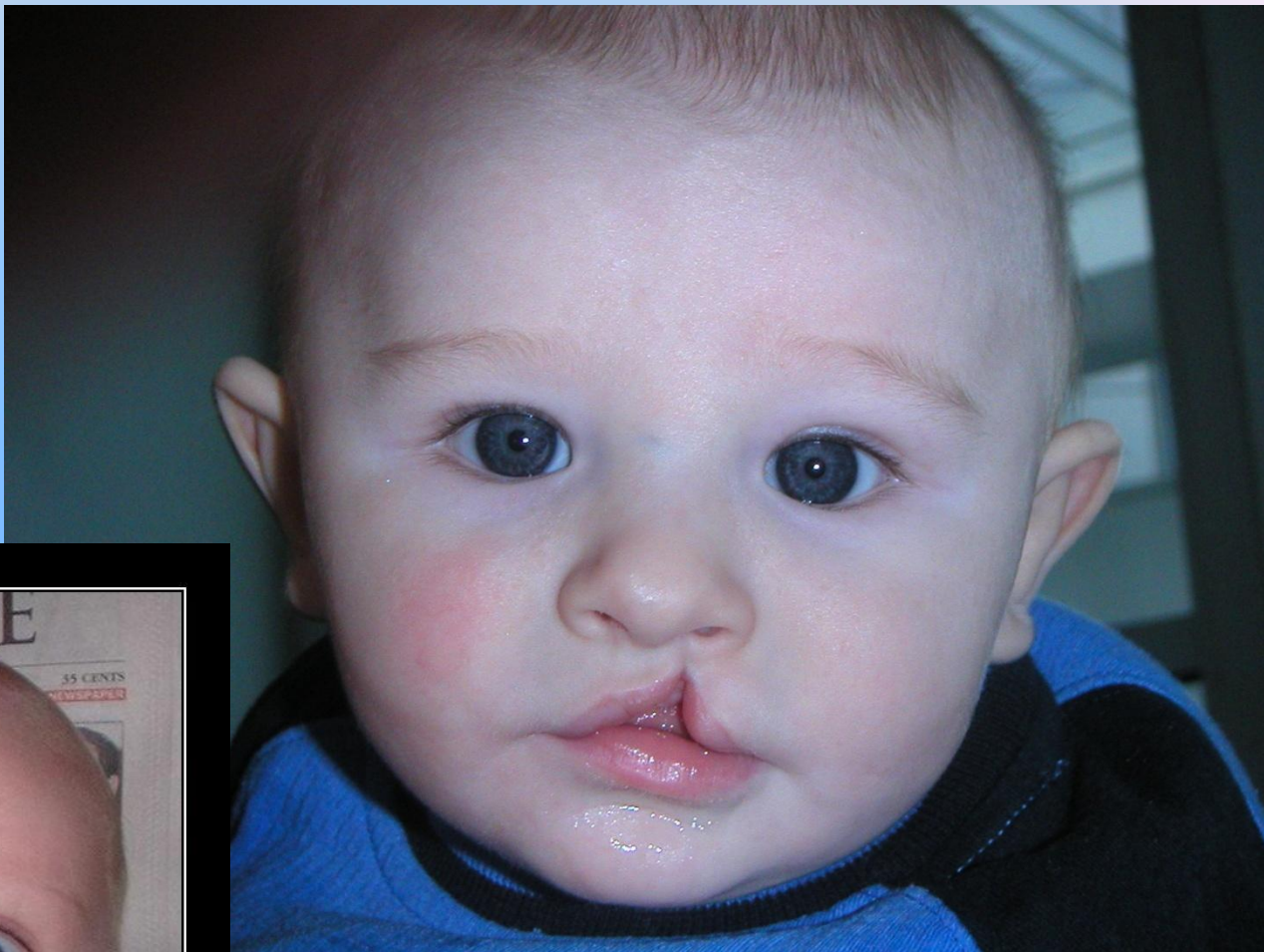
1) Сквозные - когда нарушается целостность альвеолярного отростка, могут быть односторонние и двухсторонние, а также сопровождаются расщелинами верхней губы, нарушениями строения зубного ряда



2) изолированные-
разделяют небо
пополам, могут
захватывать только
мягкое небо, твердое
небо и доходить до
альвеолярного
отростка. Как
разновидность —
субмукозная
расщелина- отверстие
закрыто слизистой
оболочкой.







В целом выделяют следующие виды расщелин:

1. Врожденная расщелина верхней губы

- 1) неполные, без деформации кожно –хрящевого отдела носа
- 2) полные с деформацией

2. Врожденные расщелины неба

- 1) мягкого неба(скрытые, неполные, полные)
- 2) мягкого и твердого неба(скрытые, неполные, полные)
- 3) полная расщелина альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба
- 4) полная расщелина альвеолярного отростка и переднего отдела твердого неба

Основная симптоматика ринолалии

- I. Расстройство дыхания
- II. Нарушение питания
- III. Нарушение фонации
- IV. Нарушение речи и слуха

Расстройство дыхания

Дети постоянно пользуются смешанным носо-ротовым дыханием с коротким выдохом, дыхание учащенное. Дети с расщелинами разговаривая продолжают дышать одновременно носом и ртом.

Нарушение голоса.

Голос при риноплазии: глухой, сдавленный, слабый, истощаемый, тихий, с выраженным носовым оттенком. Носовой оттенок впервые проявляется при лепете, до 7 лет носовой оттенок сохраняется, а после резко ухудшается. Степень выраженности носового оттенка речи зависит от недостаточности смыкания небно-глоточного затвора, от подвижности небной занавески и координации движения языка и мягкого неба.

Речевая симптоматика

Речь при открытой ринолалии страдает больше других функций. Речь при открытой ринолалии страдает больше других функций, она изначально развивается в патологических условиях, носовой оттенок голоса появляется с лепета, первые слова к 2 годам. Звуки ребенка нечетко различаются между собой. Звукопроизношение нарушается тотально. У детей с расщелинами неба снижение кинестезии и расстройство фонематического слуха, пониженное давление в полости рта, все это притупляет восприятие артикуляции, кроме того многие дети носят съемные зубные протезы и аптураторы, которые закрывают слизистую оболочку неба и ощущение артикуляции еще больше затрудняется.

В фонематическом восприятии смешиваются согласные близких акустических групп, нарушение фонетического оформления речи откладывает отпечаток и на формирования лексико-грамматического строя речи.

По тяжести нарушения звукопроизношения и степени назализации, детей можно разделить на 3 группы(по Морли):

- 1.-дети с носовым оттенком, звукопроизношение не нарушено.
- 2.-дети с выраженным носовым оттенком и искаженной артикуляции согласных звуков.
- 3.- дети с выраженным носовым оттенком, почти полное отсутствие артикуляции согласных

Особенности звукопроизношения при открытой ринолалии, обусловлено:

- 1) патологическая позиция языка в полости рта
- 2) утечка воздуха в нос, затрудняет образование во рту направленной воздушной струи, которая необходима для всех согласных звуков
- 3) гласные звуки произносятся с приподнятым корнем языка.

Кроме нарушения артикуляции страдают просодические компоненты речи.

- Разговорная речь детей с расщелинами неба содержит 50% информации, по сравнению с нормой. Особенности устной речи сказываются и на письменной. В письменных работах встречаются следующие ошибки:
 - 1) замены п-б, м-т, д-н
 - 2) выявляются пропуски, замены и употребление лишних гласных.
 - 3) замены и смешение шипящих и свистящих.
 - 4) трудности употребления аффрикат.
 - ч-ш, щ-ч, ц-с
 - 5) смешиваются звонкие и глухие согласные
 - 6) л заменяется на р и реже наоборот.

Методика исправления речи у детей и подростков с открытой ринолалией.

Этапы работы:

- 1) подготовка ребёнка и артикуляционного аппарата к ношению аптуратора или к операции
- 2) активизация небно-глоточного смыкания после накладывания аптуратора или растормаживания мягкого неба.
- 3) устранение носового оттенка голоса, коррекция звукопроизношения, полная автоматизация навыков.

Продолжительность этапов индивидуальна, к занятиям приступать как можно раньше, амбулаторно 2-3 раза в неделю.

Дооперационный (подготовительный)

1 этап

Основная цель - не допускать компенсаторных патологических навыков, создать базу для развития нормальной речи. В этот период готовят мягкое небо к небно-глоточному смыканию, стараются предотвратить дистрофию мышц глотки, создают предпосылки для правильного образования: опуская корень языка и укрепляя кончик, активируя губы и щеки.

Предварительная подготовка сокращает сроки восстановления после операции.

Ермакова предлагает начинать с гласных а,э для развития подвижности сегментов неба.

а) упражнения с гласными а, э вводятся на первом занятии, широко открыв рот ребенок повторяет их – язык подвинуть к зубам. Начинают с двух кратного повторения, через 4-5 занятий переходят к смешанному и немного растянутому произношению- а-э, э-а по 2-3 раза, 6-8 раз в день.

б) для поднятия мягкого неба используют имитацию глоточного рефлекса и позевывание, оба упражнения дети повторяют по подражанию 3 раза подряд 6-8 раз в день

в) сухое проглатывание (проглатывание собственной слюны), делать не более 3 раз.

Еще до операции готовим артикуляционный аппарат к правильному голосообразованию.

Начинают работу с обычной артикуляционной гимнастики: высовывать, убирать, поднимать, опускать, двигать влево - вправо, расслаблять блинчиком и напрягать жалом.

Для расслабления языка его покусывают по всей поверхности, постепенно высовывая и снова втягивая его назад

При рубцовой деформации верхней губы развивают ее подвижность- начинают с поднимания и опускания верхней губы.

2. Работа над дыханием- детей обучают диафрагмальному дыханию, проводят занятия в кабинете лечебной физкультуры, ребенка обучают направленному дутью - выдох через рот. Если ребенок заменяет дутье усиленным глоточным выдохом, то проводят упражнение «поплевывание», ребенок слегка высовывает кончик языка между зубами, а затем старается выплюнуть его. В трудных случаях – выплевывание мелких крошек. Главная цель- это получение слабой, но сознательно направленной воздушной струи для постановки звуков, после этого детей учат диафрагмальному дыханию.

3. Постановка гласных звуков и вокальные упражнения.

Коррекция гласных предусматривает продвижение к нижним зубам и произнесение их на диафрагмальном выдохе в грудном регистре, уменьшая участие головного резонатора. Начинают с протяжного произнесения а э – ребенок сидит слегка опустив подбородок и положив ладонь на грудь, при правильном выполнении упражнения ощущается вибрация грудной клетки, Начинают произнесение гласных с 2 3-Х раз, доводят до 5-ти повторений каждого звука, 4-5 раз в день. Далее отрабатывают гласные о и у ы. Затем переходят к напевному слитному произнесению сочетаний гласных сначала из 2 а затем из 3-х звуков. Гласные произносятся голосом средней высоты на одном тоне, а затем то низким голосом, то высоким, то средним.

Воспитание фонематического слуха.

Решаются 2-е задачи:

1. Научить разбирать звуки речи окружающих.
2. Дифференцированно воспринимать собственное произношение.

Эта работа зависит от степени сохранности собственного произношения, возраста ребенка и владения грамотой.

При знакомстве с изолированными звуками, особенно с маленькими детьми, используются наглядные образы: гудит поезд УУУ, поет комар ЗЗЗЗЗ.

Звуки и слова произносятся четко и громко.

На первом дооперационном этапе не различают из близких акустических групп (шипящих/свистящих).

При наличии функционально-глочного абтуратора возможна полная нормализация произношения еще до операции. К началу постановки звуков должны быть окончены занятия по постановке диафрагмально-реберного дыхания.

2 Этап послеоперационный.

К коррекционно логопедической работе приступают после наложения глоточного аптуратора или на 15-20 день после операции. В этот период из-за длительного режима молчания и охранительного торможения речь больных ухудшается. Мягкое нёбо бывает отёчным и почти не подвижным, чувствительность его отсутствует, а некоторые движения причиняют боль.

Носовой оттенок речи усиливается следовательно основная задача- растормаживания сформулированной нёбной занавески, развитие её подвижности, стимуляция прочного контакта стенки глотки с аптуратором.

Послеоперационный период занимает особое место в курсе обучения. Все упражнения 2-го этапа должны обеспечивать полноценное небно-глоточное смыкание, без которого исправить звукопроизношение не возможно через пол года после уранопластики процесс рубцевания заканчивается, и эффективность упражнений падает. Логопедические занятия проводятся регулярно 3 раза в неделю проводят прямой массаж рубцов, массаж делает логопед а потом сам ребенок, влажной подушечкой большого пальца небо поглаживается по всей поверхности от альвеол, к мягкому небу по средней линии, затем правее и левее от центра, затем проводят надавливающие движения в область рубцов. Затем начинают массаж с 1-5 мин один раз в день и доводят до десяти раз в день.

Ежедневное повторение а-э, при этом логопед визуально наблюдает сколько раз подымается небо.

Дети 6-7 лет повторяют а,э по 2 раза подряд 5-6 раз в день в течении 2 дней, 6-8 раз в день в течении следующих 3-х дней.

С 3-4 занятия гласные произносятся попарно а-э, э-а, начинают с того звука, на который у ребенка выше поднимается мягкое небо.

Пение- при пении небная занавеска поднимается активнее чем просто при произношении, уменьшается носовой оттенок.

Для растяжки верхних рубцов применяется сухое проглатывание.

Используется не более 5-6 месяцев.

Возобновить имитацию глоточного рефлекса позевывание, полоскание горла, лучше киселем.

После операции может развиваться такое осложнение как, массивное рубцевание в области небных дужек, это затрудняет открывание рта, артикуляцию, усиливается носовой оттенок. Растянуть рубцы поможет активная жевательная гимнастика.

У тех, кто занимался до операции или носил глоточный аптуратор быстро восстанавливаются навыки правильной воздушной среды. В других случаях можно зажать крылья носа пальцами, чтобы ребенок мог ощущать собственную воздушную струю воздуха во рту, и потом ее воспроизвести.

В конце этапа возобновляет произнесение гласных в пригрудном регистре.

С детьми впервые обратившимися к логопеду после операции одновременно работают над постановкой диафрагмального дыхания, обучают навыку направленной воздушной струи, перемещают язык в передний отдел полости рта.

Закрытая ринолалия.

Закрытая ринолалия образуется при пониженном физиологическом носовом резонансе во время произнесения звуков речи. Самый сильный резонанс у носовых л, м', н, н'. При нормальном их произнесении носоглоточный затвор остается открытым и воздух проникает прямо, в носовую полость. Если для назальных звуков носовой резонанс отсутствует, они звучат как ротовые б, б', д, д'. В речи исчезает противопоставление звуков по признаку назальный-неназальный, что влияет на ее разборчивость. Меняется также звучание гласных звуков из-за заглушения отдельных тонов в носоглоточной и носовой полостях.

При этом гласные звуки приобретают в речи неестественный оттенок.

Причина закрытой формы — чаще всего органические изменения в носовом пространстве или функциональные расстройства нёбно-глоточного смыкания. Органические изменения вызываются болезненными явлениями, в результате которых затрудняется носовое дыхание.

М. Зееман различает **два вида** закрытой ринолалии (ринофонии): **переднюю закрытую** — при непроходимости носовых полостей и **заднюю закрытую** — при уменьшении носоглоточной полости.

Передняя закрытая риноплазия наблюдается при хронической гипертрофии слизистой носа, главным образом, задних нижних раковин; при полипах в носовой полости; при искривлении перегородки носа и при опухолях носовой полости.

Задняя закрытая риноплазия у детей может быть следствием аденоидных разрастаний, реже носоглоточных полипов, фибромы или иных носоглоточных опухолей.

Функциональная закрытая риноплазия наблюдается у детей часто, но не всегда правильно распознается. Она 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.

При органической закрытой риноплазии прежде всего должны быть устранены причины непроходимости носовой полости. Как только наступает правильное носовое дыхание, исчезает и дефект. Если же после устранения непроходимости (например, после аденотомии) риноплазия продолжает проявляться, прибегают к таким же упражнениям, как при функциональных нарушениях.

Эффективность логопедической работы по устранению риноплазии зависит от состояния носоглотки, функции uvula, от возраста ребенка. Важным фактором является и способность ребенка различать назальный тембр голоса от нормального. На начальном этапе занятий рекомендуются дыхательные упражнения, цель которых состоит в дифференциации носового и ротового вдоха и выдоха. Это достигается сначала упражнениями с дутьем, а затем чередованием краткого и длительного носового выдоха.

Одновременно осуществляется активизация мышц мягкого нёба и задней стенки глотки. Следующим этапом является работа над дифференциацией ротового и носового выдохов. Это подготавливает возможность постановки и автоматизации назальных звуков: губно-губно-го смычного *м* и переднеязычного смычного *н*.

Детей обучают протяжному утрированному произнесению, чтобы ощущалась сильная вибрация на крыльях и основании носа. Таким же образом упражняют гласные перед на зальными звуками (*ам, ом, ум, ан*). При произнесении этих звуков и слогов мягкое нёбо пассивно, логопед контролирует движение губ (при *м*) или языка (при *в*) в силу носового выдоха. После этого назальные звуки закрепляются в словах. Их необходимо произносить усиленно и протяжно, с сильным носовым резонансом. Для коррекции дефекта детям школьного возраста можно вводить тонкую резиновую трубку в носовой ход, другой ее конец — в наружный слуховой канал, чтобы ребенок «слышал носом» и сам контролировал голосовые вибрации при образовании носовых звуков. Заключительным этапом является работа над звучностью гласных звуков и над противопоставлением звуков по признаку назальность-неназальность (*п, б — м; д — в*).

СМЕШАННАЯ РИНОЛАЛИЯ

Некоторые авторы (М. Зеeman, А. Митронович-Моджеевска) выделяют смешанную ринолалию — состояние речи, характеризующееся пониженным носовым резонансом при произнесении носовых звуков и наличием назального тембра (назализованного голоса). Причиной является сочетание непроходимости носа и недостаточность нёбно-глоточного контакта функционального и органического происхождения.

Наиболее типичными являются сочетания укороченного мягкого нёба, подслизистого его расщепления и аденоидных разрастаний, которые в таких случаях служат препятствием для утечки воздуха через носовые ходы во время произнесения оральных звуков.

Состояние речи может ухудшиться после аденотомии, так как возникает нёбно-глоточная недостаточность и проявляются признаки открытой ринолалии. В связи с этим логопеду следует тщательно обследовать строение и функцию мягкого нёба, установить, какая форма ринолалии (открытая или закрытая) сильнее нарушает тембр речи, совместно с врачом обсудить необходимость устранения носовой непроходимости и предупредить родителей о возможности ухудшения тембра голоса. После операции используются приемы коррекции, разработанные применительно к открытой ринолалии.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С РИНОЛАЛИЕЙ

Обследование детей - ринолаликов проводится комплексно логопедом и врачами различных специальностей и преследует ряд общих и частных целей и задач.

Остановимся на задачах логопедического обследования.

Прежде всего, необходимо представить общую картину нарушений речи, выделив основной дефект и вторичные нарушения. Известно, что ринолалия может наблюдаться в чистом виде и выступать в комбинации с другими речевыми расстройствами. В процессе обследования необходимо выяснить первичный дефект и показать его влияние на возникновение других речевых расстройств.

В логопедической работе при ринолалии важно учитывать личностные особенности больных. Обследование ребенка с ринолалией должно выявить особенности его психического развития и подчеркнуть возможности развития личности. Подробное исследование симптоматики нарушения речи и других высших корковых функций обследуемого ребенка позволит правильно диагностировать нарушение и определить потенциальные возможности развития ребенка и пути коррекции его дефекта.

Обследование ребенка начинается с изучения подробного анамнеза (со слов матери). Эти сведения должны отражать семейное положение и состав семьи, уровень развития и род занятий родителей и членов семьи; отношение к ребенку в семье и в среде его товарищей; отношение ребенка к своему дефекту.

В карте фиксируются следующие сведения:

1. возраст родителей;
2. от какой по счету беременности родился ребенок, чем закончились предшествующие беременности (если были дети, выясняем их возраст и уровень развития. Выясняем у матери, были ли недоношенные беременности, преждевременные роды, чем они вызваны);
3. не принимались ли меры для ликвидации этой беременности?
4. течение беременности. Отмечается самочувствие матери с первых дней беременности, особое внимание уделяется первым 2—3 месяцам беременности, когда происходит формирование лица. Расспрашиваем мать, не было ли у нее в это время каких-либо заболеваний, переживаний, нервных потрясений и т. п.;
5. роды, их характер (срочные, недоношенность, причины ее);
6. состояние ребенка при рождении (закричал сразу или после стимуляции);
7. раннее развитие ребенка:
 - брал ли грудь матери? Как вскармливался? До какого возраста получал грудное молоко? С какого времени начали прикармливание? Как развивался физически?
 - когда начал держать головку? (сидеть? стоять? ходить?) (В карте обследования указываются все отклонения в физическом развитии ребенка.);
 - какие заболевания были, у ребенка на первом году жизни? Чем и как болел в последующее время до момента обследования? Выясняем наличие заболеваний органов слуха;

8. развитие речи. Когда у ребенка появился лепет, какова была его активность? Когда и как начали формироваться первые слова? С какого времени пользуется полными словами? Когда появилась фразовая речь? Знает ли ребенок стихи и сказки? Не отмечает ли мать каких-либо трудностей в развитии речи у ребенка и как она их оценивает?
9. психические особенности ребенка. Как ребенок ориентируется в окружающей обстановке? Как выражает свое удовольствие, чем и как выражает отрицательное отношение к тому или иному явлению? Какие игрушки и игры любит ребенок? Его отношение к книгам и картинкам? Чем занимается самостоятельно? В чем требуется конкретная помощь? Усидчив или отвлекаем?
10. Выявляются навыки самообслуживания: может ли себя обслужить (одеться, самостоятельно есть, не поперхивался ли в раннем детстве и как ест в настоящее время);
11. лечение ребенка. Выясняются сроки хирургического вмешательства (оперирование губы, неба), применение медикаментозного лечения и логопедического воздействия во все периоды жизни ребенка; результаты этого воздействия. (Необходимо познакомиться с соответствующей медико-педагогической документацией.)

12. Особенности голоса ребенка. Его характер во время речи (крикливый, хриплый и т. д.).

13. Общий характер деятельности речевого аппарата в процессе речи (особенно при чтении стихотворений). Здесь важно отметить, хорошо ли ребенок открывает рот, выразительна ли его артикуляция во время речи; отмечается активность губ в речевом процессе, активность языка, щек, лобных мышц, наличие синкинезий.

14. Исследование звукопроизношения. Обследование начинается с гласных звуков и проводится в следующем порядке: *а, э, о, ы, у, и, я, е, е, ю, й*.

Фиксируем в карте обследования положение языка при произнесении каждого звука, наличие синкинезий лицевых и мимических мышц и крыльев носа во время артикуляции.

15. Далее обследуется характер артикуляции всех согласных звуков в соответствии с их расположением в таблице 2. При этом сначала отмечается произношение звука в сочетаниях типа *афа, ава* и т. д. (положение согласного между двумя гласными позволяет наблюдать, какие движения выполняет язык, а затем фиксируется произношение изолированных согласных звуков, чтобы лучше проследить, какие мимические и лицевые мышцы принимают участие в реализации заданной артикуляции и насколько активны в это время крылья носа).

16. Исследование развернутой речи: наличие у ребенка развернутой речи и возможность ее использования, осуществление процесса коммуникации

(с помощью отдельных слов или фразовой речи); умение ребенка пользоваться диалогической речью и задавать вопросы.

При характеристике развернутой речи необходимо остановиться на особенностях развития лексико-грамматического строя речи и владения контекстной речью.

Этот раздел обследования важен для характеристики степени общего речевого недоразвития, которое может осложнить ринолалию.

Исследование развернутой речи дополняется изучением качества речи ребенка при чтении (как изменяется речь обследуемого при чтении. Отдельно отмечается техника чтения).

17. Исследование слуха. В случаях жалоб на состояние слуха и при затруднении выявления его состояния собственными средствами логопед должен направить ребенка на специальное исследование (снятие аудиограммы).

18. Исследование состояния психических функций (с участием психоневролога или патопсихолога): внимания, памяти, мышления, эмоционально-волевой сферы.

Результаты обследования постоянно уточняются в процессе работы с ребенком