

Е.П. Васильева

Российская детская клиническая больница, Москва

Особенности речевых нарушений у детей при врожденной расщелине губы и неба

В статье рассмотрены виды нарушений речи, которые диагностируют у детей с врожденной расщелиной губы и неба. Описаны особенности логопедической помощи при каждом речевом нарушении, комплекс приемов, необходимых в коррекционной работе и способствующих нормализации речевой функции. Подчеркнута необходимость координированной работы разных специалистов в связи с усложнением структуры речевого дефекта и наличием у данной группы детей сочетанной патологии.

Ключевые слова: нарушения речи у детей, врожденная расщелина губы и неба.

Контактная информация: Васильева Евгения Петровна, канд. пед. наук.

E-mail: asp-mpgu@yandex.ru.

© Автор, 2011

В процессе реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и/или неба особое значение приобретает качество логопедической помощи, поскольку речевая функция не только оказывает влияние на формирование познавательных процессов, прежде всего мышления, но и способствует социализации ребенка. Однако, несмотря на наличие ряда фундаментальных работ в области коррекции речевых нарушений при расщелине неба [1–4], логотерапия при данной патологии до сих пор не всегда своевременна и квалифицирована.

В последнее время хирургическое вмешательство при врожденной расщелине губы и/или неба выполняют детям в возрасте до 13–15 мес. В связи с тем, что после первого года жизни у ребенка начинается активный период развития речи, раннее

хирургическое лечение позволяет создать необходимые физиологические условия для формирования речевой функции, без которых невозможно ее правильное функционирование. Но не только своевременная пластика неба обеспечивает правильное развитие речи. Чтобы ребенок начал говорить, необходимо с самых первых дней жизни активно с ним разговаривать, озвучивать все происходящее вокруг него. Занятия в раннем возрасте способствуют и развитию речевой памяти, и накоплению словарного запаса, способствуют тому, что ребенок к 2,5 года начинает говорить фразами.

Цель исследования: определить особенности развития речевой функции ребенка с врожденной расщелиной неба и дифференцировать комплекс приемов коррекционного воздействия на речь.

E.P. VASILIEVA

Speech disorders in children with congenital cleft lip and palate

The paper reviews speech disorders diagnosed in children with inborn cleft lip and palate. Specifics of the logopedic help for each kind of speech disorder, and a set of techniques essential for remedial work and conducive to normalizing the speech function are described. The need for integrated efforts of various specialists is stressed due to the increased complexity of speech defect patterns and the presence in this group of children of concomitant pathology.

Key words: speech disorders in children, congenital cleft lip and palate.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В отделении челюстно-лицевой хирургии РДКБ в период с 2004 по 2009 год обследованы 369 детей в возрасте от 4 до 16 лет, рожденных с расщелиной губы и/или неба. В данную группу входили дети, получавшие ранее или на момент исследования логопедическую помощь, а также не занимавшиеся с логопедом.

Обследование речи проходило по общепринятой в логопедии схеме: прежде всего оценивали качество звукопроизношения и состояние фонематического восприятия [5]; оценку голосовых навыков и тембра голоса проводили по собственной методике [6]. Приемы исследования и диагностический материал дифференцировали в зависимости от возраста ребенка.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование показало, что нарушения речи при врожденной расщелине губы и/или неба могут быть представлены разными вариантами.

1. Речевое развитие в пределах возрастной нормы без нарушения звукопроизношения и тембра голоса – 10% (в случае ранней пластики неба). Этой категории детей показаны ежегодные осмотры у логопеда с целью профилактики возможных отклонений в развитии речи.

2. Тяжелое нарушение речи – *ринолалия*: нарушение тембра голоса и звукопроизношения вследствие патологии механизма небо-глоточного смыкания – 40%. При ринолалии отмечают изменение положения языка и его активности; нарушение функции мышц мягкого неба; изменение взаимодействия артикуляционных и мимических мышц; нарушение взаимодействия артикуляционных и дыхательных мышц; тотальное нарушение звукопроизношения; изменение голосовой функции и интонационной выразительности речи. Дети с ринолалией нуждаются в длительном логопедическом обучении.

3. Специфическое изменение тембра голоса – *ринофония*. При этом звукопроизношение может быть без нарушений (13%) или нарушается как при механической дислалии (10%). Одна из причин ринофонии – небо-глоточная недостаточность. В этом случае для определения степени остаточного отверстия между мягким небом и задней стенкой глотки проводят эндоскопическое исследование структур небо-глоточного кольца – трансназальную эндоскопию. По результатам исследования планируют лечение: хирургическое вмешательство с дальнейшей логопедической коррекцией или логопедическое обучение с активной тренировкой мышц мягкого неба.

При необходимости одновременно проводят работу по исправлению звукопроизношения.

4. В случае, когда пластика выполнена в ранние сроки, у ребенка может быть диагностировано нарушение звукопроизношения, обусловленное нарушениями в строении костного и мышечного отделов периферического речевого аппарата – дислалия – 17%. При таком нарушении речи ребенок также нуждается в коррекционном обучении.

Таким образом, можно предположить, что ранняя пластика неба позволяет создать нормальные физиологические условия для развития речи, но для поддержания ее нормального функционирования необходим комплекс специальных упражнений, который обычно начинают выполнять через 1–1,5 мес после операции. Он включает дыхательные упражнения: следует научить ребенка дуть на различные предметы (ватку, бумагу, листья, свечку, в трубочку, на язык и т.д.); упражнения для тренировки мышц мягкого неба – полоскание горла не только водой, но и тяжелыми жидкостями (ряженкой, негустым йогуртом, киселем и др.); артикуляционную гимнастику. Необходимо, чтобы к 4-м годам ребенок мог правильно произносить следующие группы звуков: *а, э, о, и, у, ф, фь, в, вь, п, нь, б, бь, т, ть, д, дь, м, мь, н, нь*, по возможности – *л, ль*.

Работу по развитию речи при ринолалии можно начинать до хирургического лечения, если оно по каким-либо причинам перенесено на поздние сроки. В дооперационном периоде работа должна идти по таким направлениям, как формирование навыков правильного типа дыхания, по мере возможности – направленного ротового выдоха, тренировка мышц артикуляционного аппарата, отработка артикуляционных укладов гласных звуков; следует также начать работу по развитию фонематического восприятия, позволяющего различать звуки, близкие по своим артикуляционным характеристикам.

После операции логопедическая работа продолжается: усиленно тренируют навыки правильного дыхания (вдох – через нос, выдох – через рот); проводят дифференциацию носового и ротового выдоха; формируют направленный и длительный ротовой выдох; продолжают артикуляционную гимнастику, развивают подвижность мышц мягкого неба. В случае поздней пластики неба на дошкольный период приходится постановка большей группы звуков и преодоление назализованного тембра голоса.

Этапы коррекционного обучения определяют индивидуально, исходя из анатомических особенностей и возможностей периферического речевого аппарата, а также уровня развития познавательных процессов (внимания, мышления, памяти и др.) и эмоционально-волевой сферы.

При наличии у ребенка назализованного тембра голоса (ринофонии) необходимо прежде всего определить причину, вызвавшую изменение тембра голоса: наличие дефектов неба и/или альвеолярного отростка или недостаточную подвижность мышц мягкого неба, то есть небо-глоточную недостаточность. Если есть необходимость хирургического вмешательства, то логопедическая помощь начинается спустя 1–1,5 мес после операции. Особое внимание в логопедической работе уделяют развитию подвижности мышц мягкого неба и дыхательным упражнениям, дифференциации носового и ротового выдоха. Период восстановления подвижности мышц мягкого неба длительный – приблизительно от 6 до 8 мес после операции.

Для устранения назализованного тембра голоса важно ориентироваться на собственные ощущения ребенка: он должен «почувствовать» и «понять» особенности вдоха и выдоха во время речи. Необходимо, чтобы ребенок научился слышать свою речь и контролировать ротовой выдох в процессе речевого производства.

При наличии у детей только нарушения звуков – смещения, искажения, замены, пропуска, как при дислалии, логопедическая работа, кроме коррекции звукопроизношения, формирования фонематического восприятия, ставит целью предупреждение появления назализации.

В ряде случаев при резком росте ребенка за небольшой период времени в его речи может появиться назализованный оттенок, обусловленный неравномерным ростом структур небо-глоточного кольца. В этом случае следует вернуться на этап дыхательных упражнений, активизации мышц мягкого неба, контроля ротового выдоха в речи.

Рассмотренные речевые нарушения характеризуют фонетический уровень развития языковых компонентов. Однако недоразвитие речи может иметь системный характер и затрагивать уровень лексики и грамматики. В этом случае в процессе коррекционной работы логопед стремится не только исправить звукопроизношение, но и способствовать развитию общей языковой системы ребенка.

Структура дефекта при врожденной расщелине губы и/или неба в последнее время усложнилась, поэтому актуальны вопросы помощи детям, имеющим такие нарушения, что требует дальнейших разработок.

В настоящее время при решении вопросов реабилитации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области особое внимание специалисты уделяют проблеме сочетанной патологии, которая достаточно распространена среди детей с расщелиной губы и/или неба (до 10%). У детей этой группы ринолалия может сочетаться с задержкой речево-

го/психо-речевого развития, дизартрическим компонентом речи, синдромом гиперактивности и дефицита внимания, а также нарушением эмоционально-волевой сферы. В связи с увеличением количества детей, имеющих сложную структуру дефекта, решение вопросов реабилитации требует скоординированной работы специалистов разного профиля: врачей, логопедов, психологов.

Особая роль в коррекционном процессе отводится родителям, именно они могут создать такую психологическую атмосферу, которая будет благоприятствовать обучению ребенка, способствовать применению им полученных навыков при общении. Необходимо также уделять внимание формированию системы мотивации обучаемого, поскольку низкий ее уровень или отсутствие, которые часто имеют место на практике, затрудняют работу и увеличивают сроки педагогического воздействия.

ВЫВОДЫ

Целенаправленный коррекционный процесс при врожденной патологии включает воздействие не только на речевую функцию, но и на познавательную, личностную сферы ребенка, что всесторонне способствует преодолению имеющихся у него нарушений.

Литература

1. *Ипполитова А.Г.* Открытая ринолалия (Под ред. О.Н. Усановой). – М.: Просвещение, 1983.
2. *Ермакова И.И.* Коррекция речи и голоса у детей и подростков. – М.: Просвещение, 1996.
3. *Вансовская Л.И.* Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах неба. – СПб., 2000.
4. *Соболева Е.А.* Ринолалия. – М.: АСТ: Астрель, 2006.
5. *Филличева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В.* Основы логопедии. – М.: Просвещение, 1989.
6. *Васильева Е.П.* Развитие голоса и интонационной выразительности речи детей с врожденной расщелиной губы и неба / Автореф. дисс. ...канд. пед. наук: 13.00.03. – М., 2006.