

Консультация для родителей *«Говорим о ринолалии.»*

Ринолалия (от греч. rhinos - нос, lalia - речь) - нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

Ринолалия по своим проявлениям отличается от дислалии наличием измененного назализованного (от лат. пазиз - нос) тембра голоса. При ринолалии артикуляция звуков, фонация существенно отличаются от нормы. При нормальной фонации во время произнесения всех звуков речи, кроме носовых, у человека происходит отделение носоглоточной и носовой полости от глоточной и ротовой. Эти полости разделяются нёбно-глоточным смыканием, вызываемым сокращением мышц мягкого нёба, боковых и задних стенок глотки. Одновременно с движением мягкого нёба при фонации происходит утолщение задней стенки глотки (валик Пассавана), которое способствует контакту задней поверхности мягкого нёба с задней стенкой глотки.

Во время речи мягкое нёбо непрерывно опускается и поднимается на разную высоту в зависимости от произносимых звуков и темпа речи. Сила нёбно-

глоточного смыкания зависит от произносимых звуков. Она меньше для гласных, чем для согласных. Самое слабое нёбно-глоточное смыкание наблюдается при согласном "в", самое сильное - при "с", обычно в 6-7 раз сильнее, чем при "а". При нормальном произнесении назальных звуков м, м', н, н' воздушная струя свободно проникает в пространство носового резонатора.

В зависимости от характера нарушения функции нёбно-глоточного смыкания выделяются различные формы ринолалии.

Формы ринолалии и особенности звукопроизношения

Открытая ринолалия

При открытой форме ринолалии ротовые звуки приобретают назальность. Наиболее заметно изменяется тембр гласных "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.

Значительно нарушается тембр при произнесении согласных. При произнесении шипящих и фрикативных 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.

Воздушная струя в ротовой полости настолько слабая, что недостаточна для колебания кончика языка, необходимых для образования звука "р".

Диагностика

Для определения открытой ринолалии существуют разные методы функционального исследования. Самый простой - так называемая проба Гутцмана. Ребенка заставляют попеременно повторять гласные "а" и "и", при этом то зажимают, то открывают носовые ходы. При открытой форме наблюдается значительная разница в звучании этих гласных. С зажатым носом звуки, особенно "и", заглушаются и одновременно пальцы логопеда

чувствуют сильную вибрацию на крыльях носа.

Можно использовать фонендоскоп. Обследующий вводит одну "оливу" себе в ухо, другую в нос ребенка. При произнесении гласных, особенно "у" и "и", слышится сильный гул.

Функциональная открытая ринолалия обусловлена разными причинами. Объясняется она недостаточным подъемом мягкого нёба при фонации у детей с вялой артикуляцией.

Одна из функциональных форм - "привычная" открытая ринолалия. Она наблюдается часто после удаления аденоидных разрастаний или, реже, в результате постдифтерий пареза, из-за длительного ограничения подвижного мягкого нёба.

Функциональное обследование при открытой форме не выявляет каких-либо изменений твердого или мягкого нёба. Признаком функциональной открытой ринолалии служит более выраженное нарушение произношения гласных звуков. При согласных же нёбно-глоточное смыкание хорошее.

Прогноз при функциональной открытой ринолалии обычно благоприятный. Она исчезает после фониатрических упражнений, а нарушения звукопроизношения устраняются обычными методами, применяемыми при дислалии.

Органическая открытая ринолалия может быть приобретенной или врожденной. Приобретенная открытая ринолалия образуется при перфорации твердого и мягкого нёба, при Рубцовых изменениях парезах и параличах мягкого нёба. Причиной могут быть повреждения языкоглоточного и блуждающего нервов, ранения, давление опухоли и др.

Наиболее частой причиной врожденной открытой ринолалии является врожденное расщепление мягкого или твердого нёба, укорочение мягкого нёба.

Ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами губы и нёба, представляет собой серьезную проблему для различных отраслей медицины и логопедии. Она является предметом внимания хирургов-стоматологов,

ортодонтот, детских отолорингологов, психоневрологов и логопедов.

Расщелины примыкают к наиболее частым и тяжелым порокам развития.

Частота рождения детей с расщелинами различна среди разных народов, в разных странах и даже в разных областях каждой страны. А. А. Лимберг

(1964), обобщая сведения из литера, отмечает, что на 600-1000

новорожденных рождается один ребенок с расщелиной губы и нёба. В

настоящее время частота рождаемости в разных странах детей с врожденной патологией лица и челюстей колеблется от 1 на 500 новорожденных до 1 на 2500 с тенденцией к увеличению за последние 15 лет.

Расщелина лица - это пороки сложной этиологии, т.е. мультифакторные пороки. В их возникновении играют роль генетические и внешние факторы или их совместное действие в раннем периоде развития эмбриона.

Различают:

1. биологические факторы (грипп, паротит, коревая краснуха, токсоплазмоз и др.);
2. химические факторы (ядохимикаты, кислоты и др.); эндокринные заболевания матери, психические травмы и профессиональные вред;
3. имеются сведения о влиянии алкоголя и курения.

Критическим периодом для несращения верхней губы и нёба является 7-8-я недели эмбриогенеза.

Наличие врожденной расщелины губы или нёба является общим признаком для многих нозологических форм наследственных заболеваний.

Генетический анализ показывает, что семейный характер расщелин губы и нёба достаточно редок. Однако большое значение имеет медико-генетическое консультирование семей в целях диагностики и профилактики.

В настоящее время выделены у родителей микропризнаки расщелены губы и нёба: борозда на небе или язычке мягкого нёба, расщелина язычка нёба, несимметричный кончик носа, несимметричное расположение оснований крыльев носа (Н. И. Каспарова, 1981).

У детей с врожденными расщелинами имеются серьезные функциональные

расстройства (сосания, глотания, внешнего дыхания и др.), которые снижают сопротивляемость к различным заболеваниям. Они нуждаются в систематическом врачебном наблюдении и лечении. По состоянию психического развития дети с расщелинами, составляют весьма разнородную группу: дети с нормальным, психическим развитием; с задержкой умственного развития; с олигофренией (разной степени). У некоторых детей имеют отдельные неврологические микропризнаки: нистагм, легкая асимметрия глазных щелей, носогубных складок, повышение сухожильных и перистальных рефлексов. В этих случаях ринолалия осложняется ранним поражением центральной нервной системы. Значительно чаще у детей наблюдаются функциональные нарушения нервной системы, выраженные психогенные реакции на свой дефект, повышенная возбудимость и др.

Характерным для детей с ринолалией является изменение оральной чувствительности в ротовой полости. Значительные отклонения в стереогнозе у детей с расщелинами в сравнении с нормой отмечены М. Эдвардс. Причина заключается в дисфункции сенсомоторных проводящих путей, обусловлены неполноценными условиями вскармливания в грудном возрасте. Патологические особенности строения и деятельности речевого аппарата обуславливают многообразные отклонения в развитии не только звуковой стороны речи, в разной степени страдают различные структурные компоненты речи.