

Тема: Ринологія

Слайд №1

Ринологія — порушення тембру голосу та звуковимови, обумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату. При ринології механізм артикуляції, фонації та голосоутворення має вагомий відхилення від норми та обумовлений порушенням участі носового та ротоглоткового резонаторів. За нормальної фонації у людини під час вимови всіх звуків мовлення, крім носових, відбувається розмежування носоглоткової та носової порожнини від глоткової й ротової. Ці порожнини розділяються змиканням піднебіння з глоткою (піднебінно-глоткове змикання), яке здійснюється скороченням м'язів м'якого піднебіння та бокової і задньої стінок глотки.

Слайд №2 Форми ринології

Залежно від характеру порушення функції піднебінно-глоткового змикання виділяють різні форми ринології: відкриту і закриту.

Відкрита ринологія буває функціональною і органічною

При відкритій формі ринології ротові звуки набувають назальності (носовий відтінок). Провідним є зміна тембра голосу – відкрита назалізація – неприємний носовий резонанс, який надає до того ж, глухе звучання всього мовлення.

Для нормальної фонації характерна наявність затвору між ротовою і носовою порожнинами, коли голосова вібрація проникає тільки через ротову порожнину. Якщо розмежування між ротовою та носовою порожнинами неповне, звук, який вібрує, проникає і в носову порожнину. У результаті порушення перепони між ротовою та носовою порожнинами збільшується голосовий резонанс. При цьому змінюється тембр звуків, особливо голосних. Крім тембру голосних звуків за відкритої ринології порушується тембр деяких приголосних. Голос стає монотонним, слабким.

Більш за все змінюється проголошення голосних звуків – і, у, при артикуляції яких ротова порожнина більше всього звужена. Найменший назальний

відтінок має голосний а, бо при його проголошенні ротова порожнина широко розкрита.

Порушення тембра відмічається і при проголошенні приголосних: шиплячі і фрикативні супроводжуються хрипкими звуками, які виникають в ротовій порожнині. Проривні п,б,д,т,к і г звучать неясно так як у ротовій порожнині не утворюється необхідний повітряний тиск в наслідок неповного перекриття носової порожнини. Ринофонічно звучать л і р. Повітряний струмінь у ротовій порожнині настільки слабкий, що не достатній для коливання кінчика язика, необхідного для утворення звука р.

Слайд № Функціональна відкрита ринолалія обумовлена різноманітними причинами. Часто спостерігається після видалення аденоїдів, рідше – після постдидітерійного парезу. При функціональній відкритій ринолалії підйом м'якого піднебіння недостатній при фонації у дитини зі слабкою артикуляцією. У дитини більше порушено проголошення голосних звуків, а при проголошенні приголосних змикання піднебіння і глотки добре. Цей вид ринолалії зникає в результаті комплексу спеціальних вправ, а порушення звукопроголошення виправляються загальноприйнятими методиками, які використовують при усуненні дислалії.

Слайд №

Органічна ринолалія буває набутою і вродженою. Набута форма виникає при паралічах м'якого піднебіння, при рубцових змінах, парезах і паралічах м'якого піднебіння; ушкодженнях блукаючого або язикоглоточного нерва, пораненнях, тиск пухлини, рубцевих змінах м'якого піднебіння ; частіше за все – вроджене розщеплення м'якого і твердого піднебіння, вкорочення м'якого піднебіння. У виникненні ущелини обличчя грають роль генетичні, зовнішні, біологічні грип, паротит, корева краснуха, токсоплазмоз тощо), хімічні фактори (ядохімікати, кислота тощо); ендокринні захворювання матері, психічні травми і професійні шкідливості; вплив алкоголю та куріння.

Наявність вродженої ущелини губи або піднебіння є загальною ознакою для багатьох нозологічних форм спадкових захворювань.

Найбільш суттєвими проявами дефектності фонетичного оформлення усного мовлення є порушення всіх оральних звуків за рахунок підключення носового резонатора та зміни аеродинамічних умов фонації. Звуки стають назальними,

тобто змінюється характерний тон приголосних. Виявляються багато інших дефектів. Мовлення дитини з ринолалією в цілому мало зрозуміла.

Особливості проголошення дітей з ринолалією приводять до перекручування і не сформованості фонематичної системи мови. Звукові образи неповноцінні і є перепорою до оволодіння правильним письмом. Дисграфічні помилки таких дітей різноманітні. Читання віддзеркалює не сформованість усного мовлення.

Причиною вродженої ринолалії є вроджене розщеплення м'якого або твердого піднебіння. Вроджені розщелини верхньої губи бувають повними і неповними (без деформації кожно-хрящового відділу носу, з його деформацією). Дітям з вродженими розщелинами піднебіння проводяться хірургічні операції, їм потрібна консультація ортодонтів, стоматологів і інших спеціалістів.

Слайд №

Закрита ринолалія утвориться при зниженому фізіологічному носовому резонансі під час проголошення звуків мовлення. Найбільш сильний резонанс у носових м, м', н, н'. При нормальному проголошенні носоглоточний затвор залишається відкритим і повітря проникає прямо в носову порожнину. Якщо для назальних звуків носовий резонанс відсутній, вони звучать як б, б', д, д'. У мовленні зникає протиставлення звуків за ознакою назальний-неназальний, що впливає на його розбірливість. Змінюється також звучання голосних звуків, бо заглушаються окремі тони у носоглоточній та носових порожнинах. При цьому голосні звуки набувають у мовленні неприродній відтінок.

Слайд №

Причина закритої ринолалії – частіше органічні зміни в носовій порожнині або функціональні розлади піднібно-глоточного змикання. Органічні зміни викликаються хворобливими явищами, в результаті яких утруднюється носове дихання. За органічної закритої ринолалії насамперед усувають причини непрохідності носової порожнини. Як тільки з'являється правильне носове дихання, зникає і дефект.

М. Зеєман розрізняє два види закритої ринолалії (ринофонії): передню закриту – при непрохідності носової порожнини та задню закриту – при зменшенні носоглоточної порожнини. Функціональна закрита ринолалія спостерігається у дітей часто, але не завжди правильно розпізнається. Вона виникає при гарній прохідності носової порожнини і непорушеному носовому диханні. Хоча тембр назальних і голосних звуків при цьому може бути порушено сильніше, ніж при органічних формах. При органічній ринолалії необхідно усунути причини непрохідності носової порожнини. Як тільки настає правильне носове дихання, зникає дефект.

Слайд №

Деякі автори (М. Зеєман, А. Митринович-Моджеєвська) виділяють змішану ринолалію – стан мовлення, який характеризується зниженим носовим резонансом при проголошенні носових звуків і наявністю назального тембру (назалізованого голосу). Причиною є непрохідність носа і недостатність піднебінно-глоточного контакту функціонального і органічного походження.

При ринолалії страждає не тільки звукопроголошення, а й інші сторони мовлення. Усне мовлення характеризується бідністю, як правило страждає лепетне мовлення, а мовленнєвий апарат не готується для відтворення мовлення. Дитина з ринолалією пізніше починає говорити. Найбільше порушується фонетична сторона мовлення. Дитина компенсує відсутні рухи артикуляційного апарата іншими рухами (високий підйом язика, напруження м'язів, зрушення кореня язика в бік). Всі ротові звуки набувають носовий відтінок. Носовим звукам супроводжується храп, свист, шипіння тощо. Мовлення таких дітей стає незрозумілою. Корекційна робота передбачає ранні профілактичні та комплексні заходи, які можуть послабити розвиток дефекту і сприяти якнайшвидшій соціальної реабілітації дитини з вродженими аномаліями піднебіння.

Особливості усного мовлення передбачають порушення в писемному мовленні. Дітям шкільного віку доцільно відвідувати спеціальні мовленнєві школи.

Слайд № Ринолалія, обумовлена уродженням незрощенням губи та піднебіння, є серйозною проблемою для логопедії цілої низки наук медичного циклу (хірургічної стоматології, отоларингології, медичної генетики та ін.).

Слайд № Операцію з відновлення верхньої губи (хейлопластика) рекомендують у перший рік життя дитини. Операцію з відновлення піднебіння (уранопластика) найчастіше роблять у дошкільному віці.

Слайд № Обстеження звуковимови дітей з ринолалією повинно передбачати два аспекти:

1) артикуляційний — припускає з'ясування особливостей утворення звуків мовлення та функціонування органів артикуляції у процесі вимовляння;

2) фонологічний — має на меті з'ясувати, як дитина розрізняє систему мовленнєвих звуків у різних фонетичних умовах.

Детальне обстеження будови артикуляційного апарату і його моторики має важливе значення для планування корекційних вправ. Під час обстеження потрібно оцінити ступінь і якість порушень рухливих функцій органів артикуляції і виявити рівень доступних рухів.

Слайд № У першу чергу потрібно охарактеризувати особливості будови артикуляційного апарату і дефекти анатомічного характеру:

губи: щілини верхньої губи, післяопераційні рубці, скорочена верхня губа;

зуби: неправильний прикус і посадка зубів;

язик: великий, вузький, скороченість під'язикової зв'язки;

тверде піднебіння: вузьке, готичне, щілина твердого піднебіння — субмукозна щілина;

м'яке піднебіння: коротке, щілина, роздвоєний маленький язичок або його відсутність;

деформації зубо-щелепної області: неправильне положення зубів, ураження їх карієсом, прогенія, прогнатія, відкритий чи боковий прикус тощо.

Слайд № Обстеження дихання. Під час обстеження виявляємо зміни дихання: користується змішаним носо-ротовим диханням, за якого подовженість видиху різко скорочується. Дихання прискорене, життєвий обсяг легень знижений, відстає в розвитку грудна клітина. Глибоко страждає фонаційне дихання у зв'язку з ключичним типом дихання. Фонаційне дихання прискорене й поверхневе.

Слайд № Обстеження голосу. Голос глухий, здавлений, слабкий, виснажений, тихий, приглушений, бідний модуляціями, з вираженим

носовим відтінком. Акустичні зміни в спектрі голосу заважають його дзвінкості, знижують розбірливість мовлення. Глотковий рефлекс: збережений; підвищений; знижений.

У будові артикуляційного апарату логопед також відмічає наявність деформацій: відвисання одного куточка рота, відхилення в один бік язика, звисання однієї половини м'якого піднебіння та ін.

Слайд № 1 Методика корекційної роботи при відкритій ринолалії.

Формування фонетично правильного мовлення у дітей з ринолалією направлено на вирішення декількох взаємопов'язаних завдань:

1) нормалізація ротового видиху, вироблення тривалого ротового струменя під час вимови всіх звуків мовлення, крім носових;

2) вироблення правильної артикуляції всіх звуків мовлення;

3) усунення назального відтінку голосу;

4) виховання навичок диференціації звуків з метою попередження дефектів звукового аналізу;

5) нормалізація просодичної сторони мовлення;

6) автоматизація набутих навичок у вільному мовленнєвому спілкуванні.

Перший етап — етап передмовленнєвих вправ — включає такі види робіт:

1) дихальні вправи;

2) артикуляційна гімнастика;

3) артикуляція ізольованих звуків чи квазиартикуляція;

4) складові вправи.

На цьому етапі переважно формують моторні навички на підґрунті безумовно-рефлекторних рухів.

Другий етап — етап диференціації звуків, тобто виховання фонематичних уявлень на підґрунті кінестетичних образів мовленнєвих звуків.

Третій етап — етап інтеграції, тобто навчання позиційних змін звуків у зв'язному висловлюванні.

Четвертий етап — етап автоматизації, тобто перетворення правильної вимови в нормативну, звичайну настільки, що вона не вимагає спеціального контролю.

Література:

1. Алмазова Е. С. Методика логопедической работы по устранению ринофонии. — М., 1975.
2. Бернадский Ю. И., Полесья Г. В., Макареня В. В. Медицинская реабилитация детей с несращенными нёба. — К. : Здоров'я, 1978.
3. Ипполитова А. Г. Очерки по патологии речи и голоса. Открытая ринолалия. — М., 1983.
4. Конопляста С.Ю. Ринолалія від А до Я: Монографія. — К.: Книга- плюс, 2015 - 312 с.
- 4 Логвинова Л. Л. Лекции по логопедии. Ринолалия. — Славянск, 1997.

5. Нарушения речи и голоса у детей / под ред. С. С. Ляпидевского, С. Н. Шаховской. — М. : Просвещение, 1975.
6. Логвинова Л. Л. Лекции по логопедии. Ринолалия. — Славянск, 1997.
7. Ходорковська В. А. Методика логопедического обучения детей до и после ураностафилопластика. — М. : Медицина, 1969.