Государственное казённое учреждение

«Тверской областной центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»

Выполнила учитель-логопед ЦПМПК Солодкова Н.Н.

Логопедическая диагностика нёбно-глоточной недостаточности при ринолалии и дизартрии

В течение логопедической практики, при диагностике детей всё чаще приходится сталкиваться с проблемой назализованности речи (гнусавости). Гнусавость является симптомом как ринолалии (вследствие врождённой расщелины нёба), так и дизартрии, характеризующейся наличием неврологической симптоматики.

Гиперназализация речи – следствие той или иной формы нёбно-глоточной недостаточности. К сожалению, приходится констатировать, что диагностика нарушений резонанса, к которым относится гиперназализация, вызывает у специалистов-логопедов большие затруднения. Это в свою очередь приводит к тому, что зачастую не применяется адекватная речевая терапия, так как без определения причины нарушения невозможно найти действенные методы его коррекции. Ребёнок постепенно привыкает к носовому оттенку своего голоса и перестаёт замечать его, что также крайне затрудняет коррекционные и реабилитационные мероприятия. Для многих детей с большим «стажем» гнусавости, ранее многократно обращавшимся в различные учреждения здравоохранения и образования, наиболее благоприятное время проведения речевой терапии оказывается упущенным вследствие некорректно проведённой диагностики.

Небно-глоточная недостаточность (НГН) характеризуется неспособностью мягкого нёба и связанных с ним мышц осуществлять полноценное смыкание с задней стенкой глотки и отделять носовую полость от ротовой, что необходимо для производства ротовых согласных звуков. Причиной нёбно-глоточной недостаточности может быть структурная недостаточность нёбно-глоточных компонентов, а именно наличие врождённой расщелины нёба, глубокая глотка или укорочение мягкого нёба. Кроме того, нёбно-глоточная недостаточность может быть следствием неврологических расстройств или дизартрии, при этом нёбно-глоточная дисфункция связана с парезами или параличами нёбной занавески. Одна из распространённых форм небно-глоточной недостаточности связана с состоянием после аденотомии, при котором в связи с удалением аденоидных разрастаний увеличивается объём глоточного резонатора и объём движений нёбной занавески оказывается недостаточным для полноценного смыкания нёба и глотки.

Встречается и так называемая функциональная нёбно-глоточная недостаточность, представляющая собой комбинацию индивидуальных патологических артикуляций (обычно фрикативных звуков и аффрикат, которые произносятся на носовом выдохе, то есть гиперназализованно). При этой форме небно-глоточной недостаточности мягкое нёбо неврологически и анатомически способно к смыканию, однако для этого требуется специальная речевая терапия.

Симптомами нёбно-глоточной недостаточности являются:

- гиперназализованность речи, то есть усиление носового резонанса ротовых звуков, обусловленное дисфункцией нёбно-глоточного механизма (следует уточнить, что гиперназализация является нарушением именно резонанса, а не голоса, так как причина голосовых нарушений коренится в дисфункции гортани, а гиперназализация связана с дисфункцией нёбно-глоточного механизма и резонаторного отдела);

- эмиссия воздуха в нос при произнесении ротовых звуков, требующих высокого внутриротового давления (назальная эмиссия может быть озвученной – во время фонации слышится характерный призвук, так называемое «фырканье», или может быть беззвучной);

- ослабление артикуляции вследствие недостаточного внутриротового давления;

- специфические компенсаторные артикуляции: попытки говорящего произнести ротовые звуки, несмотря на недостаточное внутриротовое давление, обусловленное нёбно-глоточной недостаточность, глоточные смычки и фрикативы, носовые фрикативы;

- компенсаторные гримасы – движения мимической мускулатуры лица, при помощи которых говорящий старается уменьшить утечку воздуха в нос при фонации;

- перемещение артикуляционной зоны к области глотки и гортани.

Для определения назализованности речи разработаны специальные тесты, применяемые в ходе логопедического обследования ребёнка. Так как назализованность напрямую связана с адекватным закрытием нёбно-глоточного механизма – полноценным нёбно-глоточным смыканием (НГС), - следует определить качество смыкания. Ребёнка просят надуть щёки, затем закрывают его ноздри и просят удерживать воздух за щеками, а затем открывают ноздри. Если после открытия ноздрей воздух не утекает через нос, можно считать, что нёбно-глоточный клапан закрыт. Эту процедуру необходимо проделать несколько раз и зафиксировать результат.

Далее применяются следующие тесты:

1. **Тест на гиперназализованность**

– Произнести слова: *бот, боты, быт, быть, букет, борт, бита, бить, берет, бейте.*

-Произнести фразу: *Были у бабы бобы*.

Маленьким детям можно предложить повторить гласные: *и-у-и-у-и-у-и-у-и-у-и-у.*

Все тестовые задания произносятся вначале с закрытым, затем со свободным носом.

2. Тест на наличие назальной эмиссии

- Произнести слова: *пепел, папа, попей, попал, путы, бобы, Бобик, Буба, би-би, баю-бай.*

- Произнести фразу: *У попа папа поп.*

Маленьким детям можно предложить повторить 10 раз слог «пи»: *пи*-пи-*пи-пи-пи-пи-пи-пи-пи-пи.*

При проведении теста к ноздрям ребёнка подносят зеркало, степень эмиссии (утечки воздуха) определяется по площади запотевания зеркала. Можно использовать бумажный пропеллер, помещая его поочерёдно перед ноздрями и губами, фиксируя воздушные потоки изо рта и из носа.

Для того, чтобы определить возможное влияние нёбно-глоточной недостаточности на качество артикуляции звуков, а именно является ли внутриротовое давление достаточным для полноценного произнесения звуков, тесты проводятся с закрытым и открытым носом. Это позволяет наметить приоритеты речевой терапии.

Для оценки состояния и функций нёбно-глоточного кольца, а также определения структуры специальных упражнений крайне полезным является применение эндоскопического исследования, в ходе которого можно визуально наблюдать нёбно-глоточное смыкание и характер его дефекта, а также судить о скоординированности движений мягкого нёба с началом фонации. Эта процедура информативна для логопеда прежде всего тем, что помогает представить перспективы стимуляции нёбно-глоточного смыкания и преодоления НГН, если степень последней позволяет сделать это. В противном случае ребёнок должен быть

направлен к челюстно-лицевому хирургу с целью решения вопроса о речеулучшающей операции – пластике нёба и глотки.

При эндоскопическом исследовании **ребёнку предлагается выполнить несколько проб:**

-проглотить слюну;

- подуть ртом;

-посвистеть;

- произнести звуки**: А, С** (при их произнесении наблюдается максимальный подъём мягкого нёба); **И** (при его произнесении наблюдается наибольшее напряжение мягкого нёба и активность стенок глотки); **П** (при этом выясняется потенциальная возможность создания во рту достаточного давления, стимулирующего смыкание нёба и глотки).

Произносятся также слоги с данными звуками, слова и специальные фразы. **В тестовом материале не должно содержаться носовых звуков.**

Эндоскопическое исследование позволяет также определить тип смыкания: клапанный (за счёт активного рывка мягкого нёба к задней стенке глотки); сфинктерный (за счёт движений боковых стенок глотки) и смешанный.

Определение дефекта смыкания (зазора между компонентами нёбно-глоточного кольца), является крайне важным, так как на основании полученных данных логопед может определить возможность коррекции НГН, длительность этого процесса и его последовательность, а также разработать конкретные способы активизации определённых компонентов смыкания.

Следует только помнить, что для правильной речи сбалансированности резонанса имеет значение не столько движение мягкого нёба, сколько его тремолирование, представляющее собой чрезвычайно быстрые колебания нёбной занавески.

Поскольку нёбно-глоточной недостаточности служит также перемещение артикуляционной зоны к области глотки и гортани и как

следствие этого возникновение специфических компенсаторных артикуляций (прежде всего глоточных смычек и гортанных фрикативов), необходимо отметить характер компенсаторных артикуляций и степень их выраженности, а также компенсаторные гримасы, что может свидетельствовать о степени НГН и артикуляционной недостаточности. Это также говорит о том, что у ребёнка снижена артикуляционная функция ротовой полости в целом.

Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод о необходимости проведения тщательной клинико-педагогической диагностики нёбно-глоточной недостаточности, позволяющей определить как характеристики речевого расстройства, связанного с дисфункцией нёбно-глоточного смыкания, так и перспективы речевой терапии, направленной на устранение или нивелирование нёбно-глоточной недостаточности и преодоления назализованности речи. Проведение правильной и своевременной клинико-педагогической диагностики НГН и связанной с ней гиперназализации речи является необходимым условием эффективности речевой терапии.

г.Тверь, 2026г.