**Особенности речевого дефекта у детей с ринолалией.**

В логопедической практике редко встречаются дети с ринолалией. Хотелось бы рассказать об особенностях речевого дефекта у детей этой категории. Ринолалия — это не заболевание, а симптом, который возникает при врождённых аномалиях развития и патологиях носа и глотки. Она может быть следствием, как безобидного разрастания глоточной миндалины, так и поражения центральной нервной системы. Характерными признаками ринолалии являются гнусавый тембр голоса и невнятную речь.

Механизм появления ринолалии связан с работой нёбно-глоточного клапана, объединяющего дыхательные и пищеварительные пути. Этот аппарат представлен мышцами мягкого нёба и стенками глотки, которые управляют и глотанием, и формированием речи. При глотании мягкое нёбо поднимается и прижимается к задней стенке глотки. Чтобы пищевой комок мог устремиться вниз к пищеводу, носоглотка отделяется от ротовой полости. Такой же механизм используется и при речи.

Формы ринолалии:

* органическая;
* функциональная.

Обе формы могут быть открытыми и закрытыми.

Нарушения речи могут стать причиной трудностей при общении и социальной адаптации, но называть это осложнениями некорректно. Также нельзя сказать, что ринолалия приводит к задержке психического развития. И то, и другое — симптомы поражения центральной нервной системы, а не осложнения друг друга.

При нормальной фонации во время произношения всех звуков происходит отделение носоглоточной и носовой полости от глоточной и ротовой. Полости разделяются небно-глоточным смыканием, которое вызывается сокращением мышц мягкого нёба, а также задних и боковых стенок глотки. Также происходит утолщение задней стенки глотки, что способствует контакту задней поверхности мягкого нёба с задней стенкой глотки. При ринолалии механизм фонации, артикуляции и голосообразования обладает существенными отклонениями от нормы. В зависимости от характера и степени нарушения выделяют определенные формы этого дефекта.

Появление детей с ринолалией обусловлено несколькими провоцирующими факторами, поэтому нельзя назвать какую-то одну причину возникновения этого речевого дефекта. Возможные факторы появления:

* Внутриутробные инфекции. Особенно опасны: грипп, сифилис, токсоплазмоз, хламидиоз, а также другие инфекции, которые передаются половым путем.
* Контакт с вредными химическими веществами.
* Воздействие лекарственных препаратов (цитостатики, барбитураты, различные гормоны, психотропные и другие вещества).
* Употребление алкоголя и курение во время беременности. Доказано, что вероятность рождения детей с расщелиной верхней губы и нёба у курящей матери больше на 25%, чем у некурящей.
* Множественные аборты.
* Пожилой возраст родителей. Риск повышается, если родителям больше 40 лет.

Наследственные факторы также относятся к одним из причин возникновения ринолалии. В частности, при наличии этого речевого дефекта хотя бы у одного из родителей, риск его возникновения у ребенка составляет от 2 до 5%. Риск появления ринолалии возрастает в разы, если данное нарушение было сразу у обоих родителей.

Особое внимание в процессе логопедического обследования детей с ринолалией уделяется оценке строения и подвижности органов артикуляционного аппарата, нарушений голоса.

Один из способ диагностики открытой ринолалии - проба Гуцмана . Этот метод предполагает поочередное открытие и закрытие носовых ходов с произношение [А] и [И]. При зажатых ноздрях звуки заглушаются, а специалист ощупывает пальцами сильную вибрацию крыльев носа. Помимо этого, оценивается произношение согласных и гласных, состояние лексики, грамматики, просодическая стороны речи,. У детей школьного возраста оценивается состояние чтения и письма. На основании всех исследований составляется дальнейший план коррекции.

Специфика логопедического воздействия при данном речевом нарушении, как правило, основывается на организации чистого звучания, а также работе с ребенком для его успешной социализации.

[Артикуляционная гимнастика](https://logopedprofiportal.ru/blog/759409) проводится с целью активизации и восстановления правильной работы всех органов артикуляционного аппарата. Из образования звуков важно исключить компенсаторные механизмы. Особое место отводится [дыхательной гимнастике](https://logopedprofiportal.ru/blog/825447), необходимой для получения длительного ротового выдоха под контролем брюшного пресса и движений диафрагмы.

Коррекционную работу можно условно разделить на 2 этапа – до и после операции.

Логопедическая работа:

* массаж на границе твердого и мягкого нёба (пассивный и активный);
* массаж твердого нёба по краям расщелины;
* гимнастика задней стенки глотки и мягкого нёба;
* развитие нижнедиафрагмального дыхания (физиологического и речевого);
* дифференциация носового и ротового дыхания;
* мимическая гимнастика;
* развитие артикуляционной моторики;
* работа над голосом, интонацией.

После проведения операция наступает восстановительный период. К занятиям можно приступать на 20 день.

Должна проводится следующая коррекционная работа:

* Продольный массаж, разглаживание рубца.
* Ребенок должен носить спецпластинку, которая регулирует рост твердого нёба и верхней челюсти.
* Гимнастика и массаж задней стенки глотки и мягкого нёба.
* Занятия с физической нагрузкой.
* Проведение артикуляционных упражнений для изучаемого звука.
* Постановка нижнедиафрагмального дыхания.
* Формирование речевого дыхания с помощью придыхания.
* Дифференциация ротового и носового дыхания.
* Массаж, развитие мимики.

После операции должны заново прорабатываться те звуки, которые ставились до операции. Объясняется это тем, что артикуляционные условия изменились, поэтому ребенку нужно к ним привыкнуть. Ведется комплексная работа над постановкой звуков с их дальнейшей автоматизацией в слогах, словах, предложениях, стихах, связной речи. Голосовые упражнения продолжаются в виде: пение песен, чтение стихов, вокальная гимнастика, использование игровых занятий, направленных на развитие высоты голоса – все это помогает изменить назальную окраску голоса.