

# Коррекция речевых нарушений у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба

О. Б. Шарова, Ад. А. Мамедов

Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии

Число детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРГН) не только не уменьшается, но в некоторых регионах России имеет тенденцию к увеличению. Реабилитация таких детей — длительный и трудоемкий процесс, который начинается с рождения ребенка и заканчивается в зрелом возрасте. К занятиям с детьми с ВРГН привлекаются как специалисты различного профиля, так и вся семья ребенка.

Основная цель ранней диагностики и лечения — обеспечение эмоционального, физического и интеллектуального совершенствования ребенка, имеющего анатомическую неполноценность, развитие его потенциальных возможностей в обучении.

В Центр в течение года обращается свыше 100 пациентов с ВРГН. Под наблюдением в период с 1990 по 2000 г. было 948 пациентов с речевыми нарушениями. У этих детей имеются анатомо-физиологические нарушения в периферическом отделе речевого аппарата, которые проявляются в дисфункции дыхания, глотания, речи, голоса, изменениях неврогенного характера. Устранение данных нарушений является задачей многих специалистов: микропедиатра, педиатра, ортодонта, хирурга,

оториноларинголога, логопеда, фониатра, педагога, психолога, социального работника.

**Комплексная программа клинического обследования и реабилитации пациентов с ринолалией.** При реализации комплексной программы реабилитации мы использовали системный подход. Все медико-психолого-педагогические мероприятия выполнялись согласованно всеми подразделениями и службами Центра. Сущность мероприятий заключалась в комплексном воздействии на специальные и общие механизмы регуляции функций речевоспроизводящих структур.

Комплексный подход в реабилитации пациентов с ринолалией определил необходимый объем обследований, включающих участие специалистов различного профиля (**схема 1**).

Составление индивидуальной программы обследования и лечения производится согласованно всеми вышеуказанными специалистами.

1. Осмотр **педиатра** заключается в обследовании и оценке соматического здоровья пациента. При необходимости проводят его коррекцию с целью подготовки к плановой операции.

2. **Ортодонт** выявляет нарушения состояния зубочелюстной системы пациента и, в случае необходимости, проводит ортодонтическое лечение.

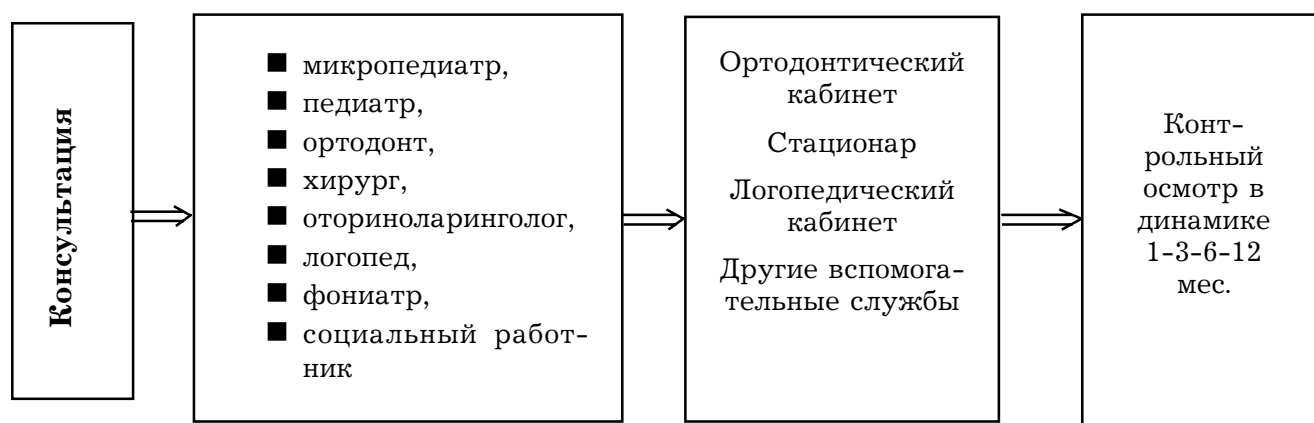


Схема. 1. Алгоритм комплексной реабилитации пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба в условиях специализированного Центра.

3. Первичное обследование **логопедом** позволяет определить ведущий дефект на данном этапе и в ближайшие периоды развития ребенка, а также оценить тяжесть нарушения звукопроизношения, степень назальности речи. Вырабатывается также тактика логопедического обучения (дооперационная подготовка пациента и ведение послеоперационного периода, с точки зрения логопеда). Разработана карта первичного логопедического обследования пациентов с ВРГН.

4. В совместной работе **оториноларинголога** и **хирурга** используются традиционные методы осмотра: определяются хронические очаги инфекции; выявляются изменения архитектоники носоглотки, т.е. наличие патологии резонаторных зон (изменения объема и формы носоглотки за счет аденоидных вегетаций, гипертрофии носовых раковин, небных миндалин); оценивается состояние слуха (акуметрия, тональная пороговая и надпороговая аудиометрия). При выявлении нарушений слуха, вследствие часто повторяющихся заболеваний среднего уха — экссудативного среднего отита, детям проводят одно- или двустороннюю тимпаностомию.

5. Наиболее информативным методом оценки функционального состояния структур НГК служит трансназальная **эндоскопия** с использованием гибкой волоконной оптики. Достоинство метода заключается в возможности получения информации непосредственно со структур, отвечающих за речевоспроизводство. Эндоскопическое обследование проводится ЛОР-врачом совместно с логопедом и хирургом.

6. Задача **хирурга** — организация детального клинично-лабораторного обследования пациента различными специалистами, планирование многоэтапного оперативного лечения.

Таким образом, система комплексного подхода позволяет на высоком профессиональном уровне, с вовлечением в процесс реабилитации специалистов различного профиля, провести медико-психолого-педагогическую и социальную реабилитацию пациентов с нарушением речи.

В Центре до 1996 г. детям с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба первым этапом производили хейло- и велоластику. Больным с двусторонней врожденной расщелиной верхней губы и неба на первом этапе выполняли хейлоластику с одной стороны, а на втором — хейлоластику с другой стороны и велоластику. В дальнейшем детям в возрасте до 4,5 лет производили устранение врожденной расщелины неба в пределах твердого неба.

В связи с появлением новых технологий объем первичных вмешательств увеличился.

Сначала (в возрасте 4—6 мес) одновременно производят первичную хейлориниопериостопластику, а затем (в возрасте до 3 лет) — уранопластику. Раннее оперативное лечение обеспечивает восстановление целостной анатомии и создает условия для своевременного развития речи в нормальных физиологических условиях.

Пациентам с ВРГН первичную уранопластику производят в течение первых 2—3 лет жизни, когда предпосылки речи еще только формируются и начинается ее поступательное развитие. Сроки оперативных вмешательств варьируют и зависят от соматического здоровья ребенка.

Рассматривая возрастной аспект в лечении детей с ВРГН, нельзя не учитывать наличия сопутствующей патологии (дизартрии, задержки речевого и психомоторного развития, аутизма, заикания, интеллектуальной дефицитарности), нередко сопровождающей ринолалию. Она осложняет коррекционную работу и удлиняет сроки ее проведения.

Достаточно часто, но не всегда, ринолалия сопровождается задержкой речевого и психомоторного развития, что проявляется в ослаблении вокализации, обеднении лепета, позднем возникновении первых слов и фразовой речи. Это совершенно естественно, так как нарушается обратная связь — анатомический дефект речевого аппарата не позволяет речевым органам послать правильный, не искаженный импульс в мозг и возбудить точный обратный ответ. Задержка речевого развития сопутствует ринолалии и является следствием имеющегося анатомического дефекта. Поэтому при коррекции ринолалии необходимо работать не только над исправлением дефектного звукопроизношения и устранением назальности речи, но и над накоплением активного и пассивного словаря, формированием фразовой речи, преодолением имеющихся аграмматизмов.

**Дизартрия** относится к сенсомоторному уровню речевых расстройств и проявляется в дефектности произношения, что делает речь невнятной и смазанной (Винарская, Пулатов, 1989).

Со стороны черепно-мозговых нервов в процесс вовлекается вся каудальная группа (IX, X, XI, XII пара черепно-мозговых нервов) с одной или с двух сторон (Михеев, 1966). Проявления поражения подъязычного нерва (XII пара) разнообразны: ограничение подвижности языка, затруднение подъема языка, боковых движений, вялость и пассивность кончика языка, усиленная саливация, повышенный тонус спинки и корня языка, неустойчивость артикуляционных поз, беспокойство языка, хаотичность движений, повышенная мышечная утомляемость.

Также отмечаются недостаточная экскурсия мягкого неба, вялость, паретичность небной занавески, что свидетельствует об одностороннем поражении языкоглоточного (IX) и блуждающего (X) нервов. Все эти нарушения носят стойкий характер и с трудом поддаются коррекции. Дизартрия у наших пациентов значительно утяжеляет коррекционную работу. Требуется больше времени на проведение массажа языка (расслабляющего или активизирующего), на отработку артикуляционных укладов и активизацию небно-глоточного смыкания.

Случаи аутизма и заикания носили единичный и, вероятнее всего, не связанный с анатомическим дефектом характер. За 10 лет наблюдений выявлено 2 случая аутизма.

**Интеллектуальная дефицитарность** определялась у детей в основном из неблагополучных семей и детей-сирот, воспитываемых в домах ребенка и детских домах.

Положительный результат коррекционной работы находится в прямой зависимости от возраста, в котором оперируется ребенок. Однако наличие сопутствующей патологии у ребенка осложняет речевой дефект и увеличивает сроки коррекционного обучения.

Возрастные границы, в которых проводится коррекционная работа, также влияют на успех реабилитации. Возраст 2—3 года является наиболее эффективным, так как это период активного освоения языковых нормативов и формирования лексико-грамматических категорий языка, в это время патологический стереотип речи еще не устоялся окончательно. Результативность работы в большой степени зависит от сохранности компенсаторных возможностей ребенка, его интеллекта и положительного настроя на занятия.

По результатам коррекционного обучения мы разделили пациентов на четыре группы.

1. Пациенты, прооперированные одномоментно до 2—2,5 лет, имели хороший анатомический результат. Мягкое небо у детей этой группы приближалось по длине к норме, язык — по средней линии, в движениях не ограничен, глоточный рефлекс сохранен. Курс логотерапии складывался из "растормаживания" небной занавески, массажа, дыхательной и артикуляционной гимнастики, постановки отсутствующих звуков. Коррекционное обучение имело хорошую динамику.

2. Пациенты, прооперированные поэтапно до 3 лет, также имели удовлетворительные анатомические результаты. Сопутствующая патология (задержка речевого развития, стертая форма дизартрии) была выражена неярко. У детей данной группы мягкое небо было укорочено, тугоподвижно, отмечались гипер-

тонус корневой части языка, дистония мышц языка, укороченная подъязычная связка, сниженный глоточный рефлекс, оральная апраксия. По данным отоларинголога-аудиолога, большая группа детей имела снижение слуха. Логотерапия начиналась с работы по развитию слухового восприятия и фонематического слуха. Пристальное внимание уделялось развитию дифференцированного ротоносового дыхания, фонационного выдоха, развитию артикуляционного праксиса и упрочиванию новых кинестезий.

3. Пациенты, прооперированные после 3—4 лет, имели неудовлетворительный анатомический результат. У них определялись различных размеров дефекты в области переднего и среднего отделов твердого неба, мелкое преддверие полости рта, деформации, частичная адентия зубного ряда верхней челюсти. Сопутствующие патологические изменения (задержка речевого развития, дизартрия, невротические реакции) были выражены в средне-тяжелой степени. Имела место явная неврологическая симптоматика. У таких детей была резко снижена чувствительность оральной мускулатуры, отмечались мышечная дистония, паретичность кончика языка, дискоординация дыхания. Сроки коррекционного обучения приходилось увеличивать вследствие неоднократных хирургических вмешательств.

4. Пациенты с синдромом Пьера Робена. Большинство детей данной группы с рождения находились на зондовом питании, в дальнейшем — на искусственном вскармливании. Таким образом, у них быстро угасал сосательный рефлекс и стабилизировалась патологическая позиция языка. Позже такие дети имели трудности в жевании и глотании, что снижало возможности нормального развития и разборчивость речи. У детей данной группы обнаруживались затрудненное открывание рта, маленький по объему язык, патологическое крепление подъязычной связки, фиксированное глоточное положение языка в полости рта, паретичность и сниженная чувствительность кончика языка.

В коррекционном обучении еще большую трудность вызывает выработка правильного положения языка в полости рта, формирование артикуляционных поз, развитие фонационного дыхания. Восстановительный период затягивается на годы.

Таким образом, в работе со всеми группами необходимо уделять пристальное внимание формированию правильного положения языка с помощью массажа, артикуляционной гимнастики, воспитания новых кинестезий. В настоящее время при ранней реабилитации приоритетными становятся занятия по развитию слухового внимания и фонемати-

ческого слуха, что приводит к улучшению слуховой памяти и развитию звукобуквенного анализа. Упроченность полученных навыков зависит от систематичности проводимого коррекционного обучения.

Коррекционное обучение проводится как в **дооперационном, так и в послеоперационном периоде**. Бытующее до сих пор мнение о том, что начинать занятия можно только после операции, неверно. Важность дооперационной помощи заключается в том, чтобы не допустить образования патологических привычек и создать базу для развития правильной речи, подготовить небо и структуры ротоглотки ребенка к операции, с последующим продолжением обучения у логопеда.

**Дооперационная** логопедическая работа — это большая психологическая помощь ребенку и родителям, настрой на положительный результат в ходе совместных усилий логопеда, хирурга, ребенка и его родителей. Оптимальные сроки проведения дооперационной логопедической работы составляют 2—3 нед с амбулаторным посещением 2 раза в неделю. При ежедневной работе в стационаре сроки работы снижаются. Должно быть проведено не менее 8—10 занятий в дооперационном периоде. Эта работа включает в себя:

- 1) развитие подвижности структур небно-глоточного кольца;
- 2) обучение ребенка нижне-диафрагмальному типу дыхания, развитие фонационного выдоха;
- 3) активную гимнастику для губ и щек, развитие мимической и жевательной мускулатуры;
- 4) нормализацию положения языка в полости рта.

В дооперационный период необходимо начать работу по воспитанию фонематического слуха, так как у детей с ринолалией он имеет ряд особенностей. В восприятии речи участвуют и речедвигательный, и слуховой анализаторы. Наличие врожденной расщелины тормозит различение звуков на слух. Дети обычно смешивают близкие акустические группы звуков и не воспринимают свою дефектную речь как неправильную.

Поэтому, исправляя речь таких детей, приходится решать две задачи: учить различать звуки речи окружающих и дифференцированно воспринимать собственное произношение этих же звуков. Чем раньше начата работа по развитию фонематического слуха, чувства ритма, тем выше результативность речевой работы. В дооперационный период не рекомендуется привлекать внимание ребенка к явлению утечки воздуха в нос, а добиваться точных движений языка и губ. С детьми раннего возраста заниматься лучше не перед зеркалом, а глядя друг на друга, чтобы ребенок "счи-

тывал" артикулемы взрослого. У детей, занимавшихся до операции, сохраняются ранее выработанные навыки, и сроки восстановления речевой функции в послеоперационном периоде сокращаются.

В **послеоперационный период** основное внимание уделяется "растормаживанию" небной занавески; хороший эффект дает режимное похлопывание горла и пальцевый массаж неба.

**В помощь специалистам, работающим с детьми, имеющими ВРГН.** Разнообразные приемы регулируют дыхание, отрабатывают длительность выдоха; ребенок приучается к сознательным речевым движениям, вырабатывается правильное положение органов артикуляции (губ, языка) во время речи. Проводить занятие следует в игровой форме, не утомляя ребенка, по 5—10 мин одновременно.

**Упражнения для развития фонационного дыхания. Отработка диафрагмально-реберного дыхания.** Для контроля за дыханием хорошо положить на живот ребенка какую-нибудь игрушку. Делать упражнения следует лежа на спине без подушки, под счет:

- 1—2 — вдох (надуваем живот, как шарик);
- 3—4—5 — выдох;
- 6—7 — пауза.

Повторять 3 — 4 раза в день по 10 дыхательных упражнений.

#### **Дыхательные упражнения.**

1. Вдох через нос, выдох через нос.
2. Вдох через нос, выдох через рот.
3. Вдох через рот, выдох через нос.
4. Вдох через рот, выдох через рот (при этом рот широко открыт).
5. Вдох через рот, выдох через рот (губы трубочкой, струя воздуха холодная).
6. Вдох и выдох — через левую половину носа (правую ноздрю зажать пальцем), вдох и выдох — через правую половину носа (чередовать).
7. Вдох через одну половину носа, выдох — через другую (попеременно).
8. Вдох через нос, выдох через нос толчками (диафрагмальный).

Каждое упражнение выполняется по 4 раза.

#### **Упражнения для активизации губ и щек.**

1. Зубы сомкнуть, губы растянуть в улыбке (хорошо прорисованы носогубные складки).
2. Зубы сомкнуть, губы вытянуть в трубочку (носогубные складки сглажены).
3. "Поцелуй" — "взрыв" губами.
4. Игра с соской — ребенок должен удерживать соску губами, а мать в это время пытаться ее отнять.
5. Удерживать губами мелкие предметы; чем мельче и круглее предмет, тем плотнее сжимаются губы. Необходимо следить за тем, чтобы губы не вытягивались "хоботком".

6. Надувать и сдувать щеки. Перекачивать воздух из одной щеки в другую.

7. Нижними зубами закусить верхнюю губу, а затем верхними зубами — нижнюю губу.

8. Облизывать верхнюю и нижнюю губы.

9. Открыть и закрыть рот, язык спокойно лежит на дне полости рта. Оптимальное раскрытие рта — на два пальца ребенка, указательный и средний, поставленных на ребро и введенных между зубными рядами.

10. Рекомендуется сосать конфеты — типа "Чупа-чупс" и леденцы на палочке.

#### **Массаж языка.**

1. Расслабление языка: поглаживать язык вдоль и поперек деревянным шпателем, слегка похлопывать по языку.

2. Укрепление языка: использовать приемы поглаживания (легкие движения), разминания (более сильные движения), ритмичного надавливания. Движения от середины языка до его кончика. Выполнять движения пальцами через марлевую салфетку.

3. Укрепление кончика языка: захватить кончик языка марлевой салфеткой, разминать и надавливать на язык от середины к краям, пощипывать края языка.

Все упражнения выполнять по 5—8 раз.

**Упражнения для развития мелких движений рук.** Практики и теоретики логопедии доказали, что связь рука-рот необходима в работе логопеда. Точные движения рук являются важным стимулом в процессе формирования и освоения речи. Для развития мелкой моторики рекомендуется давать детям игрушки, способствующие формированию навыков различения предметов по форме, цвету, величине: кубики-вкладыши, пирамидки, матрешки, сборные игрушки (типа «киндер-сюрпризов»), мозаики, конструкторы.

#### **Игры для пальцев рук.**

1. "Колечки" — попеременно касаться большого пальца всеми другими пальцами.

2. "Бросать колечки" — производить движение рукой вперед: "бросок кольца".

3. "Пальчики здороваются" — нажимать подушечками пальцев друг на друга (получается как бы самомассаж). Обучающий произносит: "здравствуй, большой", "здравствуй, указательный" и т. д.

4. "Цепочка" — сделать кольцо указательным и большим пальцами левой руки и зацепить его пальцами правой руки, затем поочередно касаться большого пальца правой руки другими пальцами через кольцо левой руки. (Усложнение — менять пальцы обеих рук одновременно.)

Таким образом, разработанная в Центре комплексная программа реабилитации пациентов с ВРГН включает составление индивидуальных программ, которая позволяет проводить раннюю речевую реабилитацию, что, в свою очередь, приводит к ранней медико-психолого-педагогической адаптации таких детей.

#### **Литература**

Винарская Е. Н., Пулатов А. М. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. — Ташкент, Медицина Уз ССР, 1989. — 217 с.

Дмитриев Л. Б., Темеляева Л. М., Танталова С. Л., Ермакова И. И. Фониатрия и фонолезия. — М.: Медицина, 1990.

Ермакова И. И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков при ранней реабилитации. — М.: Просвещение, 1996. — 142 с.

Мухеев В. В. Нервные болезни. — М.: Медицина, 1966. — 437 с.