

Н. В. Обухова
Ю. С. Рогожина
Екатеринбург, Россия

N. V. Obukhova
Yu. S. Rogozhina
Ekaterinburg, Russia

ЭТАПЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИМИ ВРОЖДЕННУЮ РАСЩЕЛИНУ ГУБЫ И НЕБА

STAGES OF LOGOPEDIC REHABILITATION OF INFANTS WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE

Аннотация. В статье представлены этапы логопедической работы с детьми раннего возраста с врожденной расщелиной губы и неба, освещены приемы работы логопеда, раскрыты особенности применения логопедического воздействия в соответствии с этапами хирургического вмешательства. Врожденная расщелина губы и неба у детей среди всех врожденных пороков развития занимает 2—3 место по распространенности. Современные медицинские технологии, внедренные в государственном автономном учреждении здравоохранения Свердловской области «Многопрофильный клинический медицинский центр „Бонум“» г. Екатеринбург, направлены на раннюю коррекцию основного порока у детей с врожденной расщелиной губы и неба — восстановление целостности артикуляционного аппарата. Хирургическое вмешательство осуществляется в период доречевого развития. В это время ребенку и его родителям требуется педагогическая и психологическая помощь. Традиционные методики педагогической коррекции А. Г. Ипполитовой, И. И. Ермаковой, Л. И. Вансовской и других специалистов для детей с врожденной расщелиной губы

Abstract. The article deals with the stages of logopedic work with infants with congenital cleft lip and palate, describes logopedic techniques and specificity of logopedic intervention in accordance with the stages of surgical treatment. The congenital cleft lip and palate in infants has the second or third highest incidence among all congenital developmental disorders. The modern medical technologies implemented in the state autonomous institution of healthcare of Sverdlovsk Region “Multi-profile Clinical Medical Center *Bonum*” in Ekaterinburg are aimed at early surgery of the primary defect in children with congenital cleft lip and palate — restoration of the structure of the speech apparatus. Surgery is performed in the period of pre-speech development. The child and its parents need pedagogical and psychological support at this time. The traditional methods of pedagogical rehabilitation by A. G. Ippolitova, I. I. Ermakova, L. I. Vansovskaya and other specialists are not suitable for children with congenital cleft lip and palate at an early age. Rehabilitation of children with congenital cleft lip and palate has a complex character. Logopedic intervention takes the leading position in this process. Clear and articulate speech of

и неба не рассчитаны на ранний возраст. Реабилитация детей с врожденной расщелиной губы и неба носит комплексный характер. Логопедическая коррекция занимает ведущее место в реабилитационном процессе. Четкая, внятная речь детей является показателем качества всего процесса реабилитации. Направления логопедического воздействия определены в середине XX века: активизация мышц мягкого неба, выработка правильного положения языка в ротовой полости, формирование дифференцированного ротового и носового дыхания, коррекция голоса и звукопроизношения. Учитывая многоэтапность хирургического вмешательства, задачи логопедической работы, указанные А. Г. Ипполитовой, в дооперационном и послеоперационном периодах обучения должны быть конкретизированы.

Ключевые слова: ринолалия; дошкольная логопедия; ранний возраст; младшие дошкольники; дети с нарушениями речи; нарушения речи; профилактическая работа, логопедическая работа; дети с врожденной расщелиной губы и неба; врожденная расщелина губы и неба; этапы логопедической работы; хирургическое вмешательство; челюстно-лицевая патология.

Сведения об авторе: Обухова Нина Владимировна, кандидат педагогических наук.

Место работы: кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза, Уральский государственный педагогический университет.

Контактная информация: 620017, Россия, г. Екатеринбург, пр-т Космонавтов, 26, к. 125.

E-mail: loq@uspu.ru.

the children is an indicator of the quality of the whole rehabilitation process. The main areas of logopedic intervention were defined in the mid 20th century: activation of the muscles of the soft palate, practicing the correct position of the tongue in the mouth cavity, formation of differentiated oral and nasal breathing, and correction of the voice and sound articulation. In view of the multistage nature of the surgery, the tasks of logopedic intervention during pre-operative and post-operative periods formulated by A. G. Ippolitova should be further specified.

Keywords: rhinolalia; preschool logopedics; early age; junior preschoolers; children with speech disorders; speech disorders; prevention; logopedic work; children with congenital cleft lip and palate; congenital cleft lip and palate; stages of logopedic work; surgical treatment; maxillofacial pathology.

About the author: Obukhova Nina Vladimirovna, Candidate of Pedagogy.

Place of employment: Department of Logopedics and Clinic of Dysontogenesis, Ural State Pedagogical University.

Россия, г. Екатеринбург, пр-т Космонавтов, 26, к. 125.

Сведения об авторе: Рогожина Юлия Сергеевна, врач высшей категории, челюстно-лицевой хирург.

Место работы: государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Многопрофильный клинический медицинский центр „Бонум“».

Контактная информация: 6201149, Россия, г. Екатеринбург, ул. Академика Бардина, 9а.

E-mail: bonum@bonum.info.

Реабилитация детей с врожденной расщелиной губы и неба традиционно руководствуется принципом комплексности медико-психолого-педагогического воздействия [2; 7; 8]. Проведение пластики неба (уранопластики) детям с врожденной расщелиной неба в доречевой период (до 12—18 месяцев), когда вербальная речь еще отсутствует, принципиально изменило подход к проведению логопедической работы. Восстановленная в доречевой период анатомия губы и неба позволяет сформировать артикуляционную базу для звуков раннего онтогенеза и избежать патологического речевого стереотипа, характерного для детей с ринолалией [1; 2; 3; 6; 10]. Логопедическая работа направлена не на коррекцию речевого нарушения, а на его профилактику (предупреждение). Данный факт подтверждается рядом исследований; так, А. С. Балакирева, Е. П. Васильева [1; 4] утверждают, что ранняя пластика неба позволяет создать нормаль-

© Обухова Н. В., Рогожина Ю. С., 2019

About the author: Rogozhina Yuliya Sergeevna, Highest Category Physician, Maxillofacial Surgeon.

Place of employment: Multi-profile Clinical Medical Center “Bonum”.

ные физиологические условия для развития речи, но для поддержания нормального функционирования артикуляционного аппарата необходим комплекс специальных упражнений. Успех ранних пластик губы и неба привел к тому, что специалисты говорили о расщелине губы и неба как о временном анатомическом дефекте. Однако клиническая практика диспансерного наблюдения детей в государственном автономном учреждении здравоохранения Свердловской области «Многопрофильный клинический медицинский центр „Бонум“» подтверждает, что дети с врожденной расщелиной губы и неба требуют длительного наблюдения и своевременной коррекции.

В 2018 г. под наблюдением логопеда находилось 95 детей г. Екатеринбурга и Свердловской области с врожденной расщелиной губы и неба, из них 3-летнего возраста — 54, 6-летнего возраста — 41 человек.

Среди детей 3-летнего возраста 5 (9 %) были с расщелиной губы, 24 (46 %) — с расщелиной неба, 19 (34 %) — с расщелиной губы и неба, 6 (11%) — с двусторонней расщелиной губы и неба. Речь 43 детей (80 %) оценивалась как отличная и хорошая: владели разборчивой фразовой речью без назального оттенка голоса. У 9 детей (16 %) речь была удовлетворительной: использовали для коммуникации отдельные слова, голос имел назальность, заметную для окружающих. У 2 детей (4 %) оценка речи была неудовлетворительной, имелась выраженная задержка сенсомоторного и речевого развития, сопутствующее нарушение ДЦП.

Среди детей 6-летнего возраста 3 (7 %) были с расщелиной губы, 22 (54 %) — с расщелиной неба, 14 (34 %) — с расщелиной губы и неба, 2 (5 %) — с двусторонней расщелиной губы и неба. Из 43 детей (78 %) как отличная оценивалась речь 12 (28 %) детей, как хорошая — 23 (50 %): допускалось нарушение произношения не более 2 звуков и легкая назальность, заметная лишь специалистам. У 3 детей (7 %) речь была удовлетворительной: сохранялись нарушения нескольких групп звуков, в голосе имелась назальность, заметная окружающим. У 4 детей (15 %) оценка речи была неудовлетворительной, речь детей была неразборчи-

вой или с выраженной назальностью в голосе; имелась сопутствующая соматоневрологическая и генетическая патология.

Для получения оптимального результата лечения с рождения и до 16—18 лет проводится многоэтапное лечение и реабилитация с участием большого количества специалистов. На каждом этапе базовые реабилитационные мероприятия меняются, меняются и задачи логопедической работы.

1 этап. От момента выявления врожденной расщелины губы и неба до рождения ребенка (пренатальная диагностика)

В широкой клинической практике пренатальная УЗИ-диагностика челюстно-лицевых расщелин возможна в 12—16 нед., средние сроки диагностики составляют 22,5 нед. — II триместр беременности. Точность пренатальной диагностики даже в специализированных центрах составляет 55,5 %, при скрининговых исследованиях точность не превышает 17,2 %, при двукратном и трехкратном обследовании — 30,6 %. Наиболее трудными для диагностики являются изолированные дефекты мягких тканей губы или расщелины неба [16].

На этом этапе работают специалисты — врач УЗИ-диагностики, генетик, педиатр, психолог, логопед.

Цель данного этапа — комплексное обследование плода.

Своевременное и качественное обследование дает родителям больше времени на принятие окончательного решения о дальнейшей судьбе беременности.

Задачи логопеда: снятие психологического стресса будущих родителей; разъяснение родителям жизненных перспектив развития детей с врожденной расщелиной губы и неба, информирование об особенностях развития речи.

2 этап. Первые часы и дни жизни ребенка с врожденной расщелиной губы и неба

Сразу же после рождения ребенка с расщелиной специалист роддома передает информацию в специализированный центр. Центр организует выезд бригады специалистов в соответствующий роддом. В состав бригады входят врач-ортодонт, челюстно-лицевой хирург, педиатр, социальный работник, логопед или психолог [14].

Цель этапа — поддержание жизненно важных функций и поиск оптимального способа кормления ребенка.

Задачи логопеда: объяснение родителям особенностей развития речи и ухода за ребенком (особенностей кормления, подбора соски), гигиена ротовой полости.

При неполных расщелинах губы и неба у некоторых детей

сохраняется возможность питания грудью, в этом случае положение ребенка должно быть не горизонтальное под грудью, а вертикальное: ребенок вдоль живота матери «свисает вниз», мама поддерживает его, обхватив двумя руками грудную клетку или одной рукой придерживает спинку и голову, второй ножки и ягодицы.

При полных и сквозных расщелинах неба ребенок переводится на искусственное вскармливание через соску. Соска подбирается индивидуально, чаще всего подходят длинные и мягкие соски по типу поильника Хабермана фирмы Медела. Поильник помогает родителям дозировать поступление смеси в ротовую полость ребенка через нажим внешней резиновой части. Ребенок только глотает полученную смесь. Альтернативным решением является бутылочка с приставкой в виде соски.

В самых тяжелых случаях (синдром П. Робена или наличие сопутствующей неврологической симптоматики) используется зондовое вскармливание. Зондовое вскармливание не должно быть длительным, чтобы не угас сосательный рефлекс.

Наши наблюдения показывают, что более 70 % детей с врожденной расщелиной губы и неба способны к 1,5 мес. адаптироваться к искусственному вскарм-

ливанию: выход смеси через носовые ходы сокращается и даже отсутствует при условии неврологической сохранности ребенка.

Уход за ротовой полостью ребенка включает в себя обязательное орошение ротовой полости чайной ложкой воды после каждого приема пищи. Нарушение гигиены полости рта фиксируется по наличию гнилостного запаха из ротовой полости. В этой ситуации воду следует заменить отваром ромашки.

Уход за ребенком должен учитывать специфику нарушения, в частности, возможные частые заболевания лор-органов. Родителям рекомендуется следить за чистотой воздуха в помещении, где находится ребенок, ограничить прогулки в холодное время года (не ниже -10°C), во время прогулки обязательно закрывать пеленкой рот и нос ребенка. В случае обнаружения слизи в носовых ходах или ротовой полости удалить ее аспиратором и сразу обратиться к отоларингологу.

3 этап. Раннее ортодонтическое лечение и подготовка к хейлоринопластике

Продолжительность этапа зависит от вида и тяжести расщелины и общего соматического состояния больного. Он может продолжаться до 3—6 месяцев, а при наличии тяжелых сопутствующих пороков здоровья — до 12—18 месяцев.

Координатором всей работы является врач-ортодонт. Еще в роддоме ортодонт снимает слепки верхней челюсти ребенка и изготавливает ортодонтический аппарат. В течение 2—3 дней ребенок адаптируется к аппарату, а затем пользуется им круглые сутки, вынимая лишь для проведения гигиенического ухода за ротовой полостью и обработки аппарата (исключение составляют аппараты с несъемной техникой). В процессе роста и развития ребенка аппарат корригируется [5].

Цель этапа — перестройка и стимуляция роста фрагментов верхнечелюстной кости, сокращение диастаза в области альвеолярного отростка и формирование единой анатомической дуги верхней челюсти. Дополнительно решаются такие задачи, как разобщение полости рта и носа, нормализация процесса вскармливания.

Задачи логопеда: дооперационный массаж верхней губы, артикуляционные игры, рекомендации по развитию и воспитанию ребенка.

Дооперационный массаж верхней губы

Дооперационный массаж верхней губы проводится с целью улучшения продвижения венозной крови, лимфы и межтканевой жидкости в массируемой области. Противопоказания к проведению массажа: острые воспалительные

заболевания (общие и местные), обострение сопутствующей патологии, новообразования верхней губы.

Выполняются следующие движения.

1. Поглаживание носогубных складок от крыльев носа к уголкам рта.

2. Легкие постукивания подушечками пальцев по губам и круговой мышце рта.

3. Поглаживание центрального фрагмента при двусторонней расщелине губы от середины к краям.

4. Поглаживание фрагментов при односторонней расщелине от уголка рта к середине и вниз.

5. Поглаживание фрагментов губы движениями, обводящими крыло носа и идущими вниз, с легким нажимом.

6. Кругообразное поглаживание с легким нажимом от основания носа вниз.

7. Натягивать фрагменты губы, как бы соединяя их между собой. Допустимо соединение внахлест, когда один фрагмент находится под другим, и наоборот. Для этого указательный палец одной руки ставят на больший фрагмент, а меньший фрагмент захватывают указательным и большим пальцем второй руки, делают легкое натяжение.

8. Натягивание центрального фрагмента при двусторонней расщелине вниз. Для этого указательным пальцем одной руки

удерживают кончик носа, а указательным пальцем второй руки подтягивают фрагмент вниз.

9. Разминание краев фрагмента верхней губы. Для этого захватывают край губы указательным и большим пальцем и выполняют круговые движения.

10. Заканчивают массаж легкими поглаживаниями и постукиваниями по фрагментам губы.

Длительность массажа 2—3 минуты за сеанс, количество сеансов в течение дня увеличивают до 2—3, постепенно общее время массажа доводят до 15—20 минут в день. Логопед показывает приемы выполнения массажа родителям. Массаж выполняется в домашних условиях мамой.

Артикуляционные игры — это пассивно-активные упражнения для развития артикуляционного аппарата, выполняемые в процессе непосредственного эмоционально-личностного общения. К таким играм относят игры с латексной соской, с силиконовой ложкой. Этими предметами взрослый выполняет массажные движения по круговой мышце рта, вызывая активные движения фрагментов губы. Дополнительно используются щипковые захваты пальцами фрагментов губы с вытягиванием вперед — «уточка», щипковый захват фрагментов губы с круговым вращением.

Массажные движения и артикуляционные игры не должны

травмировать мягкие ткани верхней губы, они вызывают у ребенка приятные ощущения и легкое покраснение кожи, что свидетельствует об активном кровообращении.

За 2—3 недели до оперативного вмешательства массаж и артикуляционные игры прекращаются.

Рекомендации родителям по развитию ребенка даются в соответствии с его нервно-психическим состоянием. Это могут быть рекомендации по развитию тактильного, зрительного, слухового восприятия, стимуляции общей и мелкой моторики, организации режимных моментов и другие.

4 этап. Хейлоринопластика

Хейлоринопластика относится к сложным пластическим операциям, при данном виде процедуры стоит задача не только восстановления анатомической формы верхней губы и неба, но и нормализации функций дыхания, питания и речи. Тяжесть анатомических и функциональных нарушений напрямую связана с видом расщелины верхней губы. При выполнении хейлопластики для восстановления утраченных функций невозможно ограничиться созданием верной анатомической формы верхней губы. Необходимо осуществить одномоментную миоластику круговой мышцы рта, устранить пато-

логическую тягу мышц приротовой области и создать достаточной глубины преддверие рта [11].

Цель этапа — создать полноценную во всех отношениях губу и форму носа при первичной операции.

Координатором всей работы является челюстно-лицевой хирург. Длительность этапа составляет 2—3 недели. В этот период ребенок находится в стационаре: первые два дня после оперативного лечения — в реанимационной палате, затем в общей. В первую неделю в операционной ране почти всегда возникают болевые ощущения, отечность, изменение тактильной чувствительности.

Задачи логопеда: восстановление тактильной чувствительности верхней губы, рекомендации родителям по кормлению ребенка, наблюдение за поведенческой активностью ребенка.

Для *восстановления тактильной чувствительности* на 4—5 сутки после пластики рекомендуются легкие прикосновения пальцем, ватно-марлевым тампоном к участкам кожи вблизи операционной раны. Прикосновения выполняются очень аккуратно, чтобы не травмировать рану. По мере заживления, примерно через 10—15 суток после операции площадь прикосновений можно увеличить, но к раневой поверхности не прикасаться. В качестве шовного материала при пластике

губы хирурги используют нити — кетгут, которые по мере заживления раны рассасываются примерно с 18 до 60 дня.

При кормлении ребенка в первые 5 суток используются жидкие смеси, подаваемые через поильник Хабермана. Логопед учит маму прикладывать поильник к губе так, чтобы раневая поверхность не травмировалась. Воду дают с силиконовой чайной ложки, постепенно побуждая ребенка вытягивать губы вперед.

Наблюдение за поведенческими реакциями включает в себя оценку зрительных, слуховых, моторных функций, а также общей активности: сонливости, пассивности, времени бодрствования и его продуктивности.

В ранний послеоперационный период с целью предупреждения гипертрофических и келоидных рубцов назначается курс лекарственного электрофореза [14].

5 этап. Послеоперационное наблюдение за формированием рубца на верхней губе, подготовка к проведению уранопластики

После выписки из стационара, через месяц после хейлоринопластики, проводится первичная оценка результатов оперативного лечения.

Цель этапа — определить мероприятия по предотвращению грубого рубцевания верхней губы

и подготовить ребенка к уранопластике.

Координатором работы выступает челюстно-лицевой хирург. Огромную роль в получении оптимального эстетического результата после хирургического вмешательства играет физиотерапевтическое воздействие. В этот период назначается дополнительно 2 курса физиотерапевтического лечения — аппаратная и медикаментозная рассасывающая терапия. Для удержания формы носа, перегородки и крыла в правильном положении, предотвращения сужения носовых ходов, сохранения носового дыхания ребенок пользуется индивидуальными вкладышами в носовые ходы. Коррекцию вкладыша проводят с учетом роста ребенка — 1 раз в 3 месяца. Длительность ношения вкладыша определяется с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента, но составляет не менее 6 месяцев [5].

Задачи логопеда: развитие подвижности верхней губы, подготовка фрагментов неба к оперативному вмешательству, формирование предпосылок для выработки ротового выдоха, развитие подражательной деятельности.

Приемы развития подвижности верхней губы: послеоперационный массаж, пассивные и пассивно-активные артикуляционные упражнения, дооперационный массаж неба.

Послеоперационный массаж верхней губы

Цель — сгладить послеоперационные рубцовые деформации, развить подвижность верхней губы.

Послеоперационный массаж губы включает в себя поглаживающие, растирающие и разминающие движения. Постепенно интенсивность движений, сила нажима увеличиваются.

Выполняются следующие движения:

1. Поглаживание носогубных складок от крыльев носа к углам рта.

2. Легкие постукивания подушечками пальцев по верхней губе и круговой мышце рта.

3. Поглаживание верхней губы от носа к красной кайме.

4. Поглаживание подушечкой указательного пальца по рубцу на верхней губе.

5. Поглаживание верхней губы с обводом крыла носа и движение вниз, с легким нажимом.

6. Кругообразное растирание с легким нажимом подушечкой указательного пальца от основания носа вниз.

7. Кругообразное разминание верхней губы с захватом губы указательным (с внешней стороны) и большим пальцем (с внутренней стороны) одной руки.

8. Поглаживание центрального фрагмента при двусторонней расщелине; для этого указательным

пальцем одной руки удерживают кончик носа, а указательным пальцем второй руки оттягивают фрагмент вниз.

9. Разминание верхней губы; для этого захватывают губу указательным и большим пальцами и выполняют круговые движения.

10. Заканчивают массаж легкими поглаживаниями и постукиваниями по фрагментам губы.

Пассивные артикуляционные упражнения для губ: смыкание, вытягивание в трубочку, растягивание в улыбку [12].

Активные артикуляционные упражнения выполняются по подражанию в процессе непосредственного эмоционально-личностного общения. Ребенка учат улыбаться, вытягивать губы вперед, чмокать губами, делать «поцелуйчики».

Подготовку фрагментов неба к оперативному вмешательству целесообразно начинать с 4—6 мес. В этот период у ребенка начинают набухать десна, готовятся к прорезыванию зубов, и дети охотно позволяют поглаживать и массажировать фрагменты неба.

Дооперационный массаж неба

Цель массажа — улучшить крово- и лимфообращение в разобщенных фрагментах небных мышц, активизировать подвижность мышц мягкого неба.

1. Точечные прикосновения и поглаживание неба в зоне альвеолярного отростка в направлении от резцов верхней челюсти вдоль

границ расщелины с обеих сторон к глотке.

2. Поперечное поглаживание фрагментов неба в направлении от десны к расщелине.

3. Продольное кругообразное поглаживание фрагментов неба в направлении от зоны альвеолярного отростка вглубь рта, до границы рвотного рефлекса.

В связи с тем, что зона массажа крайне мала, массажные действия выполняются любым пальцем правой руки, даже мизинцем. Длительность одного действия от 10 до 20 секунд, общая длительность массажа — 3 мин. по 5—7 раз в день [14].

Если при выполнении массажа ребенок не оказывает противодействия, кроме поглаживающих линейных движений по тем же массажным линиям осуществляют круговое и штриховое растирание, разминание со сдвигом, непрерывную вибрацию.

Во избежание микротравм за 2—3 недели до оперативного вмешательства массаж и артикуляционные игры прекращаются.

Формирование предпосылок для ротового выдоха проводит на фоне непосредственного эмоционально-личностного общения взрослый:

1) зажимает пальцами нос ребенка, побуждая делать вдох и выдох ртом;

2) удерживает рот ребенка в закрытом положении, побуждая делать вдох и выдох носом;

3) удерживает рот ребенка в закрытом положении, побуждает делать многократные короткие вдохи-выдохи носом — «как ежик»;

4) удерживает нос ребенка в закрытом положении, побуждает делать многократные короткие вдохи-выдохи ртом — «как собачка»;

5) удерживает рот ребенка в закрытом положении, побуждает

делать многократные короткие «поцелуйчики», «поплеывания»;

6) удерживая рот ребенка в закрытом положении, побуждает дуть в трубочку.

Все упражнения выполняются в форме игры, на основе подражания действиям взрослого, через естественные физиологические оральные действия ребенка.

Упражнения для развития подражательной деятельности:

побуждать к выполнению различных действий с предметами вслед за взрослым (стучать, катать, трясти, подбрасывать, шуршать бумагой, рвать бумажные салфетки); ритмично постукивать по предметам; игры «Ладушки», «Сорока»; выполнять танцевальные движения («фонарики», «пружинки»), выполнять предметные действия (открывать и закрывать коробочки, пользоваться расческой, класть и доставать предметы из ведерка), конструировать башню, повторять жесты (подавать руку — «при-

ветствие», махать рукой — «до свидания», кивать головой — «спасибо»).

6 этап. Уранопластика

Уранопластика проводится в возрасте от 9 до 18 (24) месяцев, или через 6 месяцев после хейлопластики. Время оперативного вмешательства зависит от формы расщелины и соматического состояния ребенка. Методика щадящей уранопластики позволяет в один этап сформировать анатомически правильное, полноценное в функциональном отношении небо при лечении любой формы расщелины.

Цель этапа — восстановление анатомической целостности твердого и мягкого неба, создание предпосылок для полноценного функционирования мышц мягкого неба.

Задачи логопеда: наблюдение за поведенческой активностью ребенка в ранний послеоперационный период, обучение родителей уходу за ротовой полостью ребенка, восстановление ротового и фонационного выдоха, активизация мышц мягкого неба.

Занятия с логопедом начинаются через 1—2 сутки после выхода из реанимационной палаты.

Наблюдение за поведенческими реакциями включает в себя оценку общей двигательной активности, эмоционального состояния, способности к слухово-

му сосредоточению и пониманию обращенной речи, узнавания знакомых объемных предметов и плоскостных изображений, целенаправленности и продуктивности предметной и игровой деятельности, мимической и голосовой активности.

Основной *уход за ротовой полостью после пластики неба* связан с полосканием рта. Для полугодовалого ребенка это достаточно сложная задача. Сначала обучают удерживать воду в ротовой полости, для этого взрослый показывает ребенку, как набирать воду в рот и удерживать. Важно фиксировать внимание на выплевывании воды. После того, как это действие освоено, ребенка учат, набрав воду в рот, приподнимать подбородок, затем работать щеками — «булькать». Особое внимание придается силе выпускаемой водной струи. Чем сильнее напор воды, тем больше воздушное давление в ротовой полости, необходимое для образования взрывных согласных звуков «П», «Б», «Т», «Д».

Формирование дифференцированного ротового и носового дыхания начинается с того, что взрослый поочередно закрывает ребенку нос или рот. Следующий шаг — восстановление упражнений для ротового выдоха: дышим носом «как ёжик», дышим ртом «как собачка», выполняем «поцелуйчики», «поплевывания». За-

тем вырабатываем вибрацию губ с помощью пальца и без него, добавляем голос — как бы имитируем звук машины: «ббббр-р-р».

Для активизации подвижности мягкого неба достаточно попросить ребенка широко раскрыть рот (в этот момент происходит напряжение и подъем мышц мягкого неба), для большей стимуляции на язык ребенка можно положить чайную ложку и удерживать несколько секунд, протягивая гласный звук «А». Эффективно питье маленькими глотками.

В этот период проходит 1 курс физиотерапевтического лечебного воздействия на мышцы неба с целью снятия отека в зоне хирургического вмешательства.

7 этап. Послеоперационный период (состояние после уранопластики)

Длительность данного периода составляет не более двух месяцев, но он имеет особое значение для последующей реабилитации. В этот период идет активное рубцевание раневой поверхности и самостоятельное рассасывание рубцов. Особое внимание уделяется питанию ребенка. Пища должна быть щадящей: пропущена через блендер, определенной температуры; исключается акт жевания. Кормление осуществляется с использованием мягкой силиконовой ложки.

Координатором восстановительного процесса на данном этапе выступает педиатр, он своевременно подключает к процессу реабилитации физиотерапевта, отоларинголога, ортодонта.

Цель этапа — послеоперационное восстановление психофизического состояния ребенка, восстановление функций нервно-мышечного аппарата мягкого неба.

Задачи логопеда: закрепление навыков ротового и фонационного выдоха, активизация мышц мягкого неба, стимуляция подражательной деятельности.

Логопедическое воздействие по рекомендациям логопеда хирургического отделения осуществляется родителями в домашней обстановке. Фактически они повторяют с ребенком все упражнения, которые выполняли на предыдущем этапе, только длительность упражнений и интенсивность постепенно нарастают. Т. Я. Мосьпан и О. В. Гинтер в работе 2017 г. отмечают, что родители часто игнорируют рекомендации логопеда или выполняют их некачественно. Для предотвращения данного явления целесообразно просить родителей вести «Дневник развития речи ребенка», в котором ежедневно отмечается голосовая активность ребенка. В послеоперационный период даже незначительные изменения в поведении, питании,

дыхании ребенка могут вызывать тревогу и беспокойство у родителей, поэтому для них важно иметь возможность получить быструю консультацию логопеда (длительность ожидания консультации не более недели), с этой целью используются дистанционные формы работы (телефон, SMS-сообщения, скайп-общение, видеоконсультации).

Стимуляции подражательной деятельности

Подражательная деятельность лежит в основе формирования речи и языка. Наблюдения за миром и за языком, с помощью которого общаются люди, приводят ребенка к овладению речью. Подражание, или имитация, включает в себя:

- 1) имитацию действий, положения тела, жестов, мимики взрослого;
- 2) имитацию интонации взрослого;
- 3) имитацию звуков окружающей среды;
- 4) имитацию гласных и согласных звуков за взрослым;
- 5) имитацию слогов и звукоподражаний.

8 этап. Восстановительный период после уранопластики

Через полтора-два месяца после оперативного вмешательства детям назначается второй курс физиотерапии (первый курс дети проходят в ранний послеопера-

ционный период). В это время дети находятся на стационарном лечении и у логопеда есть возможность обучить маму новым приемам логопедической коррекции. Координатор восстановительного процесса — педиатр.

Цель этапа — восстановление метаболизма и подвижности мышц мягкого неба.

Задачи логопеда: оценка анатомо-функционального состояния органов артикуляции, послеоперационный массаж неба, упражнения по формированию ротовой воздушной струи, упражнения по активизации небной занавески, работа над голосом, развитие речи ребенка.

Оценка речи проводится по следующим критериям:

1. Состояние дыхательной функции: тип физиологического дыхания, глубина вдоха и сила выдоха, ритмичность физиологического дыхания, тип фонационного дыхания, продолжительность и сила речевого выдоха, наличие носовой эмиссии.
2. Тембр голоса: наличие назальности при произношении гласных звуков, наличие назальности в спонтанной речи; степень назальности.
3. Наличие гримасы: лицевой, лобной, носовой.
4. Строение и функции артикуляционного аппарата.
5. Состояние звукопроизношения: наличие согласных звуков,

сохранность слоговой структуры слова.

6. Состояние фонематического слуха.

7. Темп и мелодика речи.

8. Речевое развитие: речевая активность, активный и пассивный словарь, понимание обращенной речи, фразовая речь, грамматическое оформление предложений, связное высказывание [1].

Послеоперационный массаж неба

Цель — формирование эластичного нормотрофического рубца неба, восстановление функции мягкого неба.

1. Поглаживание твердого и мягкого неба большим или средним пальцем справа и слева от рубца в направлении от резцов к глотке.

2. Круговые поглаживания большим или средним пальцем справа и слева от рубца в направлении от резцов к глотке.

3. Поглаживание большим или средним пальцем по линии рубца в направлении от резцов к глотке.

4. Прямолинейное и круговое растирание твердого и мягкого неба большим или средним пальцем справа и слева от рубца в направлении от резцов к глотке.

5. Растирание большим или средним пальцем по линии рубца в направлении от резцов к глотке.

6. Спиралевидное растирание большим или средним пальцем по всему небу в направлении от резцов к глотке.

7. Разминание с надавливанием большим или средним пальцем по всему небу в направлении от резцов к глотке.

8. Пружинистое разминание большим или средним пальцем по всему небу в направлении от резцов к глотке.

9. Прерывистая вибрация большим или средним пальцем по всему небу в направлении от резцов к глотке.

Длительность выполнения каждого движения составляет до 10 секунд, общая продолжительность массажа не более 3 минут. В течение дня родители выполняют по 5—7 сеансов.

Упражнения по формированию ротовой воздушной струи

1. Шумно подышать носом.
2. Закрыть одну ноздрию (правую, а затем левую), выполнить спокойный вдох и выдох через другую.
3. Вдох носом через одну ноздрию, выдох через другую (ноздри чередовать).
4. Вдох через широко открытый рот, выдох через одну ноздрию (ноздри чередовать).
5. Шумный вдох и выдох через вытянутые вперед губы.
6. Вдох носом и толчкообразный выдох носом.
7. Вдох носом и толчкообразный выдох через одну ноздрию (ноздри чередовать).
8. Вдох через вытянутые губы и толчкообразный выдох через вытянутые губы.

9. Плавный выдох через вытянутые губы на ватку, горячий чай, свечу.

10. Выдох через вытянутые губы — толчкообразный, интенсивный.

11. Громкое зевание со звуком «а-а-а» на выдохе.

12. Вдох через нос с шумным ротовым выдохом на звук «ф-ф-ф» [13].

При выполнении дыхательных упражнений следует помнить о том, что они проводятся до еды, в хорошо проветренном помещении. Необходимо следить за тем, чтобы ребенок не переутомлялся и запоминал свои ощущения.

Упражнения по активизации небной занавески

1. Произвольное покашливание.
2. Позевывание.
3. Полоскание горла с запрокинутой головой.
4. Глотание слюны, воды мелкими порциями.
5. Имитация жевания.

Перечисленные упражнения выполняются совместно с родителями, на основе подражательной деятельности.

Работа над голосом включает в себя длительное и отрывистое произнесение гласных звуков А, Э, И, О, У, длительное произнесение сочетаний двух-трех гласных звуков, пропевание гласных звуков с повышением и понижением тона голоса, отрывистое пропевание гласного звука на одной высоте: А-А-А [15].

Все упражнения проводятся в игровой форме, через имитацию действий взрослого. Широко применяются дидактические игрушки, потешки, сказочные персонажи.

9 этап. Активное формирование речи и звукопроизношения

Цель этапа — становление речи, подготовка ребенка к посещению дошкольного образовательного учреждения.

Координирует восстановительный процесс логопед.

Задачи логопеда: оценка анатомо-функционального состояния органов артикуляции, развитие функциональных возможностей артикуляционного аппарата, развитие речи.

Вся предыдущая работа логопеда была направлена на профилактику нарушений голоса, на создание условий для формирования звуков в рамках онтогенеза. Восстановленные функциональные возможности артикуляционного аппарата предполагают дальнейшее развитие произвольных движений мышц нижней челюсти, губ, языка, мягкого неба — выполнение активной артикуляционной гимнастики для становления следующих групп согласных звуков; совершенствование слухового внимания и фонематического слуха, словаря и грамматического строя речи; формиро-

вание связного высказывания. Одним из наиболее эффективных средств преодоления речевого недоразвития для детей раннего возраста является фонологоритмика, включающая широкий спектр игр и упражнений для развития моторных, дыхательных, голосовых, фонетических и фонематических компонентов речи [6; 9].

Данный комплекс мероприятий возможен только в условиях специализированного центра, обладающего модульной структурой, где каждое подразделение и специалист несет определенные функциональные обязанности, связанные со всеми звеньями реабилитационного процесса, и имеет возможность мобильной перестройки при появлении новых технологических цепочек.

Литература

1. Балакирева, А. С. Логопедия. Ринолалия / А. С. Балакирева. — М. В. Секачев, 2011. — 192 с.
2. Вансовская, Л. И. Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах неба / Л. И. Вансовская. — СПб. : Гиппократ, 2000. — 136 с.
3. Волосовец, Т. В. Воспитание и развитие детей с врожденными расщелинами губы и неба : метод. рекомендации для родителей / Т. В. Волосовец, В. Е. Агаева. — М., 2001.
4. Васильева, Е. П. Особенности речевых нарушений у детей при врожденной расщелине неба / Е. П. Васильева // Современные технологии в диагностике и лечении. — 2011. — № 1. — С. 46—48.
5. Долгополова, Г. В. Раннее ортодонтическое лечение в комплексной реабилита-

ции детей с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба : дис. ... канд. мед. наук / Г. В. Долгополова. — М., 2005. — 278 с.

6. Доросинская, А. В. Фонологоритмика в системе голосовой и речевой реабилитации детей с ринолалией : метод. пособие / А. В. Доросинская. — Екатеринбург : Бонум, 1993. — 19 с.

7. Ермакова, И. И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков / И. И. Ермакова. — М. : Педагогика, 1984. — 140 с.

8. Ипполитова, А. Г. Открытая ринолалия / А. Г. Ипполитова. — М. : Просвещение, 1983. — 95 с.

9. Каракулова, Е. В. Коррекционная фонологоритмика : учеб.-метод. пособие / Е. В. Каракулова ; Урал. гос. пед. ун-т. — Екатеринбург : [б. и.], 2018. — 111 с.

10. Левченко, И. Ю. Современные возможности комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и неба / И. Ю. Левченко, В. Е. Агаева // Педиатрия. — 2017. — Т. 96. — № 5. — С. 2017—2018.

11. Леонов, А. Г. Организация комплексной хирургической помощи детям раннего возраста с врожденной расщелиной верхней губы и неба / А. Г. Леонов, Л. Т. Баранская, Ж. В. Ионова // Пермский медицинский журн. — 2008. — Т. 25. — № 5. — С. 16—24.

12. Мосьпан, Т. Я. Современный подход к логопедическому сопровождению детей раннего возраста с врожденной расщелиной губы и неба / Т. Я. Мосьпан, О. В. Гинтер // Специальное образование. — 2017. — № 1. — С. 5—16.

13. Пономарева, Е. А. Миогимнастика, массаж и ЛФК при врожденных пороках развития челюстно-лицевой области : метод. рек. / Е. А. Пономарева, Л. А. Соколова ; С.-Петерб. гос. акад. физической культуры им. П. Ф. Лесгафта. — СПб., 1997. — 40 с.

14. Реабилитация детей с расщелиной губы и неба : метод. пособие для врачей и родителей / коллектив авторов ; НПРЦ «Бонум». — Екатеринбург, 2016. — 39 с.

15. Репина, З. А. Ринолалия / З. А. Репина ; Урал. гос. пед. ун-т. — Екатеринбург, 2016. — 77 с.

16. Medicalplanet [Электронный ресурс] : сайт. — Режим доступа: www.medicalplanet.ru.

References

1. Balakireva, A. S. Logopediya. Rinolaliya / A. S. Balakireva. — M. V. Sekachev, 2011. — 192 s.

2. Vansovskaya, L. I. Ustranenie narusheniy rechi pri vrozhdennykh rasshchelinakh neba / L. I. Vansovskaya. — SPb. : Gipokrat, 2000. — 136 s.

3. Volosovets, T. V. Vospitanie i razvitie detey s vrozhdennymi rasshchelinami guby i neba : metod. rekomendatsii dlya roditeley / T. V. Volosovets, V. E. Agaeva. — M., 2001.

4. Vasil'eva, E. P. Osobennosti rechevykh narusheniy u detey pri vrozhdennoy rasshcheline neba / E. P. Vasil'eva // Sovremennye tekhnologii v diagnostike i lechenii. — 2011. — № 1. — S. 46—48.

5. Dolgopolova, G. V. Rannee ortodonticheskoe lechenie v kompleksnoy reabilitatsii detey s vrozhdennoy rasshchelinoy verkhney guby, al'veolyarnogo otrostka i neba : dis. ... kand. med. nauk / G. V. Dolgopolova. — M., 2005. — 278 s.

6. Dorosinskaya, A. V. Fonologoritmika v sisteme golosovoy i rechevoy reabilitatsii detey s rinolaliyey : metod. posobie / A. V. Dorosinskaya. — Ekaterinburg : Bonum, 1993. — 19 s.

7. Ermakova, I. I. Korrektsiya rechi pri rinolalii u detey i podrostkov / I. I. Ermakova. — M. : Pedagogika, 1984. — 140 s.

8. Ippolitova, A. G. Otkrytaya rinolaliya / A. G. Ippolitova. — M. : Prosveshchenie, 1983. — 95 s.

9. Karakulova, E. V. Korrektsionnaya fonologoritmika : ucheb.-metod. posobie / E. V. Karakulova ; Ural. gos. ped. un-t. — Ekaterinburg : [b. i.], 2018. — 111 s.

10. Levchenko, I. Yu. Sovremennye vozmozhnosti kompleksnoy reabilitatsii detey s vrozhdennymi rasshchelinami guby i neba / I. Yu. Levchenko, V. E. Agaeva // Pediatriya. — 2017. — T. 96. — № 5. — S. 2017—2018.

11. Leonov, A. G. Organizatsiya kompleksnoy khirurgicheskoy pomoshchi detyam rannego vozrasta s vrozhdennoy rasshchelinoy verkhney guby i neba / A. G. Leonov, L. T. Baranskaya, Zh. V. Ionova // Permskiy meditsinskiy zhurn. — 2008. — T. 25. — № 5. — S. 16—24.

12. Mos'pan, T. Ya. Sovremennyy podkhod k logopedicheskomu soprovozhdeniyu detey rannego vozrasta s vrozhdennoy rasshchelinoy guby i neba / T. Ya. Mos'pan, O. V. Ginter // Spetsial'noe obrazovanie. — 2017. — № 1. — S. 5—16.

13. Ponomareva, E. A. Miogimnastika, massazh i LFK pri vrozhdennykh porokakh razvitiya chelyustno-litsevoy oblasti : metod. rek. / E. A. Ponomareva, L. A. Sokolova ; S.-Peterb. gos. akad. fizicheskoy kul'tury im. P. F. Lesgafta. — SPb., 1997. — 40 s.

14. Reabilitatsiya detey s rasshchelinoy guby i neba : metod. posobie dlya vrachey i roditeley / kollektiv avtorov ; NPRTs «Bonum». — Ekaterinburg, 2016. — 39 s.

15. Репина, З. А. Ринолалия / З. А. Репина ; Урал. гос. пед. ун-т. — Екатеринбург, 2016. — 77 с.

16. Medicalplanet [Elektronnyy resurs] : sayt. — Rezhim dostupa: www.medicalplanet.ru.