

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика и психология»
(наименование кафедры)

44.04.02 Психолого-педагогическое образование
(код и наименование направления подготовки)

Психолого-педагогическое сопровождение детей с проблемами в развитии
(направленность (профиль))

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

на тему **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ КОРРЕКЦИИ
ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА С ОТКРЫТОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ РИНОЛАЛИЕЙ**

Студент

Ю.Г. Чекусова

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный

Е.А. Сидякина

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

руководитель

Руководитель программы д.п.н., профессор, О.В. Дыбина

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

(личная подпись)

« ____ » _____ 2017г.

Допустить к защите

Заведующий кафедрой д.п.н., профессор, О.В. Дыбина

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

(личная подпись)

« ____ » _____ 2017г.

Тольятти 2017

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретические основы коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.....	11
1.1 Анализ психолого-педагогических исследований по проблеме развития звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.....	11
1.2 Характеристика психолого-педагогических условий коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.....	23
Выводы по первой главе.....	35
Глава 2 Экспериментальное исследование коррекции звукопроизношения у детей с открытой органической ринолалией.....	37
2.1 Выявление уровня развития звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.....	37
2.2 Реализация психолого-педагогических условий развития звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.....	61
2.3 Динамика развития звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.....	81
Выводы по второй главе.....	91
Заключение.....	93
Список используемой литературы.....	95
Приложение.....	102

Введение

Актуальность темы исследования. Врождённые расщелины губы и нёба являются одними из самых распространенных пороков развития, занимая 3-4 место в структуре врождённых патологий человека. По статистическим данным имеется тенденция к увеличению данного показателя, вследствие повышения воздействия токсических веществ на организм в результате развития промышленной и химической индустрии. Известно, что расщелины губы и нёба провоцируют тяжёлое речевое нарушение – ринолалию, которое представляет собой нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. При ринолалии расщелина губы и нёбного свода является фактором, который влечёт за собой ряд других патологических изменений и функций артикуляционного аппарата, которые усугубляют речевой дефект. Из этого можно сделать вывод, что проблема реабилитации детей с данным видом нарушения является одной из наиболее актуальных в современном мире.

Открытая ринолалия, обусловленная врождёнными расщелинами губы и нёба, является предметом изучения для логопедии, психологии и целого ряда медицинских наук. Данная патология приводит к отсутствию изоляции ротовой и носовой полостей, что влечет за собой появление функциональных нарушений, осложняющих психофизическое развитие ребёнка с рождения. Коррекционная работа предполагает системное, последовательное и комплексное воздействие таких специалистов, как хирургов, ортодонт, логопедов и педагогов-психологов.

Оперативное вмешательство лишь создает анатомо-физиологические предпосылки для формирования правильного звукопроизношения. После уранопластики у детей остается патологическая поза языка в ротовой полости, нарушение деятельности мышц мягкого нёба, наблюдается отсутствие костоабдоминального дыхания, что ведёт к расстройству тембра

голоса, его просодических характеристик и специфическому нарушению звукопроизношения. В комплексном лечении проводятся ортодонтические и ортопедические мероприятия, которые направлены не только на устранение тяжелых деформаций зубочелюстной области, но и на нормализацию нарушенных функций. Это обеспечивает важность оперативного вмешательства в ранние сроки. Таким образом, поиск наиболее оптимальных методов ортодонтического и ортопедического вмешательства носит актуальный характер.

Логопедическая и психолого-педагогическая работа с детьми с врождёнными расщелинами губы и нёба основана на необходимости понимания специфических черт и проблем данной патологии, что обуславливает социальную направленность изучения данной проблемы. В современном мире человек, имеющий врождённую патологию челюстно-лицевой области, должен рассматриваться не только как объект медицинского воздействия и социально-педагогической помощи, но и как активный субъект социума, создающий условия для самореализации.

Опираясь на принципы логопедического воздействия при открытой органической ринолалии, которые были выделены А.Г. Ипполитовой, проводится логопедическое и психолого-педагогическое обследование детей с данным речевым нарушением. Результаты диагностики позволяют выстроить этапы коррекционной работы и определить ее содержание с помощью практических, наглядных и словесных методов. Изучением методов обследования и коррекции звукопроизношения у детей с открытой органической ринолалией, обусловленной врождёнными расщелинами губы и нёба занимались Ф.А. Рау, Е. Ф. Рау, М.Е. Хватцев, Н.И. Сереброва, Л.В. Дмитриев, З.Г. Нелюбова, Т.Н. Воронцова, А.Г. Ипполитова, И.И. Ермакова, Г.В. Чиркина, А.С. Балакирева, С.Л. Таптапова, Е.С. Алмазова, Е.В. Лаврова.

Так Ф.А. Рау, Е. Ф. Рау, М.Е. Хватцев, Н.И. Сереброва, Л.В. Дмитриев, Л.И. Вансовская, З.Г. Нелюбова, Т.Н. Воронцова, А.С. Балакирева,

А.Г. Ипполитова, И.И. Ермакова, Г.В. Чиркина занимались изучением вопросов симптоматики, механизмов и структуры дефекта при открытой ринолалии, также ими были разработаны методологические подходы и отдельные направления коррекции звукопроизношения у детей с ринолалией. С.Л. Таптапова, Е.С. Алмазова, Е.В. Лаврова занимались развитием голоса при различных его нарушениях.

Следует отметить, что в настоящее время определение логопедии, как педагогической науки, влечет за собой постановку такой задачи, как всестороннее обучение и воспитание категории детей с врождённым расщелинами губы и нёба с учетом всех особенностей аномальных проявлений.

Для того, чтобы дети с ОВЗ получили качественное образование в образовательной организации должны быть созданы необходимые условия (из закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 №273 – ФЗ (ст. 5, п.5), а так же в Федеральных государственных стандартах дошкольного образования (Требования к психолого-педагогическим условиям реализации основной образовательной программы дошкольного образования, п.2) проведение логопедом диагностики и коррекции нарушений развития речи, социальной адаптации, организация ранней коррекционной помощи на основе специальных психолого-педагогических подходов.

Анализ психолого-педагогической и логопедической литературы позволяет выявить следующие **противоречия**:

- между необходимостью в решении проблем коррекции звукопроизношения у детей с открытой органической ринолалией и недостаточной разработанностью данного направления;

- между возможностью использования психолого-педагогических условий для достижения положительных результатов при коррекции звукопроизношения у детей с открытой органической ринолалией и недостаточным обоснованием данного направления.

Выявленные противоречия позволяют выдвинуть в качестве актуальной **проблему исследования**: каковы психолого-педагогические условия коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией?

Исходя из актуальности данной проблемы, можно определить тему исследования: «Психолого-педагогические условия коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией».

Цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально проверить влияние психолого-педагогических условий на коррекцию звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.

Объект исследования: процесс коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.

Предмет исследования: психолого-педагогические условия коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.

Гипотеза исследования: коррекция звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией возможна при следующих психолого-педагогических условиях:

- учёт особенностей нарушения звукопроизношения при ринолалии, таких как структура дефекта;
- коррекция звукопроизношения при открытой органической ринолалии проводится с соблюдением этапности в коррекционной работе в дооперационном и послеоперационном этапах;
- организация совместной деятельности педагога и детей с открытой органической ринолалией с включением программно-аппаратного комплекса «Видимая речь III».

На основании цели, объекта, предмета и гипотезы исследования сформулированы **задачи исследования**:

1. На основе анализа психолого-педагогических исследований раскрыть и охарактеризовать процесс коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией, также определить степень разработанности данной проблемы на современном этапе.

2. Выявить уровень развития звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.

3. Экспериментально проверить влияние психолого-педагогических условий на процесс коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.

Для решения поставленных задач в работе использовались следующие методы исследования: теоретические (анализ медицинской, логопедической и психолого-педагогической литературы по проблеме исследования), эмпирические (наблюдение, беседы, эксперимент), методы обработки результатов (качественная и количественная обработка результатов).

Методологическую основу исследования составила теория деятельностного подхода к формированию личности (Л.И. Божович, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн).

Теоретическую основу исследования составили:

- отечественные концепции развития психики в онтогенезе (П.П. Блонский, Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, А.Н. Леонтьев, Л.В. Обухова, Д.Б. Эльконин);

- исследования особенностей психического развития детей старшего дошкольного возраста (Л.И. Божович, Л.А. Венгер, А.В. Запорожец, М.И. Лисина, В.С. Мухина, Е.О. Смирнова).

Экспериментальная база исследования: МБУ детский сад № 147 «Сосенка» г.о. Тольятти.

Организация и этапы исследования. Исследование проводилось в 2015-2017 гг. и состояло из трех этапов.

На первом этапе (2015 г.) - поисково-аналитическом этапе были

определены основные проблемы исследования, уточнены объект, предмет, цели и задачи исследования, сформирован понятийный аппарат, осуществлен анализ научной литературы по проблеме исследования, сформирован теоретико-методологический аппарат исследования, дано теоретическое обоснование методики диагностического исследования, а также подобраны и проанализированы авторские методики, позволяющие изучить степень выраженности нарушений звукопроизношения у детей дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.

На втором этапе (2016-2017 гг.) - опытно-экспериментальном этапе проведены разработка и апробация содержания, форм и методов коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.

На третьем этапе (2017 г.) - заключительно-обобщающем этапе проведены контрольный эксперимент, анализ и интерпретация полученных данных, определены эффективность внедрённых психолого-педагогических условий, сформулированы выводы, оформлены и систематизированы материалы диссертационного исследования.

Научная новизна исследования заключается в том, что:

- уточнено понятие «коррекция звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией»;
- предложены психолого-педагогические условия коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что:

- уточнены данные о первичных и вторичных нарушениях в структуре дефекта;
- описаны содержательные характеристики уровней развития коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.

Практическая значимость: разработанные психолого-педагогические условия коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией могут быть внедрены в практику работы педагогов дошкольных образовательных и общеобразовательных учреждений.

Достоверность результатов исследования обеспечена исходными методологическими позициями, комплексом теоретических и эмпирических методов исследования, отвечающих целям, задачам, объекту и логике исследования; сочетанием качественного и количественного анализа результатов экспериментальных данных; репрезентативностью выборок испытуемых; личным участием автора на всех этапах исследования и их положительной оценкой практическими работниками.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные положения и результаты экспериментальной работы обсуждались на педагогических советах дошкольного образовательного учреждения; заседаниях кафедры дошкольной педагогики и психологии; научно-методическом семинаре гуманитарно-педагогического института; научно-практических конференциях городского уровня. Материалы исследования отражены в публикациях.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Звукопроизношение у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией определяется нами как нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

2. Процесс коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией обеспечивается следующими психолого-педагогическими условиями: учет особенностей нарушения звукопроизношения при ринолалии, такими как структура дефекта; коррекция звукопроизношения при открытой органической ринолалии проводится с соблюдением этапности в коррекционной работе в

дооперационном и послеоперационном этапах; использование средств ИКТ в коррекционно-логопедической работе.

3. Показатели и уровни звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией характеризуются: гиперназальностью, нарушением просодических характеристик речи, оглушением согласных звуков, большим количеством замен звуков, причем звуки-заменители также являются искаженными.

Структура магистерской диссертации. Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (66 источников) и 6 приложений. Текст иллюстрируют 12 таблиц и 4 рисунка. Объем работы 125 страниц.

Глава 1 Теоретические основы коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией

1.1 Анализ психолого-педагогических исследований по проблеме развития звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией

В зарубежной и отечественной литературе ринолалию выделяют как одну из самых сложных речевых патологий. Ринолалия представляет собой речевое нарушение, которое выражается в расстройстве артикуляции и фонации звуков речи [41]. Для данной клинической формы характерно патологическое преобразование резонирования носовой полости во время фонации, вследствие чего она существенно отличается от нормы, у больных наблюдается гиперназальность.

О.В. Правдина и В. Олтушевский рассматривают ринолалию как одну из форм механической дислалии, в отличие от М.Е. Хватцева, который определяет данную речевую патологию как самостоятельное нарушение.

А.Г. Ипполитова трактует ринолалию как самостоятельное нарушение, которое характеризуется своеобразным сочетанием расстройств голоса и неверной артикуляцией звуков. Существенным отличием ринолалии от механической дислалии является нарушение, как согласных, так и гласных звуков. В отличие от нарушений голоса при данном речевом расстройстве страдает произношение звонких и глухих согласных [6].

Определяют три формы данной речевой патологии – открытая, закрытая и смешанная, по этиологии различают органическую и функциональную.

Открытая ринолалия характеризуется патологической артикуляцией и несвойственным акустическим эффектом – во время речи струя воздуха проходит через ротовую и носовую полости одновременно, вследствие чего

возникает назальность при произнесении всех звуков. Несвойственный акустический эффект также создается характерным тембром голоса.

Открытая органическая ринопалия по большей части является следствием врождённого дефекта нёба. Распространенность данных аномалий значительно велика. По исследованиям Л.Е. Фроловой, частота расщелин твёрдого и мягкого нёба имеет тенденцию увеличения. При расщелинах твёрдого и мягкого нёба наблюдается целое множество нарушений в костно-мышечном аппарате речи, что приводит к расстройству голоса и нарушению звукопроизношения.

Носовой оттенок в речи дают такие недоразвития нёба, как врождённые расщелины, подслизистые расщелины, врождённая асимметрия при деформации нёба.

Наиболее часто встречаются расщелины губы и нёба. Расщелины нёбного свода разнообразны и имеют множество форм, и все из них ведут к нарушению речи. Различие расщелин нёба определяется размером и расположением.

Наличие расщелины определяет частичное или полное соединение двух резонаторов – ротовой и носовой полостей. Результатом является неправильное направление воздушной струи и, следовательно, возникает назальный акустический эффект при образовании звуков.

Различают сквозные и несквозные расщелины нёбного свода. Сквозные расщелины бывают одно- и двусторонними, несквозные расщелины подразделяют на неполные и полные расщелины, а также подслизистые.

Основной характеристикой сквозных расщелин является распространение щели твёрдого нёба на альвеолярный отросток и верхнюю губу. Расщелина может быть одно- и двусторонней по всей длине от ротового отверстия до задней до задней носовой ости, расщелина нёба может быть одной или двусторонней.

При односторонней расщелине наблюдается соединение сошника с нёбным отростком с одной стороны, с другой же наблюдается щель. В

зависимости от стороны, которая срослась с сошником и нёбным отростком различают правостороннюю и левостороннюю сквозные расщелины нёбного свода. При двусторонней – расщелина проходит по двум сторонам межчелюстной кости и ни с одной стороны не наблюдается срастание с сошником и носовой перегородкой.

Несквозные полные расщелины характеризуются несрастанием до области резцового отверстия. В большинстве случаев данный вид расщелин очень широкий по своей величине и наблюдается недоразвитие сошника и носовой перегородки. Для хирургического вмешательства данная форма расщелины является наиболее сложной.

По своей величине несквозные расщелины могут быть близкими к полным расщелинам нёба, а, в ряде случаев, могут быть незначительными. Возможно только несращение увули, обычно при этом также имеется подслизистая расщелина твердого нёба. При недоразвитии в пластинках небных костей, которое сочетается с недоразвитием мышц мягкого нёба, но при полном развитии слизистых оболочек образуются субмукозные расщелины нёбного свода [58].

В ходе исследований было выявлено, что двусторонние расщелины твёрдого нёба встречаются реже, чем односторонние и наблюдаются чаще с левой стороны, чем с правой. Преимущественно расщелины встречаются у лиц мужского пола, реже у женского пола. По данным А.Э. Гуцан, при этом изолированные расщелины губы и расщелины губы в сочетании с расщелинами нёба чаще наблюдаются у мужчин, но изолированные расщелины нёба в два раза чаще встречаются у женщин [13].

В отечественной и зарубежной литературе имеются различные мнения, касаемые причин возникновения расщелин верхней губы и нёба. Н.С. Мессина и Г.В. Курчинский пришли к мнению, что возникновение данных дефектов лицевой части носят наследственный характер. Причины появления врождённых расщелин губы и нёба делятся на экзогенные и эндогенные. Б.Пэттен считал, что существует возможность передачи по

наследству по доминантному признаку. Ю.К. Кудрицкий определил как одну из причин - большие дозы облучения родителей, чьи дети имеют врождённые расщелины верхней губы и нёба. По многочисленным наблюдениям Л.И. Лукиной, А.П. Дыбан и других было выявлено повреждающее воздействие жаропонижающих, антипаразитарных, противосудорожных, седативных средств, некоторых антибиотиков и витаминов, а особенно гормональных препаратов и синтетических заменителей [56].

Одной из важнейших причин являются химические вещества, применяемые в быту и промышленности, не исключается и действие алкоголя и курения, последнее из которых, по мнению Ю.В. Гулькевич, приводит к гипоксии плода. Причинами также могут быть различные потрясения во время беременности, общее состояние здоровья матери, различные интоксикации и действие профессиональных вредных факторов.

Наличие у ребёнка врождённых расщелин губы и нёба является одним из неблагоприятных факторов для психического и физического развития. Когда дефект обширный, развитие организма претерпевает наибольшие нарушения.

Н.В. Воронцовский считал, что периостальная уранопластика является одним из самых прогрессивных шагов вперед на пути к становлению нормальной речи. Причиной сохранения назальности является укорочение мягкого нёба и недостаточная его подвижность.

Несмотря на успехи хирургов в коррекции расщелин губы и нёба, положительных результатов фонематического оформления речи не удалось получить посредством оперативного вмешательства. Из этого следует вывод, что только уранопластика не ликвидирует назального звучания у ринолаликов.

А.А. Лимберг считал, что основной задачей хирургического лечения является возможность полного восстановления формы и величины деформированных органов без нарушения развития их функций [21].

Зарубежные специалисты внесли огромный вклад в изучение риноплазии и разработку методов логотерапии. Б. Лангбек, Макуэн, Кез и другие рационализировали хирургическое лечение деформаций губы и нёба, подчеркивая, что обучение для понимания речи дает значительно больше, чем хейлопластика и уранопластика.

В ходе изучения сущности дефекта и возможностей преодоления данного нарушения были разработаны основные направления, которые лежат в основе коррекционных методов устранения нарушения звукопроизношения при открытой риноплазии.

Первое направление – немецкое, которое было принято в Германии и ряде других стран. Основоположниками являются Г. Гуцман, М.М. Ванкевич, В.А. Каретникова, М.Е. Хватцев. Данное направление исходит из иррадиации возбуждения, которая вызывается сильнейшими раздражителями, благодаря которой в совокупную деятельность речедвигательных органов включаются и дефектные органы. Применяемые упражнения зачастую носят напряженный характер. Благоприятное воздействие также оказывают логотерапевтические мероприятия с применением электро и вибромассажа, затем следуют упражнения по артикуляционному и дыхательному тренингу. Первые два-три месяца занятий больные должны использовать фальцетный голос, затем переходить к овладению грудным голосом.

Второе направление – французское, основоположниками которого являются С. Борель-Мезони и В. Ведю. Данное направление было основано на естественных ненапряженных речевых движениях преимущественно дыхательных.

Представители немецкого и французского направлений считали необходимым достижение произвольного замыкания нёбно-глоточного затвора [49].

Наиболее известной является методика Г. Гуцмана, основоположника немецкого направления. В разработанной им методике предложена система

упражнений для улучшения нёбно-глоточного затвора с применением obturator или носового зажима. Накладывание obturator или зажим крыльев носа образуют во рту сильное давление, вследствие чего небная занавеска поднимается кверху. В основе системы упражнений лежит использование голоса повышенной громкости. Продуктивность громкого произношения обуславливается повышенной активностью нёбной занавески. Первым этапом является произнесение сочетания [апа], в данном сочетании [а] произносится голосом обычной частоты и силы, а сочетание [па] голосом более сильным, при этом выталкивая звук [а] с особой силой и громкостью. Далее обрабатывается произнесение других гласных звуков. Впоследствии вся работа проделывается без использования obturator и зажимов.

Принцип первоначальной иррадиации находит отражение и в работах Бейсса, он предлагает, как один из основных приемов использовать акцентуированный шепот, так как данный шепот требует конкретного функционирования нёбного затвора, тем самым, улучшая его.

Фрешельс предложил толчкообразный метод устранения данного нарушения. Предполагается, что при данном методе работы одновременно с фонацией осуществляются резкие толчкообразные движения сжатых кулаков на уровне груди. Предполагается, что вырабатываемая энергия распространяется на все работающие в этот момент мускулы, добавляя при этом работу, которая ведет к развитию и укреплению нёбного затвора [7].

М.Е. Хватцевым были разработаны принципы немецкой школы на основании своего опыта. Предложенная им методика обобщала практику многих зарубежных и отечественных специалистов. М.Е. Хватцев рекомендует сложный комплекс упражнений, направленный на развитие речевого аппарата, использование большого количества механических приемов работы.

При открытой риноплазии проход через нос открыт, следовательно, выдыхаемая струя воздуха проходит одновременно через носовую и ротовую полости, в результате получается резкий носовой оттенок. Вместе с тем у

детей с данной аномалией нарушается звукопроизношение, что зачастую делает их речь непонятной.

Основной целью является обучение выдоху через рот. Для этого предлагается ряд упражнений таких, как надувание мыльных пузырей, сдувание со стола мелких предметов, задувание свечей. Не менее важной целью является приучение к медленной и отрывистой речи, четкой с широким открыванием рта и на повышенном голосе. На первом этапе полезно отбивание слогов ладонями по столу и напряжение в этот момент мышц всего тела, зачастую приходится зажимать крылья носа для того, чтобы воздух проходил через ротовую полость. Одновременно с применением данных приемов устраняются нарушения в произношении отдельных звуков. Полезны упражнения, направленные на развитие шепотной речи: усиленная артикуляция в этот момент уменьшает назальность. Устранение открытой риноплазии требует длительной и систематичной работы, важно помнить, что при расщелинах нёбного свода предварительно следует направить больного к врачу для сращивания щели или закрытия ее obturatorом [56].

Французское направление с последующими изменениями развивалось в работах таких ученых, как Ф.А. Рау, Е.Ф. Рау, З.Г. Нелюбовой, Т.Н. Воронцовой, А.Г. Ипполитовой. В работах данных ученых отмечалась необходимость логотерапевтической помощи как до, так и после оперативного вмешательства, но следует заметить, что акцент делался на работе в послеоперационный период, и очень осторожно говорилось о занятиях в дооперационный период.

В работах Ф.А. Рау рекомендовалось проводить занятия по воспитанию правильного звукопроизношения в период до операции по общепринятой методике постановки звуков. Ф.А. Рау считал, что воспитание верных артикуляций в дооперационный период труднее, а неправильные закрепленные движения после операции могут осложнить работу. В связи с

этим он рекомендовал осторожный подход к формированию произношения на дооперационных занятиях.

З.Г. Нелюбовой был представлен комплекс упражнений по формированию голосовыдыхательной струи, постановке диафрагмального дыхания.

Дифференциация коррекционных занятий у взрослых после оперативного вмешательства была осуществлена Т.Н. Воронцовой. В зависимости от подвижности нёбной занавески, ее длины Т.Н. Воронцовой были выделены три группы больных и описана работа с каждой из них.

Для поиска новых методов воздействия на дефект специалисты обращались к наиболее эффективным способам анализа дефекта. Так, Н.И. Серебровой и Л.В. Дмитриевым был предложен метод рентгенографии, позволяющий видеть динамику логопедического воздействия. Применение данного метода позволяет предвидеть до начала занятий результат и наметить план дальнейшей работы.

У детей с грубым дефектом нёбного свода в анамнезе отмечается невозможность грудного вскармливания, у детей с данным нарушением молоко попадает в дыхательные пути, ребенок начинает захлебываться, вследствие чего возникает необходимость перевода на капельное вскармливание, но зачастую и при данном виде вскармливания наблюдаются поперхивания, у детей появляется кашель, рвота. Во время кормления у детей с дефектом нёба пища попадает в складки недоразвившегося нёба, носовую полость, дыхательные пути, пища застаивается и в результате чего возникает воспаление слизистых оболочек [20].

Аномальное развитие верхней челюсти у ребенка ведет к искривлению зубного ряда, сужению нёбного свода, а также появлению второго зубного ряда. В результате плохого питания молочные зубы у детей с ринолалией разрушаются гораздо быстрее [60].

Невозможность осуществлять сосательные движения приводят к отсутствию сосательного рефлекса, вследствие чего отсутствие губных движений ослабляет развитие лицевой мускулатуры.

После хирургического вмешательства развитие мышечной мускулатуры протекает своеобразно, что обусловлено отсутствием или осложнением движений мышц верхней губы, в результате чего обедняется мимика ребенка, и мышцы лица участвуют в артикуляции [22].

Наличие нёбной расщелины оказывает неблагоприятное влияние на развитие физиологического дыхания у ребенка. Воздух попадает сразу в носовую полость, препятствуя нагреванию, так как при данной аномалии хоаны соединены со ртом или сильно укорочены и воздух не успевает согреться, в результате чего вдыхаемый воздух раздражает дыхательные пути.

У детей с врождённой расщелиной формируется специфическое положение языка в полости рта. Тело языка рефлекторно отодвигается назад вглубь, вследствие чего, образует высокий прикорневой подъем, что сужает дыхательные пути, препятствуя охлаждению. Данное расположение языка в полости рта со временем стабилизируется.

Ребенок с врождённой расщелиной при проглатывании пищи усиливает работу корня языка, в результате чего включаются лицевые мышцы. Данное расположение языка является преградой для вдыхаемой струи воздуха, следовательно, она направляется в носоглотку, а лишь часть вдыхаемого воздуха направляется в ротовую полость. Часть воздуха зачастую не выдыхается, а резонирует в носовой полости. В связи с этим речевое дыхание нарушается и возникает гиперназальность.

Таким образом, расщелины губы и нёба при ринолалии обуславливают неправильную взаимосвязь мышц артикуляционного аппарата – нарушается питание ребенка, физиологическое и речевое дыхание, претерпевает изменения характер лицевой мускулатуры, возникает вероятность снижения

слуха, стабилизируется неверное расположение языка в полости рта, все это, несомненно, приводит к нарушению формирования речи ребенка [27].

При ринолалии первые слова ребенка появляются лишь к двум годам, что значительно позже нормы, речь ребенка при данном нарушении имеет характерные особенности.

Импрессивная речь ребенка развивается в норме, а экспрессивная речь претерпевает качественные изменения. В результате дефектного положения языка, изменения положения лишь его кончика и значительном участии лицевых мышц речь больных невнятна и непонятна для окружающих, так как формирующиеся звуки характерны по своему звучанию и артикуляции [48].

М.Морли предложил классификацию детей с данным видом нарушения, которая характеризуется тяжестью нарушения звукопроизношения и степенью назализации. Всех детей подразделяют на три группы.

Произношение первой группы детей представляет собой присутствие носового оттенка в речи, но правильное образование согласных звуков. Описанное расстройство классифицируется как открытая ринофония. Зачастую данная группа детей представлена больными с субмукозными расщелинами и неполными расщелинами нёбного свода.

Вторая группа представляет собой лица с выраженной назальностью и нарушенной артикуляцией согласных звуков. Чаще всего дети страдают более обширными дефектами нёбного свода.

Третью группу составляют дети, чья речь характеризуется выраженным носовым резонансом и практически полным отсутствием артикуляции согласных звуков.

Вторую и третью группы классифицируют как открытую ринолалию. Вид расщелины с тяжестью нарушения звукопроизношения напрямую не связаны, искажение фонем зависит от размера просвета между мягким нёбом и стенкой глотки и впоследствии влияет на степень назализации [30].

Акустические свойства гласных звуков искажаются вследствие носового резонанса, который усиливается в результате подъема спинки языка. С плотностью нёбно-глоточного смыкания, формой глотки и достаточной степенью смыкания губ связана степень гиперназальности. Наименьший объем глотки при артикуляции [а], наибольший – при [и], [у]. Расширение глотки при ограничении подвижности нёбной занавески или его отсутствия приводит к расширению просвета между краем мягкого нёба и стенкой глотки.

Вследствие дефектного положения кончика языка в ротовой полости согласные звуки образуются с помощью кончика языка и излишней активности лицевых мышц.

Произношение некоторых согласных звуков для лиц с данным нарушением крайне затруднительно. Дети в своей речи часто замещают согласные фонемы, пропускают их или образуют дефектным способом. Наиболее характерными являются замены фрикативных и взрывных глоточными и гортанными.

Губно-губные [п,] [п'], [б], [б'] зачастую беззвучны, иногда заменяются выдохом или артикулируются с таким сильным носовым резонансом, что превращаются в [м], [м'] или образуются на уровне глотки [п], [п'], на уровне гортани [б], [б'], превращаясь в звуки, по своему звучанию сходные с [к], [г].

Так как соприкосновение спинки языка и нёба невозможно, заднеязычные [к], [г] образуются таким же образом, звук [г] также бывает фрикативным глоточным.

Переднеязычные [т], [т'], [д], [д'] ослабляются или замещаются на [н], [н'], заменяются гортанной или глоточной смычкой.

Фрикативные согласные многие дети с данным нарушением заменяют глоточными, которые близки по звучанию. Иногда встречаются замены боковые и двугубные.

При ринолалии нарушение носовых наблюдается при замене их неоформленной вокализацией. Замена [л] бывает двугубной, чаще всего заменяется на [j] или [н], мягкая пара [л] - [л'] чаще всего произносится верно, иногда [л'] заменяют на [j] или [н'] или вовсе пропускают.

В связи с нёбно-глоточной недостаточностью правильное звучание фонем [р], [р'] практически невозможно, так как для вибрации кончика языка необходим сильный напор воздушной струи, которого зачастую достигнуть не удастся. После оперативного вмешательства возможно образование велярного [р], когда при выдохе край мягкого нёба вибрирует [42].

Таким образом, звукопроизношение при ринолалии нарушено тотально. В структуре речевой деятельности нарушение фонетического оформления речи является первичным и откладывает отпечаток на формирование лексико-грамматического строя речи, но серьезные изменения встречаются лишь с другими речевыми нарушениями [17].

При анализе фонематического слуха у детей с расщелинами нёбного свода выявляются характерные особенности. В восприятии участвуют слуховой и речедвигательный анализаторы. В центральной нервной системе присутствует взаимосвязь между звуковым и двигательным образом той или иной фонемы, которые позволяют ее распознать и выделить. Расщелина нёба замедляет воздействие на слуховое восприятие звуков. Стереотипные артикуляции препятствуют развитию слуховых дифференцировок у детей с ринолалией. Уровень слуховых дифференцировок связан с глубиной поражения фонетической стороны [9].

Осознание дефекта у лиц с данным нарушением отсутствует, либо критичность снижена. Благоприятное воздействие оказывает прослушивание аудиозаписей, на которых записана речь больного, это стимулирует ринолаликов к началу серьезных логопедических занятий.

Неполноценность речи у лиц, страдающих ринолалией, оказывает влияние на формирование психических функций, в первую очередь на становление личности.

Особенности становления личности обуславливаются неблагоприятными условиями в жизни больного. Нарушение речи усложняет коммуникативную сферу больного, зачастую общение с коллективом носит односторонний характер, что травмирует детей, в результате чего дети становятся замкнутыми, застенчивыми, неразговорчивыми и порой раздражительными [37].

Целенаправленная работа по преодолению нарушений речи способствует формированию положительных черт характера, также стимулирует развитие высших психических функций [38].

Таким образом, врождённые расщелины губы и нёба неблагоприятно влияют на развитие детского организма, оказывая отрицательное влияние на речевое развитие, становление высших психических функций. Больные ищут своеобразные пути компенсации дефекта, что приводит к формированию неверных артикуляционных взаимосвязей [57].

1.2 Характеристика психолого-педагогических условий коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией

Одним из наиболее значимых психолого-педагогических условий является структура дефекта. Открытая органическая ринолалия представляет собой своеобразный комплекс патологических проявлений, которые взаимосвязаны между собой и имеют сложную структуру. Назальность является главной особенностью изменения тембра голоса, она возникает из-за недостаточности нёбно-глоточного затвора и коротким мягким нёбом [51].

Причину возникновения назальности описывали Л.А. Гордон, М. Зеeman, М.Е. Хватцев и другие. Л.А. Гордон отмечает, что назальность возникает из-за отсутствия полного закрытия носовой полости, воздух, попадающий в область носа, начинает вибрировать, в результате чего возникает носовой оттенок в речи.

М.Е. Хватцев отмечает, что струя выдыхаемого воздуха во время речи проходит одновременно через носовую и ротовую полость, в результате получается носовой оттенок [56].

И.И. Пружан и Ю.И. Кузьмин акцентировали внимание на том, что необходимым условием является замыкание нёбно-глоточного затвора, которое обеспечивается подъемом нёбной занавески и некоторым сужением глотки. При ее помощи можно достичь высокого давления в ротовой полости, что является необходимым условием для образования звуковых сигналов и предотвращения попадания воздуха в носовую полость и для образования ротоглоточного резонатора.

Г.В. Чиркина и А.Г. Ипполитова отмечают, что гласные звуки у детей с челюстно-лицевыми дефектами произносятся с недостаточной губной артикуляцией с осуществлением выдоха через нос при оттянутом кзади языке[58].

Причинами дефектного произношения гласных звуков является ограничение движения губ, языка и мягких тканей челюсти. Данные ограничения существенно влияют на характер произношения гласных звуков, препятствуя свободному выходу воздушной струи.

И.И. Ермакова отмечает, что причинами нарушения фонационного дыхания является попадание выдыхаемого воздуха в носовую полость, из-за этого укорачивается время выдоха, а давление в надскладочном пространстве понижается, что ведет к поверхностному дыханию [6].

Рядом авторов отвергается прямая зависимость между возникновением гиперназальности и величиной мягкого нёба. Г.В. Чиркина подчеркивает, что произнесение гласных звуков и получение тембра голоса без назального оттенка возможно, если пространство ротового резонатора больше, чем носоглоточного. Н.И. Сереброва подтверждает, что нормальное звучание голоса возможно и без полного смыкания задней стенкой глотки и мягкого нёба. Речь без носового оттенка можно получить, если расстояние между мягким нёбом и спинкой языка меньше. Л.И. Вансовская также

акцентировала внимание на отсутствии соотношения между искажением речи и величиной нёбного дефекта[11].

Таким образом, множество факторов, помимо величины мягкого нёба и полного нёбно-глоточного смыкания, влияют на степень назальности — соотношение объемов верхних резонаторов, уклад языка, участие в артикуляторном процессе губ, языка и нижней челюсти, а также — координация всех органов, участвующих в процессе речеобразования [8].

У лиц с врождёнными расщелинами губы и нёба отмечается своеобразное нарушение согласных звуков, данного мнения придерживаются все авторы, рассматривающие данную проблему. Дефекты согласных звуков проявляются в отсутствии, грубом искажении и заменах. Дефектные звуки напоминают хлюпающие призвуки, ими ребёнок хочет компенсировать невозможность воспроизвести заданный уклад. Согласные звуки искажаются и воспроизводятся с близким артикуляционным укладом, но с гиперназальностью в результате неправильного выдоха воздушной струи. В совокупности данные особенности придают речи людей с челюстно-лицевыми дефектами низкую разборчивость, которая отрицательно влияет на качество коммуникации [10].

М.Д. Дубов считал, что расстройство артикуляции зависит от дефектной деятельности глотки, мягкого нёба и языка, а также от дефекта альвеолярного отростка и твердого нёба, неправильного расположения зубного ряда и при наличии дефекта губы - от недостаточности ее подвижности после хирургического вмешательства и от нарушения формы крыльев носа [25].

А.Г. Ипполитова констатировала особый характер развития речи детей с челюстно-лицевыми дефектами — первые слова появляются позже, а развитие речи осуществляется с опозданием. Т.В. Волосовец в своих работах отмечала задержку лепета у всех детей с челюстно-лицевыми дефектами. У детей отмечается бедность фонетической стороны, отсутствие основных

лепетных звуков, либо их искажение и отсутствие, а также отмечается появление патологической позы языка уже на данной стадии [15].

И.И. Ермакова, А.В. Крицкий и многие другие отмечали, что первичный дефект — фонетико-фонематический дефект накладывает отпечаток на формирование лексико-грамматического строя речи. В.И. Вакуленко Л.Я. Дербалюк и другие предъявили фактический материал, свидетельствующий о различных речевых нарушениях разной степени тяжести у больных до оперативного вмешательства. Можно отметить, что запас слов шестилетнего ребенка с челюстно-лицевым дефектом соответствует запасу слов трехлетнего ребенка.

Т.В. Волосовец акцентирует внимание на том, что слоговая структура слова упрощается у детей с незращениями губы и нёба. Словарь детей с открытой ринолалией по сравнению с словарем детей без патологией беден, возникают трудности при использовании глаголов и прилагательных, а также замечаются сложности в процессе накопления словарного запаса и отбора слов в речевой активности, сложности в понимании значения слов, а также отмечаются ошибки при словообразовании словоизменении [15].

Г.Н. Соломатина отмечает, что дети с челюстно-лицевыми дефектами представляют собой неоднородную группу, которая включает детей с нормальным речевым развитием, с нарушениями звукопроизношения, а также с проявлениями ОНР [13].

Р.Я. Юрова констатирует снижение уровня развития речи по сравнению со своими сверстниками с нормальным речевым развитием. Недостатки монологической речи проявляются в ограничении использования лексики, в трудностях построения связного высказывания, в невозможности передать полностью композиционную структуру высказывания.

Такие авторы, как Е.С. Алмазова, А.Г. Иполитова и И.И. Ермакова отмечают нарушения просодической стороны речи у детей с врождёнными расщелинами губы и нёба. Голос у детей с ринолалией глухой, сдавленный, слабый, истощаемый, тихий, приглушенный со сниженной разборчивостью

речи. Однако авторы утверждают о приобретенном характере нарушения просодических характеристик речи, так как на первом году жизни голос детей с челюстно-лицевыми дефектами не отличается от голоса детей с нормальным речевым развитием. В доречевом периоде дети с незращениями губы и нёба кричат, плачут и гуляют нормальным голосом. Изменение тембра голоса наблюдается впервые при лепете, когда ребенок впервые начинает произносить первые согласные фонемы [44].

М. Зеeman определяют причины голосовых нарушений, как:

1) сильное давление на голосовую щель, которое приводит к напряжению голосовых складок, тем самым голосу придается сдавленный гортанный оттенок;

2) неправильный резонанс, который обусловлен анатомическими нарушениями и неправильными движениями языка и гортани [25].

Т.В. Колпак определяет функциональную недостаточность, как проявление назальности, изменение тембра, отсутствием голосовых модуляций.

Таким образом, в характеристике голосовых расстройств прослеживается изменение тембра, слабость голоса, несформированность интонационных возможностей [46].

Следующим психолого-педагогическим условием коррекционного процесса является соблюдение поэтапности в коррекционной работе. Коррекционная работа осуществляется на подготовительном и основном этапах. Основным значением подготовительного этапа является развитие базы для формирования правильной речи. Работа на данном этапе очень важна в логопедической работе. При осуществлении коррекционной работы на данном этапе приобретенные навыки восстанавливаются быстрее, а послеоперационные рубцы заживают быстрее.

На основном этапе успешность логопедической работы напрямую зависит от того проводилась ли работа в дооперационный период.

Эффективность логопедической работы зависит от качества проведения уранопластики и хейлопластики, как следствие, анатомического и функционального состояния речевого аппарата.

Основными направлениями работы на подготовительном этапе являются:

1) формирование нёбно-глоточного смыкания позволит активизировать мышцы глоточного кольца, подготовить сегменты мягкого нёба к нёбно-глоточному смыканию;

2) работа над развитием костоабдоминального дыхания и формированием направленной воздушной струи позволит овладеть направленной воздушной струей для выработки навыков фонационного дыхания;

3) работа над совершенствованием артикуляционной моторики позволит активизировать артикуляционный аппарат для формирования и удержания правильных артикуляционных укладов;

4) борьба с патологическими компенсаторными привычками позволяет устранить излишние движения лицевых мышц;

5) работа над развитием фонематического слуха позволит дифференцировать различные звуки;

6) работа над развитием просодической стороны речи позволит устранить ринофонию и нормализовать темпо-ритмическую сторону речи.

Основной этап включает в себя следующие направления работы:

1) исправление дефектных звуков позволит произносить гласные и согласные звуки без носового оттенка;

2) автоматизация поставленных звуков изолированно, в слогах, в словах, в предложениях, в текстах;

3) дифференциация доступных звуков изолированно, в слогах, в словах, в предложениях, в текстах [2].

Одним из приоритетных направлений отечественной педагогики является разработка вспомогательных средств для детей с различными

нарушениями, в том числе, и для детей с тяжелыми нарушениями речи. Интенсивный поиск осуществлялся учеными, связанными с логопедией и сурдопедагогикой (Ф.А.Рау, М.А.Свищев, Е.Ф. Рау, А.Г. Ипполитова, Ф.Ф. Рау, М.Е. Хватцев, В.А. Цукерман, В.Д.Лаптев, В.А.Раздольский, Р.Е. Левина, Н.Ф.Слезина, Л.Н.Мещерская, Л.Я.Миссуловин, Т.К.Королевская).

Первые вспомогательные средства, можно отметить, в сурдопедагогике и были основаны на привлечении тактильных ощущений глухих детей в процессе восприятия и воспроизведения устной речи. Пособием для передачи данных вибраций выступали палочки, которые соприкасаясь с гортанью педагога передавали вибрацию ребёнку. В начале XX века данные средства сменились электрическими вибраторами различных конструкций. Первый прибор представлял собой микрофон, шестивольтовую батарею, трехламповый усилитель и вибратор. Разработан он был Р. Голтом в 1923 году. Последователями в России являлись М.П. Могильницкий и М.А. Свищев. В данный период времени происходит становление направления развития вспомогательных средств, направленных на формирование и коррекцию произносительной стороны речи, которые основываются на визуализации компонентов речи. Впервые электронно-лучевые трубки, которые послужили основой для приборов данного назначения, появились в США и Западной Европе, наибольшую известность получили приборы, разработанные Г.Фантом, Р. Джилком и Р.Хьюсенном, в России данные приборы начали появляться лишь к концу 60-х годов. В США к концу 70-х годов стали переходить к новым формам обучения и использованию информационных средств. Как показывает анализ зарубежных источников, первые попытки в разработке программно-аппаратных средств были предприняты западными специалистами и имели значительный успех в осуществлении образовательной деятельности.

В России в период 70-90-х годов продолжалось использование приборов, действие которых было основано на использовании электронно-

лучевой трубки, что существенно проигрывало использованию аппаратных комплексов, основанный на визуализации произносительных компонентов речи.

Следует отметить, что в основе овладения ребёнком речевой функцией лежит механизм подражания речи, которая воспринимается на слух. Важным условием овладения является сохранность сенсорных каналов, которые необходимы для восприятия устной речи окружающих. Если же сохранность слуховой функции нарушена, то перед педагогом возникает необходимость формирования представлений о правильном произношении звуков речи с помощью специализированных средств и использования «обходных путей». Особая образовательная потребность для детей с нарушенным слухом представляет собой применение вспомогательных средств обучения, которые позволяют восполнить звучащую речь с помощью сохранных органов восприятия.

Совместная работа сурдопедагогов и инженеров дала результаты в 50-х годах, начали разрабатываться вспомогательные средства обучения – приборы и устройства, применение которых было направлено на восполнение недостатков звучащей речи. Для глухих и слабослышащих детей структура обратной связи дополнялась за счет подключения тактильных ощущений и зрительного восприятия.

Таким образом, первые приборы, предназначенные для коррекции звукопроизношения базировались на принципе трансформации звуковых колебаний в механические. Позже В.А. Маккавеев в соответствии с принципами, разработанными Ф.Ф. Рау создал прибор, который контролировал вибрации, возникающие в различных органах артикуляции. Вибрация трансформировалась в ток, а лампочка показывала наличие вибрации. В эти годы был также разработан прибор, который позволял преобразовывать звучащую речь в механические импульсы, что давало информацию о голосообразовании и ритме речи.

В 40-х годах работники телефонных компаний А.Белла начали работу по преобразованию звучащей речи в оптические сигналы. Именно с этого времени принято считать создание программно-аппаратного комплекса «Видимая речь». Отображение речи в виде графических образов стало возможно благодаря электронно-лучевой трубке. Наиболее полную версию прибора предложили в 50-х годах Р. Поттер, Дж.Коп и Г.Грин. Преимуществом данного прибора являлась отображение звучащей речи с помощью 10 фильтров анализа поступающей речи и отображение результатов на экране электронно-лучевой трубки в виде непрерывного изображения спектра, сохраняющегося в течение определенного времени. Частотные полосы показывают частотный состав звука, колебания звука во времени отображает движение изображения, яркость определенных участков отражает амплитуду звучащей речи.

Разновидностью данного программно-аппаратного комплекса является «Камплекс», основным назначением являлось обучение глухих детей, но также его стали рассматривали и для работы с детьми с тяжелыми нарушениями речи. Использование данной программы позволяло отличать гласные звуки, отличать фрикативные звуки от взрывных. глухие от звонких и т.д. С помощью полосных фильтров звук, поступающий в микрофон. анализировался. отражение на неоновой лампе свидетельствовало об определенной частоте, а яркость света отражала амплитуду соответствующих частот. Аналогом в России выступал прибор «И-2». Данный прибор позволял показать обследуемому ребёнку дефекты его голоса, но гнусавый голос или фальцет на экране не отображались. Ф.Ф. Рау, отметил, что использовать данные приборы в учебном процессе можно лишь для отображения звучания отдельных звуков.

Значительным прогрессом в области создания информационных технологий послужила разработка В.Д. Лаптевым модели прибора серии «Видимая речь» - «Интонограф». Теперь на изображении присутствовало изменение тона голоса, но в связи с кратковременным

изображением звучащей речи на экране использование данного прибора в учебном процессе также было ограничено.

В конце 70-х годов появилась возможность разработки информационных технологий на базе микропроцессоров. Разработчики в данной области решили одну из главных проблем – сохранение в долговременной памяти компьютера любого по длительности звучания. Использование данной возможности позволило обучающемуся многократно воспроизводить образец, чтобы приблизиться к «эталонному» звучанию, но изображение также было представлено кривыми и спектрограммами, что также ограничивало использование данных средств в учебном процессе.

На факультете фонетики и лингвистики в 1989 году была разработана компьютерная программа тренажерного типа, которая позволяла визуализировать речь и интонацию ребёнка в процессе занятий с ним. Образцы, записанные диктором, предлагалось оценить «верно-неверно», в программе использовалась возможность записи не только образцов речи педагога, но и попыток ребёнка. В Германии, в исследовательской лаборатории аудиологии и акустики медицинской клиники Дюссельдорфского Университета была создана система визуализации звучащей речи на экране компьютера (система SPRASH - FARBBILD – TRANSFORMATION (SFT). Использование данной системы было представлено разделением экрана на две части, в одной из которых отражался «след» произнесения речевого материала учителем, а с другой – учеником. Благодаря неограниченному присутствию на экране изображений, присутствовала возможность детального рассмотрения и разбора речи ребёнка, каждый образец может быть неоднократно использован или удалён. Таким образом, изображение целостного высказывания на экране и выделение частотных характеристик речи позволит использовать данный комплекс в работе над произношением и развитием просодических характеристик речи.

В представленных выше системах не отображалась работа органов артикуляционного аппарата, данная проблема была решена с созданием «Палатографа». Основной частью прибора является искусственное нёбо, которое располагается во рту и опирается на твёрдое нёбо. Благодаря расположенным внутри сенсорам любые движения отображаются на экране. Используются также ларингональный и назальный датчики. Использование данного прибора возможно в диагностической и коррекционной работе с детьми с тяжелыми речевыми нарушениями для работы над кинетическим и кинестетическим праксисом.

Огромный прорыв в разработке вспомогательных информационных средств, направленных на коррекцию произносительной стороны речи, был осуществлен научными сотрудниками компании IBM. Так в 1989 году был создан программно-аппаратный комплекс «Видимая речь». Они разработали совершенно новую систему визуализации речевого акта, решив проблемы отображения всех просодических характеристик речи на экране, добавив элементы мультипликации. Также появлялась возможность использования стабильной обратной связи педагога с ребёнком в режиме реального времени с возможностью прослушивать речевой образец, который представлен соответствующим графиком на экране. Авторам «Видимой речи» впервые удалось визуализировать все компоненты речи, при этом каждый речевой параметр может быть представлен отдельно или в комплексе с другими. Также представлено изображение слоговой структуры слова. Данный программно-аппаратный комплекс обеспечивает поддержку процесса развития просодической стороны речи в доступных для ребёнка образцах. Впервые педагог может работать над коррекцией звукопроизношения на уровне фразы или текста, благодаря чему появилась возможность предметного анализа произносительной стороны речи ребёнка.

Таким образом, использование предметно-аппаратного комплекса «Видимая речь» позволит в полной мере работать над коррекцией

произносительной стороны речи у детей с тяжелыми речевыми нарушениями.

Выводы по первой главе

1. Ринолалия представляет собой патологию речи, характеризующуюся нарушением звукопроизношения и гиперназальностью. Открытая органическая ринолалия обусловлена врождёнными расщелинами губы и нёба, которые неблагоприятно влияют на развитие детского организма: нарушается питание ребенка, физиологическое и речевое дыхание, претерпевает изменения характер лицевой мускулатуры, возникает вероятность снижения слуха, стабилизируется неверное расположение языка в полости рта, все это, несомненно, приводит к нарушению формирования речи ребенка.

2. Основными психолого-педагогическими условиями коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией являются структура дефекта, поэтапность коррекционной работы и использование средств ИКТ в процессе коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.

Один из наиболее важных психолого-педагогических условий коррекции звукопроизношения у детей с челюстно-лицевыми дефектами является учет структуры дефекта. Для построения эффективной логопедической работы необходимо знать первичный ли дефект, какие патологические проявления наблюдаются у ребёнка. Коррекция нарушения звукопроизношения у детей с челюстно-лицевой патологией определяется в зависимости от структуры дефекта — коррекционная работа зависит от того, является ли открытая ринолалия первичным дефектом или следствием сопутствующей патологии.

Также необходимо учитывать соблюдение этапности работы с детьми с открытой органической ринолалией, обусловленной врождёнными расщелинами губы и нёба. Выделяют два этапа коррекционной работы: подготовительный и основной. Воздействие до операции является неотъемлемой частью коррекционного процесса, создаются предпосылки для

работы над коррекцией произношения, работа в данный период включает в себя работу над формированием нёбно-глоточного смыкания, костоабдоминального дыхания, развитием артикуляционной моторики, фонематического слуха и просодических характеристик речи, а также содержит работу по борьбе с компенсаторными привычками. На основном этапе логопедическая работа осуществляется по коррекции дефектных звуков.

Особое внимание уделяется использованию средств информационных технологий при построении коррекционного процесса. Разрабатываемые программные комплексы для развития речи являются неотъемлемой частью при работе с детьми с тяжелыми нарушениями речи.

Глава 2 Экспериментальное исследование коррекции звукопроизношения у детей с открытой органической ринолалией

2.1 Выявление уровня развития звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией

Экспериментальное исследование речевой функции детей с врождённым дефектом челюстно-лицевой области проводилось в МБУ детский сад №147 «Сосенка».

В ходе экспериментального исследования проводилось:

- 1) изучение индивидуальных историй болезни и анализ приведённых данных;
- 2) обследование артикуляционного аппарата и артикуляционной моторики;
- 3) обследование фонематического восприятия;
- 4) обследование просодической стороны речи;
- 5) обследование звукопроизношения.

Одним из необходимых условий исследования детей было изучение индивидуальных историй болезни. Целью данного исследования являлось получение необходимых данных о наличии отягощающего анамнеза у обследуемых детей. Также изучались сведения, полученные в результате осмотра детей узкими специалистами.

Обследование мелкой моторики детей осуществлялось с целью изучения возможностей кинестетического и кинетического орального праксиса. В процессе выполнения заданий на проверку кинестетического праксиса отмечалось умение принимать заданную позу, длительно ее удерживать, точно и быстро выполнять указанные задания. При проверке кинетического праксиса особое внимание обращалось на точность и плавность совершаемых упражнений, синхронность, соблюдение последовательности действий, а также синхронность действий [50].

При визуальном осмотре артикуляционного аппарата внимание обращалось на положение органов артикуляции, отмечались особенности строения и характер патологических проявлений. Исследовались функциональные возможности органов артикуляции, при выполнении заданных упражнений особое внимание уделялось отсутствию или наличию гиперсаливации.

Исследование фонетической стороны речи позволило выяснить степень и характер проявлений назального оттенка речи у обследуемых детей [40].

При исследовании звукопроизношения у детей с челюстно-лицевыми дефектами определялось качество произношения как согласных, так и гласных звуков, отмечался характер нарушения или отсутствия заданных звуков [24].

В ходе проведения констатирующего эксперимента лежали следующие принципы:

- принцип комплексного подхода является основополагающим для получения объективных данных о состоянии речевой функции, что позволит определить структуру речевого дефекта;

- принцип системного подхода позволяет определить логопедическое обследование, как последовательное изучение состояний всех компонентов языковой системы, а также моторных функций;

- онтогенетический принцип позволяет структурировать обследование речевого акта и рассмотреть результаты с учетом последовательности появления видов деятельности обследуемых детей, а также усвоения речевых и неречевых функций;

- принцип индивидуального подхода позволяет учитывать особенности каждого обследуемого ребёнка, а также его личностные характеристики;

- принцип деятельностного подхода позволяет организовать логопедическое обследование с учётом ведущего вида деятельности в определённый сензитивный период;

– принцип наглядности предполагает использование наглядного материала в ходе логопедического обследования – сюжетные и предметные картинки, реальные действия и предметы и различные виды помощи;

– этиопатогенетический принцип подразумевает необходимость определения этиологии, патогенеза нарушений и на основании полученных данных организации коррекционной работы [31].

Диагностические методики констатирующего эксперимента представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Диагностическая карта констатирующего эксперимента

Критерии	Показатели	Диагностические методики
I этап - Подготовительный		
Наличие челюстно-лицевых дефектов	-наличиеотягощающего анамнеза; -наличие действия патогенных факторов; -заключения стоматологов-ортодонт	Методика 1 «Изучение медицинских карт»
II этап - Основной		
Возможности кинестетического и кинетического праксиса	-кинестетический артикуляционный праксис; -кинетический оральный праксис; -динамическая координация артикуляционных движений; - мимическая мускулатура; -мышечный тонус и подвижность губ; -мышечный тонус языка и наличие патологической симптоматики	Методика 2 «Методика исследования артикуляционной и мимической моторики» (Е.Ф. Архипова)
Уровень сформированности фонематического восприятия	-узнавание неречевых звуков; -различение высоты, силы, тембра голоса; -различение слов, близких по звуковому составу; -дифференциация слогов; -дифференциация фонем; -наличие навыков элементарного звукового анализа	Методика 3 «Методика исследования фонематического восприятия дошкольников» (Е.Ф. Архипова)

Уровень сформированности просодической стороны речи	- ритм; - интонация; - голос; - тембр; - речевое дыхание.	Методика 4 «Исследование просодической стороны речи» (Е.Ф. Архипова)
Уровень развития звукопроизношения	- изолированное произношения звуков; - произношение в слогах различной структуры; - произношение в словах, где заданный звук занимает разные позиции; - произношение в словах разной слоговой структуры; - произношение заданных звуков в предложениях.	Методика 5 «Обследование звукопроизношения» (Е.Ф. Архипова)

Необходимым условием обследования детей с врождёнными расщелинами губы и нёба было изучение информации, содержащейся в индивидуальных историях болезни.

Методика 1 «Изучение медицинских карт»

Цель - Изучить индивидуальные истории болезни и проанализировать приведённые там данные

При изучении медицинских карт детей особое внимание обращается: на отягощающий развитие анамнез (сведения о токсикозе матери, хронических и инфекционных заболеваниях, наличии вредных привычек у матери и отца, сведения о родах, явлениях асфиксии), а также учитывались различные факторы, которые могли привести к нарушению развития ребёнка.

Также учитывались сведения, которые были получены в результате осмотра узкими специалистами, такими как невропатолог, психиатр, а также фиксировалось назначенное ими лечение [54].

Анализировались заключения хирургов, стоматологов, а также других специалистов, которые участвовали в обследовании детей.

В ходе изучения 50 медицинских карт детей старшего дошкольного возраста у 6 детей были выявлены врождённые расщелины губы и нёба. В

экспериментальном исследовании принимали участие две группы детей: первая группа (экспериментальная). В эксперименте участвовало 6 детей старшего дошкольного возраста (с 5 до 7 лет). Вторая группа (контрольная) – 6 человек: старшие дошкольники (с 5 до 7 лет) с нормальным речевым развитием.

Характер челюстно-лицевой патологии детей представлен в таблице 2.

Таблица 2 - Характер челюстно-лицевой патологии в момент исследования

№ п/п	Характер челюстно-лицевой патологии в момент исследования	Количество детей
До хирургического лечения		
1.	Субмукозные расщелины	1
2.	Расщелины мягкого и твёрдого нёба	1
После хирургического лечения		
3.	Расщелины верхней губы	1
4.	Расщелины мягкого нёба	1
5.	В том числе с послеоперационными дефектами	2
Всего детей		6

В момент экспериментального исследования до хирургического вмешательства было 2 обследуемых детей. Остальные прошли хирургическое лечение (соответственно – 4 человека). Таким образом, из 6 детей с челюстно-лицевой патологией у 2 детей отмечены дефекты до хирургического лечения, из них у 1 ребенка субмукозная расщелина, у 1 ребенка сквозная правосторонняя расщелина мягкого и твердого нёба.

А также были выявлены челюстно-лицевые патологии у 4 детей после уранопластики и хейлопластики. У 1 ребенка отмечается изолированная правосторонняя расщелина верхней губы без деформации костно-хрящевого отдела носа, у 1 ребенка отмечается изолированная правосторонняя расщелина верхней губы с деформацией костно-хрящевого отдела носа. У 2 детей отмечаются послеоперационные дефекты – у одного ребенка деформация губы за счет выраженных рубцов и рубцово-измененное нёбо у 1 ребенка.

Таблица 3 – Список детей экспериментальной группы

Имя, фамилия ребенка	Возраст на момент обследования	Диагноз
Маша Л.	5 лет	Правосторонняя расщелина верхней губы без деформации костно-хрящевого отдела носа
Катя К.	6,2 лет	Субмукозная расщелина
Данил А.	7,1 лет	Деформация губы за счет выраженных рубцов
Ваня П.	6,5 лет	Расщелина мягкого и твердого нёба
Аня А.	6 лет	Правосторонняя расщелина верхней губы с деформацией костно-хрящевого отдела носа
Даша Б.	5,3 лет	Рубцово-измененное нёбо

Из 6 карт обследуемых детей с врождёнными расщелинами губы и нёба в 4 случаях были выявлены сведения об отягощенном анамнезе.

Кроме сложного протекания беременности у 2 матерей, также были отмечены стремительные роды у одной матери, а также кесарево сечение соответственно.

Ребенок, находившийся на учёте у невропатолога, получал соответствующее лечение по поводу перинатальной энцефалопатии.

При обследовании артикуляционного аппарата ортодонтами было зафиксировано нарушение зубного ряда у всех детей с открытой органической ринолалией, у 4 детей отмечены нарушения прикуса, в том числе сужение верхней челюсти у всех обследуемых детей после уранопластики. Укороченная подъязычная связка наблюдалась у одного ребёнка [5].

Следует отметить, что фиксировалось заключение отоларинголога о состоянии носовой полости, носоглотки, а также состоянии внутреннего, среднего и наружного уха. Определение физического слуха проводилось отоларингологом в ходе приема в поликлинике. По результатам осмотра

детей с нарушением слуховой функции не выявлено [29]. Результаты изучения индивидуальных историй болезни приведены в таблице 4.

Таблица 4 - Результаты изучения индивидуальных карт историй болезни ЭГ

№ п/п	Показатели	Дети дошкольного возраста с врождёнными расщелинами губы и нёба
1.	Отягощенный анамнез	4
2.	Осложнения при родах	2
3.	Находились на учете у невропатолога	1
4.	Нарушения зубного ряда	6
5.	Нарушения прикуса	4
6.	Сужение верхней челюсти	4
7.	Укороченная уздечка языка	1
8.	Укороченная уздечка верхней губы	3
9.	Нарушения слуха	-

Обследование речевой функции проводилось в различных видах деятельности детей – на занятиях логопедических, музыкальных, общеобразовательных, а также в свободное время и в экспериментальных условиях. Исследование перечисленных показателей проходило в течении нескольких посещений одного ребёнка – от 3 до 10 раз в индивидуальных условиях. Данные условия обеспечили длительное наблюдение за состоянием речи каждого ребёнка и обеспечило максимальной информацией [33].

При обследовании артикуляционного аппарата и артикуляционной моторики использовалась методика Е.Ф. Архиповой «Методика исследования артикуляционной и мимической моторики».

Методика 2 «Методика исследования артикуляционной и мимической моторики» (Е.Ф. Архипова)

Цель – Обследовать артикуляционный аппарат и артикуляционную моторику

Содержание и критерии оценки:

Структура методики включает в себя 6 направлений исследования, такие как:

1. Исследование кинестетического артикуляционного праксиса.

2. Исследование кинетического орального праксиса.
3. Исследование динамической координации артикуляционных движений.
4. Исследование мимической мускулатуры.
5. Исследование мышечного тонуса и подвижности губ.
6. Исследование мышечного тонуса языка и наличия патологической симптоматики.

Рассмотрим более подробно содержание каждого блока данной методики.

1. Использование данного блока позволит выявить возможности кинестетического артикуляционного праксиса. Процедура обследования включала в себя 5 заданий, которые необходимо было выполнить сначала перед зеркалом, а затем без его помощи. Выполнение заданий оценивалось по пятибалльной шкале.

4 балла - правильный ответ;

3 балла - самокоррекция или правильный ответ после стимулирующей помощи;

2 балла - поиск артикуляции, ответ с единичными ошибками;

1 балл - неточный ответ, неточное выполнение задания;

0 баллов - отсутствие ответа.

2. Исследование кинетического орального праксиса включало в себя 5 заданий - «забор» - «окно» - «мост» - «парус» - «лопата», «вкусное варенье», которые необходимо было выполнить отраженно за логопедом. Для оценки выполнения того или иного упражнения просят удержать позу в течение 5-7 секунд. Выполнение заданий оценивалось по пятибалльной шкале.

4 балла - правильное выполнение движения с точным соответствием всех характеристик предъявленному;

3 балла - замедленное и напряженное выполнение, быстрая истощаемость;

2 балла - время фиксации позы ограничено 1-3 секундами;

1 балл - выполнение с ошибками, длительный поиск позы, отклонения в конфигурации, синкинезии, гиперкинезы, гиперсаливация;

0 баллов - невыполнение движения.

3. Динамическая координация артикуляционных движений исследовалось с помощью артикуляционной гимнастики, данные упражнения позволили проверить кинестетический и кинетический праксис. Учитель-логопед отмечал быстроту и точность выполнения заданий, отмечалось наличие синкинезий. Задание оценивалось по пятибалльной шкале.

4 балла — сравнительно точное выполнение движений, все движения координированы;

3 балла — замедленное и напряженное выполнение переключений с одного движения на другое;

2 балла — количество правильно выполненных движений ограничено двумя-тремя;

1 балл - выполнение с ошибками, длительный поиск позы, замена одного движения другим, синкинезии, саливация, гиперкинезы;

0 баллов — невыполнение движений.

4. Исследование мимической мускулатуры представляет собой выполнение заданий отраженно за логопедом. Выполнение заданий оценивалось по пятибалльной шкале.

4 балла — точное выполнение заданий, отсутствие нарушений мышечного тонуса мимической мускулатуры и другой патологической симптоматики;

3 балла — неточное выполнение некоторых движений, незначительное нарушение тонуса мимической мускулатуры;

2 балла — единичные движения нарушены, единичные патологические симптомы;

1 балл - затруднения при выполнении движений, умеренно выраженное нарушение мышечного тонуса мимической мускулатуры (гипертонус, гипотонус, дистония), сглаженность носогубных складок, синкинезии;

0 баллов — грубо выраженная патология мышечного тонуса мимической мускулатуры, гипомимия.

5. Блок заданий, направленных на исследование мышечного тонуса и подвижности губ, позволяет определить наличие врождённой расщелины, послеоперационного рубца или отсутствие дефекта. Учитель-логопед фиксировал положение губ, отмечал характер тонуса губ, а также их симметричное или ассиметричное положение. Упражнения артикуляционной гимнастики использовались для проверки функциональных возможностей. Выполнение заданий оценивалось по пятибалльной шкале.

4 балла — точное выполнение заданий, тонус в норме, губы подвижные;

3 балла — неточное выполнение движений, незначительное нарушение тонуса губной мускулатуры;

2 балла — верхняя губа напряжена, ограничена ее подвижность;

1 балл — затруднения при выполнении движений, выраженное нарушение тонуса губной мускулатуры, губы малоподвижные;

0 баллов — невыполнение заданий, грубо выраженная патология.

6. Заключительным блоком является исследование мышечного тонуса языка и присутствие патологической симптоматики. Функциональные возможности языка проверялись с помощью артикуляционной гимнастики и также включали задания на обследование кинестетического и кинетического праксиса. Учитель-логопед отмечал правильность принятия артикуляционной позы, длительность её удержания, наличие синкинезий. Выполнение заданий оценивалось по пятибалльной шкале.

4 балла — точное выполнение движений, отсутствие нарушений мышечного тонуса, патологической симптоматики;

3 балла — неточное выполнение заданий, незначительное нарушение тонуса языка;

2 балла — затруднения при выполнении упражнений, умеренно выраженное нарушение мышечного тонуса языка, саливация, усиливающаяся при функциональной нагрузке, девиация языка;

1 балл — грубо выраженное нарушение мышечного тонуса языка, выраженная патологическая симптоматика;

0 баллов — не выполняет задание [3].

Артикуляционная моторика была исследована с помощью методики Е.Ф. Архиповой «Методика исследования артикуляционной и мимической моторики». Результаты исследования артикуляционной моторики ЭГ отражены в таблице 5 приложения А.

После завершения исследования выявленных показателей составляется профиль структуры двигательного нарушения каждого обследуемого ребенка ЭГ. Наличие патологической симптоматики и степень ее выраженности позволяет оценить балльная оценка той или иной функции.

Балльная оценка функции позволяет оценить не только наличие патологической симптоматики, но и степень ее выраженности. Параметры соответствуют приведенным выше.

Можно определить 4 уровня сформированности артикуляционной моторики:

Высокий уровень (24-18 баллов) – точное выполнение заданий, движения координированы, тонус в норме.

Уровень выше среднего (18-12 баллов) – самокоррекция при выполнении, сложность в переключении движений, незначительные нарушения тонуса.

Средний уровень (12-6 баллов) – затруднения при выполнении заданий, ограничена правильность движений, выраженные нарушения тонуса.

Низкий уровень (6-0 баллов) – не выполняет задания, выраженная патологическая симптоматика.

Обратимся к результатам, направленным на исследование артикуляционной моторики в экспериментальной (ЭГ) и контрольной (КГ) группах (таблица 5).

Таблица 5 - Сравнительный анализ состояния уровня сформированности артикуляционной моторики

Артикуляционная моторика				
Уровни сформированности	ЭГ		КГ	
	%	Кол-во детей	%	Кол-во детей
Высокий	50%	3	83%	5
Выше среднего	17%	1	17%	1
Средний	33%	2	0%	0
Низкий	0%	0	0%	0

Можно отметить, что состояние сформированности артикуляционной моторики обеих групп находится на высоком уровне. Наибольшие трудности для детей ЭГ и КГ вызвали задания на исследование кинестетического орального праксиса. Дети не могли найти нужную артикуляционную позу, но после стимулирующей помощи выполняли задание. Состояние мышечного тонуса и подвижности губ и мышечного тонуса языка в КГ намного лучше, чем в ЭГ из-за наличия патологической симптоматики. У Маши Л. наблюдаются сложности в выполнении заданий последних двух блоков из-за наличия гипотонуса в мышцах губ и языка. У Данила А. затруднения возникали при выполнении упражнений артикуляционной гимнастики из-за дистонии мышц языка. Ваня П. имел затруднения в выполнении заданий всех блоков, особые трудности возникали при выполнении артикуляционных упражнений «мост», «окно», «забор», «трубочка», «забор-трубочка» движения были неточными, отмечалась гиперсаливация. Аня А. набрала наименьшее количество баллов. Трудности в выполнении заданий отмечались во всех блоках из-за сложности нахождения и удержания артикуляционной позы. Катя К. набрала наибольшее количество баллов, что свидетельствует о высоком уровне сформированности артикуляционной

моторики. Даша Б. справилась со всеми заданиями после сопряженного выполнения с учителем-логопедом [12].

Таким образом, можно сделать вывод, что высокий уровень сформированности артикуляционной моторики выявлен у 3 детей ЭГ, что составляет 50 %, уровень выше среднего – у 1 ребенка ЭГ (17%), средний уровень – у 2 детей ЭГ (33%).

Методика 3 «Методика исследования фонематического восприятия дошкольников» (Е.Ф. Архипова)

Цель – выявить возможности узнавания и различения звуков.

Содержание и критерии оценки:

Система обследования фонематического слуха представляет собой традиционные логопедические приёмы для оценки речевой функции у детей. Методика представлена 6 блоками заданий, система балльной оценки стандартизирована. Представленная методика позволила наглядно представить дефект, определить степень выраженности речевого нарушения, в частности фонематического восприятия. В дальнейшем использование данной методики позволит проследить динамику развития фонематического слуха у ребёнка и эффективность логопедического воздействия.

Методика включает в себя 6 блоков заданий, исследование проводилось в виде игр-заданий с последовательными действиями:

1. Узнавание неречевых звуков

В ходе исследования детям предлагаются игры с музыкальными инструментами, коробочки с разным наполнением, при постукивании о которые можно услышать различные звуки; также показываются знакомые предметы, и дети должны услышать, не опираясь на зрительный анализатор.

2. Различение высоты, силы, тембра голоса

Данная проба необходима для определения того, как ребёнок различает одинаковые звуковые комплексы, которые различны по своим темпоритмическим характеристикам.

3. Дифференциация слов, которые близки по звуковому составу

Данные пробы фиксируют недостаточность фонематического анализа, а также снижение слухоречевой памяти и трудности семантической дифференциации слов.

4. Дифференциация слогов

Использование упражнений данного блока позволит определить способность дифференцировать звуки по противопоставлениям: звонкость - глухость, твердость - мягкость, свистящие - шипящие и т.д.

5. Дифференциация фонем

Использование заданий, представленных в данном блоке, позволит определить возможность дифференциации фонем, а также определит возможности к формированию звукового анализа.

6. Навыки элементарного звукового анализа

Целью использования упражнений данного блока является изучение умений, а также навыков осуществления элементарного звукового анализа.

Критерии оценки:

4 балла - точное выполнение задания;

3 балла - допускает негрубые ошибки;

2 балла - выполнил 0,5 задания верно;

1 балл - более 0,5 задания выполнено неверно;

0 баллов - отказ или невыполнение задания [3].

Результаты исследования фонематического восприятия испытуемых ЭГ представлены в таблице приложения А.

После завершения исследования выявленных показателей составляется профиль структуры сформированности фонематического восприятия каждого обследуемого ребенка. Параметры соответствуют приведенным выше.

Можно определить 4 уровня сформированности артикуляционной моторики:

Высокий уровень (24-18 баллов) – точное выполнение заданий, движения координированы, тонус в норме.

Уровень выше среднего (18-12 баллов) – самокоррекция при выполнении, сложность в переключении движений, незначительные нарушения тонуса.

Средний уровень (12-6 баллов) – затруднения при выполнении заданий, ограничена правильность движений, выраженные нарушения тонуса.

Низкий уровень (6-0 баллов) – не выполняет задания, выраженная патологическая симптоматика.

Обратимся к результатам, направленным на исследование фонематического восприятия в экспериментальной (ЭГ) и контрольной (КГ) группах (таблица 6).

Таблица 6 - Сравнительный анализ состояния уровня сформированности фонематического восприятия

Фонематическое восприятие				
Уровни сформированности	ЭГ		КГ	
	%	Кол-во детей	%	Кол-во детей
Высокий	67%	4	100%	6
Выше среднего	33%	2	0%	0
Средний	0%	0	0%	0
Низкий	0%	0	0%	0

Можно отметить, что уровень сформированности фонематического восприятия у обеих групп высокий. Дети КГ справились со всеми заданиями. При обследовании фонематического восприятия дети ЭГ более успешно справлялись с заданиями, которые предусматривали дифференциацию изолированных звуков. Наибольшее количество ошибок допускались в заданиях на различение и выделение звуков в словах и фразах, но после стимулирующей помощи задания выполняли верно. Ваня П. имел сложности в дифференциации фонем, по подражанию он не смог произнести звуковые цепочки, а также возникали трудности с различением заданного звука среди других речевых звуков ([щ]: [ш, с', щ, ч, ц, ш]; [ц]: [т, с', ц, т', ш, ц]). Аня А. имела сложности в выполнении заданий по дифференциации фонем и слогов,

произношение которых было сходно по артикуляционным признакам. Маша Л. и Катя К. набрали высокие баллы, все задания были выполнены верно, негрубые ошибки были допущены в заданиях на различение фонем и слогов. У Данила А. и Даши Б. трудности возникли в дифференциации слов, сходных по своему звучанию [18].

Таким образом, можно сделать вывод, что высокий уровень сформированности фонематического слуха выявлен у 4 детей ЭГ (67%). Уровень выше среднего у 2 детей ЭГ (33%).

Методика 4 «Исследование просодической стороны речи» (Е.Ф. Архипова)

Цель – обследовать просодическую сторону речи

Содержание и критерии оценки:

Исследование голосовых возможностей включало соотношение всех голосовых характеристик и их проявлений у детей с челюстно-лицевыми дефектами. Учитель-логопед отмечал возможности регулирования силы голоса в процессе речевой активности.

Обследование осуществлялось в форме общей беседы, а также во время наблюдения за детьми в процессе занятий и в ходе свободной деятельности и в экспериментальных условиях. Заключение по всем блокам описанной методики проводилось на основе следующих акустических характеристик голоса: наличия звонкости, охриплости, силы или слабости.

Методика включает в себя 7 блоков заданий, исследование проводилось в виде игр-заданий с последовательными действиями:

1. Исследование ритма

Исследование ритма является неотъемлемой частью логопедического обследования, так как именно ритм способствует развитию интонационной выразительности, а также создает предпосылки для усвоения логического ударения.

2. Исследование интонации

Изучение восприятия интонации осуществляется для выяснения понимания того, что речь каждого человека обладает наличием разнообразных интонаций. Данное разнообразие можно получить путём изменения силы, высоты, тембра, а также различных модуляций голоса. Интонация эмоционально окрашивает речь и помогает выразить чувства.

Критерии оценки для исследования ритма и интонации:

4 балла - задание выполняется правильно и самостоятельно;

3 балла - задание выполняется правильно, но в замедленном темпе;

2 балла - задание выполняется с ошибками, но ошибки исправляются самостоятельно по ходу работы;

1 балл - для выполнения задания требуется активная помощь взрослого;

0 баллов - задание не выполняется, повторные инструкции неэффективны.

3. Исследование голоса

Исследования голоса необходимо для выявления умений детей с челюстно-лицевыми дефектами определять движение мелодии снизу вверх и наоборот.

Критерии оценки:

4 балла - задание выполняется с достаточными модуляциями по высоте;

3 балла - задание выполняется с недостаточными модуляциями голоса по высоте;

2 балла - задание выполняется без модуляций голоса по высоте, но при сопряженном выполнении задания высота голоса изменяется;

1 балл - задание выполняется без модуляций голоса по высоте, но при сопряженном выполнении задания высота голоса остается без изменений;

0 баллов - задание не выполняется.

4. Исследование тембра

Оценка тембра осуществляется первоначально для общения педагога с ребёнком во время поиска межличностного контакта. Для обследования данного блока применялась шкала оценки тембра, которая была предложена Е.С. Алмазовой.

0 баллов - нормальный голос, отклонений от нормального тембра не отмечается.

1 балл - легкая степень нарушения тембра, тембр ребенка может быть крикливым или «писклявым», назализованным.

2 балла - умеренные нарушения тембра, тембр ребенка может быть грубым или «квакающим».

3 балл - выраженные нарушения тембра голоса, тембр ребенка может быть гортанным, резким, глухим, «металлическим».

4 баллов - афония, отсутствие звучного голоса при наличии шепотной речи.

5. Исследование речевого дыхания

Целью обследования является определение ведущего типа дыхания: поверхностное, верхнеключичное или костоабдоминальное

Критерии оценки:

4 балла - диафрагмальный тип дыхания, дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох, выдыхаемая воздушная струя сильная и целенаправленная.

3 балла - диафрагмальный тип дыхания, дифференцирует носовой и ротовой вдох и выдох, снижен объем и сила выдоха.

2 балла - диафрагмальный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха, недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха.

1 балл - верхнеключичный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха, не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох.

0 баллов - задание не выполняет [3].

Результаты исследования просодической стороны речи старших дошкольников МБУ детский сад №147 «Сосенка» представлены в таблице 9 приложения А.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что у детей ЭГ увеличивается появление слабости голоса, а также присутствует охриплость. Это явление наблюдается у двоих детей – у Вани П. и у Ани А., однако у остальных (Маша Л., Катя К., Данил А., Даша Б.) наблюдался голос звонкий. У Маши Л., Кати К. и Даши Б. наблюдалось сочетание голоса и силы. В приложении. В представлены профили структуры сформированности просодической стороны речи детей.

Все дети ЭГ справились с воспроизведением «громко», подражали высокому голосу 2 ребёнка – Маша Л. и Катя К., среднему голосу – все дети ЭГ, низкому голосу- 4 ребёнка (Маша Л., Катя К., Данил А., Даша Б.). Передать вопросительную информацию могли все дети.

Можно сделать вывод по результатам исследования, что дети с челюстно-лицевыми дефектами имеют неплохие показатели сформированности просодической стороны речи и в дальнейшем развитии интонационной стороны речи и регулировании силы голоса [32].

Выполняя упражнения, направленные на проверку ритма речи многие дети ЭГ допустили ошибки, а также нарушения были отмечены при повторении ряда гласных звуков. Основной ошибкой у детей ЭГ являлось невозможность различного произнесения длинного и короткого звуков. Данил А., Ваня П., Аня А. не могли воспроизвести точное количество звуков. Катя К., Данил А. ускоряли темп, выполняя задание.

Следовательно, у большинства детей с челюстно-лицевым дефектом проявляется тенденция к восприятию ритмического рисунка и его воспроизведения. Таким образом, чем задание было сложнее, тем больше детей ЭГ делали его с ошибками. Наиболее распространёнными ошибками являлось ускорение темпа при выполнении упражнения и невозможность находить, а также воспроизводить ударную позицию [14]. После завершения

исследования выявленных показателей составляют соответствующие профили структуры по каждому исследуемому критерию для каждого ребёнка ЭГ (Приложение Б).

Можно выявить 4 уровня сформированности просодической стороны речи:

Высокий уровень (56-42 балла) – просодическая сторона речи в норме, голос нормальный, диафрагмальный тип дыхания, объем и сила выдоха в норме.

Уровень выше среднего (42-28 балла) - незначительные отклонения тембра, темпа, ритма, назализованный оттенок, диафрагмальный тип дыхания, объём и сила выдоха снижены.

Средний уровень (28-14 балла) – значительный отклонения тембра, темпа, ритма, назализованный оттенок, верхнеключичный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха.

Низкий уровень (14-0 баллов) – просодическая сторона речи не сформирована, «металлический» оттенок голоса, верхнеключичный тип дыхания, малый объем и сила выдоха.

Таблица 7 - Сравнительный анализ состояния уровня сформированности просодической стороны речи

Просодическая сторона речи				
Уровни сформированности	ЭГ		КГ	
	%	Кол-во детей	%	Кол-во детей
Высокий	33%	2	83%	5
Выше среднего	67%	4	17%	1
Средний	0%	0	0%	0
Низкий	0%	0	0%	0

Таким образом, можно сделать вывод, что 2 детей высокий уровень сформированности просодической стороны речи, что составляет 33%, у 4 детей уровень выше среднего, что составляет 67%.

Методика 5 «Обследование звукопроизношения» (Е.Ф. Архипова)

Цель – выявить уровень развития звукопроизношения

Обследование звукопроизношения осуществляется на основе принципов Г.В. Чиркиной и начинается с проверки изолированного произношения следующих групп звуков: гласные, свистящие, шипящие, аффрикаты, сонорные, глухие и звонкие парные звуки в твердом и мягком звучании, а также мягкие звуки в сочетании с разными гласными. При обследовании звукопроизношения особое внимание нужно обратить на характер произнесения изолированных звуков, указав характер нарушения. В методике используются многократные повторения звуков, так как при такой ситуации создаются условия, которые облегчают артикуляционные переключения с одного звука на другой. Использование данных заданий позволяет обнаружить трудности иннервации артикуляционного аппарата.

При фиксировании результатов предусматривался учет трёх характеристик произношения звуков: (П) - звук считался правильным, если ребёнок мог повторить его за взрослым без искажений или произносился правильно в спонтанной речи, (О) - звук отсутствовал, (И) - произносился с искажением.

Методика включает в себя 5 блоков заданий:

- 1) изолированное произнесение
- 2) в слогах разной структуры (8 модулей);
- 3) в словах, где звук занимает разные позиции (отраженно и самостоятельно по картинке);
- 4) в словах разной слоговой структуры (13 классов) (отраженно и самостоятельно по картинке)
- 5) в предложении (отраженно, по картинке, по вопросам).

Критерии оценки для исследования звукопроизношения:

- 4 балла - правильно произносятся все звуки;
- 3 балла - нарушается произношение одного звука;
- 2 балла - нарушается произношение 2-3 звуков;
- 1 балл - искажаются, заменяются более 3 звуков;
- 0 баллов - искажаются, заменяются все звуки.

Можно определить 4 уровня сформированности звукопроизношения:

Высокий уровень (24-18 баллов) - все звуки произносятся верно изолированно и в спонтанной речи:

Уровень выше среднего (18-12 баллов) - искажается произношение гласных звуков и согласных звуков третьей группы

Средний уровень (12-6 баллов) – искажается и отсутствует произношение гласных звуков и согласных звуков третьей группы

Низкий уровень (6-0 балл) – звуки всех групп произносятся искаженно или отсутствуют [3].

Обратимся к результатам, направленным на исследование звукопроизношения в экспериментальной (ЭГ) и контрольной (КГ) группах (таблица 8).

Таблица 8 - Сравнительный анализ состояния уровня развития звукопроизношения

Звукопроизношение				
Уровни сформированности	ЭГ		КГ	
	%	Кол-во детей	%	Кол-во детей
Высокий	0%	0	63%	5
Выше среднего	50%	3	37%	3
Средний	33%	2	0%	0
Низкий	17%	1	0%	0

Таким образом, можно сделать вывод, что уровень выше среднего отмечается у 3 детей, что составляет 50%. Средний уровень сформированности звукопроизношения отмечается у 2 обследуемых детей (33%), низкий уровень сформированности звукопроизношения у 1 ребенка, что составляет 17%.

Следует отметить, что результаты обследования звукопроизношения у детей КГ значительно лучше, чем у детей ЭГ. Дети КГ не имели трудностей в произношении гласных звуков, а также звуков 1-ой и 2-ой группы.

По результатам исследования звукопроизношения у детей ЭГ, можно сделать следующие выводы: наиболее простыми для воспроизведения гласных звуков оказался звук [а]. Данный звук произнесли правильно все дети, как в изолированном произношении, так и в спонтанной речи. Артикуляционный уклад данного звука оказался наиболее легким для удержания.

Наиболее сложными гласными звуками оказались [ы] и [у], у Вани П. и Ани А. данные звуки отсутствовали, у Даши Б. данные звуки искажались и приобретали носовой оттенок в изолированном произношении и в спонтанной речи, у 2 детей (Данил А., Катя К.) звуки искажались в спонтанной речи. Произношение звука [ы] сопровождалось недостаточным раздвижением губ в улыбку и сильным смыканием челюстей. Воспроизводя звук [у], многие дети избыточно напрягали губы. У ряда детей данное явление наблюдалось при произношении звука [о]. Звук [э] правильно произнесли правильно все дети, из них Маша Л., Катя К., Данил А. произнесли его правильно в спонтанной речи, у 3 детей (Ваня П., Аня А., Даша Б.) данный звук был искажен [34].

Условно согласные звуки можно разделить на три группы:

1. Произношение данных звуков у детей с открытой органической ринолалией не нарушено или незначительно искажено. В данную группу звуков входят: [j], [x], [x'], [в], [в'], [ф], [ф'], [м], [м'], [н], [н']. Таким образом, исходя из результатов обследования, можно сделать вывод, что изолированно данные звуки произносят правильно все дети, из них Ваня П. и Аня А. произносят их искаженно в спонтанной речи.

2. Произношение звуков второй группы носит стойкий характер искажений. В данную группу звуков входят: [п], [п'], [б], [б'], [т], [т'], [д], [д'], [к], [к'], [г], [г']. Отсутствие нарушений звукопроизношения данной группы наблюдается лишь у Маши Л., искаженно звуки произносят 6 детей, у Вани П. отсутствуют некоторые звуки из данной группы.

3. При произношении данной группы звуков отмечают грубые стойкие искажения или полное отсутствие в речи. В данную группу звуков входят: [с], [с'], [з], [з'], [ц], [ш], [ж], [ч], [щ], [л], [л'], [р], [р']. У всех обследуемых детей отмечаются нарушения произношения данной группы звуков, из них у 6 детей наблюдаются грубые стойкие искажения, у 2 детей (Ваня П., Аня А.) отмечаются отсутствие в речи звуков данной группы.

Самыми сложными оказались звуки третьей группы. Часть из них смогли произнести правильно лишь несколько детей дошкольного возраста.

Характер искажения согласных звуков третьей группы был связан с неверным принятием артикуляционной позы, а также с выходом воздушной струи через носовую полость. При отраженном и сопряженном проговаривании дети произносили указанные звуки, но чаще произнесение было похоже на неопределённый хрип в области носоглотки.

При работе со звуками первой группы возможности длительного удержания артикуляционной позы возрастают, также следует отметить, неплохие результаты при произношении звуков второй группы. Успешное выполнение предложенных заданий отмечалось у тех детей, кто ранее занимался с учителем-логопедом. Однако зачастую при попытке принять или удержать артикуляционную позу возникали синкинезии и тремор в мышцах, не участвующих в речевом акте. Наблюдается повышение тонуса мышц лица, шеи и рук при воспроизведении звуков второй и третьей групп [45].

Исследовав речевую функцию детей ЭГ, можно сделать вывод, что патология речи у детей обследуемой группы неоднородна и может быть разделена на следующие две группы: Первую группу представляют собой дети, которые имеют речевую патологию – открытая органическая ринолалия. Из общего числа ЭГ детей с данным нарушением было выявлено 4 человека (Маша Л., Катя К., Данил А., Даша Б.), что составляет 67%. Структура дефекта представляла собой нарушение звукопроизношения и гиперназальность, но, следует отметить, что данные проявления имеют прямую зависимость от фактов проведения хирургического лечения и

логопедического воздействия. После ураноаластики и хейлопластики у детей может быть значительное улучшение звукопроизношения, отсутствие назальности, появление в речи согласных звуков 1 и групп, звуки же 3 группы могут быть частично нарушены, либо искажены или отсутствовать. При исследовании артикуляционной моторики отмечаются лёгкие проявления диспраксии, которые обусловлены незначительными нарушениями тонуса мышц, зачастую повышенного, который проявляются в мышцах губ и языка. Состояние номинативного, предикативного и атрибутивного словарей соответствует возрастной норме, восприятие фонетическое – сохранно.

Вторую группу представляют собой дети, которые имеют челюстно-лицевой дефект и проявления дизартрической симптоматики. С сочетанной патологией было выявлено 2 ребёнка (Ваня П. и Аня А.), что составляет 33%. Звукопроизношение в большинстве случаев тотально нарушено, а степень его нарушения напрямую не зависит от факта проведения хирургического вмешательства. В артикуляционной моторике наблюдаются патологические проявления – повышенный тонус, тремор и гиперкинезы. Степень же нарушения артикуляционной моторики может быть от лёгкой до грубо выраженной, также может наблюдаться кинестетическая и кинетическая диспраксии. Фонематическое восприятие может быть сохранно, а также может быть нарушено в различной степени. Состояние словаря в большинстве случаев соответствует возрастной норме, но из-за трудностей воспроизведения слов со сложной слоговой структурой, могут наблюдаться трудности в формировании словаря и ошибки в построении фраз [55].

2.2 Реализация психолого-педагогических условий развития звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией

После экспериментального исследования состояния речевой функции детей с врождёнными расщелинами губы и нёба были обусловлены основные

этапы и направления работы, способствующие коррекции звукопроизношения у детей с челюстно-лицевыми дефектами.

Следует отметить, что у ЭГ детей с открытой ринолалией и сочетанной патологией присутствует нарушение моторной программы. В процессе коррекционной работы необходимо сформировать двигательный навык, который позволит с помощью приобретённых умений решать определённый вид двигательной задачи. Построение движений осуществляется по данным фазам, которые описал Н.А. Бернштейн:

1. Фаза срабатывания координационных элементов, состоящая из определения двигательного состава навыка и подгонки движений к личным свойствам индивидуума.

2. Фаза стандартизации или стойкости навыка.

3. Фаза стабилизации или динамической устойчивости, в процессе которой наблюдаются пластичность в работе органов, возможность переноса деятельности на другие виды заданий и сопротивляемость к деавтоматизации [1].

Вышеописанные положения отражают сущность аспектов коррекционной работы в отношении определенных действий или в отношении всех компонентов, участвующих в речевом акте.

Стабилизации речевых программ мешают факторы, которые, в свою очередь, приводят к деавтоматизации – усиленная фиксация на своих движениях, снижение развития навыков, резкая смена или усложнение движений, а также долгие перерывы.

Необходимо учитывать все условия при построении коррекционной работы для детей с открытой ринолалией и сочетанной патологией. Следует также учитывать особенности, характерные именно для речевого акта, а также специфику деформации аппарата артикуляции: нарушение целостности, период проведения уранопластики и хейлопластики.

Таким образом, при выборе приёмов коррекционной работы нужно определить общие направления, характерные для коррекционной работы над

звукопроизношением для всех детей, имеющих врождённый анатомический дефект артикуляционного аппарата, а также учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка. Определенные направления коррекционных занятий заключались в снижении патологической симптоматики, которые наблюдаются при неврологических нарушениях. Необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого ребёнка при выборе коррекционных приёмов и определении дозировки способов воздействия [4].

Можно выделить два этапа коррекционного процесса, которые будут включать основные направления работы, изученные в ходе констатирующего эксперимента:

1. Подготовительный этап (подготовка органов артикуляции к работе над произношением звуков; нормализация речевого дыхания; развитие фонематического восприятия)

2. Основной этап (постановка дефектных гласных звуков; развитие просодических характеристик речи; постановка дефектных согласных звуков; автоматизация звуков; дифференциация звуков.)

Следовательно, цель коррекционной работы - онтогенетически развивать произносительную сторону речи детей с челюстно-лицевыми дефектами, оптимизировать функции речевого аппарата. Чтобы достичь поставленной цели, необходимо решить следующие задачи:

1. Развивать возможности артикуляционного аппарата к работе над коррекцией дефектных звуков.

2. Развивать костоабдоминальное дыхание, развивать длительный ротовой выдох в речевом процессе.

3. Нормализовать просодическую сторону речи;

4. Научить детей дифференцировать речевые звуки;

5. Научить обследуемых детей произносить звуки в соответствие с нормами русской фонетики;

6. Автоматизировать произношение в слогах, словах, фразах и текстах [23].

Реализовать данные задачи в коррекционно-логопедической работе нам позволит программно-аппаратный комплекс «Видимая речь III». Данная компьютерная программа используется учителями-логопедами уже более 10 лет, а результаты применения комплекса в логопедической работе свидетельствуют об эффективности использования её в коррекционных учреждениях различного вида.

Программно-аппаратный комплекс «Видимая речь III» направлен на:

- 1) формирование и уточнение артикуляторных навыков;
- 2) развитие и коррекцию голоса;
- 3) постановку, автоматизацию и дифференциацию звуков;
- 4) формирование звуко-слового анализа и синтеза;
- 5) воспитание навыков самоконтроля.

Коррекционные мероприятия по восстановлению речи у детей с ринолалией и риноплалией в сочетании с дизартрией независимо от факта проведения уранопластики, предусматривает наличие подготовительного этапа, позволяющего постепенно подвести ребёнка к работе по формированию необходимых навыков [28].

Цель этапа - сформировать правильные артикуляционные уклады, развить фонематическое восприятие и сильную направленную воздушную струю.

Основным направлением работы являлась подготовка органов артикуляции к формированию необходимых артикуляционных укладов. Перед использованием программно-аппаратного комплекса «Видимая речь III», упражнения которого направлены на коррекцию просодической стороны речи, а также коррекцию и развитие звукопроизношения, необходимо подготовить органы артикулирования к эффективной работе.

Для подготовки органов артикуляции к правильному произношению звуков необходимо научить детей чувствовать свои язык, губы, щеки, научиться ими управлять. При подборе заданий данного направления работы учитывались рекомендации Н.Т. Латышевой, применяемые при начальном

разучивании движений: для облегчения условия выполнения двигательного действия - необходимо расчленение сложного двигательного акта на простые.

Задания включали использование бытовых ситуаций:

1. Детей научили сморкаться, осуществлять выдох через нос.
2. Приучили нюхать (то есть производить вдох носом) цветы, овощи, фрукты, пробки и флаконы из-под духов.

3. Использовалось игровое задание «Вкусно пахнет» - необходимо нюхать приятно пахнущий предмет, затем, широко раскрыв рот, произносить: А-А-А. Сначала шёпотом, потом - постепенно добавляя голос.

4. Широко раскрыв рот, детям предлагалось выдыхать на зеркало до появления там испарины. Постепенно, на выдохе дети произносили звуки: А-А-А; О-О-О; Э-Э-Э; Звуки сначала произносились шёпотом, постепенно добавлялся голос, в соответствии с голосовыми возможностями ребёнка.

Таким образом, у всех детей сформировался носовой вдох и ротовой выдох - основа всего коррекционного процесса. У Вани П. возникли сложности с включением голоса в выполнении данного упражнения, Аня А. не смогла совершить переход от шёпота до включения голоса при выполнении задания.

5. Использовалось игровое задание «Погреем руки» - широко раскрыв рот, дети выдыхали на ладони тёплый воздух: Х, Х, Х. Это упражнение можно варьировать, чередуя резкие короткие выдохи с длительными, протяжными.

Данное упражнение позволило развить костоабдоминальное дыхание у всех детей. При выполнении данного упражнения у Вани П. не получалось совершать длительные протяжные выдохи из-за проявления неврологической симптоматики, Даша Б. не смогла выполнить упражнение, так как чередование коротких и длительных выдохов было затруднено из-за дефекта носовых пазух после хейлопластики.

6. Набрав в рот воды, детям предлагалось удерживать её в течение некоторого времени, затем, открыв рот, - вылить в раковину. В ходе этого задания постепенно учили детей сплёвывать воду при помощи щёк и губ. В качестве усложнения предлагалось задание - сплюнуть воду, поставив язык между губами.

7. Дети полоскали рот водой, перекачивая воду из одной щеки в другую.

8. То же самое (см. задания 6,7) выполняли с воздухом.

Использование 6-8 заданий позволило подготовить органы, участвующие в речевом акте, для дальнейшей логопедической работы над коррекцией звукопроизношения. У всех детей возникли трудности в выполнении данного задания из-за характера незращения губы и нёба, а также из-за наличия патологической симптоматики у детей с сочетанной речевой патологией. Ваня П. не мог надуть щеки из-за гипотонуса мышц органов артикуляции, участвующих в речевом акте. У Ани А. возникли сложности в удержании воды с надутыми щеками из-за спастичности мышц. Данил А. из-за деформации губы после хейлопластики не мог сплюнуть воду, поставив язык между зубами.

Одновременно использовались специально подобранные упражнения, которые позволили подготовить ребенка к выполнению артикуляционной гимнастики:

1. Детям предлагалось облизывать языком верхнюю губу сверху вниз или из стороны в сторону, облизывать языком нижнюю губу из стороны в сторону.

2. Дети поочередно облизывали языком верхнюю и нижнюю губу (во время еды и после неё).

3. Дети обхватывали нижней губой верхнюю, а также - верхней губой нижнюю.

4. Дети легко покусывали верхними зубами нижнюю губу.

5. Дети легко покусывали кончик и середину языка.

6. Дети слизывали кончиком языка варенье с ложки снизу вверх.

7. Дети доставали кончиком языка кусочки печенья, сахара, конфет, выложенных на блюде.

8. Дети удерживали губами кусочки пищи (от крупных до мелких-постепенно уменьшая их размер).

Таким образом, выполнение перечисленных заданий способствовало активизации мышц языка и губ, что является необходимым условием для формирования правильных артикуляционных укладов звуков. У Маши Л. и Даши Б. сложностей с выполнением данного блока заданий не возникло, Катя К. и Даниил А. не могли выполнить упражнения, связанные с удержанием мелких предметов губами. Ваня П. испытывал трудности при выполнении всех упражнений в связи с гипотонусом мышц языка и губ. Выполнение упражнений Аней А. характеризовалось переменной точностью, так как наблюдалась спастичность мышц языка и губ.

При выполнении заданий необходимо следить, чтобы дети не делали чрезмерных усилий и выполняли задания без напряжения.

Перечисленные упражнения позволили подготовить органы артикуляции к проведению артикуляционной гимнастики. Целью данного направления работы является обучение детей элементарным навыкам произвольных движений, умениям контролировать действия органов артикуляции. Выполнение артикуляционных упражнений позволит развить гибкость, подвижность, силу мышц языка и губ, точность движений, позволит принимать и удерживать заданную артикуляционную позу [47].

Так как экспериментальная группа неоднородна по своему дефекту – у 4 детей открытая органическая ринолалия, у 2 детей – открытая ринолалия в сочетании с дизартрией, упражнения артикуляционной гимнастики были подразделены на 3 группы по степени сложности.

На первом этапе выполнялись упражнения - «Окошко», «Заборчик», «Лопатка»;

На втором этапе выполнялись упражнения - «Трубочка», «Блинчик»,

«Колёсико», «Змейка», «Часики», «Укол», «Борьба», «Желобок», «Лошадки», «Киска сердится»;

На третьем этапе выполнялись упражнения - «Грибок», «Гармошка», «Капельки», «Чашечка», «Киска прыгает».

Упражнения 1 этапа проводились детьми с сочетанной речевой патологией, у детей же с открытой ринолалией сложностей с их выполнением не возникало, поэтому обучение начиналось с упражнений артикуляционной гимнастики 2 этапа.

При выполнении упражнений первой группы у Вани П. возникли сложности принятия и удержания артикуляционной позы, так как наблюдался гипотонус мышц губ и языка. После сопряженного и отраженного выполнения заданных упражнений наблюдались значительные улучшения. Аня А. смогла выполнить все упражнения данной группы, сложности возникали лишь в удержании заданной артикуляционной позы.

При выполнении артикуляционных упражнений 2 этапа Данил А. и Аня А. не смогли выполнить упражнение «Трубочка» - из-за деформации губы сложно было вытянуть губы вперёд, плотно, но без напряжения, сомкнув их, одновременно следить за положением нижней челюсти. При выполнении упражнения «Блинчик» не смогли перевести язык за нижние зубы, затем расслабить язык и сделать его неподвижным не смогли Ваня П., Аня А., Даша Б.. Упражнение «Часики» не смогла выполнить Аня А. из-за спастичного тонуса мышц. Ваня П. при выполнении упражнений «Борьба» не смог оказать сопротивление из-за вялых мышц языка и губ. При выполнении упражнения «Желобок» сложности возникали при формировании направленной воздушной струи у Кати К., Данила А., Вани П., Ани А., Даши Б. Упражнение «Лошадки» не смогли выполнить все дети, у которых наблюдались расщелины нёбного свода или деформированное нёбо – Катя К., Ваня П., Даша Б. При удержании артикуляционной позы упражнения «Киска сердится» сложности возникли у всех детей.

Артикуляционные упражнения 3 группы вызвали затруднения у всех

детей ЭГ. Для детей с сочетанной патологией работа над данными заданиями требовала значительно больше времени, так как челюстно-лицевой дефект сочетался с нарушенным тонусом мышц. Выполнение упражнения «Грибок» далось с трудом Вани П., так как базой для выполнения является упражнение «Лошадки», которое из-за гипотонуса мышц выполнить не удалось, следовательно, упражнение «Капельки» сделать не удалось, остальные дети смогли выполнить данные упражнения после помощи учителя-логопеда. Самым сложным для выполнения оказалось задание «Киска прыгает», у всех детей возникли трудности с поиском артикуляционного уклада, необходимого для выполнения данного упражнения [52].

Следующим направлением работы подготовительного этапа является нормализация речевого дыхания. Формирование направленной воздушной струи является неотъемлемым условием для эффективной коррекционной работы. Основной блок «Упражнения» содержит 3 модуля, направленных на формирование и развитие правильного речевого дыхания – «Наличие звука», «Громкость», «Громкость и голос». Данные три блока упражнений посвящены измерению речевого выдоха, а также включают серию упражнений, направленных на развитие длительного речевого выдоха и включение голоса.

Модуль «Наличие звука» представляет собой серию игр, которая формирует необходимое умение – экономно распределять выдыхаемый воздух с определённой силой и длительностью. Выполнение задания контролируется с помощью картинки на мониторе, что существенно облегчает работу и помогает сформировать новые навыки. Цель работы над данным модулем представляет собой формирование умения произвольно регулировать воздушную струю.

Основным преимуществом данного модуля программно-аппаратного комплекса «Видимая речь III» является возможность визуализации речевого выдоха, возможность «увидеть» силу выдыхаемой воздушной струи.

При выполнении заданий данного блока дети выбирали объекты – инопланетянин, собака, фламинго, калейдоскоп. Данный блок позволил измерить силу речевого выдоха и его длительность. Анимационная картинка менялась при любой речевой активности, в зависимости от силы и длительности воздушной струи персонажи начинали двигаться с определенной силой, а калейдоскоп крутиться, показывая различные изображения. Если упражнение голосовое, то ответ ребенка записывали и прослушивали его, оценивая результаты работы.

У Вани П. возникли трудности с формированием направленной воздушной струи, ему не удавалось включить голос совместно с выдохом, но после отраженного повторения за учителем-логопедом он справился с заданием. Даша Б. не смогла справиться с заданием, так как у нее не сформирован костоабдоминальный тип дыхания. У остальных детей трудностей не возникло.

Модули «Громкость» и «Громкость и голос» позволяют сформировать интенсивность направленного выдоха и работы голосовых складок при произнесении как речевых, так и неречевых звуков.

При выполнении заданий данного блока дети выбирали объекты – шар, счетчик, ракета, саксофон. Размер заданных объектов зависел от уровня громкости голоса и силы речевого выдоха. Данный модуль позволяют установить определенные настройки силы голоса в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка. У Вани П. голос тихий, не модулированный, сила воздушной струи не такая сильная, как у остальных детей, следовательно, для него порог громкости для увеличения размера анимационного объекта задавался ниже, чем для остальных.

Данный блок заданий позволил закрепить умения, полученные при выполнении упражнений модуля «Наличие звука», также дети тренировались во включении голоса, что является важной предпосылкой в коррекционно-логопедической работе основного этапа.

Трудности возникли у Вани П. и Даши Б., как и при выполнении

упражнений предыдущего модуля. Они не могли включить голос и одновременно осуществлять длительный глубокий выдох, но после сопряженного и отраженного выполнения заданий с учителем-логопедом Ваня П. и Даша Б. смогли осуществить задания. Для Ани А. большую роль сыграла возможность «просмотра» своего выполнения задания, сравнив результаты выполнения нескольких заданий данного модуля, она исправила свои ошибки и успешно справилась с заданиями [59].

Одним из важнейших направлений коррекционной работы подготовительного этапа является развитие фонематического восприятия. Для осуществления работы по данному направлению использовались блоки «Дифференциация двух фонем» и «Дифференциация четырех фонем».

Использование заданий данных блоков позволило определить уровень сформированности фонематического восприятия, данный модуль позволил провести работу по дифференциации смешиваемых фонем с помощью игровых заданий, где ребенку необходимо корректировать голосом движение велосипедиста, объезжая препятствия, проговаривая заданные фонемы, в то время как велосипедист меняет направление следования в сторону произнесенной фонемы. Работа над упражнениями данного модуля будет продолжаться и на основном этапе коррекционной работы, так как на данном этапе работы не отслеживается правильное произношение, а оценивается лишь возможность дифференцировать заданные фонемы.

Преимуществом использования программно-аппаратного комплекса «Видимая речь III» является возможность создавать свои упражнения, а также редактировать предложенные. Можно выбрать именно те фонемы, которые присутствуют в речи обследуемого ребенка. Также можно прослушать образцы речи каждого ребенка ЭГ, так как они сохраняются в памяти программы, сравнить их, дать прослушать самому ребенку, просмотреть статистику выполнения упражнений. Все перечисленные возможности делают коррекционный процесс интересным и эффективным.

Наибольшие трудности возникли у Ани А. и Вани П., так как при

обследовании фонематического слуха у них были выявлены незначительные нарушения. Они смогли справиться с заданием, когда дифференцируемые звуки были максимально различны по своим характеристикам, например [к] и [с], но при дифференциации схожих звуков ([т] и [д]), возникали трудности. Но постепенно усложняя задания, выполнению которых сопутствовала помощь учителя-логопеда, дети смогли выполнить задания. Остальные дети с заданиями данного модуля справились.

Таким образом, подготовительный этап логопедической работы является неотъемлемой частью коррекционного процесса и включает в себя направления работы, связанные с подготовкой органов артикуляции, развитием направленной воздушной струи и костоабдоминального дыхания, а также работу, направленную на развитие фонематического восприятия [35].

Целью основного этапа коррекционного процесса является постановка дефектных звуков, а также их автоматизация и дифференциация в слогах, словах и предложениях. Также немаловажной частью логопедической работы является развитие просодической стороны речи – придание голосу интонационно-мелодической окраски.

Первым направлением работы является постановка дефектных гласных звуков. Стержневым видом деятельности является работа с гласными звуками, она необходима для работы по устранению или предупреждению назальности, данная работа проводится до и после проведения уранопластики и хейлопластики. Блок «Наличие звука» позволил поставить дефектные звуки, а также автоматизировать их изолированное произношение. Каждый ребенок выбирал анимированного персонажа или предмет — клоун, человек, медведь или считчик, который при правильном и длительном произношении того или иного гласного звука окрашивался в зеленый цвет, при неверном произношении — в красный.

Осуществляя работу над гласными звуками, ребёнок улыбается, обнажив зубы и сделать глубокий носовой вдох, потом, широко раскрыв рот, сделать выдох. На выдохе шёпотом ребёнок произносит звуки [а], [э], [о], [у],

[и], [ы], затем произносит эти же звуки, усиливая голос. При работе над гласными звуками необходимо придерживаться определённых правил.

Произнося звук [а] - широко раскрыть рот, губы растянуть в стороны, чтобы были видны верхние и нижние зубы. Плоский язык находится внизу. При произнесении звука [э]- губы растянуть в стороны чуть сильнее, но челюсти разжать не так сильно, как при звуке [а]. Язык плоский внизу. При произнесении звука [о] - губы должны быть округлены без напряжения. Верхнюю губу немного приподнять, чтобы были видны зубы. Кончик языка убрать за нижние зубы. При произношении звука [у] - губы округлить, немного вытянуть вперёд - без напряжения. Внимательно следить, чтобы во время выдоха губы и зубы не смыкались. Когда произносится звук [и] - губы растянуть в сильную улыбку, челюсти разжать не менее чем на 1 см. Язык плоский убрать за нижние зубы. При произношении звука [ы]- растянуть губы в сильную улыбку, челюсти разжать не менее чем на 1 см. Язык чуть приподнять и немного отодвинуть назад [39].

После того, как дети тренировались изолированно произнести звуки с помощью блока «Наличие звука», рекомендуется использовать двойные и тройные цепочки звуков, которые были составлены И.И. Ермаковой, и представлены в приложенииГ.

Звуковые цепочки, составленные И.И. Ермаковой позволяют сформировать кинетический и кинестетический праксис, закрепить правильное произношение гласных звуков, а также длительно и с определённой силой направлять воздушную струю через рот, тем самым, обеспечивая её протяжность. Следует отметить, что данный вид упражнения полностью соответствует принципу Н.А. Бернштейна «Повторение без повторения», то есть многократное выполнение задания на базе различного лингвистического материала и продлить время работы над правильным произношением гласных звуков так долго, как требуют индивидуальные возможности каждого ребёнка [36].

Для закрепления работы данного направления использовался модуль

«Спектр звука». Данный блок позволил автоматизировать изолированное произнесение гласных звуков. Дети на экране видели образцовое произнесение конкретного звука и рабочий график, им необходимо было максимально соотнести данные графики. Работа над постановкой дефектных звуков перед зеркалом, используя принципы И.И. Ермаковой, и работа в модулях «Наличие звука» и «Спектр звука» позволили достичь высоких результатов коррекционной работы.

У Вани П. возникли сложности при овладении как лабиализованными гласными звуками - [y], [o], так и нелабиализованными гласными звуками - [и], [э] так как для правильного произнесения необходимо активное участие губной мускулатуры, а для образования лабиализованных гласных звуков необходим задний подъем языка, что было затруднительным при неоперированной расщелине нёбного свода. Даша Б. не справилась с автоматизацией лабиализованных гласных звуков, так как из-за деформации губы после хейлопластики активное их участие в речевой деятельности усложнилось и отмечался переменный успех выполнения упражнений. Аня А. справилась с упражнением, но из-за спастичности тонуса мышц правильное выполнение заданий получилось не с первого раза. Данил А. не смог длительно произнести заданный звук, в результате чего выполнить упражнение не удалось. Остальные дети с заданиями данного модуля справились [58].

Следующим направлением работы основного этапа является развитие просодических характеристик речи. Основными компонентами просодической стороны речи являются голосовые модуляции, мелодика речи, темп и ритм, паузация, интонация и ударение. Использование модулей программы «Видимая речь III» наиболее полно отражает логопедическую работу данного направления.

Использование модуля «Громкость» позволило отследить момент включения голоса, а также отработать громкость речевой активности каждого ребенка. Ребенку задавался определенный уровень громкости – от

шёпота до максимально возможной громкости. Для облегчения выполнения задания на экране фиксировался определенный размера шара у мальчика – это тот уровень громкости, которого должны были достичь дети, упражнение было построено на принципе достижения необходимого предела громкости. Чем голос громче, тем шар у мальчика больше, соответственно, чем голос тише, тем меньше шар.

Аня А. справилась с заданием только после сопряженного выполнения с учителем-логопедом, так как у нее возникли трудности с произвольным регулированием громкости голоса. Остальные дети справились с заданиями данного модуля.

Отработать сформированные навыки включения голоса можно с помощью модуля «Звонкость». Учитель-логопед представил ребёнку образец – анимационную бабочку, полёт который менялся в такт голосовым включениям. Дети повторяли путь бабочки, голосом управляя её полетом так, чтобы обойти все препятствия.

Все дети справились с выполнением упражнений данного модуля.

Модуль «Включение голоса» позволил сформировать темпоритмические характеристики речи. Паровозик двигался только в том случае, когда дети произносили слог, слово или фразу как в установленном образце, записанном учителем-логопедом.

Осуществляя работу над гласными звуками, по мере усложнения заданий, дети тренировались в произношении слов, которые начинались на гласные звуки. Следует отметить, что все слова заранее были подразделены на соответствующие ритмические структуры. Сперва ребёнок учился произносить слова начинающиеся с гласных звуков такие, как он, ой, ох, ай, ах, эй, эх, ух, ум, ус, уж. Основным требованием к произношению односложных слов являлось утрированное ненапряженное произношение гласных и лёгкое -согласных звуков.

Затем осуществлялось проговаривание двусложных слов с ударением на первом слоге, отображённых следующей схемой: Аня, Анна, Ася, Алик,

эхо, это, этот, Эмма, Инна, ива, имя, иней, Оля, окунь, обувь, Уля, ухо, улей.

Следует отметить, что после осуществления вдоха носом ребёнок произносил заданное слово на ротовом выдохе, при этом распределяя выдох на две части – длинную и короткую.

Далее проговаривались слова, которые начинаются с согласных звуков, объединенные общим ритмическим рисунком. Например:

- 1) Антон, альбом, этаж, экран, она, они, оса, обед, олень, Иван, иди.
- 2) азбука, Африка, иволга, Индия, овощи, облако, уточка, улица.
- 3) Алина, Алиса, аптека, обои, обида, индеец, избушка, игрушка.
- 4) Автомат, апельсин, эскимо, океан, огород, уважать, улететь.
- 5) Америка, акация, авария, История, Италия.
- 6) Одеяло, обезьяна, Украина.

Более полно материал дан в приложении Д.

Когда дети научились распределять воздушную струю на всё слово, независимо от его длительности и последовательности ударного и безударных слогов, проводилось закрепление во фразах. Усложнение ритмической структуры слов и фраз должно быть постепенным. Это Аня. Это Антон. Это овощи. Это аптека. Это апельсин. Аня и Оля. Иван и Олег. Алина и Алёша. Апельсин и огурец. У Оли Аня. У Оли альбом. У Ани азбука. У Инны ангина. Оля у ивы. Анна и Иван. Олег и Эдик. Артист и афиша. Подробно материал представлен в приложении Е.

У Вани П. и Ани А. возникли трудности с произвольным регулированием речевой активности, из-за спастичности тонуса мышц артикуляционного аппарата переключение с одного движения на другое было затруднительным. Остальные дети справились с заданиями данного модуля.

Наиболее важным направлением работы над фонетической стороной речи при ринолалии является работа над тембром голоса, так как при открытой органической ринолалии наблюдается тотальное его изменение.

Работа над тембральными характеристиками осуществлялась с

помощью двух модулей: «Высота» и «Высотные упражнения».

Первый модуль позволил определить тембральные характеристики каждого ребенка для дальнейшего использования в следующем модуле. Данный блок позволил сориентировать ребёнка в частотных характеристиках голоса, выбрать приемлемый диапазон тембра.

Модуль «Высотные упражнения» позволил организовать работу над вокальными упражнениями, тренирующими связочный аппарат, позволил координировать модуляции голоса. Ребёнок выбрал объект из предложенных – малыш, автомобиль, ноты, аквалангист. Благодаря звучанию голоса выбранный объект двигался горизонтально, изменяя тембр голоса и его громкость, объект поднимался и опускался, собирая мишени и обходя препятствия. Количество мишеней и препятствия можно изменять в соответствии с индивидуальными возможностями каждого ребёнка.

Трудности в выполнении упражнений данного блока наблюдались у Вани П., Ани А, Даши Б. из-за выраженной назальности, детям не удалось собрать все мишени и обойти препятствия, управляя своим голосом. Маша Л., Катя К. и Данил А. с заданием справились.

После работы над упражнениями данных модулей дети выполняли задания блока «Спектр высоты и громкости во фразе». Данный модуль не имеет игрового сюжета, однако он позволил работать со спектром отработанных гласных звуков по принципу «повтори так же». На экране отображается образцовый график произнесения звуков и рабочий – график ребёнка. Преимуществом является возможность представлять отдельные характеристики речи, такие как интонация, голосовые модуляции, темп и ритм речи, выделяя их отдельными цветами.

Максимально приблизить рабочий график к образцовому смогли Катя К., Маша Л. и Данил А., после неоднократного повторения совместить графики удалось Даше Б., сложности возникли у Ани А. и Вани Б., они смогли приблизиться к образцу, но не достаточно близко, как остальные дети [61].

Следующим направлением работы является постановка дефектных согласных звуков, их автоматизация и дифференциация в слогах, словах и фразах. Постановка дефектных согласных звуков производится с помощью общепринятых приёмов, но необходимо учитывать структуру дефекта и возможности каждого ребёнка. Коррекционная работа над постановкой звуков независимо от возрастного периода, на начальном этапе осуществляется на «грубых коррекциях», то есть принятие утрированной позы артикуляции.

Коррекционная работа над постановкой согласных звуков осуществляется, когда после стабилизации гласных звуков. Поскольку практически все согласные звуки при ринолалии требуют внимания - постановки или исправления звучания, рекомендуется подразделить их группы по степени сложности.

Наиболее удобно следующее распределение:

1 группа: [й], [х], [х'], [в], [в'], [ф], [ф'].

2 группа: [л'], [п], [п'], [б], [б'], [т], [т'], [д], [д'], [к], [к'], [г], [г'].

3 группа: [л], [ш], [ж], [ч], [щ], [р], [р'], [с], [с'], [з], [з'], [ц].

Следует отметить, что предложенные приёмы работы позволят поставить последующие звуки на основе уже поставленных звуков предшествующего этапа, постепенно усложняя упражнения по мере развития артикуляционного аппарата. Определение коррекционной работы с определёнными звуками внутри этапа зависит от возможностей каждого ребёнка. Зачастую возникают сложности при постановке дефектных согласных звонких звуков, в таких ситуациях осуществляется дополнительная работа, которая необходима для формирования направленной воздушной струи, развития артикулирования и голосообразования.

Последовательность в работе при постановке звуков может быть следующая. После стабилизации звуков [в] и [ф] можно отрабатывать звуки [п] и [б]. От звуков [в'] и [ф'] можно поставить звуки [п'] и [б']. Работа со

звуками [й], [х], [х'] позволит подготовить детей к произношению звуков [к], [г], [к'], [г'].

Последовательность в следующей группе выглядит так: [л'], затем – [т'], [д'], затем – [ч], [щ]. На базе артикуляционной позы звука [ч] можно сформировать артикуляционную позицию для звука [ц]. Следующий блок согласных – [л], [т], [д], [ш], [ж], [р]. Звук [р'] можно вызвать на основе артикуляционной позы твердого звука или на основе позиции звуков [т'], [д'], [ч]. Последняя группа звуков - свистящие [с], [з] и [с'], [з'] требуют особой подготовки для принятия и удержания артикуляционной позы. Если у ребёнка нет выраженных нарушений в регулировке звонкости - глухости, постановка звонких и глухих звуков осуществляется парами.

Таким образом, необходимо отметить определенные особенности при работе с сонорными звуками. Данные звуки, особенно [м] и [м'] у детей с челюстно-лицевыми дефектами не нарушаются, но вследствие направления выдыхаемой воздушной струи в носовую полость возникает носовой резонанс, что влияет на звучание последующего гласного звука. Данное явление сказывается на тембре звучания, даже тогда, когда последующие звуки произносятся верно.

Блок - «согласный звук - гласный» требует определённых мер коррекционной работы, основная цель которых заключается в формировании носовых согласных звуков и утрированного произношения гласных звуков. Содержание упражнений зависит от того какой звук подлежит автоматизации, а также зависит от частоты употребления в социуме.

Модуль «Автоматизация фонемы» позволил отработать фонемы по принципу достижения правильного произношения определенного звука. Учитель-логопед записал образец звучания фонемы и показал ребёнку с указанием «повтори так же». При выполнении заданий данного блока использовалась игровая ситуация: фермер взбирался по лестнице и сбрасывал апельсины только в том случае, если ребёнок произносил заданную фонему правильно в соответствии с образцом. Анимационные

объекты детям предлагались на выбор: фермер, соломинка, улитка и мяч.

Модуль «Цепочки фонем» построен по принципу предыдущего модуля, только отрабатывалась не одна фонема, а цепочка фонем. Игровой сюжет был заключен в том, что пеликан перелетал со столба на столб лишь при правильном произнесении заданных фонем.

У Маши Л. трудности возникли в постановке и автоматизации звуков третьего этапа – [л], [р], [р'], при произнесении данных звуков отмечался сильный носовой оттенок, голос приобретал металлический оттенок. Катя К. не могла произнести мягкие пары звуков второго этапа – [п'], [б'], [т'], [д'], [к'], [г'], также сложности возникли со звуками третьего этапа, мягкие пары звуков [с'], [з'], [р'] искажались. Данил А. справился с произнесением согласных звуков первого и второго этапов, сложности возникли со звуками третьего этапа, так как в спонтанной речи данные звуки отсутствовали. У Вани П. сложности возникли при работе с согласными звуками всех этапов, из-за гипотонуса ему сложно было найти и удержать правильную позу, но при сопряженном выполнении заданий с учителем-логопедом, ему удалось достичь значительных результатов – в спонтанной речи появились все звуки второго этапа. У Ани А. при исследовании констатирующего эксперимента было отмечено отсутствие звуков [л], [л'], [р], [р'], после коррекционно-логопедических занятий данные звуки появились в спонтанной речи. У Даши Б. при произнесении мягких пар звуков третьего этапа отмечался носовой оттенок.

Модули «Дифференциация двух фонем» и «Дифференциация четырех фонем» позволили произвести работу по дифференциации двух или четырех часто смешиваемых фонем. В первом блоке заданий дети голосом управляли велосипедистом, проговаривая заданные фонемы, чтобы объехать препятствия. Во втором блоке заданий дети голосом управляли объектом, чтобы вывести его из лабиринта. В зависимости от индивидуальных возможностей учитель-логопед варьировал расстояние от стенки к стенке лабиринта, тем самым, обеспечивая точность дифференцирования заданных

фонем.

У всех детей отмечались сложности при дифференциации фонем сходных по артикуляционным признакам и звучанию [10].

Таким образом, можно сделать вывод, что использование программно-аппаратного комплекса «Видимая речь» позволило улучшить исследуемые показатели речевой функции и наиболее полно использовать индивидуальные возможности каждого ребёнка. Также, следует отметить, что учителем-логопедом МБУ детского сада №147 «Сосенка» проводилось родительское собрание, где родителям предлагалось ознакомиться с практическим пособием, которое содержало информацию, направленную на обучение родителей использовать программно-аппаратным комплекс «Видимая речь». Совместное выполнение заданий, активное участие в коррекционной работе изменило отношение некоторых родителей к дефекту его ребёнка [16].

2.3 Динамика развития звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией

Исследование речевой функции детей с врождённым дефектом челюстно-лицевой области проводилось в МБУ детский сад №147 «Сосенка».

В ходе экспериментального исследования проводилось:

- 1) обследование артикуляционного аппарата и артикуляционной моторики;
- 2) обследование фонематического восприятия;
- 3) обследование просодической стороны речи;
- 4) обследование звукопроизношения.

При обследовании артикуляционного аппарата и артикуляционной моторики использовалась методика Е.Ф. Архиповой «Методика исследования артикуляционной и мимической моторики».

Методика 1 «Методика исследования артикуляционной и мимической моторики» (Е.Ф. Архипова)

Цель – Обследовать артикуляционный аппарат и артикуляционную моторику

Структура методики включает в себя 6 направлений исследования, такие как:

1. Исследование кинестетического артикуляционного праксиса.
2. Исследование кинетического орального праксиса.
3. Исследование динамической координации артикуляционных движений.
4. Исследование мимической мускулатуры.
5. Исследование мышечного тонуса и подвижности губ.
6. Исследование мышечного тонуса языка и наличия патологической симптоматики.

Результаты исследования артикуляционной моторики ЭГ отражены в таблице 14 приложенияВ.

После завершения исследования выявленных показателей составляется профиль структуры двигательного нарушения каждого обследуемого ребенка ЭГ. Балльная оценка функции позволяет оценить не только наличие патологической симптоматики, но и степень ее выраженности.

Можно определить 4 уровня сформированности артикуляционной моторики:

Высокий уровень (24-18 баллов) – точное выполнение заданий, движения координированы, тонус в норме.

Уровень выше среднего (18-12 баллов) – самокоррекция при выполнении, сложность в переключении движений, незначительные нарушения тонуса.

Средний уровень (12-6 баллов) – затруднения при выполнении заданий, ограничена правильность движений, выраженные нарушения тонуса.

Низкий уровень (6-0 баллов) – не выполняет задания, выраженная патологическая симптоматика.

Обратимся к результатам, направленным на исследование артикуляционной моторики в экспериментальной (ЭГ) и контрольной (КГ) группах (Таблица 9).

Таблица 9 - Сравнительный анализ состояния уровня сформированности артикуляционной моторики

Артикуляционная моторика				
Уровни сформированности	ЭГ		КГ	
	%	Кол-во детей	%	Кол-во детей
Высокий	67%	4	83%	5
Выше среднего	33%	2	17%	1
Средний	%	0	0%	0
Низкий	0%	0	0%	0

Можно отметить, что состояние сформированности артикуляционной моторики обеих групп находится на высоком уровне. Наибольшие трудности для детей ЭГ и КГ вызвали задания на исследование кинестетического орального праксиса. Дети не могли найти нужную артикуляционную позу, но после стимулирующей помощи выполняли задание. Состояние мышечного тонуса и подвижности губ и мышечного тонуса языка в КГ лучше, чем в ЭГ из-за наличия патологической симптоматики. Трудности выполнения упражнений у Вани П. и Ани А. возникали из-за нарушенного тонуса мышц артикуляционного аппарата, отмечались сложности нахождения и удержания артикуляционной позы. Остальные справились с выполнением упражнений.

Таким образом, высокий уровень сформированности артикуляционной моторики выявлен у 4 детей ЭГ, что составляет 67 %, уровень выше среднего – у 2 детей ЭГ (33%).

Методика 2 «Обследование сформированности фонематического слуха» (Е.Ф. Архипова)

Цель – выявить возможности узнавания и различения звуков.

Методика включает в себя 6 блоков заданий, исследование проводилось в виде игр-заданий с последовательными действиями:

1. Узнавание неречевых звуков
2. Различение высоты, силы, тембра голоса
3. Различение слов, близких по звуковому составу
4. Дифференциация слогов
5. Дифференциация фонем
6. Навыки элементарного звукового анализа

Результаты исследования фонематического восприятия испытуемых ЭГ представлены в таблице 16 приложенияВ.

После завершения исследования выявленных показателей составляется профиль структуры сформированности фонематического восприятия каждого обследуемого ребенка.

Можно определить 4 уровня сформированности фонематического восприятия:

Высокий уровень (24-18 баллов) – точное выполнение заданий, фонематический слух в норме.

Уровень выше среднего (18-12 баллов) – самокоррекция при выполнении заданий, допускаются негрубые ошибки;

Средний уровень (12-6 баллов) – затруднения при выполнении заданий, наличие грубых ошибок при выполнении заданий.

Низкий уровень (6-0 баллов) – не выполняет задания, фонематический слух не сформирован.

Обратимся к результатам, направленным на исследование фонематического восприятия в экспериментальной (ЭГ) и контрольной (КГ) группах.

Можно отметить, что уровень сформированности фонематического восприятия у обеих групп высокий. Дети КГ справились со всеми заданиями. При обследовании фонематического восприятия дети ЭГ лучше справлялись с заданиями, предусматривавшими различение изолированных звуков.

Наибольшее количество ошибок допускались в заданиях на различение и выделение звуков в словах и фразах, но после стимулирующей помощи задания выполняли верно. Ваня П. имел сложности в дифференциации слов, сходных по своему звучанию.

Таблица 10 - Сравнительный анализ состояния уровня сформированности фонематического восприятия

Фонематическое восприятие				
Уровни сформированности	ЭГ		КГ	
	%	Кол-во детей	%	Кол-во детей
Высокий	83%	5	100%	6
Выше среднего	17%	1	0%	0
Средний	0%	0	0%	0
Низкий	0%	0	0%	0

Таким образом, можно сделать вывод, что высокий уровень сформированности фонематического слуха выявлен у 5 детей ЭГ (83%). Уровень выше среднего у 1 ребёнка ЭГ (17%).

Методика 3 «Исследование просодической стороны речи» (Е.Ф. Архипова)

Цель – обследовать просодическую сторону речи

Методика включает в себя 7 блоков заданий, исследование проводилось в виде игр-заданий с последовательными действиями:

1. Исследование ритма
2. Исследование интонации
3. Исследование голоса
4. Исследование тембра
5. Исследование речевого дыхания

Результаты исследования просодической стороны речи старших дошкольников МБУ детский сад №147 «Сосенка» представлены в таблице приложения В.

Таким образом, результаты исследования показывают, что дети с

врождённой расщелиной губы и нёба после коррекционно-логопедической работы имеют неплохие показатели в отношении таких параметров, как интонационная выразительность и произвольное регулирование силы голоса. Практически у всех детей ЭГ с врождённой расщелиной нёба отмечалось убыстрение темпа при выполнении задания, а также отсутствие умения находить и воспроизводить ударную позицию звука и слога.

Можно выявить 4 уровня сформированности просодической стороны речи:

Высокий уровень (56-42 балла) – просодическая сторона речи в норме, голос нормальный, диафрагмальный тип дыхания, объем и сила выдоха в норме.

Уровень выше среднего (42-28 балла) - незначительные отклонения тембра, темпа, ритма, назализованный оттенок, диафрагмальный тип дыхания, объем и сила выдоха снижены.

Средний уровень (28-14 балла) – значительный отклонения тембра, темпа, ритма, назализованный оттенок, верхнеключичный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха.

Низкий уровень (14-0 баллов) – просодическая сторона речи не сформирована, «металлический» оттенок голоса, верхнеключичный тип дыхания, малый объем и сила выдоха.

Таблица 11 - Сравнительный анализ состояния уровня сформированности просодической стороны речи

Просодическая сторона речи				
Уровни сформированности	ЭГ		КГ	
	%	Кол-во детей	%	Кол-во детей
Высокий	83%	5	83%	5
Выше среднего	17%	1	17%	1
Средний	0%	0	0%	0
Низкий	0%	0	0%	0

Таким образом, можно сделать вывод, что у 5 детей высокий уровень сформированности просодической стороны речи, что составляет 83%, у 1 ребёнка уровень выше среднего, что составляет 17%.

Методика 4 «Обследование звукопроизношения» (Е.Ф. Архипова)

Цель – выявить уровень развития звукопроизношения

Методика включает в себя 5 блоков заданий:

- 1) изолированное произнесение
- 2) в слогах разной структуры (8 модулей);
- 3) в словах, где звук занимает разные позиции (отраженно и самостоятельно по картинке);
- 4) в словах разной слоговой структуры (13 классов) (отраженно и самостоятельно по картинке)
- 5) в предложении (отраженно, по картинке, по вопросам).

Можно определить 4 уровня сформированности звукопроизношения:

Высокий уровень (24-18 баллов) - все звуки произносятся верно изолированно и в спонтанной речи:

Уровень выше среднего (18-12 баллов) - искажается произношение гласных звуков и согласных звуков третьей группы

Средний уровень (12-6 баллов) – искажается и отсутствует произношение гласных звуков и согласных звуков третьей группы

Низкий уровень (6-0 балл) – звуки всех групп произносятся искаженно или отсутствуют.

Обратимся к результатам, направленным на исследование звукопроизношения в экспериментальной (ЭГ) и контрольной (КГ) группах.

Таким образом, можно сделать вывод, что уровень выше среднего отмечается у 4 детей, что составляет 67%. Средний уровень сформированности звукопроизношения отмечается у 2 обследуемых детей (33%). Следует отметить, что результаты обследования звукопроизношения у детей КГ значительно лучше, чем у детей ЭГ. Дети КГ не имели трудностей в произношении гласных звуков, а также звуков 1-ой и 2-ой группы.

Таблица 12 - Сравнительный анализ состояния уровня развития звукопроизношения

Звукопроизношение				
Уровни сформированности	ЭГ		КГ	
	%	Кол-во детей	%	Кол-во детей
Высокий	0%	0	63%	5
Выше среднего	67%	4	37%	3
Средний	33%	2	0%	0
Низкий	0%	0	0%	0

Полученные результаты развития артикуляционной моторики у детей с открытой органической ринолалией, обусловленной врождёнными расщелинами губы и нёба, а также детей с сочетанной патологией в сравнении с результатами констатирующего эксперимента представлены на рисунке 1.

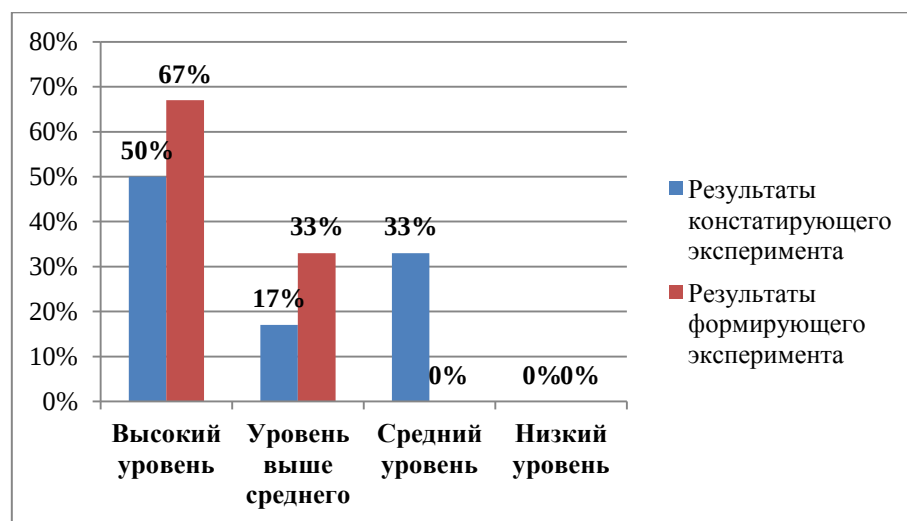


Рисунок 1 – Структура показателей сформированности артикуляционной моторики

Можно сделать вывод, что присутствует положительная динамика развития возможностей кинестетического и кинетического праксиса у детей ЭГ. Так количество детей с высоким уровнем сформированности артикуляционной моторики увеличилось на 17%, с уровнем сформированности артикуляционной моторики выше среднего относительная доля увеличилась на 16%.

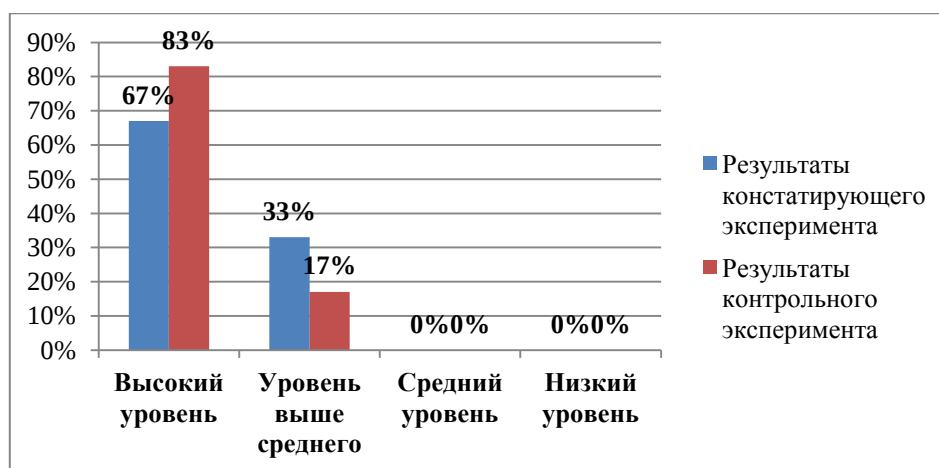


Рисунок 2 – Структура показателей сформированности фонематического восприятия

Таким образом, количество детей с высоким уровнем сформированности фонематического восприятия увеличилось на 16%, с уровнем сформированности фонематического восприятия выше среднего относительная доля снизилась на 16% с учетом того, что ребёнок, имеющий в ходе исследования уровень выше среднего в результате коррекционных мероприятий повысил свой уровень до высокого.



Рисунок 3 – Структура показателей сформированности просодической стороны речи

Следовательно, количество детей с высоким уровнем сформированности просодической стороны речи увеличилось на 50%, что свидетельствует об эффективности предложенных коррекционных

мероприятий, с уровнем сформированности просодической стороны речи выше среднего относительная доля снизилась на 50% с учетом того, что дети, имеющий в ходе исследования уровень выше среднего в результате коррекционных мероприятий повысил свой уровень до высокого.

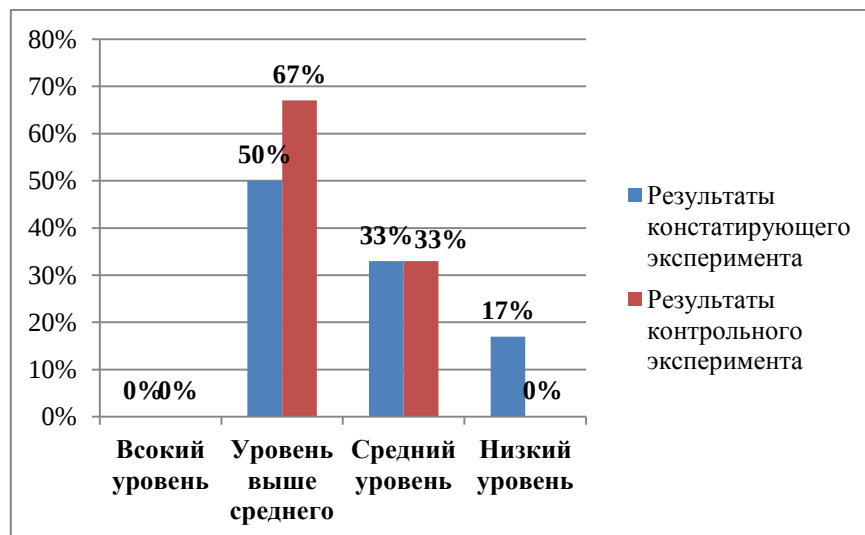


Рисунок 4 – Структура показателей сформированности звукопроизношения

По результатам исследования, можно сделать вывод, что количество детей с высоким уровнем сформированности звукопроизношения увеличилось на 17%, что свидетельствует об эффективности предложенных коррекционных мероприятий, со средним уровнем сформированности звукопроизношения относительная доля осталась неизменной, детей же с низким уровнем сформированности звукопроизношения выявлено не было.

Выводы по второй главе

1. Исследование уровня звукопроизношения у экспериментальной группы детей осуществляется по следующим направлениям:

- 1) изучение индивидуальных историй болезни и анализ приведённых данных;
- 2) обследование артикуляционного аппарата и артикуляционной моторики;
- 3) обследование фонематического восприятия;
- 4) обследование просодической стороны речи;
- 5) обследование звукопроизношения.

Использовались методики Е.Ф. Архиповой, направленные на обследование речевой функции детей с врождёнными расщелинами губы и нёба.

2. Полученные результаты свидетельствуют о различной структуре дефекта у экспериментальной группы детей. Можно выделить 2 группы: дети с открытой органической ринолалией и дети с открытой ринолалией и дизартрией. Структура дефекта в первом случае представляет нарушение звукопроизношения и гиперназальность, которые зависели от факта проведения хейлопластики или уранопластики, а также от занятий с логопедом, в артикуляционной моторике отмечаются небольшие несоответствия. Структура дефекта при сочетанной патологии представляет тотальное нарушение звукопроизношения, что не имеет прямой зависимости от факта проведения хирургического вмешательства, в артикуляционной моторике отмечаются патологические проявления.

3. Для эффективной коррекционно-логопедической работы предлагается использование программно-аппаратного комплекса «Видимая речь III» в соответствии с дооперационным и послеоперационным этапом работы и выделенными направлениями коррекционной работы в соответствии с индивидуальными возможностями каждого ребёнка.

4. Результаты контрольного среза свидетельствуют об эффективности проведённой экспериментальной работы, то позволяет утверждать, что выдвинутая нами гипотеза подтверждается. Уровень сформированности звукопроизношения у детей с челюстно-лицевыми дефектами с открытой ринолалией и сочетанной патологией значительно увеличился.

Заключение

Проведённое исследование направлено на изучение проблем организации психолого-педагогических условий для коррекции нарушения звукопроизношения у детей с открытой органической ринолалией, обусловленной врождёнными расщелинами губы и нёба. Необходимость данного исследования обусловлена увеличением количества детей, имеющих открытую органическую ринолалию и сочетанную патологию, которая требует углубленного обследования ребёнка и выбора оптимальных средств коррекционного воздействия. Также необходимость исследования обусловлена недостаточным количеством методик, которые позволят изучить все необходимые аспекты для определения направлений коррекционной работы.

В соответствии с поставленной целью и задачами были определены приёмы изучения состояния речевой функции у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.

В ходе проведённого исследования, были получены результаты, которые позволяют выявить неоднородность нарушения речевой функции у детей с челюстно-лицевыми патологиями. Также подтвердилась гипотеза, что незращения нёбного свода приводят к тяжёлому нарушению речи – ринолалии, а также сочетанной речевой патологии. Проявление речевого дефекта зависит от степени тяжести нарушения.

Проведение формирующего эксперимента по коррекции звукопроизношения у детей с открытой органической ринолалией подтвердило необходимость соблюдения психолого-педагогических условий коррекции звукопроизношения у детей с открытой органической ринолалией.

При построении коррекционной работы необходимо учитывать степень проявления патологической симптоматики, а также необходимо помнить о том, что дети с челюстно-лицевыми дефектами нуждаются в устранении гиперназальности, формировании направленной сильной воздушной струи,

проведении логопедической работы по коррекции звукопроизношения и развитию просодической стороны речи. В ходе системной коррекционной работы обнаружена положительная динамика. До проведения хейлопластики и уранопластики возможно уменьшить назальность и скорректировать произношение определённых звуков. После оперативного вмешательства возможно полностью устранить назальность и сформировать правильное звукопроизношение.

Дети с сочетанной патологией нуждаются в первую очередь в устранении патологической симптоматики, проявляющейся при дизартрии, также большое внимание следует уделять развитию артикуляторной и мелкой моторики, проведению массажа и постановке дефектных звуков. Коррекционная работа с детьми, имеющими ринолалию в сочетании с дизартрии, продвигается медленнее, чем у детей с открытой органической ринолалией, при более длительной коррекционной работе удастся достичь положительных результатов и полностью устранить носовой оттенок речи, а также осуществить коррекцию дефектных звуков речи. Возможно присутствие остаточных проявлений нарушения звуков в виде назальности или лёгких искажений согласных звуков.

Таким образом, разработанные дифференцированные подходы коррекции звукопроизношения позволили устранить патологическую симптоматику, которая связана с наличием челюстно-лицевого дефекта. Полученные результаты показали целесообразность последующего изучения речевой функции у детей с врождёнными расщелинами губы и нёба для выявления наиболее эффективных путей коррекционного воздействия, направленного на коррекцию звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.

Список используемой литературы

1. Алекминская, С.В. Анализ актуальных проблем дифференциальной диагностики и коррекции межзубного произношения [Текст] / С.В. Алекминская // Специальное образование. – 2015. - №9. – С. 39-43
2. Андреева, О.В. Поэтапная реабилитация детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба [Текст] / О.В. Андреева // Вестник Чувашского университета. – 2012. - №3. – С. 269-275
3. Архипова, Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей [Текст] / Е.Ф. Архипова. – М. : АСТ. 2010. 256 с.
4. Ахутина, Т.В. Преодоление трудностей учения. Нейropsychологический подход [Текст] : учебное пособие / Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева. – М. : Академия, 2015. 288 с.
5. Базина, И.Г. Планирование хирургического лечения детей с нёбно-глоточной недостаточностью после уранопластики [Текст] / И.Г. Базина, А.В. Лопатин, Э.С. Мкртумян, Е.В. Васильева // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. - №1. – С. 260-261
6. Балакирева, А.С. Логопедия. Ринолалия [Текст] / А.С. Балакирева. - М. : Секачев В.Ю., 2012. 208 с.
7. Бенилова, С. Ю. Логопедия. Системные нарушения речи у детей (этиопатогенез, классификации, коррекция, профилактика) [Текст] / С.Ю. Бенилова, Л.Р. Давидович. – М. : МОДЭК, 2014. 536 с.
8. Белоусов, А.Е. Функциональная ринопластика [Текст] / А.Е. Белоусов. – М. : Издательство Политехнического университета, 2010. 512 с.
9. Богородицкая, А.В. Состояние среднего уха и слуховой функции у пациентов с врождённой расщелиной верхней губы и нёба в различные периоды детства [Текст] / А.В. Богородицкая, М.Е. Сарафанова, Е.Ю. Радциг, А.Г. Притыко // Вестник Российского государственного медицинского

университета. – 2015. - №1. – С. 65-67

10. Бородулина, З.Ф. Коррекционная работа с детьми с ринолалией [Текст] / З.Ф. Бородулина // Логопед. – 2011. - №4. - С.67-83

11. Вансовская, Л.И. Коррекция психического развития. Некоторые аспекты онтогенеза речи [Текст] : учебно-методическое пособие / Л.И. Вансовская, О.А. Платонова. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2011. 64 с.

12. Визель, Т.Г. Логопедические упражнения на каждый день для выработки четкой речи [Текст] / Т.Г. Визель. – М. : Секачев В.Ю., 2011. 16 с.

13. Водолацкий, М.П. Характер сопутствующих пороков развития у детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба [Текст] / М.П. Водолацкий, П.И. Чумаков, А.В. Баландина // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. - №4. – С. 195

14. Волкова, Г.А. Логопедическая ритмика [Текст] / Г.А. Волкова. – СПб. : Детство-Пресс, 2010. 352 с.

15. Волосовец, Т.В. Коррекционно-логопедическое воздействие на детей с врождёнными расщелинами губы и нёба [Текст] / Т.В. Волосовец, Е.А. Соболева // Специальное образование. – 2012. - №1. – С. 36-40

16. Геллер, Н.Б. Коммуникативно-речевая компетентность дошкольников с врождённой расщелиной нёба [Текст] / Н.Б. Геллер // Логопед сегодня. – 2011. №2 (апрель-июнь). С.11-14

17. Гонеев, А.Д. Основы коррекционной педагогики [Текст] / А.Д. Гонеев, Н.И. Лифинцева, Н.В. Ялпаева. - М. : Академия, 2011. 272 с.

18. Грибова, О.Е. Технология организации логопедического обследования [Текст]: методическое пособие / О.Е. Грибова. - М. : Аркти, 2015. 80 с.

19. Грязных, Л.А. Сотрудничество детского сада и семьи в преодолении трудностей социальной адаптации детей с ринолалией [Текст] / Л.А. Грязных // Логопед. – 2011. №4. С.67-83

20. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Сборник иллюстрированных клинических задач и тестов [Текст] / под ред.

О.Э. Топольницкого, С.В. Дьяковой, В.П. Вашкевич. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. 192 с.

21. Дошкольная дефектология. Ранняя комплексная профилактика нарушений развития у детей (современные подходы) [Текст] / С.Ю. Бенилова, Л.Р. Давидович, Н.В. Микляева. – М. : Парадигма, 2013. 534 с.

22. Дьякова, Е.А. Логопедический массаж [Текст] / Е.А. Дьякова.– М. : Академия, 2010. 104 с.

23. Ежанова, Е.А. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего и дошкольного возраста [Текст] / Е.А. Ежанова, Е.А. Стребелева. – СПб.: КАРО, 2013. 336 с.

24. Ешиев, А.М. Анализ выявления сопутствующей и сочетанной патологии у детей с расщелинами губы и нёба [Текст] / А.М. Ешиев, А.К. Давыдова // Фундаментальные исследования. – 2013. - №9-1. – С. 42-45

25. Ешиев, А.М. Устранение послеоперационных дефектов при врождённых расщелинах губы и нёба [Текст] / А.М. Ешиев // Инновации в науке. – 2015. - №10 (47). – С.101-105

26. Кащенко, В.П. Педагогическая коррекция [Текст] / В.П. Кащенко. - М. : Академия, 2010. 304 с.

27. Китик, Е.Е. Основы логопедии [Текст] : учебное пособие / Е.Е. Китик. – М. : Флинта, 2014. 196 с.

28. Консультации логопеда. Старшая группа [Текст] / под ред. Л.С. Вакуленко. – СПб. : Детство-пресс, 2013. 34 с.

29. Кравцова, О.А. Расщелины губы и нёба [Текст] / О.А. Кравцова // Здоровье и образование в 21 веке. – 2012. - Т. 14, №2. – С. 112.

30. Лаврова, Е.В. Логопедия. Основы фонопедии [Текст] / Е.В. Лаврова. – М. : Секучев В.Ю., 2013. 184 с.

31. Лалаева, Р.И. Логопатофизиология [Текст] / Р.И. Лалаева, С.Н. Шаховская. – М. : Владос, 2010. 464 с.

32. Ларина, Е.А. Анализ особенностей интонационной стороны речи у

детей с различными нозологическими формами речевой патологии [Текст] / Е.А. Ларина // Вестник науки Тольяттинского государственного университета. – 2011. – №4. – С. 169-172

33. Логопедическая работа с дошкольниками [Текст] / Г.Р. Шашкина, Л.П. Зернова, И.А. Зимина. – М. : Академия, 2014. 256 с.

34. Мазанова, Е.В. Обследование речи детей 6-7 лет с ОНР. Методические указания и картинный материал [Текст] / Е.В. Мазанова. – М. : Гном, 2014. 64 с.

35. Малофеев, Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Россия. [Текст] / Н.Н. Малофеев. – М. : Просвещение, 2013. 320 с.

36. Московкина, А.Г. Клинико-генетические основы детской дефектологии [Текст] : учебное пособие / А.Г. Московкина, Н.И. Орлова. – М. : Владос, 2015. 224 с.

37. Набойченко, Е.С. Влияние общественного мнения на стигматизацию ребенка с атипичной внешностью [Текст] / Е.С. Набойченко // Специальные (коррекционные) школы. -2010. - №2. – С.29-35

38. Назарова, Н.М. Сравнительная специальная педагогика [Текст] / Н.М. Назарова, Е.Н. Моргачева, Т.В. Фурьева. – М. : Академия, 2012. 336 с.

39. Нелюбина, О.В. Современный подход к лечению детей с нёбно-глоточной недостаточностью в послеоперационном периоде [Текст] / О.В. Нелюбина, Т.Я. Мосьпан, А.А. Гусев, Г.А. Оганесян // Вопросы современной педиатрии. – 2014. - №5. – С. 104-107

40. Неретина, Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология [Текст] / Т.Г. Неретина. – М. : Владос, 2014. 334 с.

41. Понятийно-терминологический словарь логопеда [Текст] : учебное пособие для вузов / под ред. В.И. Селиверстова. – М. : Владос, 2015. 288 с.

42. Радкевич, А.А. Диагностика нарушений речи у больных с расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба [Текст] / А.А. Радкевич, В.Г. Галонский, А.А. Гантимуров, М.Ю. Юшков // Сибирский медицинский журнал. – 2010. - №9. – С. 41-44

43. Романенко, Ю.В. Профессиональная компетентность педагогов, работающих с детьми с ринолалией [Текст] / Ю.В. Романенко // Логопед. – 2011. - №4. С.67-83
44. Романович, О.А. Диагностика психофизических процессов и речевого развития детей 5-6 лет [Текст] / О.А. Романович, Е.П. Кольцова. – М. : Владос, 2013. 112 с.
45. Рудик, О.С. Практическая коррекционная работа с детьми с ОНР [Текст] / О.С. Рудик. – М. : Владос, 2014. 320 с.
46. Рыжкова, Н.В. Развитие речевого дыхания и голоса у детей с открытой органической ринолалией [Текст] / Н.В. Рыжкова // Логопед. – 2012. - №8. – С.48
47. Сапронова, Н.Д. Занятия с детьми после уранопластики [Текст] / Н.Д. Смирнова // Логопед. – 2011. №1. С.56-65
48. Сорокина, Н.А. Комплексная диагностика развития детей с речевыми нарушениями [Текст] / Н.А. Сорокина. – М. : Владос, 2013. 116 с.
49. Специальная педагогика [Текст] : учебное пособие / В.С. Кукушин [и др.]. – М. : Московский психолого-социальный университет, 2014. 552 с.
50. Специальная педагогика [Текст] : учебное пособие / под ред. Л.В. Мардахаева, Е.А. Орловой. – М. : Юрайт, 2015. 448 с.
51. Степанов, С.С. Дефектология. Словарь-справочник [Текст] / С.С. Степанов. – М. : Новая школа, 2012. 80 с.
52. Стребелева, Е.А. Коррекционно-развивающее обучение детей в процессе дидактических игр [Текст] : пособие для учителя-дефектолога / Е.А. Стребелева. – М. : Владос, 2014. 256 с.
53. Ткачева, В.В. Патопсихология [Текст] : учебное пособие / В.В. Ткачева, И.Ю. Левченко. – М. : Академия, 2013. 224 с.
54. Уманская, Т.М. Невропатология. Естественнаучные основы специальной педагогики [Текст] : учебное пособие / Т.М. Уманская. – М. : Владос, 2014. 304 с.
55. Фоменко, И.В. Эффективность современных методов диагностики и

лечения в комплексной реабилитации пациентов с врождённой односторонней полной расщелиной верхней губы и нёба [Текст] : автореф. дис. д-ра мед. наук. – Волгоград, 2011. 282 с.

56. Хватцев, М.Е. Логопедия в 2 книгах. Книга 1 [Текст] / М.Е. Хватцев. – М. : Владос-Пресс, 2013. 272 с.

57. Чистогорова, И.А. Особенности становления Я-концепции и мнестической сферы у школьников с врождённой расщелиной губы и нёба [Текст] / И.А. Чистогорова // Известия Российского государственного педагогического университета им. И.А. Герцена. – 2010. - №29. – С. 128-130

58. Чиркина, Г.В. Нарушения речи при ринолалии и пути их коррекции [Текст] / Г.В. Чиркина // Дефектология. – 2013. - №6. – С.3-22

59. Чудесникова, Т.А. Как сделать интересным занятие для ребенка с ринолалией [Текст] / Т.А. Чудесникова // Современный детский сад. – 2015. - №4. – С.37-40

60. Шарова, О.Б. Логопедическая работа с детьми, имеющими врождённую расщелину верхней губы и нёба [Текст] / О.Б. Шарова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2013. - №7. – С.33-40

61. Швецова, Е.Е. Технология формирования интонационной стороны речи [Текст] / Е.Е. Швецова, Л.В. Забродина. – М. : Астрель, 2010. 224 с.

62. Attuluri Navya, The correlation between derived nasalance measures and perceived nasality in children with repaired cleft lip and palate. - Cl. Pal. J., 2014. –p.123-128.

63. Cláudia Berbert-Campos, Legal Considerations in the Management of Cleft Lip and Palate. - The Cleft Palate-Craniofacial Journal, 2015. – p.223-225.

64. Fundagul Bilgic, Ozlem Akinci Sozer,Diagnosis and presurgical orthopedics in infants with cleft lip and palate. - Mustafa Kemal University, 2015. – p. 41-47.

65. Ghassan Abu Sitta, Secondary Cleft Nasolabial Deformities: A New Classification System for Evaluation and Surgical Revision. - The Cleft Palate-

Craniofacial Journal, 2017. –p. 175-178.

66. Stoicescu Simona, Considerations Regarding Age at Surgery and Fistula Incidence Using One- and Two-stage Closure for Cleft Palate. – Printice-Hall, Englewood Cliffs, 2014. –p.268-284.

Приложение А

Протокол исследования артикуляционной моторики ЭГ

Параметры обследования	Количество набранных баллов					
	Маша Л.	Катя К.	Данил А.	Ваня П.	Аня А.	Даша Б.
Исследование кинестетического артикуляционного праксиса.	4	3	1	1	1	4
Исследование кинетического орального праксиса.	3	4	3	1	2	3
Исследование динамической координации артикуляционных движений	4	4	3	1	1	4
Исследование мимической мускулатуры.	4	4	3	3	2	3
Исследование мышечного тонуса и подвижности губ	2	2	3	1	1	2
Исследование мышечного тонуса языка и наличия патологической симптоматики.	2	3	2	2	1	3
Итого	19	20	15	9	8	19

Протокол исследования фонематического восприятия ЭГ

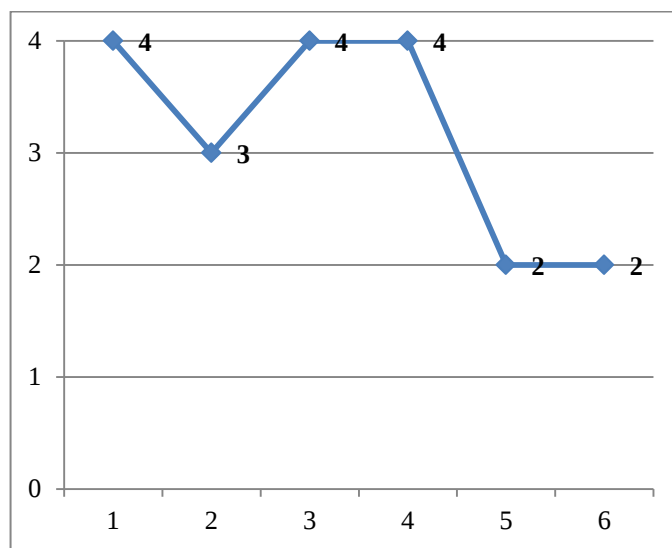
Параметры обследования	Количество набранных баллов					
	Маша Л.	Катя К.	Данил А.	Ваня П.	Аня А.	Даша Б.
Узнавание неречевых звуков	4	4	4	3	4	4
Различение высоты, силы, тембра голоса	4	4	4	3	3	4
Различение слов, близких по звуковому составу	4	3	4	2	2	3
Дифференциация слогов	3	3	3	1	2	2
Дифференциация фонем	3	3	3	2	2	3
Навыки элементарного звукового анализа	3	3	2	2	2	2
Итого	21	20	20	13	15	18

Результаты исследования просодической стороны речи

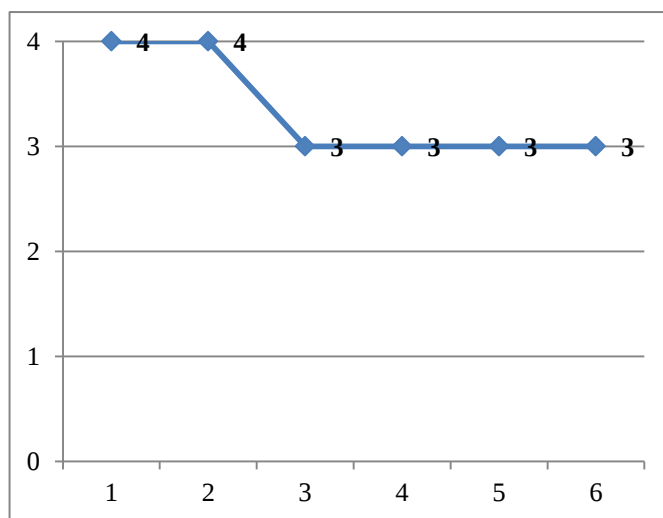
Параметры обследования	Количество набранных баллов					
	Маша Л.	Катя К.	Данил А.	Ваня П.	Аня А.	Даша Б.
Исследование ритма						
Восприятие ритма	4	4	4	3	3	4
Воспроизведение ритма	3	3	3	2	2	3
Исследование интонации						
Восприятие интонации	4	4	4	3	4	4
Воспроизведение интонации	3	3	3	2	3	3
Восприятие логического ударения	3	3	3	3	3	3
Воспроизведение логического ударения	3	3	3	2	2	3
Исследование голоса						
Модуляция голоса по высоте	3	3	3	3	2	3
Модуляция голоса по силе	3	3	3	2	2	2
Исследование тембра голоса						
Наличие назальности	2	2	2	3	2	2
Восприятие тембра голоса	4	3	3	3	3	3
Воспроизведение тембра голоса	4	3	3	3	3	3
Исследование речевого дыхания	2	3	2	2	2	2
Исследование темпо-ритмической стороны речи	3	2	2	1	2	2
Исследование слухового самоконтроля	4	4	3	4	3	4
Итого	45	43	41	36	36	41

Приложение Б

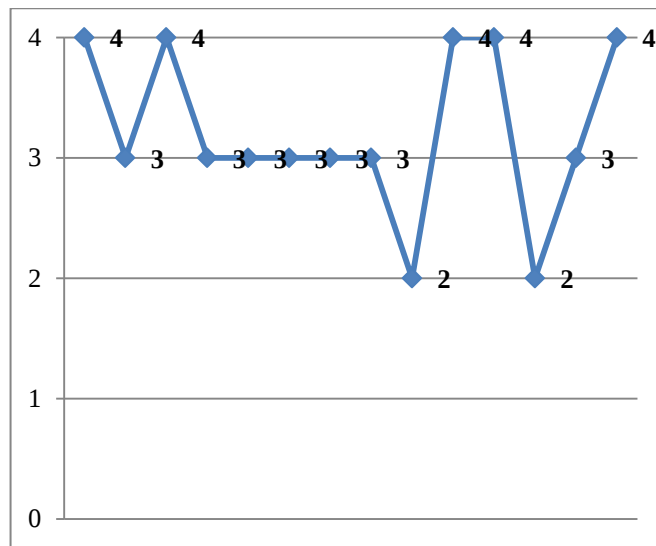
Профили структуры детей ЭГ, полученные в результате исследования



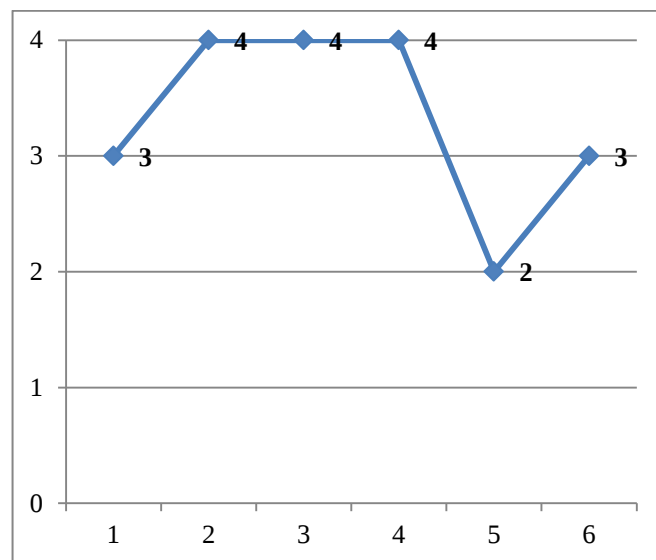
Профиль структуры двигательного нарушения Маши Л.



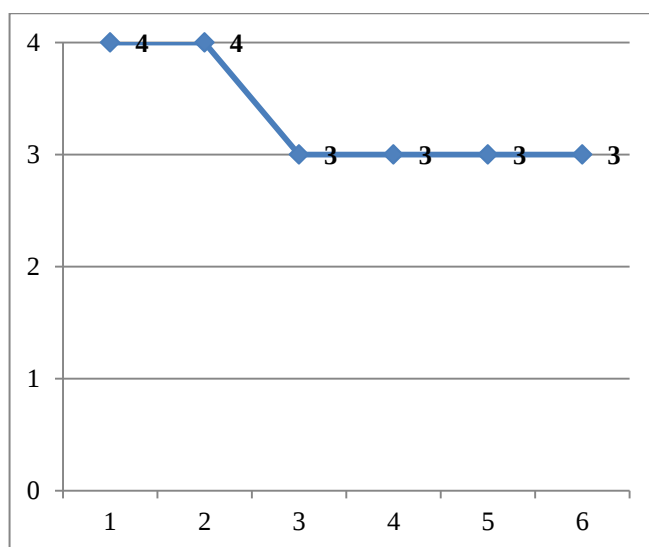
Профиль структуры сформированности фонематического восприятия Маши Л.



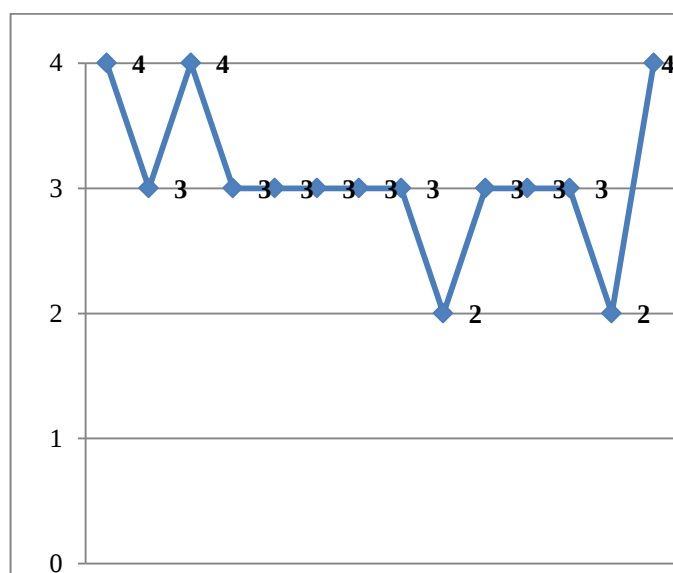
Профиль структуры сформированности просодической стороны речи Маши Л.



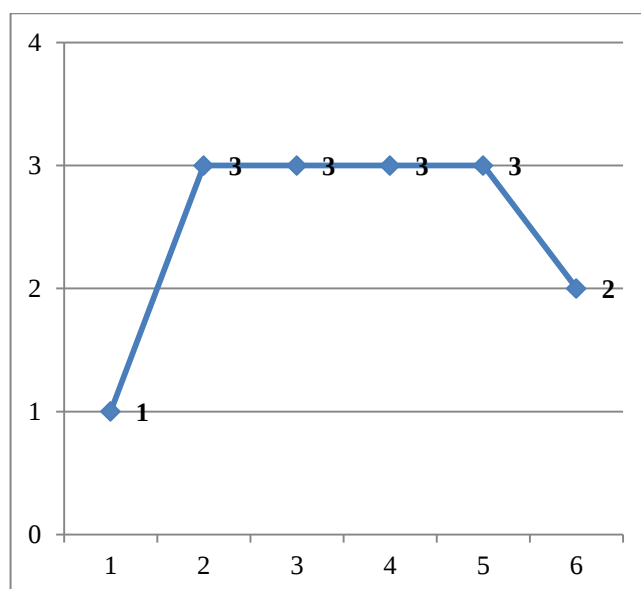
Профиль структуры двигательного нарушения Кати К.



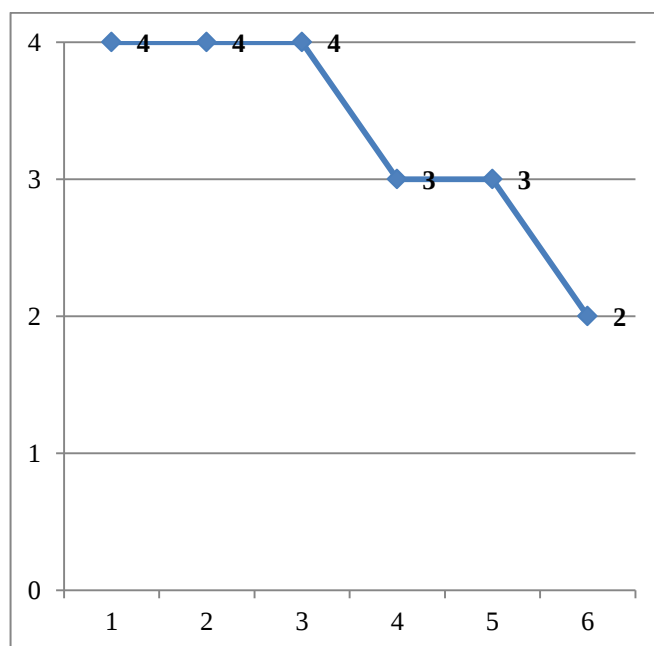
Профиль структуры сформированности фонематического восприятия Кати К.



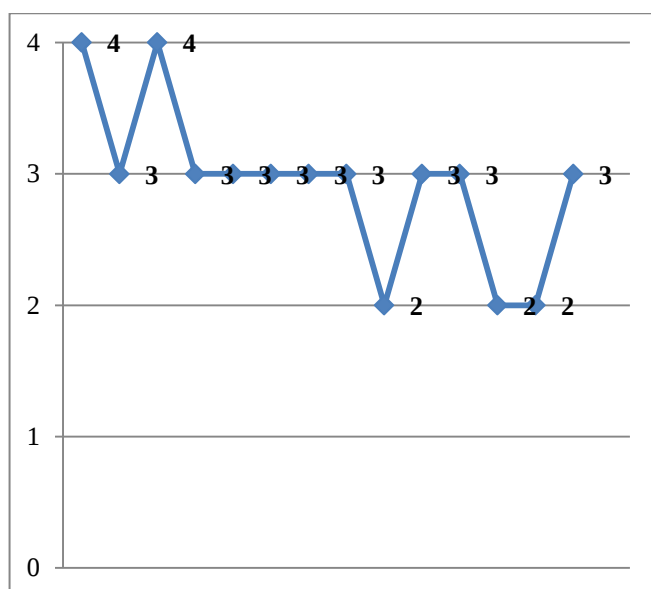
Профиль структуры сформированности просодической стороны речи Кати К.



Профиль структуры двигательного нарушения Данила А.

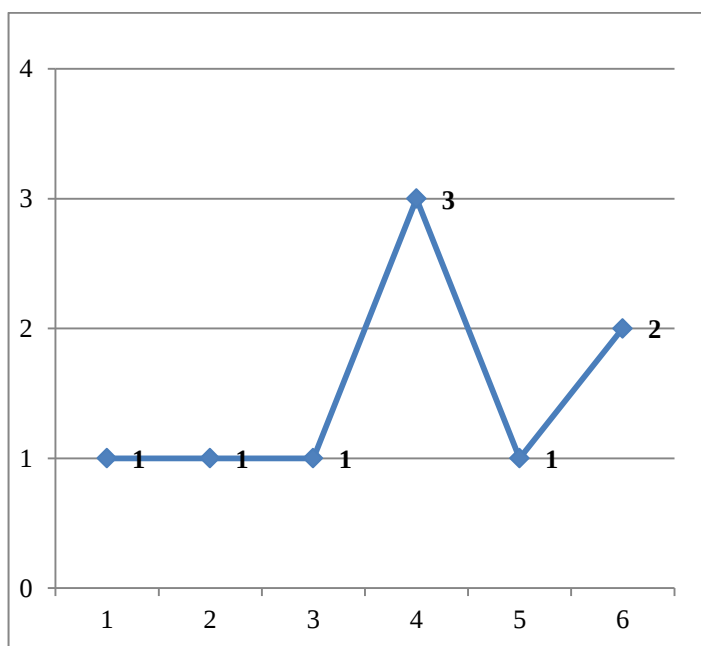


Профиль структуры сформированности фонематического восприятия Данила А.

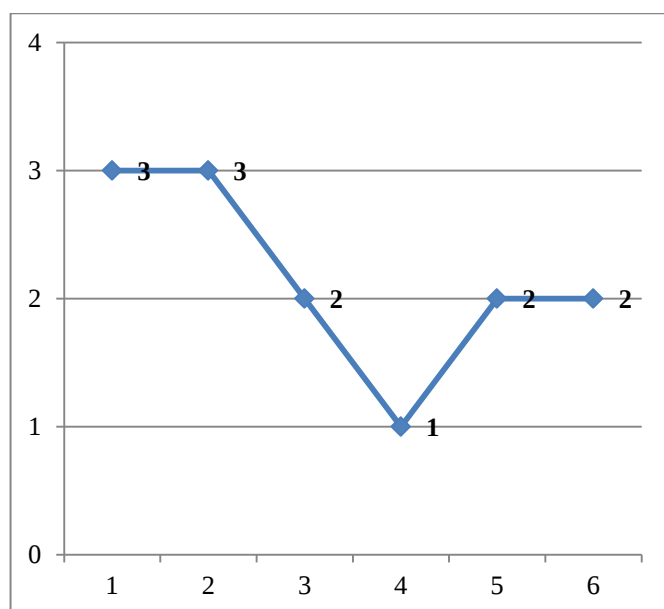


Профиль структуры сформированности просодической стороны речи Данила

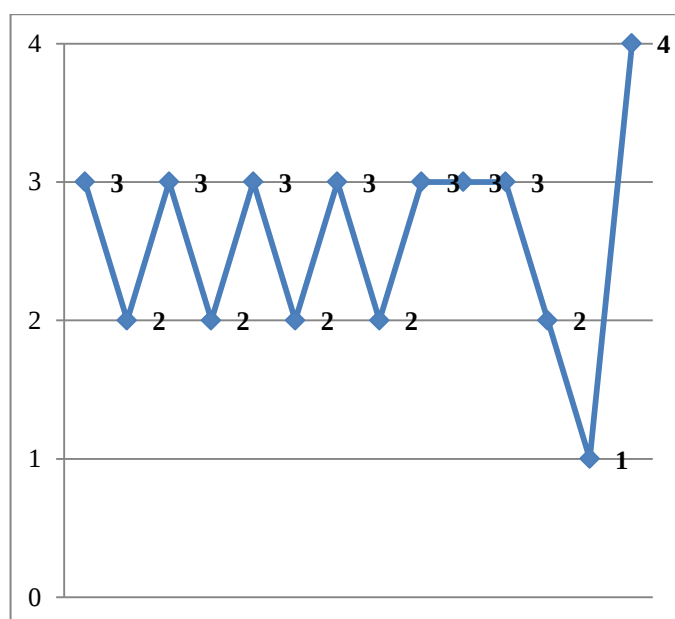
А.



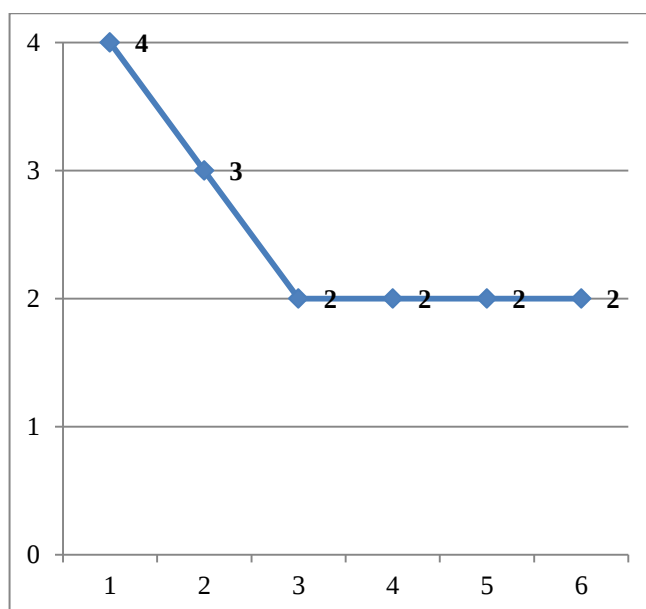
Профиль структуры двигательного нарушения Вани П.



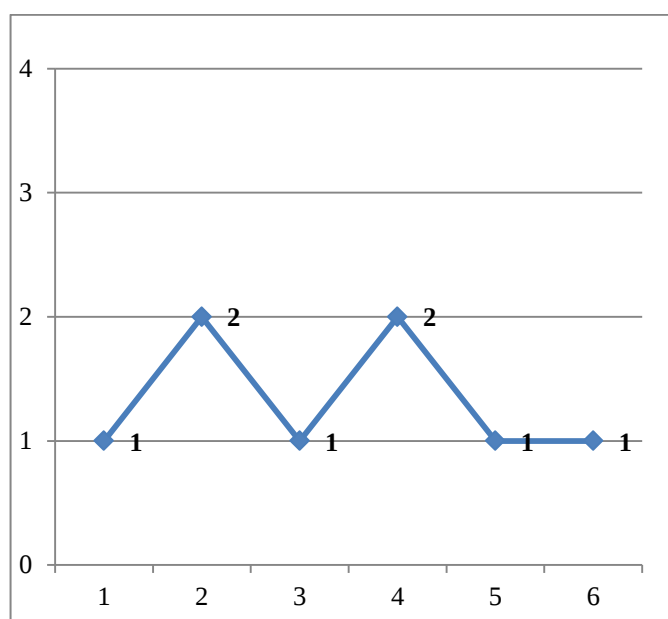
Профиль структуры сформированности фонематического восприятия Вани
П.



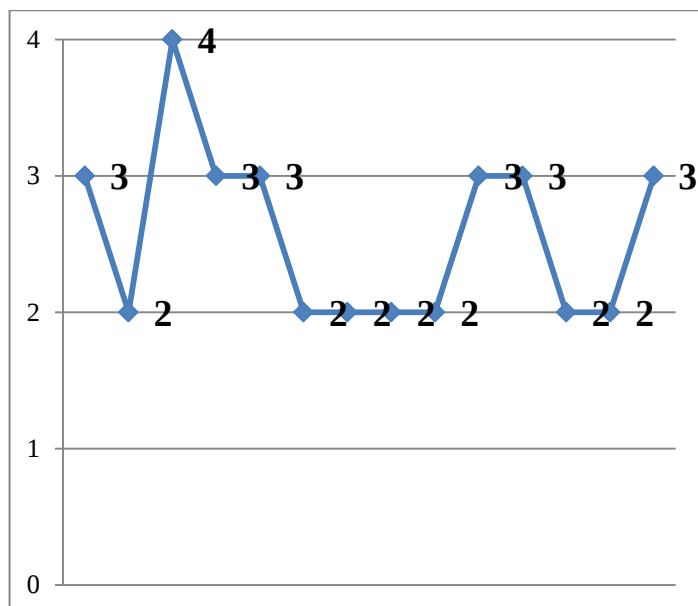
Профиль структуры сформированности просодической стороны речи Вани П.



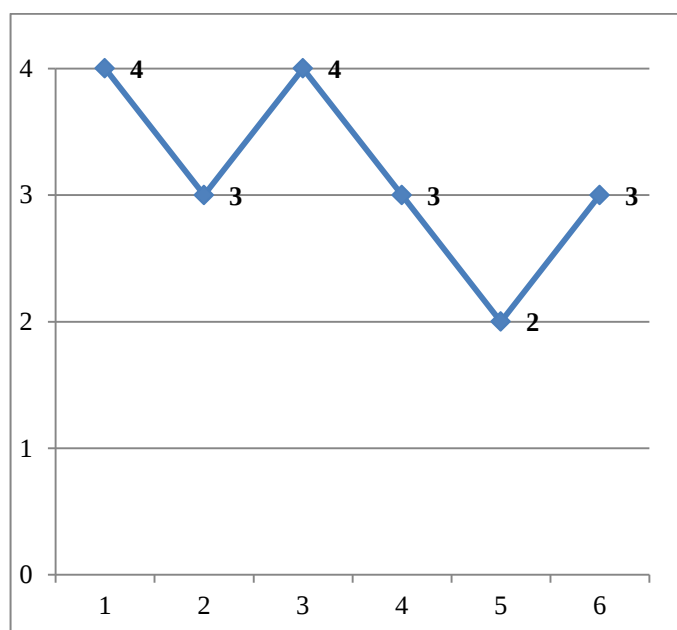
Профиль структуры сформированности фонематического восприятия Ани А.



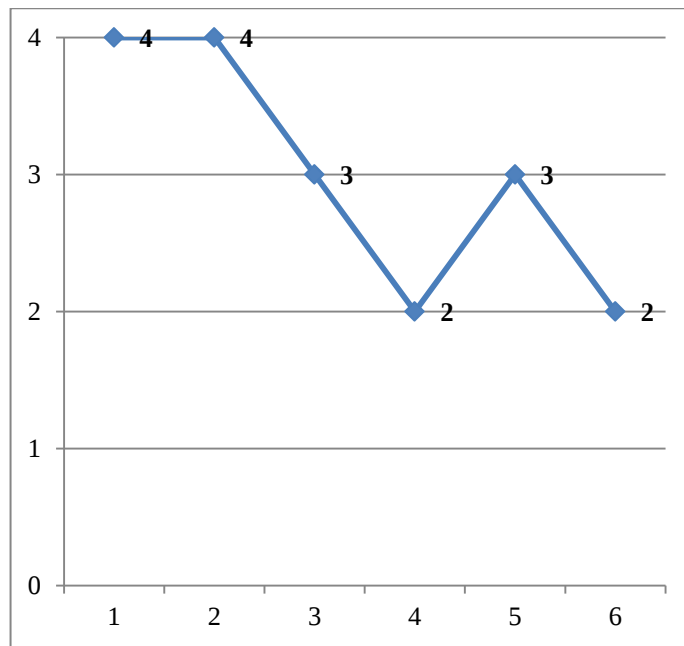
Профиль структуры двигательного нарушения Ани А.



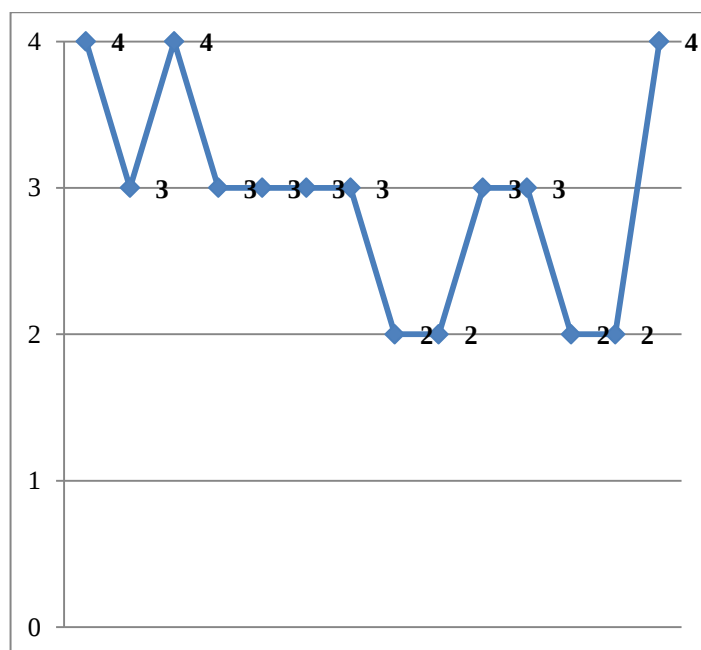
Профиль структуры сформированности просодической стороны речи
Ани А.



Профиль структуры двигательного нарушения Даши Б.



Профиль структуры сформированности фонематического восприятия
Даши Б.



Профиль структуры сформированности просодической стороны речи
Даши Б.

Приложение В

Протокол исследования артикуляционной моторики ЭГ

Параметры обследования	Количество набранных баллов					
	Маша Л.	Катя К.	Данил А.	Ваня П.	Аня А.	Даша Б.
Исследование кинестетического артикуляционного праксиса.	4	4	3	2	2	4
Исследование кинетического орального праксиса.	4	4	3	2	2	3
Исследование динамической координации артикуляционных движений	4	4	3	2	2	4
Исследование мимической мускулатуры.	4	4	3	3	2	3
Исследование мышечного тонуса и подвижности губ	3	3	3	2	2	3
Исследование мышечного тонуса языка и наличия патологической симптоматики.	3	3	3	2	2	3
Итого	22	22	18	13	12	20

Протокол исследования фонематического восприятия ЭГ

Параметры обследования	Количество набранных баллов					
	Маша Л.	Катя К.	Данил А.	Ваня П.	Аня А.	Даша Б.
Узнавание неречевых звуков	4	4	4	3	4	4
Различение высоты, силы, тембра голоса	4	4	4	3	3	4
Различение слов, близких по звуковому составу	4	4	4	2	3	3
Дифференциация слогов	3	3	3	2	3	3
Дифференциация фонем	3	3	3	3	3	3
Навыки элементарного звукового анализа	3	3	3	3	3	3
Итого	21	21	21	16	19	20

Результаты исследования просодической стороны речи

Параметры обследования	Количество набранных баллов					
	Маша Л.	Катя К.	Данил А.	Ваня П.	Аня А.	Даша Б.
Исследование ритма						
Восприятие ритма	4	4	4	4	4	4
Воспроизведение ритма	3	3	3	3	3	3
Исследование интонации						
Восприятие интонации	4	4	4	3	4	4
Воспроизведение интонации	4	4	3	2	3	4
Восприятие логического ударения	4	4	3	3	3	4
Воспроизведение логического ударения	4	4	3	2	2	4
Исследование голоса						
Модуляция голоса по высоте	4	4	4	3	3	3
Модуляция голоса по силе	4	4	3	3	3	3
Исследование тембра голоса						
Наличие назальности	3	3	3	3	3	3
Восприятие тембра голоса	4	4	4	3	3	3
Воспроизведение тембра голоса	4	4	3	3	3	3
Исследование речевого дыхания	4	4	3	3	3	3
Исследование темпо-ритмической стороны речи	3	3	3	2	2	3
Исследование слухового самоконтроля	4	4	4	4	4	4
Итого	53	53	47	41	43	48

Приложение Г

Материал, рекомендуемый для работы с гласными звуками

1. Двойные цепочки гласных звуков.

а-э	э-а	ы-а	и-а	о-а	у-а	а-э
а-ы	э-ы	ы-э	и-э	о-э	у - э	э-ы
а-и	э-и	ы-и	и-ы	о-ы	у-ы	ы-и
а-о	э-о	ы-о	и-о	о-и	у-и	и - о
а - у	э-у	ы-у	и-у	о-у	у-о	о-у
						у-а

2. Тройные цепочки с повторяющимися звуками.

а-э-а	э-а-э	ы-а-ы	и-а-и	о-а-о	у-а-у	а-э-а
а-ы-а	э-ы-э	ы-э-ы	и-э-и	о-э- о	у-э-у	э-ы-э
а-и-а	э-и-э	ы-и-ы	и-ы-и	о-ы-о	у-ы-у	ы-и-ы
а-о-а	э-о-э	ы-о-ы	и-о-и	о-и-о	у-и-у	и-о-и
а-у-а	э-у-э	ы-у-ы	и-у-и	о-у-о	у-о-у	о-у-о
						у-а-у

3. Тройные цепочки с разными звуками.

«А»	а-э-ы	а-ы-э	а-и-э	а-о-э	а-у-э
	а-э-и	а-ы-и	а-ы-и	а-о-ы	а-у-ы
	а-э-о	а-ы-о	а-ы-о	а-о-и	а-у-и
	а-э-у	а-ы-у	а-ы-у	а-о-у	а-у-о

«Э»	э-а-ы	э-ы-а	э-и-а	э-о-а	э-у-а
	э-а-и	э-ы-и	э-и-ы	э-о-ы	э-у-ы
	э-а-о	э-ы-о	э-и-о	э-о-и	э-у-и
	э-а-у	э-ы-у	э-и-у	э-о-у	э-у-о

«Ы»	ы-а-э	ы-э-а	ы-и-а	ы-о-а	ы-у-а
	ы-а-и	ы-э-и	ы-и-э	ы-о-э	ы-у-э
	ы-а-о	ы-э-о	ы-и-о	ы-о-и	ы-у-и
	ы-а-у	ы-э-у	ы-и-у	ы-о-у	ы-у-о

«И»	и-а-э	и-э-а	и-ы-а	и-о-а	и-у-а
	и-а-ы	и-э-ы	и-ы-э	и-о-э	и-у-э
	и-а-о	и-э-о	и-ы-о	и-о-ы	и-у-ы
	и-а-у	и-э-у	и-ы-у	и-о-у	и-у-о

«О»	о-а-э	о-э-а	о-ы-а	о-и-а	о-у-а
	о-а-ы	о-э-ы	о-ы-э	о-и-э	о-у-э
	о-а-и	о-э-а	о-ы-э	о-и-ы	о-у-ы
	о-а-у	о-э-у	о-ы-у	о-и-у	о-у- и

«У»	у-а-э	у-э-а	у-ы-а	у-и-а	у-о-а
	у-а-ы	у-э-ы	у-ы-э	у-и-э	у-о-э
	у-а-и	у-э-и	у-ы-и	у-и-ы	у-о-ы
	у-а-о	у-э-о	у-ы-о	у-и-о	у-о-и

Приложение Д

Материал для автоматизации гласных звуков в словах.

_____ Аня, Анна, Ася, Алик, Алла, Аля, автор, адрес, август, атлас;

Эхо, это, этот, Эмма, Элла, Эля, Эдик;

Инна, ива, имя, иней, Ира, Игорь, искра;

Оля, Ольга, око, окна, окунь, обувь, общий, ослик, осень, отдых, отпуск, остров;

Уля, ухо, угол, уголь, утка, уши, улей, узел, ужин, ужас, утро, удаль, уксус, узкий.

_____ Антон, Андрей, апрель, альбом, арбуз, архив, артист, асфальт;

Этаж, этап, этюд, экран;

Она, они, оса, обед, очки, Олег, огонь, омлет, олень, овраг, октябрь;

Иван, иди, иду, идти, игла, Илья, июнь, июль, игра, играть, изба, индюк;

Укол, укус, учить, учил, узнать, узнал, успеть, успел, узор, удав, удар, упасть, упал.

_____ Ампула, азбука, Азия, Африка, Англия, авиа;

Истина, иволга, Индия;

Овощи, облако, очередь, опера, огненный;

Уточка, удочка, улица, умница.

_____ Алина, Алиса, аптека, ангина, акула, Алеша, афиша, арена,

автобус, антенна, активный, экзамен;

Обои, обида, оборка, обёртка, одежда, осока;

Идея, иначе, индеец, избушка, игрушка;

Удача, улыбка, учёба, указка, учитель, учебник, упали, учиться, ужалить, ужасный, услышать.

_____ Автомат, апельсин, ателье, аромат, аппетит, ананас;

Эскимо;

Огурец, океан, огород;

Идеал, испугать, изменить;

Ученик, уважать, упаду, убедить, увезти, улететь, улетел, удивить, урожай.

— — — — Америка, акация, авария. История, Италия.

— — — — Одеяло, обезьяна, Украина.

— — — — Уважение, увлечение.

Приложение Е

Материал для автоматизации гласных звуков во фразе

- 1) Это Аня. Это Оля. Это ива. Это утка.
- 2) Это Антон. Это очки. Это экран. Это игла.
- 3) Это овощи. Это азбука. Это иволга. Это улица.
- 4) Это аптека. Это одежда. Это игрушка. Это улыбка.
- 5) Это апельсин. Это огурец. Это эскимо. Это ученик.

- 1) Аня и Оля. Инна и Элла. Ива и улей. Окунь и утка.
- 2) Иван и Олег. Антон и Илья. Удав и олень. Учить и узнать.
- 3) Алина и Алёша. Автобус и одежда. Игрушка и учебник. Указка и учитель.
- 4) Апельсин и огурец. Эскимо и ананас. Огород и урожай. Удивить и убедить.

- 1) У Оли Аня. У Эли ослик. У Инны окунь. У утки отдых.
- 2) У Оли альбом. У Оли очки. У Оли игла. У Оли узор.
- 3) У Ани азбука. У Ани овощи. У Ани уточка. У Ани удочка.
- 4) У Инны ангина. У Инны игрушка. У Инны улыбка. У Инны указка.

- 1) Оля у ивы. Аня у Оли. Инна у Аллы.
- 2) Анна и Иван. Элла и очки. Инна и игла.
- 3) Олег и Эдик. Олег и овощи. Олег и Алёша.
- 4) Артист и афиша. Обед и учёба. Иван и экзамен.