Кафедра специальной педагогики и психологии

## **ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

**Тема**

**Коррекционная работа при открытой форме ринолалии**

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Глава 1. Анализ теоретических источников исследования открытой ринолалии

1.1 Строение речевого аппарата в норме и при патологии

1.2 Причины нарушения речи при открытой ринолалии

1.3 Психолого–педагогическая характеристика детей с открытой ринолалией (физическое, речевое и психическое развитие)

1.4 Актуальность проведения коррекционной работы при открытой ринолалии в дооперационный период

Глава 2. Опытно – экспериментальная деятельность

2.1 Комплексное обследование детей с открытой ринолалией в послеоперационный период (констатирующий этап)

2.2 Коррекционная работа при открытой ринолалии в послеопрационный период (формирующий этап)

2.2.1 Активизация небно-глоточного смыкания, растормаживание мягкого неба, коррекция дыхания, голоса, гласных звуков

2.2.2 Коррекция согласных звуков, уменьшение назализации, постановки речевого голоса

2.2.3 полная автоматизация новых навыков, снятие остаточной ринофонии

2.2.4 Работа над мелкой моторикой рук

2.3 Сравнительный анализ уровня развития речи у детей с открытой ринолалией на заключительном этапе исследовательской работы

Заключение

Список литературы

Приложения

# **Введение**

В отечественной и зарубежной литературе среди речевой патологии выделяют ринолалию, как одну из сложных клинических форм. Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. При ринолалии наблюдается назализованный тембр голоса, артикуляция и фонация существенно отличаются от нормы.

В России разработкой методологических приемов по ринолалии занимались Е.Ф. Рау,1933г., Ф.А. Рау, 1933г., З.Г. Нелюбова ,1938г., В.В. Куколь, 1941г., А.Г. Ипполитова, 1955г., 1963, С.Г. Таптапова, 1963г., Т.Н. Воронцова, 1966г., Н.Н. Сереброва, 1969г., Л.И. Вансовская, 1977г., И.И. Ермакова, 1980г, 1984.

В коррекционной работе важно знать специфику логопедического воздействия.

Большое значение имеет система, разработанная А.Г. Ипполитовой, которая предположила начинать занятия с дооперационного периода при открытой ринолалии (использование сочетания дыхательных и артикуляционных упражнений, соблюдение определенной последовательности отработки звуков).

Своеобразие методов А.Г. Ипполитовой состоит в том, что первоначально внимание ребенка направлено только на артикулему. Содержание занятий включает формирование речевого дыхания, дифференциацию вдоха и выдоха, воспитание длительного ротового выдоха при реализации гласных артикулем (без включения голоса) и фрикативных глухих согласных, дифференциацию короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании сонорных фонем и аффрикат, постановку мягких звуков.

Н.И. Сереброва предложила рентгенографический метод, позволяющий прогнозировать возможность восстановления функции мягкого неба логопедическими приемами. Сопоставление этих данных до логопедической работы выявляет степень компенсации речевого дефекта общепринятыми средствами.

С.Л. Таптапова разработала коррекционную методику для взрослых ринолаликов. Она предложила своеобразный режим молчания (произношение гласных про себя), что способствует устранению назализации, снимает гримасы, характерные для данной патологии.

И.И. Ермакова, установила возрастные особенности функциональных расстройств голосообразования у детей с врожденными расщелинами и применительно к ним модифицировала ортофонические упражнения.

Она разработала поэтапную методику звукопроизношения и голоса:

1. Подготовка артикуляционного аппарата к изготовлению функционального глоточного обтуратора к операции уранопластики.

2. Активация небно-глоточного смыкания после накладывания обтуратора или растормаживание мягкого неба после операции, а так же приучение ребенка к новым кинестезия.

3. Устранение назализации, коррекция звукопроизношения.

4. Полная автоматизация новых навыков.

И.И. Ермакова считает, что рано начатое логопедическое воздействие снижает процент дегенеративных изменений в мышцах глотки.

Л.И. Вансовская предложила начинать устранение назализации не с традиционного звука, а с передних гласных **«и**, **э**», т.к. именно они позволяют фокусировать выдыхаемую струю воздуха в переднем отделе ротовой полости и направлять язык к нижним резцам. При этом усиливается четкость кинестезии при соприкосновении звука и стенки глотки, и мягкое небо участвует более активно.

От ребенка произнесение звуков негромким голосом с несколько выдвинутой вперед челюстью, с полуулыбкой, с усиленным напряжением мягкого неба и глоточных мышц. После устранения назализации гласных проводиться работа над сонорами «**л**, **р»**, затем щелевыми и смычными согласными.

В комплексном воздействии на ребенка с ринолалией необходимо чрезвычайно активно участие родителей. Для этого создают специальные руководства (Яковенко В.Н., 1962г. Екатеринбургский центр «Бонум», 1990, Вансовская Л.И., 1994г.), задачи которых определены в следующих основных рекомендациях:

- требование правильного примера для подражания – медленное, отчетливое произношение взрослыми слов и простых предложений;

* важность непринужденного общения в коллективе детей с нормальной речью;
* посещение массового детского сада, участие в играх, развивающих слуховое, зрительное, кинестическое восприятие, пребывание на занятиях музыкой и пением;

- развитие внимания и усидчивости в специально созданных игровых ситуациях, постепенный переход к играм-занятиям, создающим условия для будущего обучения:

- развитие речевого праксиса, воспитание дыхания, мелкой моторики в игровой форме;

- расширение лексики и развитие способности к общению и образованию понятий.

В связи с ухудшением экологической обстановки, снижением уровня жизни семей не уменьшается, а увеличивается число детей с врожденными расщелинами. Поэтому крайне необходимо как можно более раннее выявление таких детей и оказание им комплексной медико-психолого-логопедической помощи.

В нашей работе мы использовали методики следующих авторов: А.Г. Ипполитовой, Л.И. Вансовской, И.И. Ермаковой.

**Актуальность** нашего исследования состоит в том, что в настоящее время формирование навыков правильной речи имеет большое значение, поэтому очень важен поиск наиболее эффективных форм работы.

**Цель исследования** – апробация эффективных методик преодоления нарушения речи при открытой ринолалии.

**Предмет исследования** – система логопедического воздействия при устранении недостатков речи у детей дошкольного возраста с врожденными анатомо-функциональными нарушениями, вызванными открытой ринолалией.

**Объект исследования** - особенности нарушения речи у детей с открытой ринолалией, обусловленной врожденной расщелиной речевого аппарата.

**Гипотеза исследования** – мы полагаем, что правильно организованная коррекционная работа делает возможным значительное улучшение тембра голоса и исправление нарушения звукопроизношения, обусловленного анатомо – физиологическими дефектами речевого аппарата.

В соответствии с поставленной целью и выдвинутой гипотезой предстоит решить следующие задачи:

1. Проанализировать специальную литературу по проблеме.

2. Изучить особенности физиологии, анатомии, речи и психики детей с открытой ринолалией.

3. Определить систему методических приемов, влияющих на эффективность работы по коррекции ринолалии.

**Методы исследования** определились в соответствии с целью, гипотезой и задачами работы.

**Теоретические методы** – анализ литературы по проблеме исследования, обобщение результатов исследовательской работы.

**Эмпирические методы** – изучение медицинской документации, обследование речи ринолаликов, наблюдение за детьми в процессе коррекционной работы.

Дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы, приложений.

В первой главе мы проанализировали теоретические источники исследования открытой ринолалии.

Во второй главе раскрыли этапы опытно-экспериментальной деятельности по поставленной проблеме.

В заключении представлены выводы по каждой главе, дается подтверждение гипотезы.

Список литературы представлен 20 источниками, приложения включают в себя дидактический материал, медицинскую документацию, перспективный план работы.

**Теоретическая значимость** исследования заключается в том, что была доказана эффективностью апробированных методических приемов коррекции речевых нарушений при открытой ринолалии и возможность использования данных материалов на занятиях с детьми.

**Практическая значимость**: предложена система коррекционной работы с детьми с открытой ринолалией, разработаны рекомендации для родителей и педагогов.

**Глава 1. Анализ теоретических источников исследования открытой ринолалии**

**1.1 Строение речевого аппарата в норме и при патологии**

В норме небо – это образование, которое разобщат полости рта, носа и глотки. Оно состоит из твердого и мягкого неба. Твердое небо имеет костную основу. Спереди и по бокам его обрамляет альвеолярный отросток верхней челюсти с зубами, а сзади – мягкое небо. Твердое небо покрыто слизистой оболочкой, поверхность которой позади альвеол имеет повышенную тактильную чувственность. Высота и конфигурация твердого неба влияют на резонанс.

Мягкое небо является задним отделом перегородки между полостями носа и рта. Само мягкое небо представляет мышечное образование. Передняя треть его практически неподвижна, средняя наиболее активно участвует в речи, а задняя – в напряжении и проглатывании. При подъеме мягкое небо удлиняется.

Мягкое небо анатомически и функционально связано с глоткой. Вместе они образуют небно-глоточный механизм, участвующий в дыхании, глотании речи. При дыхании мягкое небо опущено и частично прикрывает отверстие между глоткой и полостью рта. При глотании мягкое небо натягивается, поднимается и приближается к задней стенке глотки, которая соотвествено движется навстречу и вступает в контакт с небом. Одновременно сокращаются и другие мышцы: языка, боковых стенок глотки, ее верхнего сжимателя.

В процессе речи постоянно повторяется очень быстрое мышечное сокращение, которое приближает мягкое небо к задней стенке глотки по направлению кверху и сзади. При поднятии оно вступает в контакт с валиком Пассавана. Движется мягкое небо во время речи вверх и вниз очень быстро, время открытия или закрытия носоглотки колеблется от 0,01 до 1 сек. Степень поднятия его зависит от беглости речи, а так же от фонем, которые в данный момент произносятся. Максимальное поднятие неба наблюдается при произнесении звуков «**а, с»**, а наибольшее его напряжение при «**и».** Это напряжение чуть уменьшается при **« у »** и незначительно на **«о, а, э».**

В свою очередь объем полости глотки меняется при фонации разных гласных. Глоточная полость занимает наибольший объем при произношении звуков **«и,** **у»,** наименьший при а и промежуточный между ними при **«э, о».**

При дутье глотании**,** свисте мягкое небо поднимается еще выше чем при фонации и закрывает носоглотку, в то время как глотка суживается.

Существует так же функциональная связь между мягким небо и гортанью. Она выражается в том, что малейшее изменение положения небной занавески влияет на положение голосовых связок. А возрастание тонуса в гортани влечет за собой более высокий подъем мягкого неба.

При врожденной органической открытой ринолалиии дефекты в строении артикуляционного аппарата обуславливают нарушение его функции.

Виды врожденных расщелин различают по величине, форме, протяженности, расположению (на губах, твердом, мягком небе).

**Расщелины**

**Сквозные Изолированные**

**Односторонние Двусторонние Полные Скрытые Неполные**

**I. Изолированные расщелины**

1. Изолированная полная расщелина губы – зубы и небо в норме, захвачен нижний отдел носового отверстия с повреждением кожно-хрящевого отдела; бывает односторонняя (лево- или правосторонняя) и двусторонняя.

1. Неполная расщелина губы – затронута часть губы, несращение по краю губы, нет повреждений кожно-хрящевого отдела носа.
2. Изолированная полная расщелина твердого неба – несращение доходит до резцовой кости; бывает левосторонняя и правосторонняя.
3. Изолированная неполная расщелина твердого неба – небольшого размера от 0,5 см; лево- и правосторонняя.
4. Изолированная субмукозная (скрытая) расщелина твердого неба – слизистая оболочка твердого неба в норме, нарушена костная ткань, расщелина обнаруживается при пальпации.
5. Изолированные расщелины мягкого неба: полная – расщелина доходит до твердого неба, неполная – раздвоение маленького язычка или небольшая расщелина мягкого неба.

**II. Сквозная расщелина – несращение проходит сквозь зубы, губы, альвеолярный отросток, твердое и мягкое небо**

1. Сквозная двухсторонняя расщелина – расщелины проходят по обе стороны межчелюстной кости, ни с одной стороны нет срастания неба с носовой перегородкой, при этом резцовая кость продвинута вперед, и может занимать горизонтальное положение, происходит нарушение зубных рядов – неправильное положение зубов, их избыток или недостаток.
2. Сквозная односторонняя расщелина – одна из сторон срослась с носовой перегородкой.

**1.2 Причины нарушения речи при открытой ринолалии**

Выделяют две формы открытой ринолалии: органическая и функциональная.

Функциональная открытая ринолалия возникает при нарушении функции небно-глоточного затвора и вызывается:

* недостаточным подъемом мягкого неба у детей с вялой артикуляцией общая (соматическая ослабленность, пониженный мышечный тонус);
* после удаления аденоидов;
* последствиями дифтерии, тяжелой очаговой ангины(из-за длительного ограничения подвижности мягкого неба – меньше глотает, меньше говорит: мягкое небо отвисает и воздух поступает в носовую полость)

Функциональная открытая ринолалия проявляется в носовом произношении гласных звуков.

Эта форма ринолалии исчезает после физиотерапевтических процедур, массажа мягкого неба, фонеатрических (голосовых) упражнений и артикуляционной гимнастики.

Органическая, открытая ринолалия бывает врожденная и приобретенная.

Приобретенная органическая открытая ринолалия возникает:

* при ранении (перфорация твердого или мягкого неба);
* при опухоли (рубцовые изменения);
* при параличе или парезе мягкого неба (из-за повреждения языкоглоточного и блуждающего нервов).

Врожденная органическая открытая ринолалия возникает:

* при врожденных расщелинах лица, губ, твердого и мягкого неба;
* при врожденном укорочении мягкого неба.

Причины:

1. Недостаток или избыток микроэлементов в обмене веществ у матери при беременности (меди, марганца, особенно цинка).
2. Применение матерью во время беременности лекарств, особенно в первый триместр (жаропонижающие, антибиотики, противосудорожных, переизбыток витамина А);
3. Болезни, перенесенные матерью в 1 половину беременности (грипп, паротит, дизентерия, коревая краснуха, малярия, брюшной тиф).
4. Взаимодействие с химическими веществами в 1 половину беременности (бензин, ядохимикаты, хлорная известь, окись азота).
5. Психические травмы, потрясения, стрессы у матери во время беременности.
6. Гинекологические болезни и их медикаментозное лечение.
7. Эндокринные заболевания матери.
8. Возраст родителей
9. Число предшествующих прерываний беременности
10. Плохое питание.
11. Облучение.

Критическими периодами воздействия вредностей на формирование лица, верхней губы и неба эмбриона являются от четырех до восьми недель беременности, от четырех до шести недель – расщелины лица от семи до восьми недель – расщелины верхней губы и неба.

**1.3 Психолого-педагогическая характеристика детей с открытой ринолалией ( физическое, речевое и психическое развитие)**

Тяжесть нарушений речи у лиц с ринолалией зависит от совокупности структурных и функциональных изменений и в немалой степени – от социально –психических условий развития ребенка. Как правило, целый ряд нарушений в костно-мышечном аппарате речи: сужение верхней челюсти, твердого неба, деформация верхнего ряда зубов, изменения соотношения базисов челюсти. Так же нарушаются нормальное переплетение и тонус мышц неба и необходимое их физическое натяжение. Мышцы значительно ослабляются, питающие их сосуды суживаются, что ведет к развитию рубцовой ткани. Слизистая оболочка задней стенки глотки становиться истонченной и атрофичной, при этом глоточный рефлекс снижается. Вялость артикуляторного аппарата (губ, нижней челюсти и языка) проявляется в слабости круговой мышцы рта, вплоть до невозможности удержать губами самые мягкие предметы. При несращении губы и неба вырабатывается целый ряд приспособительных движений губ, носа и мягкого неба. С их помощью дети, артикулируя звуки, стараются помешать выходу воздуха через нос. Затворы образуются на уровне корны языка, голосовых связок, сжатием и втягиванием крыльев носа. Постепенно устанавливается патологическая связь артикулярных движений с работой мимических мышц « Игра» мимических мышц особенно выражена при произнесении смычных и щелевых звуков. Речь сопровождается движениями крыльев носа, бровей, сужением ноздрей, сокращением лобных мышц и поднятием верхней губы. Чем обширнее дефект, тем большие нарушения претерпевает детский организм в период своего развития.

Наличие расщелин приводит к невозможности грудного вскармливания. Угасание сосательного рефлекса, выпадение губных движений (движения мышц верхней губы либо отсутствуют, либо значительно ослаблены) приводит к ослаблению всей лицевой мускулатуры, обедняется мимика лица.

Из-за неправильных анатомических условий не развивается координированная и дифференцированная работа языка. Он практически не участвует в артикулярном акте; необходимость приспособиться к порочным анатомическим условиям развивает такое положение языка, при котором корень его поднимается вверх, препятствуя выходу воздуха через рот и еще больше увеличивая назальный оттенок речи и снижая его разборчивость. При этом наблюдается значительное ограничение подвижности языка, смещение его передней части к середине ротовой полости, смазанность и вялость артикуляции.

Изменяется мышечная взаимосвязь при питании. При кормлении дети сжимают соску не губами, а корнем языка и фрагментами небного свода. При таком сосании вместе с движением корневой части языка активизируются мышцы лица, это в дальнейшем сказывается на качестве лепета и оказывает влияние на формирование произношения. При данном нарушении имеется недостаточность не только фонемного, но и более высокого языкового уровня, а именно – семантико-лексического развития. Набор слов и понятий у детей не всегда соответствует их возрасту в силу того, что становление речи связано с точностью артикуляции и фонематической дифференциацией, которые у них недостаточны.

У детей с открытой ринолалией ухудшаются условия физиологического дыхания. При норме воздух поступает в носовую полость, во внутренние дыхательные пути согретым и не раздражает слизистую оболочку дыхательного тракта и глотки, предохраняет ребенка от простуды. При открытой ринолалии воздух не согревается и не очищается, отсюда частые простудные заболевания. В результате воспалительные процессы распространяются на верхние дыхательные пути, в области устья слуховых труб, среднем ухе, из-за чего понижается слуховая чувствительность. Функциональные изменения слуха особенно проявляются в том, что дети не воспринимают и не замечают искажений в собственной речи.

У детей с открытой ринолалией вырабатываются неправильные механизмы речевого дыхания: неэкономичное верхнегрудное, или ключечное, при котором происходит движение верхних отделов грудной клетки, плечевого пояса и лопаток.

При поверхностном ключичном дыхании поднимаются вверх плечи, ключицы, лопатки и верхние семь пар ребер. В этом случае диафрагма, следуя за движением легких, подтягивается кверху. Таким образом, вся грудная клетка вытягивается вверх, хотя при этом будет все таки очень незначительно расширена.

Такой вид дыхания – самый нерациональный и нездоровый. Грудная клетка кверху уже, чем в середине и в основании: расширение минимально. Вытягивание вверх ключиц, лопаток плеч вызывает довольно большое напряжение. Выдыхаемый воздух при речи расходуется поверхностно, неэкономно, ускоренно (длительность выдоха около 1,5–1,8 сек.) при этом 70 – 80% выдыхаемого воздуха не управляемо устремляется через нос.

Вдох во время речи, поверхностный и учащенный, осуществляется через рот. Поднятая грудная клетка сразу опускается, вызывает форсированное и неравномерное распределение воздуха на протяжении произносимого слова или фразы. Уже к середине слова выдох иссякает, звуки получаются слабые и смазанные. Дыхание в потоке речи хаотическое со стертостью фаз вдоха и выдоха. При этом нарушается осанка, появляется сутулость, скованность или чрезмерная вялость мускулатуры.

Наблюдается отставание в развитии общей и мелкой моторики ведущей руки. Мышцы пальцев и кисти слабые, быстро устают, движения недостаточно координированы. Речь нередко сопровождается напряжением растопыренных пальцев обеих кистей. Дети позднее начинают держать голову, сидеть и ходить. Нервно-мышечный аппарат речи рано приспосабливается к своеобразным условиям глотания и дыхания. С запаздыванием развитие речи и теми перенапряжениями и усилиями, которые при этом спонтанно затрачивает, ребенок на артикуляцию, постепенно образующиеся патологические компенсации еще больше увеличиваются и закрепляются.

Таким образом, при врожденных расщелинах нарушаются:

1. Питание ребенка

2. Физиологическое и речевое дыхание.

1. Характер работы лицевой мускулатуры
2. Стабилизируется неправильное положение языка в ротовой полости (чрезмерное поднятие корня языка)
3. Снижение слуха, нарушение формирования фонематического восприятия.

У детей с врожденными расщелинами часто наблюдаются функциональные нарушения нервной системы, выраженные психогенные реакции на свой дефект, повышенная возбудимость и др.

Неполноценность речи при ринолалии сказывается на формировании всех психических функций больного и в первую очередь на становлении личности: «...имеют место особенности душевных переживаний, связанные с положением таких детей в коллективе (М.Д. Дубов). Клиническая картина при расщелинах, хр. стр.122). У ребенка развивается замкнутость, застенчивость, раздражительность. Часто общение с коллективом носит односторонний характер, а результат общения травмирует детей, сверстники не хотят общаться с больным, потому что речь его иногда сопровождается компенсаторными гримасообразными движениями мимических мышц лица, в особенности крыльев носа. Ребенок как бы стремиться, движением крыльев носа задержать прохождение воздушной струи.

Наряду с движением крыльев носа. У некоторых больных при разговоре сокращаются лобные мышцы, сморщиваются брови. По выражению Дорреиса – «разговаривающие лицом» (Дубов Х.Р.стр.124)

Характерными для детей ринолалией является изменение оральной чувствительности в ротовой полости. Причина заключается в дисфункции сенсомоторных проводящих путей, обусловленной неполноценными условиями вскармливания в грудном возрасте.

Патологические особенности строения и деятельности речевого аппарата вызывают многообразные отклонения в развитии не только звуковой стороны речи. В разной степени страдают структурные различные компоненты речи. В устной речи отличаются обедненность и аномальные условия протекания до лингвистического развития детей с ринолалией. В связи с нарушением речедвигательной периферии ребенок лишается интенсивного лепета, тем самым обедняется этап подготовительной настройки речевого аппарата. Наиболее типичные лепетные звуки **«п, б, т, д »** артикулируются ребенком беззвучно или очень тихо в связи с утечкой воздуха через нос и тем самым не получают слухового подкрепления у детей. активность мышц постепенно уменьшается (Волосовец Т.В.,1995г)

Отмечается позднее начало речи, значительный временной интервал между появлением первых слогов слов и фраз уже в ранний период, являющийся синзетивным для формирования не только звукового, но и смыслового ее содержания, т.е. начинается искаженный путь развития речи в целом.

В структуре речевой деятельности при ринолалии дефекты фонетико-фонематического строя является ведущим звеном нарушения, причем первичным является нарушение фонетического оформления речи.

В результате периферической недостаточности артикуляционного аппарата формируются приспособительные изменения уклада органов артикуляции при производстве звуков: высокий подъем корня языка и сдвиг его в заднюю зону ротовой полости, недостаточное участие губ при произнесении лабиализованных гласных, губно-губных и губно-зубных согласных и др.

Наиболее существенными проявлениями дефектности фонетического оформления устной речи являются нарушения всех оральных звуков речи за счет подключения носового резонатора и изменения аэродинамических условий фонации. Звуки становятся назальными. Сочетания назализации речи и искажений в артикуляции отдельных звуков весьма разнообразны. Многое зависит от соотношения резонирующих полостей и от многообразия индивидуальных особенностей конфигурации ротовой и носовой полостей. Имеются факторы, менее специфические, но так же влияющие на степень внятности звукопроизношения: возрастные, индивидуально-психологические свойства, социально-психологические и др.

Речь ребенка в целом малоразборчива. Нарушение фонетического оформления речи накладывает некоторый отпечаток на формирование лексико-грамматического строения речи, но глубокие качественные изменения его встречаются обычно при сочетании ринолалии с другими речевыми нарушениями.

В литературе имеются указания на своеобразие формирования письменной речи при ринолалии. Мы не останавливаемся отдельно на анализе причин дефектности письма при ринолалии, однако укажем , что предлагаемая методика работы предупреждает нарушения письма и исключает их в случаях ранней логопедической помощи ( в дошкольном возрасте).

Целенаправленная работа по преодолению дефекта речи способствует становлению положительных черт характера, стимулирует развитие высших психических функций. Катамнестические сведения, представленные в литературе, и наши наблюдения показывают, что большинство детей с ринолалией способно к высокой степени компенсации дефекта и реабилитации функций.

**1.4 Актуальность проведения коррекционной работы при открытой ринолалии в дооперационный период**

Ранняя работа по исправлению речи до операции направлена на укрепление и тренировку артикуляции моторики (ослабление напряженного состояния корня языка и приближении кончика языка к нижним резцам), освобождению лица от гримас, создание навыков направленной артикуляции звуков.

**Цель**: Не допустить образования компенсаторных патологических привычек и создать базу для развития нормальной речи. В этот период необходимо подготовить небную занавеску к небно-глоточному смыканию после операции, по возможности предотвратить дистрофию мышц глотки. Создать предпосылки для правильного звукообразования, переместить язык в полости рта вперед, опустить его корень и укрепить кончик, активировать губы и щеки, предотвратить закрепление ключичного типа дыхания, затормозить неэкономный ускоренный речевой выдох, выработать направленную воздушную струю, предупредить смещение фонем в устной речи.

**Задача логопедов в дооперационный период:**

1. Физическое развитие ребенка в связи с тренировкой активных органов речи; создание для основы нормализации речи.

2. Постановка диафрагмального типа дыхания.

1. Развитие слухового и зрительного внимания (подражание речи взрослых, пребывание ребенка в их обществе).

Коррекция при ринолалии в дооперационный период проводится двумя средствами: медицинскими и педагогическими.

**Медицинские средства**

Хирургическое вмешательство (операция). Операция губы – хейлопластика – проводится на 2–3 месяце или во второе полугодие жизни ребенка (по показаниям здоровья).

Закрытие расщелины неба в два этапа: в 6–12 месяцев оперируют мягкое неба (велопластика) в результате чего к 1,5–2 годам (у ряда детей – к 3 годам) происходит интенсивное сближение расщепленных фрагментов твердого неба (до 3–5 мм); наконец, в щадящем, не задевающем зон роста режиме осуществляется операция на твердом небе (уранопластика). Для формирования свода твердого неба в течение месяца после операции ребенок носит пластинку с высоким стенсом. В дальнейшем ребенок наблюдается хирургом и ортодонтом с периодическим посещением центров реабилитации детей с расщелинами неба, которые имеются во многих городах.

Операция, непосредственно не устраняя нарушение речи, создает необходимые предпосылки для успешного обучения и воспитания новых артикуляторных установок.

**Педагогические средства**

Основные принципы логопедической работы при ринолалии:

1. Системность и функционирование языка в деятельности.
2. Учет механизма расстройства и особенностей сиптоматики (строение зубочелюстной системы состояние небных мышц и их функции, особенности дыхательного аппарата, речевая и общая моторика, своеобразие артикуляций позиций языка, губ нижней челюсти, состояние слуха и слухоречевых дифференцировок и т.д.).
3. Использование физиологического дыхания, которое служит базой для перехода в речевое диафрагмальное дыхание с ротовым выдохом.
4. Опоры на сохраненные анализаторы и функции (в частности, на зрительный и на потенциально сохраненные кинестетический и осязательный).
5. Единства речевой системы (например, проявляющийся в одновременной активации небно-глоточных отделов аппарата артикуляции и дыхания путем повышения функциональной нагрузки на эти системы).
6. Воспитание естественного функционирования механизмов речи и опоры закономерности фонетического строя русского языка (использование мягкой атаки звука, выбор, построение и применение речевого материала как средства коррекции фонетических нарушений).
7. Последовательность работы над звуками определяется подготовленностью артикуляционной базы звуков (наличие полноценных звуков одной группы является базой для формирования следующей группы звуков).
8. Учета возрастных особенностей.
9. Учета принципов развития, согласно которому все психические процессы, в том числе и речь, имеют определенные качественные стадии в своем развитие (например, 3 года – критический возраст в развитии речи).
10. Правильные речевые навыки закрепляются логопедом и лишь частично родителями.
11. Индивидуального подхода в процессе занятий с небольшой группой.

Логопедические занятия с детьми должны проводиться только индивидуально. Это обусловлено несколькими причинами.

Различие в изменениях функций по глубине и объему требуют подбора определенных направленных упражнений. Даже на одном этапе занятий дети одного возраста могут нуждаться в различных рекомендациях. Поскольку каждый детский организм обладает индивидуальной выносливостью, количество упражнений, как и их содержание и соотношение, подбирается индивидуально.

Т.к. нечеткое повторение приводит к закреплению патологических навыков, а опорой контроля служит только зрительный анализатор. Поэтому возможности правильных повторений ограничены, ни одно движение, звук слово не должны остаться без внимания логопеда. При этом ребенок нуждается в постоянном подкреплении словесными инструкциями. А в группе часто не удается заметить отклонений в мелких тонких движениях артикуляционного аппарата и звучание фонем.

Неумение правильно выполнить задание, легко дающиеся другими, часто порождает у детей младшего возраста негативизм и даже полный отказ заниматься. У старших пробуждается чувство неполноценности, они теряют веру в свои силы.

Возбуждение, которое обычно возникает в группе при выполнении упражнений, отвлекает детей от целеустремленных занятий.

Первое занятие начинают со вступительной беседы специалиста, в которой подробно объясняют задачи, стоящие перед детьми. Необходимо убедить родителей и ребенка в том, что положительные результаты возможны только при условии активной, осознанной работы над воспитанием речи. На занятии необходимо присутствие родителей или других людей, которые будут заниматься с ребенком дома. Они наблюдают за работой логопеда, а специалист, в свою очередь, проверяет, как его поняли и как будут родители выполнять задания дома. Помощь и участие старших, воспитание характера и личности, контроль над речью, формирование новых навыков, их закрепление в детском саду, школе, в играх и других ситуациях имеют одно из первостепенных значений. Одно занятие длиться 20–30 минут в один прием.

**Основные направления работы**

Речевая работа предполагает индивидуальный подход и непрерывность логопедами в до- и послеоперационный период с учетом таких составляющих психического развития, как психические новообразования, кризисы развития, стабильные периоды, социальная ситуация развития и ведущая деятельность. Роль родителей здесь чрезвычайно велика и ответственна. Под руководством логопеда они осуществляют раннее, правильное развитие, воспитание и обучение ребенка. Существует специфический возрастной период развития речи – первые три года. По истечении этого периода процесс слухоречевого развития и обучения резко замедляется и требует больший усилий.

Ведущую роль берет на себя слуховой анализатор. Слуховое сосредоточение на человеческий голос появляется уже на 14-й день после рождения. Основным механизмом, лежащим в основе усвоения речи, является процесс имитации. Непременным условием сохранения и развития врожденного подражательного рефлекса является живое словесно-эмоциональное общение взрослых с каждым ребенком индивидуально. Путем имитации ребенок усваивает фактически весь родной язык. В период подражания подготавливается будущая собственная речь ребенка. Вот почему от взрослых требуется правильная безупречная речь.

С первых дней жизни осуществляется непосредственное эмоциональное общение взрослого и ребенка. Благодаря этому формируется такое психическое образование, как потребность в общении. Логопед обучает родителей быть внимательными к перцетивному развитию ребенка. Главное, не оставлять ребенка в покое и безопасности, быть внимательным и наблюдательным, быстро определять, что ему необходимо, что интересно.

Одним их важных условий развития речи является предметно-действенное общение ребенка и взрослого, совершенствование функции руки. Взрослый стимулирует, накопление чувственного опыта вместе с ребенком, изучая и обследуя окружающие предметы с помощью зрения, слуха, движения рук.

Именно в присутствии взрослого ребенок наиболее активно играет, что способствует развитию ориентированного поведения – формированию хватания, как основы предметных действий. Этой активностью надо руководить. В дальнейшем родителей также обучают подбирать активные игры, в которых они продуктивно реализуют речевые программы.

Формируя предпосылки и потребности в общении, важно проявлять к ребенку постоянную любовь и уважение, интерес и одобрение. Только успех и радость создают мотивацию, следует учитывать, что на разных возрастных ступенях ребенок обладает разными анатомо-физиологическими возможностями усвоения и совершенствования своей речи. На первом году жизни речевой аппарат еще формируется . легкие и голосовые складки интенсивно развиваются именно в первые 3 месяца жизни, и это развитие необходимо стимулировать.

После хейлопластики логопед обучает мать проведению гимнастики для верхней губы, чтобы она стала подвижной, а рубцы – мягкими и эластичными. Нередко у младенцев с расщелиной неба бывает недоразвита нижняя челюсть и она требует коррекции пассивной гимнастикой, массажем, с 2 – 3месяцев жизни. До года рекомендуется укладывать ребенка на бок и на живот, в положение6, стимулирующее удержание языка у нижних резцов. Для физического развития органов речи, моторного и сенсорного становления проводят общеукрепляющую и дыхательную гимнастики, создают условия слаженной работы всего артикулярного аппарата. При этом активируют возможно большее количество анализаторов: зрительный, слуховой, моторный, кожно-тактильный, вибрационный. Программа коррекционного воздействия т становления речи строится согласно онтогенезу, фонетическому и фонологическому развитию.

Тактика показывает, что в семьях где предъявляются не заниженные требования, дети достигают высоких результатов. Следует всемерно содействовать их раннему социальному взаимодействию со здоровыми сверстниками и развитию самостоятельности. Речь, воздействуя на развитие других высших психических функций, организует структуру восприятия, формирует архитектонику памяти, избирательность и произвольность воспитания, развивает словесно-логическое мышление, оперирование обобщениями и представлениями. Успешное раннее хирургическое и ортодонтическое лечение и программы раннего речевого развития уменьшают влияние расщелины на приобретение, закрепление артикуляторных, языковых отклонений и вредных компенсаторных процессов.

**Активация мышц мягкого неба**

Предварительная подготовка сегментов небной занавески к участию в небно-глоточном смыкании сокращает сроки растормаживания неба и позволяет увеличить его подвижность после операции.

Наиболее физиологичным представляется воспитание смыкания при фонации. При ней легче вырабатывается условно-рефлекторная связь между ощущением подъема небной занавески и звукообразованием за счет участия речедвигательного, речеслухового и кинестетического анализаторов. Ребенок одновременно ощущает подъем сегментов неба, произносит звук и слышит его измененное, улучшенное по сравнению с обычным звучанием.

Особенности артикуляций **«а, э»** позволяют применять их для развития подвижности сегментов неба.

Звук**, а** – единственный в русском языке гласный нижнего подъема, при его произнесении корень языка опускается наиболее низко.

Звук, **э** - среднего подъема, но переднего ряда, поэтому для него характерно наибольшее перемещение стенки языка вперед при умеренном ее подъеме.

При произнесении этих фонем по сравнению с другими гласными наблюдается меньшие плотность смыкания глотки, напряжение мягкого неба и число контактов языка с глоткой, которые бывают при ринолалии. Все это объясняет наименьшую выраженность носового оттенка **а** и **э** при слуховом восприятии. Кроме того, оба звука нелабиализованные. Их произнесение с широко открытым ртом обеспечивает визуальный контроль.

**Упражнение с гласными «а, э»**

Широко открыв рот, ребенок повторяет за логопедом. Произносить звук надо мягко, не на твердой атаке, язык придвинут к зубам. Если язык оттягивается к глотке, то упражнять в выкладывании его на нижнюю губу, потом в дотрагивании кончиком языка до нижних резцов, удерживая его в нижнем положении.

* длительное произнесение: а или э
* двукратное произнесение а, а (э, э)
* трехкратное произнесение а, а, а, (э, э, э)
* через 4-5 занятий переходить к слитному и несколько растянутому произнесению сочетаний ааээээаа

Упражнение повторять 2-3 раза подряд 6-8 раз в день. В начале сегменты неба могут оставаться почти неподвижными, наблюдается лишь легкое их подрагивание. Но при регулярных тренировках они начинают подниматься, несколько расходясь при этом в стороны. Растягивание, на которое могут раздвинуться сегменты небной занавески, зависит от тяжести дефекта. Подвижность сегментов неба контролируют визуально. Если наблюдению мешает гипертрофированный корень языка, ребенку нужно высунуть его, а логопеду шпателем слегка прижать книзу.

**Активизация мышц глотки**

Развитию дистрофического процесса в мышцах глотки препятствует повышенная нагрузка: увеличивается объем и двигательная активность мышц, осуществляется подготовка для ношения функционального обтуратора или к операции. Для этого используется имитация глоточного рефлекса и позевывания. Оба упражнения повторяют по подражанию 3 раза подряд 6-8 раз в день.

Если ребенку не удается воспроизвести глоточный рефлекс, то логопед вызывает его прикосновением шпателя к задней стенке глотки или корню языка. В домашних условиях это делают родители ручкой чайной ложки. Эти упражнения делают регулярно вплоть до операции.

**Подготовка артикуляционного аппарата к правильному звукообразованию**

Этот процесс занимает длительное время и включает тренировку подвижности губ и щек, смещение вперед языка, укрепление его кончика и опускание его корня. Изменение положения языка в полости рта влияет на искажение речи больше, чем недостаточность небно-глоточного смыкания. Перемещение языка вперед создает условия постановки правильной артикуляции, понижения носового оттенка голоса, нормализации фонационного дыхания, уменьшения глоточных смыканий. Поэтому данному разделу необходимо уделять пристальное внимание. Разъясняя любое упражнение, обязательно уточняют позицию языка и следят за его положением, назначают ряд специальных артикуляционных упражнений (артикуляционная гимнастика, массаж).

Все упражнения выполняют под счет, перед зеркалом 3-4 раза в день по 5 минут.

Поскольку кинестезии у лиц с врожденными расщелинами снижены, одновременно работаю не более чем над тремя видами упражнений, т.к. при большей нагрузке дети могут путать задания или выполнять их неточно. Упражнения артикуляционной гимнастики должны быть отобраны с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка и носить строго направленный характер. Рекомендуется избегать быстрых, резких артикуляционных движений. Они требуют большого напряжения и неэффективны, т.к. ребенок не успевает запомнить смену кинестезией и часто смазывает движения. Отмечено, что на первых занятиях проявляется излишнее напряжение мышц лба, крыльев носа, челюстей и шеи, которое передается на гортань и глотку. Чтобы уменьшить его, полезно несколько раз в течение занятия прерывать упражнения кратковременными расслаблениям мышц лица, шеи, глотки а при тренировках избегать резких движений.

**Упражнения для языка и щек**

1. Артикуляционная гимнастика – высовывать, убирать, поднимать, опускать, двигать вправо – влево, расслаблять «блинчиком», напрягать «жалом», максимально опираясь на непроизвольные движения.
2. Дотягиваться языком до носа, до подбородка.
3. Облизывание намазанных сладким губ (каждую отдельно и по кругу).
4. Поглаживание щек изнутри, упираясь языком в слизистую оболочку.
5. Покусывание языка по всей поверхности, постепенно высовывая его и втягивая.
6. Пошлепывание кончика языка шпателем (расслабление языка)
7. Вылизывание тарелок и выпуклой стороны столовых ложек всей поверхностью кончика языка.
8. Слизывание капель с вогнутой поверхности ложки (размер ложки последовательно уменьшают от столовой до ложечки для горчицы – формирование более тонких и точных движений).
9. Почесывание кончика языка о верхние резцы; пересчитывание зубов, упираясь в каждый.
10. Поглаживание щек, надавливая с силой на внутреннюю сторону; тщательное обведение по кругу предверия полости рта.
11. Катание (если позволяет строение неба) круглой конфетки, прижимая ее кончиком языка к альвеолам.

**Упражнение для губ**

1. Поднимание и опускание верхней губы – ребенок закусывает нижнюю губу, а затем под счет поднимает и опускает верхнюю 5-6 раз подряд (другие органы лица не двигаются).

2. Несмыкающиеся, вялые губы – удерживание кусочка сухаря, сахара, леденца (чем меньше, круглее и глаже кусочек, тем плотнее смыкаются губы), следить, чтобы губы не вытягивались хоботком.

3. Вытягивание обеих губ в рот (если верхняя губа западает, под нее подкладывают продолговатый валик и стараются навернуть губу на резцы).

**Массаж губ**

1. Подушечками большого и указательного пальцев (один палец изнутри, другой – снаружи) взять верхнюю губу и растирать рубец.
2. Подушечки больших и указательных пальцев поставить так же, но у уголков рта, сводить пальцы, нажимая на губу чуть выше красной каймы и оттягивая ее вперед (повторять 10-15 раз).
3. Движения языка в преддверии полости рта, сильно надавливая на уздечку.

Упражнения должны быть отобраны с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка, и носить строго целенаправленный характер. Не следует делать массаж языка трехлетнему ребенку, если язык еще не сместился к глотке и корень языка имеет нормальное строение и размеры. Рекомендуется избегать быстрых и резких артикуляционных движений.

Полезно прерывать артикуляционную гимнастику кратковременными расслаблениями мышц лица, шеи, глотки.

**Развитие речевого дыхания**

В норме в речевом выдохе активно участвуют брюшная полость и внутренние межреберные мышцы, которые обеспечивают удлинение выдоха, и достаточное давление воздушной струи. Этим объясняется улучшение речи при обучении ринолаликов диафрагмальному дыханию. Как известно, детям такое дыхание не свойственно, поэтому им целесообразно ставить косто-абдоминальное (диафрагмально-реберное) дыхание. Оно позволяет величить жизненный объем легких, регулировать скорость выдоха диафрагмой и фонировать в грудном регистре, благодаря чему удлиняется выдох и уменьшается назализация.

На этом этапе работы по формированию речевого дыхания ограничивается обучением только длительному ротовому выдоху.

**Начало работы.** Необходимо определить вид физиологического дыхания ребенка, положив свою ладонь на боковую поверхность выше его талии. Если дыхание нижнереберное (диафрагмальное), логопед приспосабливает свое дыхание к ритму дыхания ребенка и начинает работу. Если у ребенка верхне-ключичное дыхание, то оно корректируется в кабинете лечебной физкультуры.

Следует попытаться вызвать нижнереберное дыхание по подражанию. Для этого можно приложить ладонь ребенка к себе на бок и проверить своей ладонью его дыхание. Если не получается, то прежде чем коррекция дыхания будет проводиться в кабинете лечебной физкультуры предварительно следует обучить ребенка направленному дутью поскольку дети с расщелинами не владеют направленной воздушной струей и воздух при выдохе у них утекает в нос. Направленный воздушный поток обеспечит в дальнейшем достаточное внутриротовое давление воздуха для образования согласных звуков.

**I этап. Формирование усиленного глоточного выдоха приоткрытом рте**

1. Нужное давление вызывают от имитации «поплевывания»: ребенок слегка высовывает кончик языка между зубами, а затем старается выплюнуть его. Язык при этом продвинут вперед. А кончик его высунут минимально, что вынуждает сильнее напрягать губы, и создает более тонкие движения. Внимание сосредотачивают на ощущении губ. Одновременно ребенок контролирует температуру, и направление воздушной струи тыльной стороной ладони. На первых занятиях можно пальцами зажимать крылья носа. Упражнение повторяют 6-8 раз подряд 3-4 раза в день.
2. Если «поплевывание» сопровождается напряжением мышц шеи и даже движением передней стенки глотки вперед (получается звук, сходный с к), то прибегают к тактильному контролю передней поверхности шеи, беззвучному «поплевыванию» или выплевыванию мелких крошек. Размер крошек постепенно уменьшается, а нужное движение постепенно усваивается.
3. Замедляя и продлевая «поплевывание», получают легкое дутье, которое закрепляется дыхательными упражнениями с комочком ваты, пухом, полосками бумаги.

До операции целесообразно применять упражнения, требующие повышенных усилий (катать карандаш выдуваемой струей, надувать шарик), т.к. они усиливают напряжение лицевой и глоточной мускулатуры, усиливают гримасы, ускоряют выдох. Главная цель в этот период – получение воздушной струи.

**II этап. Дифференциация ротового и носового дыхания**

Необходимо объяснить ребенку, что существуют различные виды вдоха и выдоха через нос, при открытом рте возможны различные сочетания вдоха и выдоха. Ребенку предлагают проделать конкретные дыхательные упражнения, последовательность их выполнения фиксируется рисунками в таблице в тетради ребенка:

Цель этих упражнений – в процессе разучивания различных видов вдоха и выдоха закрепить диафрагмальный вдох и постепенный, спокойный выдох.

Эти упражнения закладывают основы ритма речевого дыхания с паузой после вдоха. Формирование речевой паузы при дыхании происходит спонтанно, т.к. ребенок задерживает выдох, обращая внимание на то, как его надо осуществить: через нос или рот при переходе от вдоха к выдоху. При дальнейшем обучении произношению гласных и согласных звуков эта пауза будет постепенно увеличиваться и закрепляться.

Во время этих упражнений необходимо приучать ребенка к ощущению проходящей по слизистым оболочкам ротовой и глоточной полости направленной струи воздуха во время вдоха и выдоха.

Направление выдыхаемой через рот струи контролируется движением ватки, положенной на гладкую поверхность (лист бумаги, ладонь), чтобы ребенок мог видеть направление ее движения и корректировать это направление по указанию логопеда. Такой выдох ни в коем случае не отождествляемый с выдуванием, формирует направленность полного, спокойного ротового выдоха.

Для организации правильного ротового выдоха необходимо изменить положение языка в полости рта: при ротовом выдохе кончик языка у нижних резцов, корень опущен, если корень не снижается, можно временно допустить высовывание языка между зубами или нажать на корень языка шпателем (в крайнем случае).

Последовательность проведения упражнений:

1. Упражнение проводиться лежа. Ребенок учится вдыхать через полный живот, плавно, долго выдыхая, точность выполнения контролируется ладонью.
2. То же самое, но полулежа.
3. Сидя.
4. Стоя.
5. В движении (различные комплексы физических и дыхательных упражнений).

**Упражнение назализации гласных звуков**

Хотя известно, что именно гласные придают голосу назальный тембр, часто создается впечатление, что многие дети произносят их правильно. Однако язык при артикуляции сдвинут в глубину полости рта, а губы повышенно активны. Коррекция гласных предусматривает продвижение языка к нижним резцам и произнесении их на диафрагмальном выдохе в грудном регистре. Уменьшение участия головного резонанса в фонации сразу заметно уменьшает носовой оттенок голоса еще до операции.

1. Протяженное произнесение гласных а-а-а, э-э-э на мягком выдохе в грудном регистре. Ребенок сидит, опираясь спиной на спинку стула, слегка опустив подбородок и положив ладонь на грудь тактильного контроля. Ступни ног параллельно стоят на полу. При правильном выполнении упражнения ощущается мелкая вибрация грудной клетки. Это упражнение выполняется по подражанию: логопед показывает, а потом выполняет вместе с ребенком. Начинают произнесение гласных с 2-3 раз и доводят до 5 повторений каждого звука 4-5 раз в день в течение месяца.

Далее переходят к гласным о, и, у, ы. Эта последовательность основана на изменении силы, необходимой для удержания сегментов неба в горизонтальном положении, и на возрастании объема глоточной полости рта при артикуляции гласных, из которых у, и обладают наиболее выраженным носовым оттенком.

2. Напевное, слитное произнесение сочетаний гласных, сочетания не начинают с у, и, ы, т.к. остается назализация в их произношении, но если поставлен функциональный глоточный обтуратор, то упражнения отрабатывают со всеми гласными:

* сочетание двух гласных: **аэ, ао, ау; эа, эо, эу; оа, оэ, оу.**
* сочетание трех гласных: **аоа, аэа, ауа; эаэ, эао, эау; оаэ, оао, оау**

Сначала гласные произносят голосом средней высоты на дном тоне, затем расширяют диапазон. Упражнения произносят: низким голосом – «медведь»; средним голосом – «лиса»; высоким голосом – «белка». Но чаще обращаются к средним тонам, т.к. они наиболее естественны для ребенка.

1. Вокальные упражнения.

До операции вокальные упражнения стимулируют подъем сегментов мягкого неба, подвижность задней стенки глотки, удлиняют выдох. Вокальные упражнения сводятся к пению гласных в диапазоне терции (описание методики см. В послеоперационном периоде).

**Развитие речеслуховых дифференцировок**

Задачи:

1. Научить различать звуки речи окружающих.
2. Дифференцированное восприятие собственного произношения.

Звучная речь человека в процессе эволюции формируется для слуха и под непосредственным контролем слуха, поэтому речь и слух, – тесно связанные функции. Побуждение ребенка сравнивать свое искаженное произношение с правильным звучанием речи ускоряет овладение нормальным произношением. Систематический тренинг слуха, особенно фонематического, приводит к выработке самоконтроля речи.

В упражнениях акустического дифференцирования следует идти постепенно о простого к сложному, от несходства к сходству, от неречевых звуков к речевым.

**Дифференцирование неречевых звуков**

Обучающимся предлагают задания на распознавание звучащихся инструментов, предметов (связка ключей, монеты в коробке, погремушка, шелест листьев, шуршание бумаги), распознавание действий (хлопанье, скрип, стучание, тиканье часов, журчание воды), голосовых звукоподражаний (имитирование крика вороны, лай, хрюканье), мелодий (угадай, что играют; на чем играют) и др.

**Дифференцирование звуков в слове**

Более старшим предлагается распознавание слов, близких по слуховому составу (пол, вол, дол, кол); аппозиционных слогов. Слов (фа-ва, па-ба,бетон –бидон, дело – тело, дядя – тетя), определение листа звука в слове, определение звука перед или после выделенного звука, последовательность звуков в слове; определение количества звуков и слогов; выделение слова с нужным звуком из группы слов.

Используют игры «Подскажи звук...», «Какой звук пропущен?». Все это обеспечивает условия для ориентировок исследовательской деятельности детей, развивает и закрепляет запас имеющихся представлений о звукобуквенной стороне слова, формирует умение поставить определенную задачу и решить ее самостоятельно.

**Развитие мелодико- и интонационно-слухового опыта**

Предлагают определить голоса, изменяющие по высоте: «Кто поет (говорит)?» – папа, мама, сын; по силе (средне, громко, тихо). Проверяют умение ориентироваться по силе звука во время поиска спрятанного в игре предмета (тихо – далеко, громко - близко).

**Дифференцированное восприятие назализованных и «чистых» звуков**

Отличать правильное звучание от искаженного дети учатся, слушая логопеда. В процессе работы над гласными звуками многократно демонстрируют разницу речевого звука при опущенном мягком небе и сжатых крыльях носа, увеличивающих степень ринофонии. И «чистых» гласных звуков при ротовом произнесении с напряженным небом. Постепенно формируются слухоречевые возможности, фонематическое восприятие и фонематические представления детей, развиваются такие функции психической деятельности, как произвольное внимание, восприятие, мышление, память. Не следует забывать, что усвоение правильной речи, закладка ее эталонов осуществляется с самого раннего возраста (с 3-10 месяцев жизни) общаясь с ребенком и сосредоточив его внимание на лице говорящего, необходимо активизировать первые предречевые вокализации: гуканье, гуление, лепет практически этот процесс реализуется путем слушанья безупречно правильной речи.

Слуховое восприятие – самый первый этап приобретения речевых навыков. В это время взрослым следует придерживаться определенных законов: как можно чаще говорить негромко, но четко, внятно не спеша, с многократным повторением сказанного. В этом случае с раннего детства стимулируется и вырабатывается навык прислушивания, запоминаются звуковые модели слов. В дальнейшем и коррекцию так же проводят негромким голосом.

Требования к проведению упражнений на дифференцированное восприятие правильного и искаженного звучания:

* при проговаривании логопед закрывает губы экраном;
* произносить звуки четко, внятно;
* нельзя в дооперационном периоде анализировать слова с согласными близких акустических групп (несколько шипящих, свистящих и т.д.)
* значение слов, доступное детям;
* ответное проговаривание, если ребенок умеет правильно произносить изучаемую фонему;
* если звук не доступен для произношения, то реакция должна быть двигательной (поднятие руки, хлопок ит.д.);
* проводить упражнение в течение 7-10 минут, анализируя на одном занятии не более 3-4 слов.

**Дифференцированное восприятие собственного произношения**

В становлении правильных навыков произношения огромное значение имеет умение представить и оценить звучание собственной речи. Сделать это довольно сложно: ребенок слышит себя иначе, чем окружающие. Ему его речь кажется вполне правильной, поэтому для самоконтроля используется прием «Слушай себя» (по П.А. Нейману).

Самовыслушивание организуется следующим образом:

1. Кистям рук придают положение, которое обычно получается при набирании воды для умывания – пригоршней, при этом первый (большой) палец плотно прилегает к ладони.
2. Не изменяя приданного кистям полусогнутого положения одну из них (например, левую) прикладывают к соответствующей (левой) ушной раковине сзади нее, причем верхнюю часть раковины слегка притягивают книзу и значительно пригибают к щеке. Локоть при этом приближают к груди.
3. Другую кисть (правую) также в неизмененном полусогнутом положении кладут ладонной поверхностью запястья на соответствующий (правый) угол рта и прикрывают рот, не кладя на губы, за исключением большого пальца, помещенного на верхней губе.

Указанное положение кистей образует рупор, связывающий отверстие рта с ушной раковиной – звукопровод. При такой позиции рук звук тихого собственного голоса выслушивается усиленным, а явные тембральные погрешности или какие – либо особенности голоса – различными и ясными. Пользуясь этим приемом надо говорить негромко.

В речевой материал для тренировки берутся звуки, доступные ребенку (кроме **«м, н»**). Используя прием «слушай себя» при постановке звуков и в дальнейшем, выявляет и преодолевает носовой оттенок речи. Важнейшие обратные связи постепенно формируются на основе слуха мышечного чувства.

**Выводы:**

Врожденные расщелины отрицательно влияют на формирование детского организма и развитие высших психических функций. Больные находят своеобразные пути компенсации дефекта, в результате чего формируется неправильная взаимосвязь мышц артикуляционного аппарата. Это – нарушение фонетического обрамления речи, и выступает в структуре дефекта как ведущее расстройство. Это влечет за собой ряд вторичных нарушений в речи и психическом статусе больного. Тем не менее, у этой группы больных имеются большие приспособленческие и компенсаторные возможности для реабилитации нарушенных функций.

Наличие врожденных расщелин глубоко отражается на всем развитие ребенка: это дети болезненные, соматически ослабленные, у них часто отмечается снижение слуха. При ринолалии дефект речи может сопровождаться отклонениями в развитии высших психических функций. Эти больные характеризуются своеобразными особенностями развития личности и формирования деятельности.

Речевой дефект ринолалика с самого рождения обусловлен рядом причин. В первую очередь обеспечение жизненно важных функций дыхания и питания приводит к специфическому положению языка (с чрезмерно поднятым корнем), что ведет к нарушению его функциональных возможностей с одной стороны, и к дефектной компенсации нарушения – с другой стороны (во время речи в артикуляцию вовлекаются мышцы лба, лица, возникают многообразные синкинезии). При ринолалии отмечается формирование атипичного специфического дыхания, развитие гипеназализации и дефекты артикуляции звуков. В картине речевого нарушения ведущим является дефектное звукопроизношение, вторично может страдать лексико-грамматический строй, фонематический слух, письменная речь.

Коррекция дефекта осуществляется средствами медицинского, логопедического и психолого-педагогического воздействия.

Поэтому при открытой ринолалии очень важна работа в дооперационный период по формированию правильных речевых навыков.

Главным условием в работе является активизация здоровых отделов речевого аппарата и подготовка нарушенных отделов как база для формирования правильного звукопроизношения.

Исправление звукопроизношения до операции означает передвигание преграды при произношении согласных звуков в передний отдел ротовой полости, введение в бытовую речь сознательного использования органов артикуляции, воспитание связи артикуляции с фонемой, умение вычленять эту фонему в потоке речи. При этом часто приходиться довольствоваться приближенной артикуляцией, звуками – аналогами, что закономерно для развития детской речи и достаточно для формирования и развития фонематических представлений и навыков звукового анализа (например, зубно-губные **«п, б»,** если недоступно смыкание губ). Хотя не удается добиться нормального звучания многих фонем, коммуникативная функция речи все же улучшается за счет повышения ее разборчивости.

До операции не привлекают внимание к утечке воздуха в нос, а добиваются ее безупречности и точных движений языка и губ. Логопеда не должно смущать, что многие согласные остаются беззвучными, носовыми.

Если не работать над звукопроизношение до операции, то ребенок и после пластики неба говорит по-прежнему. Коррекция звукопроизношения длится достаточно долго, т.к. трудно преодолевать сложившиеся патологические компенсации и формировать новый сложный стереотип.

Если коррекция проводилась до операции, то после операции, несмотря на временное ухудшение, быстро восстанавливаются правильные артикуляции.

К началу работы по постановке согласных звуков должны быть закончены занятия по постановке диафрагмально-реберного дыхания.

ринолалия логопедический коррекционный воздействие

**Глава 2. Опытно-экспериментальная деятельность**

**2.1 Комплексное обследование детей с открытой ринолалией в послеоперационном периоде (констатирующий этап)**

Экспериментальная апробация поставленной гипотезы проводилась на базе МДОУ №1 «Солнышко» г. Холмска.

В процессе исследовательской работы на констатирующем этапе нами было проведено обследование детей и составлен план коррекционно-воспитательной работы для исправления нарушения речи у детей.

Было исследовано:

* анатомические особенности строения всего артикуляционного аппарата и самого врожденного дефекта;
* общее речевое развитие;
* изменения в эмоционально-волевой сфере ребенка с дефектами внешности и речи (см. приложение )

Констатирующий «срез» был сделан в октябре 2002г. в экспериментальную группу мы включили 2-ух детей с открытой ринолалией.

Вова А. Зачислен в старшую логопедическую группу с речевым диагнозом: открытая ринолалия (послеоперационная).

При обследовании речевого аппарата обнаружены рубцы на твердом небе, послеоперационный шов на мягком небе. Выявлено отсутствие всех согласных звуков и их мягких вариантов кроме звука **«м».**

Дыхание ключичное поверхностное, быстро истощаемое, не сформированная направленная струя из-за утечки через нос. Разборчивость речи плохая.

Никита И. зачислен в старшую логопедическую группу в сентябре 2002 г. по решению МПК от 22.09.2001г. с речевым диагнозом: открытая ринолалия (послеоперационная). При обследовании выявлены рубцовые изменения верхней губы, мягкого неба. Речь неразборчивая, с гиперназализацией из-за геперопеки в семье совершенно не может быть один, замкнут, необщителен. Ребенок соматически ослаблен из-за частых заболеваний верхних дыхательных путей.

В процессе исследовательской работы на констатирующем этапе в экспериментальной группе нами были использованы следующие методы исследования: наблюдение, опрос по плану речевой карты, исследование медицинских документов, беседы с родителями.

Обследование начинается с беседы с мамой ребенка. Выясняем состояние семьи, уровень развития и род занятий родителей, отношение к ребенку в семье, отношение ребенка к своему дефекту.

**Речевая карта**

1. Ф.И.О. ребенка
2. Возраст ребенка.
3. Откуда прибыл (детский сад, школа и т.д.).
4. Ф.И.О. родителей, место работы, возраст.
5. Анамнез:

* беременность – от какой по счету беременности родился ребенок, чем закончились предшествующие беременности, нет ли у других детей расщелины, были ли недоношенные дети, были ли до этого преждевременные роды, чем вызваны, не принимались ли меры для ликвидации этой беременности, течение беременности, самочувствие матери с первых дней беременности (1 триместр), наличие вредных факторов в этот период;
* роды: характер – тяжелые, легкие, срочные, стремительные и т. д., была ли стимуляция родовой деятельности;
* состояние ребенка при рождении (закричал сразу или после стимуляции).

1. Раннее развитие ребенка:

* грудное вскармливание, до какого возраста;
* с какого времени прикармливание;
* как развивался физически (с какого времени держит головку, все детские особенности);
* какие заболевания были у ребенка на первом году жизни.

1. Состояние органов слуха – заключение ЛОРа.
2. Развитие речи. Когда появился лепет, какова его активность, когда и как начали формироваться первые слова, с какого времени пользуется полными словами. Когда появилась фразовая речь, знает ли ребенок стихи, сказки, не отмечает ли мать каких-либо трудностей в развитии речи ребенка, и как она их оценивает.
3. Психические особенности ребенка (совместно с психологом) как ребенок ориентируется в окружающей среде, обстановке, в какие игры, игрушки любит играть, его отношение к книгам, картинкам, чем занимается самостоятельно, усидчивость, отвлекаемость, внимание, память.
4. Навыки самообслуживания.
5. Лечение ребенка, когда была проведена операция губы, неба, применялось ли медикаментозное лечение и логопедическое воздействие, результаты.
6. Характер дефекта:

* расщелина твердого и мягкого неба (полная или неполная);
* скрытая (субмуказная) щель;
* расщелина верхней губы (одно-, двух сторонняя);
* время проведения хирургического лечения, сведения о повторных операциях;
* возраст, в котором проводилась операция;
* особенности послеоперационного течения (имелись ли осложнения в виде расхождения швов, остаточных дефектов);
* строение и форма твердого неба, наличие свищевых ходов;
* характер прикуса, состояние зубов и строение альвеолярного отростка верхней челюсти.

1. Состояние мягкого неба и язычка.

* длина мягкого неба, подвижность при произнесении гласного звука «а» или **«э»** либо при вызывании глоточного рефлекса касанием шпателя небных дужек;
* наличие или отсутствие пассивного (возможность механически отодвинуть мягкое небо до соприкосновения с задней стенкой глотки), активного (способность мягкого неба достать заднюю стенку глотки при произнесении гласных **«а»** или **«э»**) и функционально-рефлекторного (способность к замыканию носоглотки при механическом раздражении слизистой оболочки мягкого неба) смыкание мягкого неба с задней стенкой глотки;
* степень выраженности рубцовых изменений;
* высокое или низкое стояние мягкого неба.

1. Функциональное состояние глоточных мышц: рефлексы живые, заторможенные; наличие или отсутствие фарингопластики, рубцовых изменений.
2. Состояние артикуляторной моторики:

* неподвижность нижней челюсти, губ, щек, спонтанно и по заданию;
* компенсаторные движения мимической мускулатуры (крыльев носа, щек, лба);
* мимика (живая, вялая, скованная);
* особенности позиции языка, состояние его корня и кончика; его излишняя напряженность или вялость, ограничение подвижности языка (предложить выложить широкий язык на нижнюю губу, вытянуто «жалом», поднять, опустить, поводить влево – вправо и т.д. – все движения выполняются по подражанию, затем по инструкции логопеда перед зеркалом и без него).

16. Дыхание:

* тип физиологического дыхания (верхнеключичное, диафрагмальное, смешанное).
* Тип речевого дыхания, глубина, длительность речевого выдоха;
* отсутствие или наличие утечки воздуха через нос во время речи.

1. Состояние голосовой функции:

* сила звучания – умение изменять силу голоса при произнесении тестового материала;
* высота – возможность голосовых модуляций;
* тембр - яркость, звонкость, глухость;
* назальность – открытая, закрытая, смешанная;
* наличие осиплости или охриплости голоса, напряженность фонации.

1. Характер спонтанной речи (во время простого диалога, проговаривании тестовых слогов и фраз, счета до 10 – 20);

* разборчивость речи;
* степень назализации (слабая, умеренная, гиперназализация);
* нарушение звукопроизношения – отсутствие, замена или искажение звуков;
* объем активной и пассивной лексики;
* степень владения грамматическим строем;
* темп, паузация и мелодика речи;
* изолированное произнесение гласных и согласных звуков.

Начинать обследование с гласных звуков: **«а,э,о,ы,у,и,я,е,ё,ю»**; (изолированно и в начале слова под ударением). Затем проводится обследование согласных звуков: твердых, мягких, звонких, глухих, свистящих, шипящих, сонарных. При подборе слов учитывается, чтобы исследуемый звук стоял сначла между двумя гласными: ифи – афа, иви – ава, или – ала, ипи – апа, иби – аба и т.д. Это позволяет наблюдать какое положение и какие движения выполняет язык, затем звук должен быть расположен в начале, середине и конце слова.

1. Исследование развернутой речи:

* наличие развернутой речи (общается при помощи отдельных слов или фраз);
* умение пользоваться монологической речью;
* состояние связной речи;
* особенности лексико-грамматического строя речи;
* словарный запас;
* навык чтения (у школьников): улучшается речь или ухудшается речь в процессе чтения.

1. Обследование фонематичского слуха.

Ребенок повторяет вслед за логопедом, лицо которого закрыто экраном, изолированные звуки, слоги и слова, отличающиеся незначительно и контрастные.

Требования к содержанию дидактического материала:

1. Материал предъявляется на карточках или в отраженном произнесении.
2. Соответствие возрасту ребенка и его развитию.
3. Использование предметных, сюжетных картинок.
4. Использование фотографий привычных вещей.
5. Таблицы со слогами, словами, фразами и т.д.
6. Заключение логопеда.

Анализируя полученные результаты, необходимо отметить очень низкий уровень сформированности речевых навыков. Нарушение функций артикуляционного аппарата у обоих детей обусловлено как врожденным дефектом, так и послеоперационными факторами (отечность, боль, рубцовые изменения) частые простудные заболевания, соматическая ослабленность затрудняют речевое развитие.

Назализация звуков обусловлена отсутствием небно-глоточного смыкания, невозможность артикуляции согласных звуков связана с тем, что твердое небо с рубцовыми послеоперационными изменениями, кинестезии снижены; мягкое небо после операции неподвижно, отечно, укорочено; язык напряжен, оттодвинут в глубь ротовой полости. Произнесение слов сводится к проговариванию гласных: «машина» – «аыа».

Поэтому речь неразборчива, фраза не сформирована, активный словарь бедный.

Но при этом интеллект сохранен, дети хорошо понимают обращенную к ним речь, выполняют инструкции, пытаются отвечать на вопросы. Наблюдаются изменения в эмоционально – волевой сфере, дети осознают свой дефект, замкнуты, стеснительны.

Мы предполагаем, что выбранные нами методы и приемы коррекции открытой ринолалии позволят сформировать небно-глоточное смыкание, развить речевое дыхание – это поможет устранить назализацию речи, а так же исправить искаженные звуки и поставить отсутствующие, а затем ввести новые навыки в спонтанную речь.

**2.2 Коррекционная работа при открытой ринолалии в послеоперационный период (формирующий этап)**

**2.2.1 Активизация небно-глоточного смыкания и растормаживание мягкого неба, коррекция дыхания, голоса, гласных звуков**

К коррекционно-педагогической работе на этом этапе приступают на 15-20 сутки после операции. В этот период из-за длительного режима молчания и охранительного торможения речь ухудшается. Мягкое небо бывает отечным, практически неподвижным, чувствительность его отсутствует, а некоторые движения причиняют боль.

Назализация усиливается, поэтому важно формирование подвижности мягкого неба. Через полгода после пластики процессе рубцевания заканчивается, что необратимо уменьшает эффективность упражнений для мягкого неба. Поэтому в первые месяцы после операции логопедические занятия должны проводиться регулярно – 3 раза в неделю и ежедневно дома с ребенком должны заниматься родители.

**Рекомендуются следующие упражнения**

**Активация мягкого неба и глоточных мышц**

▪ **Произнесение гласных** **«а, э»** спокойно, чуть протяжно, голосом средней громкости, одновременно с фонацией гласного вызывают глоточный рефлекс (дети, ощутив необычное движение, сразу его запоминают и воспроизводят). При произнесении на твердой атаке мягкое небо делает резкий подъем (количество подъемов обычно от 1 до 4). Поэтому гласные произносим поочередно, через 1,5 часа после еды, с интервалом между занятиями 30 минут в среднем повторять **«а, э»** по 2 раза подряд 5-6 раз в день в течении 2 дней, 6-8 раз в день в течении 3 дней, по 3 раза подряд 6-8 раз в течение 5 дней, а затем по 3 раза 8-10 раз в день в течение месяца. Затем: 6-8 раз в день – 10 дней, 4-6 раз – 10 дней, по 3 раза в течение 4 месяцев, но в один прием все это время проговаривают гласные 3 раза подряд.

▪ **Произнесение гласных попарно, смежно** **«аэ – эа»** (начинать с того гласного, от которого небо поднимается выше и в начале тянуть его дольше:

«**аааэ , эээа»** затем длительность звучания сравнивается).

▪ **Вокальные упражнения** – пение гласных: вначале звуков **«а, э»**, через 2-3 занятия **«о»**, еще через неделю **«и»** и последнем **«у»** (при ежедневных занятиях сроки сокращаются). Начинать вокальные упражнения на 3-4 занятии, когда появляется хотя бы незначительная подвижность мягкого неба. Его тренируют пением гласных в диапазоне терции первой октавы с детьми и трезвучия с подростками и взрослыми.

Вокальные упражнения растягивают небную занавеску, растормаживают и активизируют всю мускулатуру гортаноглотки, заставляют ребенка шире открывать рот, увеличивать силу звука.

▪ **Сухое проглатывании.** По данным И.С. Рубинова, интенсивность сокращения мускулатуры увеличивается с уменьшением содержимого глотка, и при многократном проглатывании слюны длительность небно-глоточного смыкания тоже увеличивается. Эти упражнения используют только для растягивания рубцов мягкого неба в течение 5-6 месяцев после операции, пока не закончился процесс рубцевания, для того, чтобы дети ощутимее осознали выражение «напрячь, поднять мягкое небо» и после многократных тренировок ощущали его движение (Вансовская Л.И.). Упражнения заключаются в проглатывании своей слюны по 2, потом по 3 раза подряд 5 - 6 раз в день между другими упражнениями. Во время упражнения губы сомкнуты, приоткрывать их нельзя. Чтобы облегчить упражнение, можно капать на корень языка жидкость, но это уменьшает интенсивность сокращений.

▪ Для повышения подвижности мускулатуры глотки:

* имитация ощущения при глотании «надутого шарика» (Вансовская Л.И.), «горячей картошки» (Ермакова И.И.);
* позевывание с произнесением гласных **«и, е, я, э, а, о, у, ы»**;
* вдох с позевыванием через рот - выдох через рот (мягкое небо напряжено) (Вансовская Л.И.);
* полоскание горла «густыми» жидкостями (кисель, сок с мякотью).

Эти упражнения эффективны для детей младше 8-9 лет, их приходиться повторять 5-6 раз в день в течение нескольких месяцев, чтобы вызывать стойкое увеличение мускулатуры глотки в объеме, достаточное для смыкания.

Такой вид затвора улучшает речь и уменьшает назализацию, но голос обычно имеет глухой сдавленный тембр, поэтому воспитание его менее желательно (Ермакова И.И.).

**▪ Массаж мягкого неба**

Разминание рубцов вызывает прилив крови в области раневой поверхности, что улучшает питание тканей. Производится поглаживание неба по всей поверхности подушечкой большого пальца в направлении от альвеол к краю мягкого неба по средней линии, затем правее и левее от нее. При этом, как только палец коснется мягкого неба, вызывается рвотный рефлекс, в результате которого резко сужается глоточное кольцо. Постепенно язык начинает занимать плоскую позицию на дне полости рта, и рвотный рефлекс угасает.

**Методика:** поглаживания – 30 сек.; поглаживание прерывистое и энергичное – 30 сек., при этом палец двигается рывками и ритмично по направлению к глотке; затем спиралевидное растирание – 1 мин., далее интенсивные растирания и разминания в медленном темпе.

**Дозировка**: у Ермаковой – начинать с 1-5 минут 1 раз в день (один раз проглаживают и разминают небо) и доводят до 10 раз в день по 30 мин. (с интервалом в один час проглаживают и разминают небо по 3 раза подряд); у Вансовской – от 5 до 8 раз в день по 2 мин. В течение 6-8 месяцев, с одновременным произнесением во время массажа звуков **« э, а, о ».**

**Активизация речевой моторики.**

Артикуляторную гимнастику проводят дифференцировано для различных органов речевого аппарата (нижняя челюсть, губы, язык). Упражнения отрабатывают четко, без усилий с контролем зеркалом и с соблюдением определенного ритма (см. приложение).

**Упражнения для нижней челюсти**

При массивном рубцевании в области небных дужек ограничивает открывание рта, что затрудняет артикуляцию и усиливает назализацию. Тренироваться надо до тех пор, пока рот не раскроется на три пальца ребенка.

1. Рот полуоткрыт – широко открыт – закрыт.
2. Движение нижней челюсти вперед при полуоткрытом рте.
3. Произвольное движение нижней челюсти вправо – влево.
4. Имитация жевания, при котором происходит энергичное сокращение мускулатуры гортани, глотки, мягкого неба, языка.
5. Выдвижение нижней челюсти вперед с «почесыванием» нижними зубами верхней губы и опусканием нижней и ее движение назад с одновременным « почесыванием» верхними зубами нижней губы.

Следует наглядно показать расслабление нижней челюсти и жевательных мышц, положив руки в области сустава нижней челюсти в с момент ее опускания. Утрированное выдвижение нижней челюсти при произнесение гласных **«и, е, ы»**, приводит к более широкому открытому и разборчивому произнесению звуков (чем шире полость рта в момент речи, тем уже глотка).

**Упражнения для губ**

1. Вырывание вибрации губ (кучерское «ппррр»).
2. Опускание и поднимание (поочередное и одновременное) верхней и нижних губ.
3. Оттягивание губ в стороны: «Тянуть губы прямо к ушкам очень нравиться лягушкам. Улыбаются, смеются, а глаза у них, как блюдца» (по Плотниковой).
4. Расслабление и легкое похлопывание верхней губы о нижнюю.
5. Удержание губами тонких трубочек (от чупа-чупса).
6. Имитация полоскания зубов с резким давлением на губы с последующим их расслаблением и выдохом.
7. Опускание и поднимание нижней челюсти при плотно сжатых губах.

**Массаж верхней губы**

Массируют рубцово-измененную губу концевыми фалангами II и III пальцев обеих кистей от основания носа вниз до края верхней губы, а так же в сторону с легким растягиванием рубца; проводят поглаживание, растирание, разминание и вибрацию по 2 мин.

**Методика при растягивании уголков рта:**

1. Костяшками указательных пальцев надавить на уголки рта.
2. Надавив. Двигать ими 3 раза в противоположном направлении.

**Методика при горизонтальном растяжении верхней губы:**

1. I палец положить на губу сверху, II – под верхнюю губу.
2. I пальцем сильно катать верхнюю губу, II – действовать в противоположном направлении.
3. Эти движения выполнять в обратном направлении.
4. Такие же движения произвести при передвинутых пальцах на расстоянии 1 см по 2-3 раза.
5. Продолжать выполнять эти движения по кругу верхней и нижней губы, включая уголки рта, далее поменять пальцы.

**Методика при растяжении верхней губы «лук Купидона»:**

1. Согнутый II палец – под верхней губой, а I – на верхней губе.
2. Повернуть губу на I палец.
3. Задержать положение в позиции 2, а далее растянуть вниз по направлению к центру губы.
4. Повторит это движение в стороны, в центр, по кругу верхней губы по 3 раза (по Д. Бекман).

**Упражнение для языка**

К упражнениям, проводимым на I этапе, добавляются:

1. Поднимание и опускание кончика языка к верхним и нижним зубам при широко открытом рте, а так же касание им правого и левого углов рта, различных точек губ, неба, передней и задней части каждого зуба.
2. Укладывание широкой передней части языка (в виде чашечки) с плотным удержанием боковых краев языка и верхних боковых зубов, задувание на переднюю, часть языка и выдувание вибрации («Язык лопаткой положи и од счет его держи – раз, 2, 3, 4, 5. Язык надо расслаблять. Язык широкий положи, а края приподними. Получилось пиала, округленная она. В рот ее мы занесем и бока к зубам прижмем», по Плотниковой).
3. Скольжение языка вглубь по твердому небу в форме крючка сначала молча, затем с произнесением **«о, ы»**.
4. Длительное удержание широкого языка во рту с лежащим на его спинке леденцом.
5. Сжатие жевательными поверхностями зубов боковых краев языка, распластанного вширь, с контролем позиции (перед зеркалом).
6. Расслабление мышц шеи с рефлекторным расслаблением мышц языка: голову уронили вперед, вправо, влево «Ах, слаба у Миши шейка, ниткой ты ее пришей-ка. Не отвалится тогда у Мишутки голова».

Из предложенных методов главное место отводится формированию навыков расслабления, уплощения языка вперед, т.к. спонтанно этого после операции не происходит.

**Развитие речевого дыхания**

Если дети занимались до операции, то у них очень быстро восстанавливаются старые навыки и упражнения для усиления направленной воздушной струи их обычно не затрудняют (см. дооперационный период).

С детьми, не занимавшимися до операции. Приходится одновременно работать над постановкой косто-абдоминального дыхания и обучать подаче направленной воздушной струи.

Детям объясняют, что в речеобразовании для правильной работы дыхательного аппарата нужно иметь натренированную дыхательную мускулатуру, и предполагаемая дыхательная гимнастика поможет увеличить жизненную емкость легких, подвижность грудных и брюшных мышц, диафрагмы, разовьет интенсивность и длительность ротового выдоха.

Речь – это озвученный выдох. Здесь детям уместно образно представить органы дыхания и фонации, как перевернутое дерево, где листва – это легкие, а ствол – трахея, обыграть ударение в слове орган и узнать об участии бронхотрахеальной области в резонировании.

**Устранение назализации гласных звуков (фонопедические упражнения)**

И.И. Ермакова предлагает работу начинать с гласных **«а, э, о»**; обоснование этого метода описано на I этапе (см. дооперационный период).

На II этапе она предлагает возобновить произнесение гласных на мягком выдохе в грудном регистре: сначала изолированных, затем в сочетании по две, по три **«аэ,ао, эа,эо,оа,.аэо,эоэ,аоа,оао,эоа,аоэ и т.д.).** Все звуки произносят растянуто и слитно.

**2.2.2 Коррекция согласных звуков, уменьшение назализации, постановка речевого голоса**

Патологическое звукообразование при ринолалии имеет антропофонические и фонологические признаки, т.е. происходит искажение звучания фонем (назализация, приближенное звучание) и замена одной фонем другой (взаимозаменяеняются внутри групп, сходных по способу образования и акустическим признакам).

Коррекция каждого звука предусматривает создание правильного артикулярного уклада и воспитание слуховых дифференцировок.

Приступая к коррекции звуков, проводят проверку детей на способность к воспроизведению фонем по подражанию, что позволяет выявить наиболее доступные звуки.

Вызывая звуки, нужно максимально использовать доступные ребенку движения и фонемы, а не создавать абсолютно новые модели. Такой подход облегчает введение звука в речь, уменьшает напряжение и выражает принципы опоры на уже сформированные умения и переход от простого к сложному.

Приемы вызывания согласных, описанные в логопедии, не всегда подходят при ринолалии из-за органических изменений в артикуляционном аппарате, снижений кинестезии и слуховых дифференцировок. Выбор методов и упражнений всегда строго индивидуален. Однако даже в этом случае органические дефекты могут препятствовать достижению идеальной артикуляции. Поэтому, стремясь к акустической полноценности фонем, можно допускать отклонения в артикуляции.

Детям со сниженными кинестезиями и расстройствами фонематического слуха приходится задерживаться на промежуточных, более грубых артикуляциях: межзубной, одноударной и т.п., т.е. пользоваться звуками – аналогами (постановка согласных – приложение №).

**Введение новых навыков в речь начинается:**

1. Проговаривание слоговых упражнений, где согласный звук стоит в интервокальной позиции – между двумя гласными. Наиболее легко удается повторение упражнений с сонорными **«л, л»** и фрикативными **«в, в, ф, ф»** поставить которые после операции легче и проще **« ава, авя, ала, аля, афы, афю** **и т.п.».** Ребенок, проговаривая звукосочетания, глубоко сидит на стуле, положив руку на грудь. Звукосочетания повторяет на мягком выдохе, отраженно за логопедом, а затем самостоятельно. При правильном выполнении упражнения ладонь ощущает мелкую вибрацию.
2. Произнесение с уменьшением силы голоса на первом гласном звуке и увеличением на втором **«аВА, аЛИ, аФЁ».** Аналогичные упражнения выполняются со всеми согласными по ходу работы над ними.
3. Произнесение открытых слогов – беззвучное проговаривание первой гласной фонемы в интервокальном слоге и произнесение открытого слога.
4. Введение вызванных фонем в слова и предложения при проговаривании коротких фраз. Для этого используют слова, включающие только поставленные звуки. Поэтому слова и фразы подбираются индивидуально, учитывается возраст, уровень развития.

Располагая вначале III этапа еще ограниченным числом фонем, нужно проговаривать как можно больше словосочетаний и фраз из них, чтобы не фиксировать выработку навыка на произнесении стабильного дидактического материала, а максимально приблизиться к условиям разговорной речи.

**ВВ, ФФ, ЛЛ: Валя Ляля вон Вова Валя ловила Алю**

**Вова Лёва вон лев Ляля увела Вилю**

Для младших дошкольников звуки и слоги звучат абстрактно, поэтому в словах звуки у них звучат лучше.

Система работы над звуком включает: отработка изолированного звучания, затем в закрытом слоге, в интервальном слоге, открытом слоге, в сочетании согласных. Постепенно увеличивает скорость произнесения, изменяют ударение в сочетаниях и словах.

Снятие назализации начинается с чистого произнесения закрытых слогов. В закрытом слоге отчетливо слышаться оба звука, отмечается их меньшая слитность, поэтому они наиболее различимы в этой позиции.

Произнесение осуществляется на мягкой атаке, с использованием приема «пульсирование звука» обеспечивают «выдвижение» всего звучания вперед, что ведет к правильной артикуляции и преодолению назализации речи. При этом гласные прочно становятся «звуками – помощниками».

Выдержанный и как бы вытянутый гласный осуществляет прыжок энергии и «вытягивает « в передние отделы ротовой полости все звучания сочетания слогов, слов и фраз.

**Упражнения**

1. Произнесение слогов с сонорными **«й, л, р»** звуками на мягком начале, приемами «согревание рук», «слушай себя», «пульсирование звука»**: «ил, ел, ял, ёл, юл, ийи, ейе, еле, юлю, элэ, эйэ, эл-элью. ал-аль, ул-уль».**
2. Произнесение флексий, слогов, слов с сонорными в конечной позиции **« лий, рий, лил, лир, рой, рыл, лы-ли-льи, рэ-ре-рье, пилу-пилю-пылью ».**
3. Произнесение звукоподражаний («разговор птенцов», призыв, радость, усталость, хохот, испуг, плач, лай, блеянье, хрюканье и т.д.) вместе с ребенком на два выдоха в созданной ситуации или показом соответствующей картинки (при всех произнесения язык – у нижних резцов): **И я: и, и, и. И вы: и и и.**

**И я: ой ой ой. И вы: ой ой ой**

**И я: пи пи пи. И вы: пи пи пи**

Затем в упражнениях заменить Вы на Ты.

1. Произнесение гласных и сонорных звуков в предложениях

**И я ела, и вы ели. Я ловил, и вы ловили**

1. Произнесение слов с подчеркиванием их окончаний.

**Алый, овевай, ярый, ольховый, лелеяли, ловили, валяли**

1. Произнесение фраз с акцентом на окончаниях слов.

**Ира и Элла ели уху. Лихо! Полили ли лилию?**

1. Произнесение слов – фишек с интонацией перечисления.

**Лира, Ия, Уля, идея, верь, Лара, Илья, Юлия, ей, его, яхта**

После сонорных приступают к работе над шумными фрикативными (щелевыми) звуками, а затем – смычными. При этом шумные согласные не следует произносить утрированно, а направлять воздух в места сближения органов артикуляциями или смычки без видимых усилий, легко и кратко. А гласные и сонорные произносить подчеркнуто выразительно. Здесь допускается упрощение артикуляторной работы органов речи, но не искажение произношения.

Для выработки беглости, плавности и естественности речи Вансовская Л.И. предлагает в самые короткие сроки переходить к упражнениям в развернутой живой речи. При этом, чем короче произносят согласные и длительнее гласные, тем быстрее реализуется навык слитности и ритма речи. В спонтанной речи возникают изменения интонирования в следствии словесного и логического ударений. Это надо учитывать, формируя навык деления предложений на синтагмы.

Велика роль пауз для кратковременного отдыха и расслабления артикуляторов (язык, губы, мягкое небо), воспитания слухового внимания и ритма речи.

Смена пауз и произнесений помогает выработке продуктивного и умеренного темпа речи.

**Развитие речеслуховых дифференцировок**

Развитие фонематического слуха направлено на дифференцировку дефектного звукопроизношения ребенка от нормального.

Начинается обучение с анализа артикуляции и новых ощущений, испытываемых при правильном произнесении фонемы **«До каких зубов дотронулся язык: до верхних или до нижних? Какой был ветерок: холодный или теплый? Где почувствовал ветерок: в горле или на языке?».** Каждый раз, произнеся новый звук, ребенок получает оценку «правильно» или «неправильно». В этот период весь материал он проговаривает за логопедом. Каждый звук, слог, слово он слушает, произносит и оценивает. Для контроля за чистотой произношения применяют носослушатель (работа мягкого неба контролируется методом выслушивания звуковых явлений в носу). Метод выслушивания носовой полости основывается на том, что в случае попадания воздуха и звуковых волн в нос они ощущаются через резиновую трубку, один конец которой вставляют в ухо говорящего, а другой – в его же ноздрю. Если мягкое небо не работает и не перекрывает вход в носоглотку, то в трубке слышны сопутствующие речи шумы и ощущается давление в ухе говорящего.

Так же используется прием «слушай себя» (см. дооперационный период) и некоторые другие приемы, описанные при работе с гласными звуками. Вновь упражняются в различении правильных и нарушенных фонем в словах и слогах, произносимые взрослыми. Но еще рано анализировать звучание слов со стечением согласных фонем или содержащих несколько акустически близких фонем.

Пока не достигнуто четкое произношение звука, все ответы на задания должны быть жестовыми.

**Фонопедические упражнения для исправления недостатков голоса** **(расширение диапазона, увеличение силы голоса).**

Как только дети ощутят кинестетически и смогут дифференцировать правильную фонацию на слух, они будут в состоянии выполнять упражнения для расширения диапазона и увеличения силы голоса:

1. Протяжное произношение звука **«м»** с фиксацией внимания на носовом резонансе согласного (произнесение с сомкнутыми губами, опущенным корнем языка и небольшой щелью между зубами – сначала кратко, постепенно звучание удлиняют) на удобном тоне голоса.
2. Слитное произнесение открытых слогов со звуком **« м »** при опоре на это звучание **«ма, мо, му, мэ, мы»** (упражняются 6-8раз вдень непосредственно после трехкратного короткого произнесения **«м»;** произнося слоги, согласный говорят протяжно, а гласный – коротко; нет необходимости его артикулировать, гласные могут звучать редуцированно – беззвучно).
3. Переключение на звуки **«л, н, р, в, з, ж»** (те же требования).
4. Сочетание этих согласных со всеми гласными: **«мам-мам-мамам,** **мамомэмумы»** (равноударные слоги и слоги с перемещением ударений). Громкое, плавное произнесение слогового ряда показывает владение ребенка своим голосом.
5. Речевые упражнения (сочетания из двух слов и спряжений глаголов с согласными **«м, н, й, л, р, в, з, ж»**)

**Вон Валя, вон мама, вон Нина, вон яма**

**Я мыл Милу. Я вел Вилю. Я жалею Женю**

1. Постепенное распространение фразы.

**Я поливал. Я поливал левкои. Я поливал левкои водой**

**Я поливал левкои теплой водой**

1. Подготовка к введению звуков в речь через повторение коротких скороговорок и стихов с опорой на соноры.

**Принципы отбора речевого материала:**

* фразы короткие,
* должны включать только правильно произносимые фонемы,
* во фразах должно быть достаточное количество соноров и звонких фрикативных согласных.

Сначала ребенок повторяет за логопедом по одной фразе. Слова произносит слитно, слегка нараспев, утрируя соноры:

**На мели мы налима ловили**

**Нил поймал линей: один мал, два длинней**

**У Маши на кармашке маки и ромашки**

**Вокальные упражнения**

**Цель:** расширение диапазона и увеличение силы голоса.

Наибольший подъем небной занавески наблюдается при пении, что способствует активизации мускулатуры гортаноглотки, т.к. ребенок широко открывает рот, к увеличению силы голоса. Эти занятия могут удлинить небную занавеску на 1 см.

Каждое движение начинается с распевания терций (трезвучий) на гласные звуки **«а, э, аэ, эа».** Через 2-3 дня добавляется звук **«о»**, через неделю **«и»,** последним **«у»** или **«мычание»**. При этом меняют тональность, громкость (начинают петь на пиано, переходя к форте, и наоборот). Затем приступают к пению коротких музыкальных фраз и песенок.

**Требования к отбору:**

* простые и мягко запоминающиеся;
* с легким ритмическим рисунком, не требующим длительного выдоха;
* по диапазону не выходящие за пределы отработанного трезвучия;
* мелодия фразы построена на интервалах не меньше терции;
* петь только в речевом диапазоне обучаемого, без напряжения:

3-4 года **«ми - соль»**, 5-6 лет **«ми – си**», 7-10 лет **«ре-ре»,** 10-14 лет **«ми** –**ре».**

Кода ребенок выучит мелодию, научится брать дыхание в нужные моменты, тогда можно переходить к пению со словами (необходимо выучить слова). Песни подбирают со словами на пройденные звуки начинают петь медленно, плавно, переключаясь от звука к звуку. Для изучения брать одну песню (тексты песен см. В приложении № ).

**2.2.3 Полная автоматизация новых навыков, снятие остаточной ринофонии. Ввод новых звуков в спонтанную речь**

Введение поставленных звуков в спонтанную речь производится с учетом возраста детей. Младшие дошкольники (3-5 лет) закрепляют новый звук в живой ситуативной обстановке это игры типа лото, отгадывание загадок, добавление слов в предложении, сюжетные игры с называнием большого количества однородных предметов (игры и беседы постепенно усложняются и увеличивается их длительность).

Форма занятий должна предусматривать свободные, произвольно построенные и эмоционально окрашенные ответы.

На этом этапе, скороговорки, пословицы, стихи можно использовать только для закрепления артикуляции. Они не помогают улучшить живую непринужденную речь.

Детям старшего дошкольного возраста необходимо избавиться от стеснительности (стесняется правильного произношения, не хочет привлекать к себе внимание). Проводятся беседы с ребенком, привлекают к процессу исправления родителей, воспитателя детского сада. Когда ребенок научится произносить новые звуки в словах и коротких фразах, их включают в спонтанную речь, применяют игры в вопросо-ответной форме и короткие беседы по заданной теме (в разговорной речи).

Для автоматизации нового звука в бытовой речи родители вместе с ребенком отбирают 10 слов с данным звуком. В течение недели обращают внимание на качество произнесения только этих слов. Параллельно эта фонема закрепляется и дифференцируется в стихах, сказках, рассказах. Через 5-7 дней вводятся еще 10 слов. Через 2-3 недели звук успешно автоматизируется.

**Вокальные упражнения**

**Цель:** автоматизация движений небной занавески, преодоление истощаемости двигательной функции мягкого неба.

Для заключительных вокальных упражнений подбирают песни в фразах которых тоны располагаются по звукоряду, т.е. интервалы между ними не превышают одного тона. Это способствует более длительному удержанию небной занавески в смыкании (см. Приложение № ).

Вокальные упражнения заканчиваются пением народных прибауток на одном тоне. Такой вид тренировок особенно труден и доступен только при хорошо подвижном небе.

**2.2.4 Работа над мелкой моторикой руки**

**Цель:** развивать графо- и зрительно-моторные навыки, внимание, восприятие, пространственную ориентацию, корректировать двигательную функцию, нормализовать ритмичность движений, улучшить речевое развитие.

**Ценность упражнений:**

* укрепляют мышцы руки;
* способствуют развитию как экспрессивной, так и внутренней речи;

- активизируют образное и логическое мышление;

* снимают психологическую нагрузку в период перехода к обучению письму.

**Предлагается серия заданий:**

1. Рисование по крупным клеткам.
2. Рисование по точкам.
3. Рисование символов предметов.

Используется бумага в крупную клетку для рисования по точкам – большой чистый лист с мелким рисунком – символом наверху (см. Приложение № )

Выполняя работу, ребенок комментирует свои действия, сделанную - описывает по вопросам взрослых (см. Приложение № ).

Обращается внимание на умение правильно держать карандаш. Перед началом рисования проводится анализ графической структуры или фигуры, обследуется зрительно и осязательно. Длительное время ребенок работает со взрослым, получая поддержку и одобрение.

Задания постепенно усложняют, фигуры, нарисованные по клеткам, потом выкладывают полочками.

**Вывод:** хочется отметить, что за прошедшие 1,5 года речь детей претерпела большие изменения:

1. У обоих детей было обеспечено достаточное небно-глоточное смыкание.
2. Повысился тонус артикуляционных и мимических мышц.
3. Выработана направленная воздушная струя.
4. Сохранилась незначительная назализация речи.
5. Поставлены и введены в речь искаженные и отсутствующие звуки.
6. Достаточно развиты мышцы пальцев и кисти.

Таким образом, подтвердилось, что ранние ортодонтические, хирургические мероприятия, научно – обоснованные методы до и послеоперационной коррекции речи с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка позволяют нормализовать речь, обеспечить полноценное общение ребенка к концу дошкольного возраста.

**2.3 Сравнительный анализ уровня развития речи у детей с открытой формой ринолалии на заключительном этапе исследовательской работы**

В соответствии с планом исследовательской работы по коррекции речевых нарушений при открытой ринолалии, нами было проведено повторное исследование в марте 2004г. с использованием тех же методов, что и на констатирующем этапе.

Необходимо отметить, что в процессе обследования мы обратили внимание на изменения в состоянии речи детей, которые произошли в результате коррекционно-воспитательной работы (см. Приложение: таблица № )

После проведения комплекса физических дыхательных упражнений, гимнастики для жевательных мышц при рубцах твердого неба, мимической гимнастики при ротовой области, массажа при мышечной напряженности в области лба, носа и щечно-скуловой области, вокальных и ортофонических упражнений у Вовы значительно уменьшилась назализация речи (остался небольшой носовой оттенок), мягкое небо стало более пластичным и подвижным, язык занял правильное положение.

Поставлены автоматизированы, отдифференцированы и введены в самостоятельную речь все гласные и согласные звуки кроме **«р, р»** , **«р»** - только вызван и автоматизирован в словах.

Таких результатов удалось достичь благодаря помощи родных (мама, бабушка), которые принимали активное участие в воспитании правильной речи ребенка. Постоянно посещали индивидуальные занятия и добросовестно выполняли задания логопеда. Рекомендовано продолжить занятие с логопедом.

У Никиты назализация сохранилась в несколько большей степени из-за укорочения мягкого неба и сильных рубцовых изменений на нем. Положение языка соответствует норме, поставлены, автоматизированы, отдиференцированы, введены в самостоятельную речь все звуки кроме

**«л»,** **«л»** (эти звуки только вызваны).

Родители старались помочь логопеду. Трудности возникали из-за нарушений эмоционально-волевой сферы. Ребенок замкнут, стеснялся своего нового правильного произношения, поэтому было трудно вводить в самостоятельную речь. Рекомендовано продолжать занятия с логопедом в школе.

Данные начального и заключительного обследования мы отразили в таблице № 2 (см. Приложения). Для лучшей наглядности построили диаграмму (приложение).

Сравнивая результаты обследования в начале и в конце эксперимента. Хочется отметить, сто нам удалось значительно уменьшить назализацию, поставить практически все звуки. Речь детей стала понятной для окружающих, что обеспечило ее коммуникативную функцию. У детей появилась уверенность в себе. Все это создало предпосылки для успешного обучения в школе.

**Заключение**

Теоретический обзор научно-педагогической литературы и проведенное исследование по проблеме раннего устранения речевых нарушений при открытой ринолалии у детей дошкольного возраста с помощью научно-обоснованных методов до- и послеоперационной коррекции речи позволяет отметить следующее.

В начале нашей работы мы считали, что приоткрытой ринолалии крайне необходима ранняя комплексная медико-психоло-логопедическая помощь (в дошкольном возрасте). Данная методика включает 3 этапа.

На первом этапе основное внимание уделялось обследованию детей, первым беседам с детьми и (отдельно) с близкими ребенка.

На втором этапе разрабатывается содержание индивидуальных реабилитационных программ с использованием таких методов коррекционной работы:

* стимуляция небных и глоточных мышц;
* отработка основных параметров речевого дыхания (постепенность направленность, длительность и наиболее рациональный диафрагмальный его тип);
* перевод всей артикуляционной базы звуков в передние отделы ротовой полости с применением целенаправленно подобранного фонетического материала;
* корригируются гласные «звуки-помощники» и согласные звуки;
* автоматизация сформированных навыков произнесения звуков в спонтанной речи (дети приучаются говорить осознанно, ясно без лишних повторов в умеренном темпе) с одновременным вводом ортофонических и вокальных упражнений.

На протяжении всего курса обучения новым произносительным навыкам формируется слуховое восприятие и слуховое внимание, а также фонематический слух, столь необходимые для дифференциации носового и чистого звучания звуков, их сочетаний. Слов речи в целом.

Элементарные графические навыки развивают графо- и зрительно-моторные навыки, внимание, восприятие, пространственную ориентацию, корректируют двигательную функцию, нормализуют ритмичность, темп, координированность движений и улучшает речевое развитие.

Цель нашего исследования состояла в том, чтобы экспериментально обосновать эффективность ранней комплексной медико-психолого-логопедической помощи при открытой ринолалии детям дошкольного возраста. Проведение итогов исследования позволяет в целом поставленные задачи считать решенными, гипотезу подтвержденной.

Результаты исследовательской работы позволили сделать теоретические, экспериментальные выводы и дать рекомендации для родителей и педагогов, которые помогут организовать работу по коррекции речи при открытой ринолалии.

В работе с детьми мы испытывали некоторые трудности, т.к. ребенок с открытой ринолалией нуждается в комплексном воздействии логопеда, медиков и психологов. Помощь психолога помогла бы нам скорректировать эмоционально-волевую сферу ребенка (психотерапевтические беседы) квалифицированный медицинский массаж помог бы достичь лучших результатов коррекции нарушений в работе мимических мышц неба и языка.

Мы считаем, что дальнейшее исследование по проблеме коррекции речи у детей с открытой ринолалией должно быть продолжено и построено на дифференцированном подходе к каждому ребенку, т.к. нарушения анатомо-физиологического строения артикуляционного аппарата у разных детей неоднородно. Результаты операционного вмешательства тоже могут быть различными. поэтому необходимо издавать больше популярной литературы с вариативными методиками коррекции нарушения речи у детей ринолаликов, которые могли быть полезными как педагогам, так и родителям, имеющим детей с открытой формой ринолалии.

**Литература**

1. Алмазова Е.С. «Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей» - М.1973г.
2. БулатовскаяБ.Я. «Организация диспансеризации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба». В кн. «Врожденные расщелины верхней губы и неба» – М.1965г.
3. ВансовскаяЛ.И. «Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах неба» - СПб, Гиппократ. 2000г.
4. Вильсон Д.К. «Нарушение голоса у детей» – М.1990г.
5. Воронин Л.Г. и др.»Физиология высшей нервной деятельности и психология»: Учебное пособие.-Просвещение, 1984г.
6. Герасимова А.С. и др. «Уникальная методика развития речи дошкольников» М. Олма – Пресс 2002г.
7. Дубов М.Д. «Врожденные расщелины неба» – М. 1960г.
8. Ермакова И.И. «Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков» /Под.ред. С.П.Таптаповой – М. Просвещение, 1984г.
9. Жинкин И.И. «Механизмы речи» – М.1958г.
10. Иншакова О.Б. «Альбом для логопеда» – М. Владос, 2000г.
11. Ипполитова А.Г. «Открытая ринолалия»
12. Левина Р.Е. « Нарушение письма у детей с недоразвитием речи» – М.1961г.
13. Логопедия /Под.ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской – М. Владос, 2002г.
14. Максаков А.И., Тумакова Г.А. «Учите, играя: Игры и упражнения со звучащим словом» – М. Просвещение, 1983г.
15. Поваляева М.А. «Справочник логопеда» – Ростов-на-Дону, 2002г.
16. Сапин М.Р., Брыксина З.Г. «Анатомия человека» – М. Просвещение: Владос, 1995г.
17. Сереброва Н.И. «Из опыта работы с детьми – ринолаликами в послеоперационный период» – В кн. «Нарушения речи у дошкольников» – М. Просвещение, 1969г. стр.113-136.
18. Смирнова Е.О. «Психология ребенка» – М. Школа – ПРЕСС, 1997г.
19. Фролова Л.Е. «Врожденные расщелины губы и неба» – М. 1973г.
20. Хрестоматия по логопедии / Под. ред. Л.С. Волковой, А.И. Селиверстова. – М.1997г., часть 1.
21. Филичева Т.Б.,Чиркина Г.В. «Подготовка к школе детей с ОНР в условиях специального детского сада» – М.1993г.

**Приложение 1**

**Литературные произведения для рассказывания по ролям для автоматизации новых навыков**

**Игры – драматизации:**

**Кисонька-мурысенька**

* Кисонька-мурысенька, где была?
* На мельнице.
* Что там делала?
* Муку молола.
* Что из муки пекла?
* Прянички.
* С кем прянички ела?
* Одна.
* Не ешь одна!

**Лис и мышонок**

- Мышонок, от чего у тебя нос грязный?

* землю копал.
* Для чего землю копал?
* Норку делал.
* Для чего норку делал?
* От тебя, лис, прятался.
* Мышонок, я тебя подстерегу.
* А у меня в норке спаленка.
* Кушать захочешь – вылезешь.
* У меня в норке кладовочка.
* Мышонок, я твою норку разрою.
* А я от тебя в отнорочек – и был таков.

**Подвижная игра «Зайки»**

Описание игры: дети стоят в кругу, ведущий стоит в центре круга и задает вопросы, дети отвечают:

* Зайки, вы куда пропали?
* Мы в капусте отдыхали.
* А листочки не поели?
* Только носиком задели.
* Вас бы надо наказать!
* Так попробуй нас догнать!

Ведущий догоняет убегающих детей.

**Приложение 2**

**Рекомендации для родителей и педагогов**

1. При общении с ребенком произносите слова медленно, четко, с отчетливым звукопроизношением.
2. Развивайте у ребенка внимание, усидчивость в специально созданных игровых ситуациях.
3. Создавайте условия для непринужденного общения в коллективе детей с нормальной речью – посещение массового детского сада, участие в играх, развивающих слуховое, зрительное, кинестетическое восприятие, пребывание на занятиях музыкой и пением.
4. Развивайте речевой праксис, воспитывайте дыхание, тренируйте мелкую моторику в игровой форме.
5. Расширяйте лексику (словарь), развивайте способность к обобщениям и образованию понятий.

**Приложение 3**

**Уровень сформированности речи детей старшего дошкольного возраста с открытой ринолалией на заключительном контрольном этапе**

**Таблица №1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Ф.И. ребенка** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **Уровни** |
| 1 | Вова А. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Звукопроизношение гласных
2. Звукопроизношение согласных
3. Произнесение слов.
4. Развитие фонематического слуха
5. Разборчивость речи
6. Соответствие объема пассивного словаря норме
7. Объем активного словаря
8. Наличие развернутой фразы

- высокий уровень

- средний уровень

- низкий уровень