

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П.Астафьева» (КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий
Выпускающая кафедра коррекционной педагогики

Козлова Екатерина Константиновна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Сравнительное изучение нарушений звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией с нормальным и нарушенным строением артикуляционного аппарата


Направление подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование


Магистерская программа Логопедическое сопровождение лиц с нарушениями речи



ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

Заведующий кафедрой

канд.пед.наук, доцент Беляева О.Л.

22.11.2021 
Руководитель магистерской программы
канд.пед.наук, доцент Брюховских Л.А.

22.11.2021 
Научный руководитель
канд.пед.наук, Мамаева А.В.

22.11.2021 
Обучающийся Козлова Е.К.
22.11.2021 

Красноярск 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава I. Теоретические основы проблемы нарушений звукопроизношения при дизартрии и нарушениях строения артикуляционного аппарата.....	8
1.1. Развитие звукопроизношения в норме в онтогенезе.....	8
1.2. Особенности развития звукопроизношения при дизартрии.....	14
1.3. Влияние нарушений строения артикуляционного аппарата на формирование звукопроизношения.....	20
1.4. Обзор методик логопедической работы по диагностике и коррекции нарушений звукопроизношения.....	25
Глава II. Экспериментальное изучение звукопроизношения и особенностей артикуляционного аппарата у старших дошкольников с дизартрией.....	39
2.1. Организация и методика экспериментального обследования.....	39
2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента.....	45
2.3. Содержание логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения и условия ее реализации у старших дошкольников с дизартрией с нормальным и нарушенным строением артикуляционного аппарата	69
Заключение.....	79
Библиография.....	83
Приложения.....	93

Введение

Актуальность исследования. Среди детей дошкольного возраста распространённым речевым нарушением является дизартрия, которая имеет тенденцию к значительному росту. Она часто сочетается с другими речевыми нарушениями.

Исследованием вопроса выявления особенностей звукопроизношения и разработкой методических рекомендаций для детей дошкольного возраста с дизартрией занимались авторы: Л.А. Брюховских, Л.С. Волкова, Л.В. Лопатина, Е.М. Мастюкова, О.В. Правдина, М.А. Поваляева, Ф.Ф. Рау, Н.В. Серебрякова, Г.В. Чиркина, Т.Б. Филичева и многие др.

Анализ специальной педагогической литературы показал, что в настоящее время изучено влияние нарушений строения артикуляционного аппарата на звукопроизношение, в сочетании механизмов речевых нарушений у детей с дизартрией и нарушениями строения артикуляционного аппарата это сочетание изучено недостаточно, оно дает качественное своеобразие. Важно распознать общие и специфические нарушения звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией с нормальным и нарушенным строением артикуляционного аппарата, и реализовать успешную логопедическую помощь с учетом возрастных особенностей детей.

В настоящее время, в логопедической деятельности специалистов существует множество подходов при работе над исправлением речи при дизартрии. Накоплен и детально изучен теоретический и практический материал по проблеме диагностики и коррекции, рассмотрены различные методы обследования речевых функций, приемы коррекционной работы при дизартрии. Однако проблема исследования определяется актуальностью и значимостью вопросов, касающихся недостаточной изученностью особенностей звукопроизношения у детей с дизартрией и нарушениями строения артикуляционного аппарата.

Между тем необходимо отметить, что нарушения звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией по своим проявлениям

могут отличаться, поэтому и подходы в коррекции звукопроизношения тоже будут отличаться.

Отсюда следует, что работа специалиста над звукопроизношением должна быть индивидуальна с каждым ребенком старшего дошкольного возраста с дизартрией. Проблема исследования: заключается в выборе содержания логопедической работы и условиях ее реализации для детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и нарушением строением артикуляционного аппарата, что позволяет ориентировать учителя-логопеда более целенаправленно в выборе средств по нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата.

Объект исследования: фонетическая сторона речи при дизартрии.

Предмет исследования: нарушения звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией с нормальным и нарушенным строением артикуляционного аппарата.

Цель данной работы: выявить общие и специфические особенности нарушений звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией с нормальным и нарушенным строением артикуляционного аппарата, и на основе выявленных особенностей определить дифференцированное содержание логопедической работы и условия ее реализации.

Гипотеза: мы предполагаем, что сочетание дизартрии с нарушениями строения артикуляционного аппарата приведет к качественному своеобразию нарушений звукопроизношения. Выявленные особенности позволят нам определить дифференцированное содержание логопедической работы и условия ее реализации для детей старшего дошкольного возраста для детей данной категории.

В соответствии с поставленной целью и выдвинутой гипотезой были поставлены следующие задачи:

1. Определить современное состояние проблемы нарушений звукопроизношения при дизартрии и нарушениях строения артикуляционного аппарата в психолого-педагогическом и клиническом аспектах.

2. Выявить общие и специфические особенности и уровни сформированности нарушений строения, подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией с нормальным и нарушенным строением артикуляционного аппарата.

3. Уточнить взаимосвязь нарушений звукопроизношения с нарушениями строения и подвижностью артикуляционного аппарата у старших дошкольников с дизартрией и нарушенным строением артикуляционного аппарата.

4. Сравнить симптоматику и механизмы нарушений звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией с нормальным и нарушенным строением артикуляционного аппарата.

5. На основе выявленных особенностей и механизмов определить дифференцированное содержание логопедической работы и условия ее реализации.

Методологической основой исследования являются:

1. Положения общей и специальной психологии о единстве общих закономерностей нормальных и аномальных детей (Л.С. Выготский., А.Р. Лурия).

2. Положения о единстве фонематического и фонетического компонентов языковой системы, обусловленном взаимодействием речеслухового и речедвигательного анализаторов (В.И. Бельтюков, А.Н. Гвоздев, Н.И. Жинкин, О.А. Токарева, Н.Х. Швачкин).

3. О взаимовлиянии особенностей артикуляционного аппарата и физиологического состояния его нервно-мышечной деятельности (Л.В. Ильина-Маркосян, В.П. Окушко, Л.С. Персин, Ф.Я. Хорошилкина).

Методы исследования были подобраны с учетом специфики его предмета, в соответствии с целью, задачами и гипотезой и включали в себя:

1. Теоретические: анализ педагогической, психологической и методической литературы по теме исследования, сравнение, структурирование, обобщение.

2. Эмпирические: педагогическое наблюдение, беседа, констатирующий эксперимент.

3. Интерпретационные: качественно-количественный анализ полученных экспериментальных данных.

Организация исследования:

Исследование проводилось на базе одного из дошкольных образовательных учреждений города Красноярск. На этапе констатирующего эксперимента были сформированы две экспериментальные группы: экспериментальная группа 1 (дизартрия с нормой строения артикуляционного аппарата, экспериментальная группа 2 (дизартрия с нарушенным строением артикуляционного аппарата). Проведение констатирующего эксперимента в соответствии с составленной схемой.

Теоретическая значимость: подтверждены и уточнены имеющиеся научные сведения об особенностях звукопроизношения и механизмах их нарушений у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией с нормальным и нарушенным строением артикуляционного аппарата.

Практическая значимость: предложено нами дифференцированное содержание логопедической работы и условия ее реализации. Могут быть использованы в работе учителей - логопедов в дошкольных образовательных учреждениях.

Апробация результатов исследования осуществлялась через:

1. Личное участие автора во всех этапах исследования.
2. Представление результатов в виде доклада с презентацией на научно-практической конференции (г. Красноярск, 2021 г.).
3. Публикацию статей в сборнике Международной научно-практической конференции (г. Красноярск, 2020 г.) и в сборнике Международного научно-практического форума студентов, аспирантов и молодых ученых (г. Красноярск, 2021 г.).

Структура магистерской работы: работа объемом 123 страниц, состоит из введения, двух глав, заключения, библиографии (70 источника), 15

приложений. Работа проиллюстрирована 32 таблицами и 10 рисунками.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОБЛЕМЫ НАРУШЕНИЙ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЙ ПРИ ДИЗАРТРИИ И НАРУШЕНИЯХ СТРОЕНИЯ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА

1.1 Развитие звукопроизношения в норме в онтогенезе

Звукопроизношение – это процесс образования речевых звуков, осуществляемый энергетическим (дыхательным), генераторным (голособразовательным) и резонаторным (звукообразовательным) отделами речевого аппарата при регуляции центральной нервной системы [50].

Артикуляционная база позволяет пересмотреть и оценить возможность образования слогов. Такую базу как «комплекс умений, приводящий органы артикуляции в позиции, при которых для данного языка преобразуется многогранное и многоаспектное звукопроизношение, несмотря на свою элементарность описывает в своих трудах российский психолог, специалист в области психолингвистики, психологии мышления и речи Н.И. Жинкин. Звуки можно рассматривать со стороны акустических, артикуляционных и фонологических характеристик.

Звук с акустической (физической) точки зрения есть колебательное движение упругой среды, вызываемое обычно колебанием какого-нибудь тела и воспринимаемое слухом [8].

Вследствии не простой мускульной работе различных отделов речевого аппарата: дыхательного, голособразующего, звукообразующего. Согласованная и координированная работа трёх частей речевого аппарата возможна при помощи регулирования центральной нервной системы образуются звуки речи. Под влиянием центральной нервной системы осуществляются выполнения на периферии, так, например, работа дыхательного аппарата создает силу звучания голоса, работа ротовой полости формирует образование гласных и согласных звуков.

В момент речи и звукопроизношения ротовая полость меняет объем и форму, с помощью наличия подвижных органов (губ, языка, мягкого нёба, маленького язычка). Самыми важными в артикуляции органами являются губы

и язык. Именно они выполняют различные движения и формируют каждый звук речи.

Мы видим при изучении процесса формирования артикуляционного праксиса в онтогенезе, что ребёнок появляется на свет с готовыми для функционирования органами артикуляции, но необходим не скорый период времени, прежде чем он начнет владеть членораздельными звуками речи.

По концепции А.А. Леонтьева «речевой онтогенез» разделил процесс формирования речевой деятельности на ряд последовательных периодов: с момента рождения до одного года (1-й подготовительный), от 1 года до 3 лет (2-й преддошкольный), от 3 лет до 7 лет (3-й дошкольный), от 7 лет до 17 лет (4-й школьный).

С самых первых дней, по мере созревания нервно-мышечных тканей, в определённой последовательности, от простых структур к более сложным, происходит усвоение ребёнком родного языка. Усиленно развиваются и возникают слуховой, зрительный, двигательно-кинестетический анализаторы в первые месяцы жизни ребенка.

Крики являются первыми издаваемыми звуками ребенка. Крик младенца по мнению А.Н. Гвоздева рассматриваются как звук гласного типа разной степени открытости. В крике не выделяются отдельные элементы и звуки, он целостен и не раздельный. Автор отмечает, что в онтогенезе речевой деятельности определяющей является артикуляционная сложность звуков [18].

Являясь первой фазой доречевого периода, рефлексорный крик ребёнка к 2-3 месяцам преобразуется в окрашенный разными оттенками возмущения. Таким образом, он становится средством коммуникации с окружающими.

Автор Р.В. Тонкова указывает, что при рефлексорном крике, у ребёнка напрягается и растягивается круговая мышца рта, мягкое нёбо то опускается, то поднимается.

Педагог С.Д. Мелешко отмечает, что на первой неделе жизни ребенка можно выделить такие звуки как: «кхе, гхх, аф, пм, пб» и др., они рассматриваются из звуков кряхтения, хныканья и т.д. Уже в 2-4 месяца жизни

ребенка вызывает интерес людей такие непродолжительные звуки, как гуканье, а затем гуление. Звуки гуления являются средством общения со взрослым благодаря своей интонационной выразительности с конца третьего месяца жизни малыша. В первые месяцы жизни ребенка активизируется корковый и периферический отделы слухоречевого анализатора, а его ответные отделы слухоречевого анализатора, а его ответные голосовые реакции, вызванные по подражанию, развивают речедвигательный анализатор, все это – навыки общения с ребёнком [35].

Отмечается, что в 4-5 месяцев проявляется принятие работы языка и другие стороны произношения, способствующие звуковому сопровождению и комплексу воспроизведения речи ребенком. Этот фактор отмечают многие исследователи. Наблюдается тренировка голосовых связок, ребёнок вслушивается к себе, закладывают свои слуховые и двигательные воздействия [4].

В фазу лепета происходит разделение единицы «речи» на промежуточные сегменты, состоящие из нескольких слогов, произношение которых носит характер объединения порядка работы органов речи и упором на первом слоге.

Такие авторы как И.А. Сикорский, Е.Н. Винарская, А.А. Александров принимают лепет, как действие копирования окружающим, а В.А. Богородецкий, как забаву порядок и движение речью.

Появление в первую очередь таких гласных в лепете ребенка как «а», «э» в сочетании их с губными и переднеязычными звуками, подробно объяснял М.И. Аствацатуров, тем что они преимущественно простые для произношения, потому что при воспроизведении обеспечивают только раскрытия ротовой полости и вибрированию голосовых связок.

Для произнесения губных [п], [б], [м] и переднеязычных согласных [т], [д], [н] ребёнок обладает уже готовыми механизмами, так как для воспроизведения этих звуков требуется работы мышц, задействованных ранее в акте сосания. Автор Р.В. Тонкова-Ямпольская считает, что в результате

улучшения мышечной работы артикуляционного аппарата ребёнка создается возможность артикулирования слогов в период лепета: па, пу, та. [2].

Авторы В.И. Бельтюков и А.Д. Салахова, проводившие постоянные наблюдения за четырьмя детьми в период лепета, пришли к выводам, что при переключении от лепета к речи звуки формируются «как бы заново», но «наличие звуков в лепете, в действительности, оказывает влияние на сроки появления их в речи, сокращает эволюционный ход их развития» [60].

В течение седьмого месяца жизни происходит процесс стремительного накопления звуков в лепете. Это процесс совпадает со временем миелинизации. Смысл миелинизации заключается в том, что её начало связано с переходом от генерализованных движений к дифференцированным.

При исследовании материала М.Е. Елисеевой подтверждается взаимосвязь лепета и речи. Мы можем сделать следующие выводы:

1. Первые сформированные звуки, участвующие в лепете до года, появляются в числе первых фонем.
2. Ребенок часто видоизменяет звукокомплексы услышанные от взрослых в соответствии со звуками своего лепета.
3. Первое использование слов, перенимаемых от взрослых сначала формируются в лепете, далее их употребление происходит и в качестве слов.
4. Активно употребляемые звуки в детском лепете становятся основой имитируемых звуковых компонентов.
5. Постепенно с развитием лексикона ребенок продолжает употреблять лепет, как правило в течении года уже даже с появления первых слов.

Формирование речи в первый год жизни ребёнка состоит из условно-рефлекторных процессов. Первая сигнальная система собирает условные сигналы со всех анализаторов, а также формируется словами и речевыми звуками. Это демонстрирует нам тесную связь деятельности речедвигательного анализатора, который является основным звеном второй сигнальной системы И.А. Сикорский, Н.И. Красногорский, И.П. Павлов [5].

Педагог Е.Ф. Архипова подчеркивает, что для нормального становления речи и четкого произношения у ребёнка должны быть развиты речедвигательные, слухоречевой анализаторы и органы артикуляции. Анатомическое и функциональное развитие тесно связано и взаимозависимо, между собой, это демонстрировали в своих работах, такие авторы как: И.А. Гвоздев, И.А. Сикорский, Р.В. Тонков-Ямпольский, Н.И. Касаткина, Д.Б. Эльконица, Г.Л. Розенгард-Пупко, С.Д. Мелешко, Р. Якобсон.

Таким образом, в первую очередь у детей в онтогенезе формируются звуки, определяющие ядро русской фонологической системы: [а], [о], [п], [м], [т'], [д'], [д], [б], [н]. Конец первого года жизни знаменуется появлением первых слов. Ребёнок много и активно повторяет звуко сочетания, короткие слова окружающих, при этом путая звуки, искажая, переставляя их местами и делая пропуски. В плане артикуляции ему становятся доступными простые движения.

Возможность менять позиции (смычка-щель) становится допустимой и вероятной к полутора годам жизни ребёнка. Ребёнок может произносить [ф], [в] (губно-зубные, без участия языка); [т], [д], [н] (язычно-зубные звуки, требующие лишь простого поднимания кончика языка к верхним зубам); [к], [г], [х], (язычно-задненёбные) и звук [j]. В произношении твёрдых согласных в этот период характерно смягчение, палатализация, обусловленная дополнительным подъёмом средней части языка к нёбу – [т'], [д'], [с'], [з']. В речи неумение произносить свистящие, шипящие, аффрикаты, сонорные звуки заменяются либо пропускаются. На протяжении 2-го и 3-го года жизни у ребёнка происходит значительное накопление словарного запаса.

Дошкольный возраст период активного усвоения, как звукопроизводительной системы родного языка, так становления и развития всех сторон речи. Определенный уровень развития анализаторов и органов артикуляции позволяет произносить губно-зубные звуки: [ф], [ф'], [в], [в'], как правило, это становится возможным к трём годам. Уровень фонематического

восприятия в этом возрасте уже хорошо развит: ребёнок пытается удержать слоговую структуру слова со стечением согласных, слова близкие по звучанию почти не смешиваются.

В 3 года возможности артикуляционного аппарата возрастают, появляется умение произносить свистящие звуки, но ещё сохраняются дефекты смягчения и оглушения. В 4 года ребёнок, в результате дальнейшего укрепления мышц языка, уже может поднимать вверх кончик и напрягать спинку языка, что способствует появлению шипящих звуков, устраняются дефекты оглушения и смягчения. Группы свистящих и шипящих звуков сложны по артикуляции в сравнении со звуками раннего онтогенеза, поскольку для их образования необходимы тонкие и координированные движения языка, а также вполне определённое положение губ. К 4,5 годам ребёнок овладевает более чёткими дифференцированными движениями кончика языка, умением его делать более тонким для звуков [л], [л']. Ближе к 5 годам появляется возможность вибрации кончика, что способствует появлению звуков [р], [р'].

Исследования Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной, Е.Ф. Архиповой, Л.И. Беляковой подтверждают, что артикуляционная база в онтогенезе постепенно формируется к пяти годам. Восприимчивость и дифференцированность звуков речи на слух, позволяет овладеть правильным звукопроизношением.

Чёткое воспроизведение должно иметь под собой подготовленную артикуляционную базу:

1. Умение выполнять органами артикуляции тонкие дифференцированные движения.

2. Отсутствие патологических симптомов: гиперкинезов, гипертонуса, гипотонуса, девиации и других неврологических симптомов [3].

Для детей 6-7 лет без отклонений в развитии присуще правильное произнесение всех звуков родного языка и слов разной слоговой структуры. На 7 году жизни речевая деятельность ребёнка максимально приближена к речи взрослых, с учётом нормального литературного звукопроизношения.

Таким образом, изучив формирование звукопроизношения в онтогенезе, мы выявили, что звук, с физической точки зрения, есть колебательное движение упругой среды, вызываемое обычно колебанием какого-нибудь тела и воспринимаемое слухом [47].

Процесс образования речевых звуков, производящий энергетическим (дыхательным), генераторным (голособразовательным) и резонаторным (звукообразовательным) отделами речевого аппарата при регуляции ЦНС – звукопроизношение [50].

1.2. Особенности развития звукопроизношения при дизартрии

На современном этапе развития в отечественной логопедии общепринятым является следующее определение дизартрии: «Дизартрия это дефект произносительной стороны речи, обусловленный недостаточностью иннервации речевого аппарата» [16].

Причиной нарушения подвижности артикуляционного аппарата речи при дизартрии, что приводит к нарушению хода онтогенеза речевой деятельности является органическое поражение периферической и центральной нервной системы. Степень нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения зависят от характера и тяжести поражения нервной системы.

На основе локализации поражения двигательного аппарата речи, с учётом неврологического подхода, О.В. Правдина предложила следующую классификацию форм дизартрий: бульбарная, псевдобульбарная, экстрапирамидная (или подкорковая), мозжечковая, корковая.

Наиболее распространенной из этих форм является псевдобульбарная дизартрия, для которой характерны центральных параличи и парезы артикуляционной и фонационной мускулатуры. Нарушения мышечного тонуса (спастическая, паретическая форма), ограничение подвижности артикуляционных мышц приводит к нарушению, как согласных, так и гласных звуков, присутствию оттенка назальности, слабому ротовому выдоху.

Автор Е.М. Мастюкова указывает на наличие синкenezий при псевдобульбарной дизартрии, а также на отсутствие произвольных движений при сохранности рефлекторных, непроизвольных движений. Центральный парез мышц артикуляционного аппарата (в большинстве случаев языка) приводит к ограничению наиболее тонких изолированных движений кончика языка вверх и нарушению переднеязычных звуков наблюдается при корковой форме дизартрии. Диффузные периферические параличи речевой мускулатуры являются особенностью бульбарной дизартрии. При этом выявляются нарушения звукопроизношения: грубое нарушение произношения всех губных звуков; смычные согласные приближаются к щелевым; гласные к нейтральному звуку; звонкие согласные оглушаются. Отсутствие стабильных и однотипных нарушений произношения наблюдается при экстрапирамидной дизартрии, причиной которых являются: дистония, гиперкинезы; нарушение эмоционально-двигательной иннервации.

Мозжечковая дизартрия характеризуется асинхронностью между дыханием, фонацией и артикуляцией. Речь становится толчкообразная, скандированная, замедленная, с нарушенной модуляцией и затуханием голоса концу фразы. Наблюдается трудность принятия и удержания артикуляционной позы. При этой форме дизартрии страдает фонетическая сторона переднеязычных звуков, для произнесения которых необходимы чёткие и дифференцированные артикуляционные движения, а также достаточная мышечная сила для взрывных звуков.

Автор Е.М. Мастюкова отмечает у детей грудного возраста с дизартрией проявление признаков псевдобульбарного синдрома: недостаток или слабость отдельных врождённых безусловных рефлексов–сосательного, хоботкового, поискового, ладонно-рото-головного). Младенческий крик продолжительное время остается плохо модулированным, плохо слышимым с носовым оттенком. Нередко звучание состоит из отдельных всхлипываний на вдохе [16].

Авторы Л.А. Белякова, Н.Н. Волоскова так же указывают, что риск возникновения дизартрии можно рассчитать при сборе анамнеза: крик

здорового ребенка с новорожденным при органическом поражении мозга значительно разнится и отличается отсутствием звонкости голоса, громкости и сам по себе непродолжителен. Способность сосания у детей с поражением не так энергично, возможно захлебывание молоком и его утечка через нос. Нередко выявляется неполный захват соска [12].

Со временем безусловные рефлексы становятся более выраженными, чем в период новорожденности, но страдает развитие произвольной артикуляционной моторики. Появление гуления и лепета задерживается, звуки отличаются однообразием, меньше интонированы. Отмечаются нарушения дыхания: ослабленное, неравномерное либо учащённое, укороченный речевой выдох. Отсрочено становление психомоторных функций. Нередко у детей наблюдается асимметрия лица, опущение угла рта, отвисание нижней губы, сглаженность носогубной складки, гиперсаливация.

В дальнейшем ребёнок испытывает трудности при жевании твёрдой пищи, глотании, питье. При обследовании органов артикуляции нередко встречается готическое нёбо, укороченная и тугоподвижная подъязычная связка (результат малой двигательной активности).

Отмечаются и неречевые нарушения: нарушения мимического праксиса, общая моторная неловкость, двигательная недостаточность мелкой моторики рук.

Родители не всегда могут определить сроки появления первых слов, так как слова зачастую малопонятны, звуки невнятные, присутствует назальность, голос хриплый прерывистый. Процесс накопления словарного запаса происходит медленнее, чем у детей без патологии. Фразовая речь формируется значительно позже, чем в норме. В основе артикуляции лежит тонкая дифференцированная работа языка и губ. У детей с дизартрией вследствие ограниченной подвижности губ и языка выполнение этих артикуляционных движений вызывает ещё большие трудности по сравнению с детьми, имеющими нормальное речевое развитие.

Многие исследователи Е.Н. Винарская, Е.М. Мастюкова, Л.М. Шипицына, И.М. Мамайчук, И.И. Панченко, Л.В. Лопатина, И.Ю. Левченко, отмечают полиморфный характер нарушений, ухудшение звукопроизношения в спонтанном речевом потоке.

По данным Л.А. Соботович, В.А. Кожевникова, значительно меняется длительность звучания согласного и гласного внутри слога. При быстром темпе гласные могут полностью исчезнуть, при замедленном происходит удлинение слога за счет растягивания гласного. Наблюдаются дефекты звукопроизношения:

1. Антропофонические (Ф.Ф. Рау), или фонетические (Р.Е. Левина), такие как искажения.

2. Фонологические (Ф.Ф. Рау), они же фонематические (Р.Е. Левина) к ним относятся смешения и замены звуков [16].

Искажение звуков является характерным признаком онтогенетического характера развития речи.

В зависимости от снижения объема и размаха артикуляционных движений губ и языка меняется уровень нарушения подвижности артикуляционных мышц, что приводит к невозможности выполнения движений из-за анартрии (полный паралич речедвигательных мышц). При диагнозе «дизартрия» неврологические сбои артикуляционной моторики столь различны, что их можно объединить в отдельный синдром артикуляционных расстройств. Можно выявить следующие характерные патологии артикуляционного аппарата, связанные с недостатком мышечного тонуса (губ, мягкого неба, языка, мышц лица) по типу гипотонии, спастичности или дистонии. Усиление мышечного тонуса в области круговой мышцы рта становится причиной спастического напряжения губ и плотному смыканию рта. При спастичности артикуляционных мышц активные движения снижены, возможность их ограничена. При мышечной гипотонии возникает состояние пониженного тонуса мышц. Гипотония является причиной тонкого, распластанного языка. Плотное смыкание губ становится невозможным из-за

их вялости. Рот становится полуоткрытым, возможно возникновение гиперсаливации [16].

Невозможность продвижения небной занавески кверху и ее прилегания к задней стенке глотки наблюдается при гипотонии мягкого неба, из-за этого воздух выходит через нос и становится причиной назализации. К изменяемому характеру тонуса мышц приводит дистония (при отсутствии речи возникает низкий мышечный тонус, а при попытках начать речевую деятельность может резко нарастать). Также в свою очередь дистония значительно меняет характер артикуляции. Переменность искажений, замен и пропусков звуков - особенность при звукопроизношении. Часто у детей с неврологическими нарушениями (патологиями) наблюдается смешанный характер сбоев тонуса в артикуляционной мускулатуре. Из этого следует вывод, что в различных артикуляционных мышцах тонус может варьироваться от разных состояний. Например, у ребенка может одновременно отмечаться спастичность в язычной мускулатуре и гипотония в лицевой, губной [16].

Следующие патологические характеристики артикуляционного аппарата возникают в недостатке объема движений органов артикуляции, характеризуются гипометрией (ограничение объема движений) и гиперметрией (чрезмерный объем движений). Дополнительные сопутствующие движения (синкинезии) присутствуют у многих детей с дизартрией. Так же могут возникать насильственные, автоматические движения (гиперкинезы). Портрет ребенка дизартрика часто описывается через наличие тремора, асимметрией губ при улыбке, сглаживание носогубной складки с одной или двух сторон. Невозможность выполнить произвольные движения руками и органами артикуляции возникает одновременно со сбоем целенаправленных движений становится отдельной чертой при дизартрии (апраксия). Переключение от одного движения к другому становится так же невозможной. В отдельных случаях у ребенка может быть выявлена кинетическая апраксия, когда отсутствует плавность при переходе от одного движения к другому. Нередко, наличие кинестетической апраксии, когда

движения носят хаотичный, произвольный характер, «нащупывая» необходимую артикуляционную позу [3].

Ребенок сам не осознает состояние напряженности или расслабленности мышц речевого аппарата, так как при дизартрии нарушается восприятие кинестетических ощущений. Как правило, в первую очередь затрудняется поднятие языка вверх к небу, так называемые дифференцированные, тонкие движения. Звукопроизношение нарушается при недостаточности движений артикуляционных мышц губ и языка. Так же затрудняется воспроизведение согласных и гласных звуков, особенно лабиализованные звуки [у, о], произношение которых требует активных движений губами. Гипотония характеризуется отсутствием энергичности губ, что влечет за собой нарушение образования глухих смычных звуков. Ребенку становится проще произносить [м] и губно-зубные щелевые согласные шумные звуки.

Дизартрия влияет на оглушение звонких согласных, смягчение согласных твердых звуков. У ребенка с данным нарушением так же преобладает боковое, межзубное произношение шипящих и свистящих звуков. Характер нарушений при дизартрии носит стойкое состояние и перебороть их требует большой работы. Возникает трудность при постановке автоматизации звуков. Специфические нарушения у детей с дизартрией заключаются в стойком характере нарушений звукопроизношения, сложности их преодоления, более длительных сроках автоматизации звуков.

1.3. Влияние нарушений строения артикуляционного аппарата на формирование звукопроизношения

Нарушения строения артикуляционного аппарата представляют собой приобретенные дефекты мышечного строения органов артикуляционного аппарата на нижней и верхней челюсти, зубы, мягкое небо, губы и язык. (Л.В. Нейман, М.А. Пискунов, Ф.Ф. Рау, Г.В. Чиркина, и др.).

Нарушения строения артикуляционного аппарата влияют не только на звукопроизношение и речь, но также могут затрагивать функцию глотания,

жевания и дыхания. Чаще наблюдаются нарушение тонуса губ и как следствие неправильное воздействие на зубы со стороны губ, для формирования правильного роста зубов, правильный уклад языка при отсутствии речи между зубами, во время речи, глотания и жевания. Ф.Я. Хорошилкина отмечала, что такие нарушения неправильно влияют на формирование зубочелюстного аппарата детей [62].

Таким образом, для правильной постановки диагноза и назначения лечения требуется привлечение смежных специалистов, для комплексной коррекционной работы (ортодонтия, невролог и другие), также оценить степень тяжести нарушений артикуляционного аппарата и звукопроизношения, и характер влияния аномалий на произношение звуков.

Нарушения развития зубочелюстной системы возникают вследствие неправильного носового дыхания, проявляется в недостаточной или проходимости носовых ходов или их отсутствии. В результате этого сбалансированного давления челюсть развивается в нормальной форме. Г.В. Чиркина считала, что неправильном дыхании, таком как ротовое, баланса правильного роста челюстей отсутствует. Это плохо влияет в свою очередь на произношение, также на тембр голоса [64].

Большая часть из названных факторов могут быть причиной возникновения дизартрии у детей. В работе «Дети с нарушениями артикуляционного аппарата» Г.В. Чиркина автор анализирует комбинированные сложные патологии, совмещающие в себе тяжелые нарушения в строении и функции артикуляционного аппарата. Педагог подмечает, что при таких трудных расстройствах, в силу неврологических и морфологических нарушениях, участие речедвигательного анализатора в речевом развитии становится либо невозможным, либо ограниченным. Как следствие это затрудняет овладение фонематическими представлениями [64].

Вопрос о воздействии аномалий органов артикуляции на речевую функцию поднимается в работах Т. Varun, M. Hochsmuth, G. Sotereanos и др. На артикуляцию согласных влияет деформация прикуса и лица, зубной дуги,

состояние, размер языка и соответствие его с ротовой полостью, форма и высота небного свода, так читают авторы. Исследования Н. Кнобел говорит о том, что важное значение в происхождении недостатков произношения свистящих и шипящих звуков имеют патологическое расположение зубов и аномалии прикуса.

В работах Б.М. Гриншпуна и Н.А. Чевелевой дается более четкое понятие механической дислалии. Они определяют данное речевое расстройство как дефект звукопроизношения, обусловленный органическими повреждениями периферического речевого аппарата, его костного и мышечного строения исключая органические нарушения их иннервации и расщелины губы и неба [10].

Авторы Т.Б. Филичевой и Н.А. Чевелевой выражают мнение, что нарушенное строение артикуляционного аппарата становится одной из частых причин недостатков звукопроизношения, такие как: слишком маленький или большой язык, неправильное строение зубного ряда, зубов, укороченная уздечка, неправильное строение неба, толстые губы с отвислой нижней губой, малоподвижная, укороченная верхняя губа так же могут привести к возникновению дислалии [60].

Автор Ф.Я. Хорошилкина писала в своих трудах, что сдерживание подвижности языка по причине укорочения его уздечки или прикрепления ее близко к его кончику влияет на ухудшение артикуляции, т.к. в процессе речи под влиянием такого препятствия обнаруживаются атипичные движения языка. Именно такая патология в развитие уздечки языка становится причиной аномалии прикуса [62].

Педагог Л.В. Нейман выделяет отдельно врожденные дефекты строения языка такие как, аглоссию (полное отсутствие языка), микроглоссию (язык патологически малого размера), макроглоссию (патологическое увеличение языка вследствие мышечной гипертрофии или в результате опухоли). Эти врожденные нарушения хоть и встречаются реже всего, но значительно влияют на нарушение звукопроизношения [42].

По мнению М.А. Пискунова патологическое строение губ, выражающиеся в ограничении подвижности верхней губы или отвислости нижней губы приводит к затруднению произношения губно-губных и губно-зубных звуков [51].

Автор Ф.Я. Хорошилкина подмечает, что скованность подвижности верхней губы часто происходит при укорочении ее уздечки, а низкое прикрепление уздечки верхней губы сравнительно десны принято считать одной из причин диастемы. Сильно выраженная диастема так же может влиять на деформацию акустического эффекта щелевых согласных, независимо от правильной артикуляции [62].

Наиболее распространённые факторы, влияющие на звукопроизношение по мнению Л.В. Нейман, О.В. Правдина становится аномалия прикуса (окклюзии). В трудах этих авторов, которые изучали речевые расстройства, встречается следующая классификация вариантов прикуса.

Для корректных исследований важно понимать классификацию вариантов прикуса, так как с помощью расширенной терминологии информация в логопедии дополняется и систематизируется. Изучение логопедом вопроса со стороны стоматологической медицины, помогает более продуктивно работать над решением вопроса совместно с другими специалистами. Это необходимо для качественной и эффективной коррекции произносительного аппарата, осложненного неправильно сформированным прикусом и дефектами других органов артикуляции.

Автор М.А. Пискунов отмечает, что готическое, узкое небо, или, наоборот плоское затрудняет нормальную артикуляции звуков. М.А Пискунов писал в своих трудах, что для речевой артикуляции особенно важна кривизна небного свода в сагиттальном направлении [51].

Ученые A.Carr, L.Kennedy, R.West отдельную роль в звукопроизношении согласных уделяют мягкому небу. По их мнению, твердое высокое небо поддерживает лучшее звучание гласных, а низкое небо - более ясное звучание согласных.

В работах М.А. Пискунова, Ф.Ф. Рау отмечали, что анатомические деформации и нарушения артикуляционных органов, становятся предрасполагающим значением при нарушениях произношения отдельных групп звуков. Например, ротацизм возникает в следствии короткой уздечки языка, высоком узком небе при массивном недостаточно пластичном языке или очень широком небе при небольшом размере языка.

Дети способны к развитию компенсаторного приспособленного произношения, даже при сложных анатомических деформациях органов артикуляции. Эта способность называется адаптивным произношением и зависит от моторики артикуляционных органов, которая помогает справиться с явными анатомическими дефектами небного свода, зубного ряда и даже нарушения целостности языка в после операционный период. Данное свойство подмечают такие авторы как М.А. Пискунов, М.Ф. Фомичева и др. По мнению М.А. Пискунова один и тот же акустический эффект можно получить разными способами, поэтому нормальное звукоизвлечение при аномалиях артикуляционного аппарата свидетельствует о высоких компенсаторских способностях организма.

Автор М.Ф.Фомичева выделяла в своих работах, что врожденные дефекты периферического речевого аппарата чаще всего являются лишь предрасполагающими к появлению неправильного звукопроизношения [60].

При изучении пациентов с зубочелюстными аномалиями, Л.Н. Чучалина подмечала, что компенсаторные способности в звукопроизношении возникали за счет мышц губ, щек и языка. В таком случае звукопроизношение становилось нормальным.

Автор А.Г. Шембель утверждал, что при нарушенном артикуляционном аппарате формирование и развитие речи происходит в особых условиях.

Правильное звукопроизношение у людей с нарушенным артикуляционным аппаратом может быть следствием компенсаторной способности, приспособления подвижных органов артикуляционного аппарата к имеющимся дефектам и аномалиям зубочелюстной системы,

дающий нужный акустический эффект.

Не секрет, что нарушение дикции возникает в результате прокладывания языка между зубами в открытом прикусе, затрудняется произношение свистящих звуков. Но работа с логопедом не принесет результата, если состояние артикуляционного аппарата не позволяет выполнять поставленные задачи. Такие нарушения ортодонт производит совместно с логопедом.

Необходимо подчеркнуть, что при работе с разными аномалиями прикуса прогенического [Ортодонтия 2005 г.], прогнатического [Дефектология 2000 г.], открытого [Дистель 2001 г.] разработаны специальные упражнения, которые используются отдельно и в комплексе с другими упражнениями. При миогимнастике часто используются вспомогательные средства, такие как: вестибулярные пластины, активаторы, пластинки из пластмассы и резины, капы, межгубные кольца и металлические диски. Дефекты звукопроизношения возникают по ряду причин, но самой распространенной из них является неправильное строение артикуляционного аппарата [44].

Авторы Г.П. Соснин и А.В. Крицкий считали, что аномалии челюстно-лицевой области приводят к неправильной артикуляции и в последствии затрудняют логопедическую коррекцию [50]. Так же на нарушение артикуляции влияет ограничение подвижности языка из-за аномальной уздечки.

Мышечные дистонии, влияющие на неполноценность мышечной функции часто становятся причиной патологии челюстно-лицевой области и нарушение осанки.

Резюмируя вышесказанное, мы приходим к выводу, что для решения логопедических проблем необходимо сотрудничество со специалистами из стоматологической сферы и привлечение клинических дисциплин, включающих в себя неврологию, хирургическую стоматологию и ортодонтию. Объединяя знания по зубочелюстной системе можно наиболее точно

определить степень тяжести, течение и наметить пути коррекции речевых отклонений.

1.4 Обзор методик логопедической работы по диагностике и коррекции нарушений звукопроизношения

Вопросы коррекции нарушений звукопроизношения при дизартриях отражены в работах авторов по разработке теоретических, методологических, содержательных проблем в отечественной логопедии и психологии Л.С. Выготский, Р.Е. Левина, Г.В. Чиркина, Г.А. Каше, А.В. Ястребова, И.Т. Власенко, В.А. Ковшиков, Е.Ф. Собонович, О.Н. Усанова и другие.

Автором М.С. Хватцевым была разработана одна из первых методик обследования звукопроизношения. Под руководством Р.Е. Левиной в Институте коррекционной педагогики РАО были разработаны ключевые принципы по обследованию детей, в том числе и для обследования звукопроизношения.

В основе методики обследования детей с заключением «дизартрия» лежат следующие принципы: раннее выявление, патогенетический принцип, синдромологический, системность, комплексность и др. В исследованиях Т.Б. Филичевой и Г.В. Чиркиной отмечается, что логопедическое исследование основывается на базовом системном подходе. Этот подход был разработан в связи с учетом общего психоневрологического состояния и возраста ребенка, а также опирается на специфику речевых и неречевых нарушений.

Важно помнить, что при обследовании ребенка с дизартрией особое внимание должно быть уделено на артикуляционную моторику при мимических и общих движениях, в момент покоя. При этом большое значение носят не только характеристики движений (темп, плавность переключения, их объем, истощаемость и т. д.), но и соразмерность и точность, мышечный тонус в речевой мускулатуре, присутствие оральных синкенезий и насильственных движений [23].

Автор Н.М. Трубникова при обследовании предлагает исследовать динамическую организацию движений артикуляционного аппарата и исследования двигательных функций органов артикуляции. Такой подход дает возможность выявить сформированность кинетического и кинеститического праксиса, выделяя при этом качество выполняемых заданий по заданным критериям. Для того, чтобы оценить состояние артикуляционной моторики у ребенка со стертой дизартрией применяются приемы, рекомендованные Г.В. Дедюхиной и Л.В. Лопатиной. Анализ исследования функции артикуляционных органов проходит по следующим пунктам:

1. Состояние мышечного тонуса (дистония, гипотонус и гипертонус).
2. Вероятность выполнения произвольных и непроизвольных движений (кинетическая диспраксия, кинестическая диспраксия и апраксия).
3. Качество выполненных артикуляционных движений (сила мышечного сокращения, точность, время фиксации артикуляционного уклада, ритмичность и т. д.).

В качестве диагностики минимальных проявлений дизартрии Е.М. Мастюкова предлагает применять функциональные пробы, которые подтвердят наличие симптомов органического поражения ЦНС.

Обследование звукопроизношения осуществляется путем произношения ребенком звуков в составе слова в разных фонетических позициях (в стечении согласных, в середине слова, в начале слова, в конце слова) с использованием предметных картинок (зрительной стимуляцией). Для точности проводимого обследования рекомендовано записывать речь ребенка на диктофон. В протоколе логопедического обследования фиксируется: речевая реакция ребенка на акустический раздражитель, исследуемый звук, употребление звука в собственной речи, оптический раздражитель, произношение звука изолированно, в слогах. Так же описывается характер нарушения произношения: замена, смешение, отсутствие либо искажение. К группам проверяемых звуков относятся: аффрикаты, шипящие, сонорные, гласные, свистящие, звонкие и глухие парные в мягком и твердом звучании. К

описываемым выводам отмечается: полиморфное нарушение, антропофонический дефект, фонологический дефект или произношение в норме.

После того, как обследование завершено оценивается состояние артикуляционной моторики, составляется профиль структуры двигательного нарушения ребенка. Метод балльной оценки удобен прежде всего тем, что появляется возможность не просто выявить наличие патологической симптоматики, а так рассчитать степень ее выраженности. Все специалисты, которые занимались коррекциями дизартрий, отмечают необходимость целенаправленной комплексной логопедической работой над артикуляционной моторикой (специалисты: Н.В. Серебрякова, Е.Ф. Архипова, О.В. Правдина, Е.М. Мастюкова, К.А. Семенова, Л.В. Лопатина).

Авторы К.А. Семёнова, Е.М. Мастюкова, М.Я. Смуглин, наряду с описанием клинических симптомов дизартрии определяют общие принципы речевой терапии:

1. Выявление особенностей нарушений тонуса, как в артикуляционных, так и в скелетных мышцах, определение и последовательное закрепление «рефлекс-запрещающей позиции».

2. Развитие речевых артикуляций, с подключением зрительного и тактильных анализаторов (устранение саливации, лёгкий массаж артикуляционной мускулатуры, пассивно-активная гимнастика органов артикуляции и мимики, развитие мелкой моторики).

3. Нарушение голосообразования определяют необходимость уделять особое внимание постановке голоса и отдельных звуков, с применением медикаментозной терапии.

4. Работа над дыханием [27].

В процессе коррекционной работы происходит подготовка артикуляционного аппарата, нормализация моторики, нормализация мышечного тонуса, формирование и выработка артикуляционных укладов, выработка самоконтроля и т.д.

Основным средством коррекции нарушений артикуляционного аппарата является артикуляционная гимнастика. Она включает упражнения для укрепления мышц, тренировки подвижности и дифференцированности движений органов, участвующих в речи.

В специализированной логопедической гимнастике представлен большой объем и разнообразие артикуляционной гимнастики. Особенность коррекционной работы с детьми с дизартрией заключается в том, что следует делать упор на статические и динамические упражнения. Для того, чтобы ребенку было интересно и увлекательно выполнять данные упражнения, рекомендуется проводить их в форме игры. Так же заинтересованность ребенка положительно сказывается на результат коррекционной работы по развитию мимической и артикуляционной моторики. М.Ф. Фомичева в своей книге «Воспитание у детей правильного произношения» отмечала, что форма игры так же важна для работы с детьми дошкольного возраста, так как это является их основной деятельностью. Так же, она предложила каждое задание сопровождать иллюстрацией или предметной картинкой так как это позволит ребенку более полно и успешно овладеть артикуляционными упражнениями. Е.М. Косинова предлагает сюжет для гимнастики в лице героя «Язычка» и историй, связанных с ним [25].

Автор Н.В. Нищева разработала артикуляционную гимнастику в стихах, где действующими лицами являются животные. У И.А. Волошиной язычок при выполнении упражнений превращается в мостик, машинку или дорогу [40].

Педагоги С.Ю. Танцюра, Т.А. Данилевич предлагают более комплексно подходить к артикуляционной гимнастике, поэтому ими были заданы лексические темы, включающие упражнения на развитие мышц губ, языка, щёк, мелкой моторики. На выбор того или иного комплекса упражнений влияет характер нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения. Однако, все специалисты едины в мнении, что для положительных

результатов, артикуляционную гимнастику следует делать ежедневно и многократно.

При дизартрии перед артикуляционной гимнастикой следует проводить логопедический массаж. Логопедический массаж выполняется в области мышц периферического речевого аппарата. Существует несколько видов логопедического массажа: классический массаж, массаж по биологически активным точкам (БАТ), зондовый массаж, электромассаж.

При классическом массаже используются основные массажные приемы, такие как: поглаживание, растирание, разминание, поколачивание, вибрация. Выбор приёмов зависит от характера пареза, паралича.

При гипертонусе используют расслабляющий массаж, при гипотонусе движения должны быть тонизирующими – быстрыми и энергичными. Для логопедического массажа Э.И. Складенко были разработаны дизартрические зонды [49].

Широко применяется инструментальный (зондовый) массаж по методике Е.В. Новиковой, которая разработала комплекс зондового массажа и широко применяется инструментальный (зондовый) массаж по методике Е.В. Новиковой, которая разработала комплекс зондового массажа и набор зондов. Автор предлагает использовать при массаже 8 зондов, каждый из которых влияет на определённую группу мышц: губ, скул, щёк, языка, мягкого нёба. Проведение зондового массажа нормализует спастическое или паретическое состояние различных групп мышц. С помощью этих зондов производят различные движения в виде скольжения, давления, отодвигания, перетирания мышц и т.п.

Заслуживает внимания методика логопедического массажа Е.А. Дьяковой при разных формах дизартрии. Е.М. Мастюковой были разработаны комплексы логопедических упражнений для детей с церебральным параличом, который так же подходит детям, страдающим дизартрией. Коррекция звукопроизношения происходит по установленной схеме работы над звуком с учетом степени и характера нарушения

артикуляционного праксиса (Р.Е. Левина, О.В. Правдина, Т.Б. Филичева, М.Ф. Фомичева, М.Е. Хватцев, Г.В. Чиркина, Н.А. Чевелева). Для успешной работы над звукопроизношением важно учитывать индивидуальный подход к проблеме. Основными методами являются: двигательно-кинестетический, слухо-зрительно-кинестетический контроль. Для работы с детьми с дизартрией коррекцию следует начинать с произношения гласных так как именно при произношении этих фонем удобнее всего координировать и контролировать работу артикуляционного аппарата.

Начиная работу над навыками произношения важно опираться на зрение, слух и компенсаторные возможности ребенка. На первом этапе уточняется артикуляция простых согласных звуков и гласных, а далее с помощью разных методик постановки звуков (имитации, опоры на сохранные звуки, механические) усваивается артикуляция отсутствующих и ложно произносимых звуков. После этого следует закрепить результат в словах, фразах, слогах и скороговорках.

Начинать коррекционную работу нужно с тех звуков, артикуляция которых больше всего сохранена и со звуков раннего онтогенеза. Постановка звука заключается в выработке у ребенка правильных новых связей и сведению к нулю ранее неправильно сформированных.

Автором Г.В. Чиркиной был предложен метод фонетической локализации, метод постановки по подражанию, с механической помощью.

Какой бы способ постановки звука вы не выбрали, всегда будут использоваться кинестетические ощущения, слуховой и зрительный, тактильно-вибрационный контроль и словесные конструкции.

Автоматизация звука ставится за счет подражания за логопедом, а затем уже с подкреплением в виде картинок [64].

Автор Е.Ф. Архипова предложила последовательность работы над постановкой автоматизации звука: в слогах разной структуры (10 модулей), в словах разной слоговой структуры (13 классов слов), этап над звукопроизношением предложений с ярко-выраженным контрольным звуком,

обязательное условие отсутствие тех звуков в предложении, которые не были поставлены. И весь предлагаемый речевой материал, для ребенка должен быть понятен ему по смыслу и значению слов. Если при произношении ребенок смешивает нужный звук со звуками из другой артикуляционной группы, то требуется дополнительная работа по их разграничению. При выполнении заданий над дифференциацией звуков, важно соблюдать условия: выстроить работу на операциях сравнения, звуки объединять в пары (новый звук и звук субститут, по принципу звонкости-глухости, твёрдости-мягкости).

В работах О.В. Правдиной, Л.В. Мелиховой и Р.И. Мартыновой рекомендуется при выполнении заданий на автоматизацию звуков использовать упражнения разной степени сложности лексического материала.

Автором А.И. Богомолова, в качестве материала для речевых упражнений, рекомендует использовать произведения детских классиков [8]. Современный педагог Е.Ф. Архипова считала, что основа звуковых нарушений в большинстве случаев связана с нарушениями строения артикуляционного аппарата. Затрудняют нормальную артикуляцию звуков нарушения в развитии функциональные и физиологические дефекты, затрагивающие верхнюю и нижнюю челюсть, способствующие закреплению неправильных артикуляционных укладов, что в дальнейшем препятствуют в логопедической коррекции.

Педагог Е.Ф. Архипова предлагает для коррекции подвижности органов артикуляции и правильной работе мышц применять в комплексе трейнер- это эластичный тренажер, каппа, выполненный из гипоаллергенного силикона, предназначенный для носки и выполнения миофункциональной гимнастики. Изначально, трейнер был разработан для ортодонтологического лечения детей возраста 6-9 лет, для исправления прикуса и выравнивания прорезавшихся зубов. Но, со временем, стало ясно, что он отлично подходит для коррекции звукопроизношения и пассивной тренировки комплекса лицевых и артикуляционных мышц. Трейнер выпускается в нескольких размерах и разной жесткости, в зависимости от нарушения и потребностей для лечения

ребенка. У разных производителей разная градация по размерам и моделям трейнеров.

Когда язык касается выпуклой стороны язычка трейнера он дополнительно стимулируется. Трейнер устраняет неправильное прокладывание языка между зубами. Таким образом (знаки препинания соблюдайте) формируется устойчивое зазубное положение языка при глотании и артикуляции. Именно положение языка влияет на форму верхнего неба. Правильное положение языка при регулярном ношении трейнера становится стабильным через 2-3 месяца. Конструктивные особенности трейнера, в виде губных бамперов и шипиков устраняют напряжение подбородочной мышцы, укрепляют жевательную и круговую мышцу рта и в целом оказывают расслабляющее действие, предотвращая мышечные зажимы. Через 1 месяц, за счет улучшения тонуса круговой мышцы рта, ребенок держит рот сомкнутым в состоянии покоя. Трейнер влияет на нормализацию высоты и конфигурации неба, исправляет высокое готическое небо. Вырабатывается носовой тип дыхания, при котором ребенок постоянно дышит через нос. Процесс выстраивания правильного дыхания занимает 2-3 месяца. Ношение трейнера положительно влияет на весь организм так как стимулирует горизонтальный рост лицевого скелета и приводит в норму функцию дыхательной системы. Особенно это важно для детей после аденэктомии так как предотвращает повторные аденоидные разрастания и нормализует дыхание через носовые ходы. Через 2 месяца нормализуется положение языка в полости рта, нивелируется прокладывание языка между зубами. Спустя 6 месяцев с момента начала лечения капой, автоматизируется произношение свистящих и шипящих звуков в момент речи. Упрощается усвоение артикуляционных укладов и дефектных звуков: соноров и аффрика. Капу важно носить 6-9 месяцев регулярно, в течение дня, а также во время сна.

Резюмируя результаты от ношения трейнера, мы получаем следующие положительные результаты:

1. Через 6 месяцев правильное глотание.

2. Через 2-3 месяца правильный уклад языка (в точку покоя).
3. Через 1 месяц закрытые губы в состоянии покоя.
4. Через 2-3 месяца правильное диафрагмальное дыхание.
5. Через 1,5-2 месяца изолированное произношение свистящих и шипящих звуков формируется.
6. Через 6 месяцев автоматизация свистящих и шипящих звуков.
7. Глотание в норме кончик языка упирается в переднюю треть твёрдого нёба, а спинка языка поднимается к твёрдому и мягкому нёбу и продвигает пищу в гортань.

В момент глотания язык не занимает верхнее положение - правильное за передними верхними зубами, что способствует формированию нарушения прикуса (открытый прикус), либо язык упирается в нижнюю челюсть. В момент глотания околоротовые мышцы (напрягается круговая мышца рта, подбородочная мышца и мышцы шеи). Инфантильное глотание характеризуется, тем что ребенок привыкает совершать самые простые движения и тем самым язычная мышца не развивается и ослабевает. Неправильное дыхание идет в сочетании со смешанным или ротовым дыханием. Ротовое дыхание совершается при полуоткрытой ротовой полости, при этом лицо становится неправильной формы из-за недоразвитых скул, нижняя челюсть сужена, формируется открытый или прямой прикус, язык прокладывается между зубами, губы в постоянном движении. Зубочелюстной скелет не развивается в полной мере. Так же идет постановка и запоминание положения языка, губ, челюсти для правильного звукопроизношения.

Большое число осложненных нарушений при произношении требует комплексного подхода в лечении и требует использования вспомогательных средств, таких как техническое средство коррекции зубочелюстно-лицевой патологии трейнер MyObrace. Данная капа из эластичного пластика, разработана специально для нормализации глотания, постановки правильного положения языка, обеспечения носового дыхания, выработки и закрепления правильных привычек, предупреждающих развитие аномалий зубочелюстной

системы у детей с факторами риска. Как следствие, лечение на капах MyObrace подготавливает кинестетическую базу для профилактики и коррекционной работы, направленной на нормализацию звукопроизношения. Капы разработаны в разных моделях, разной жесткости и для разных возрастов.

Для детей от 4-х до 10 лет разработаны три вида кап:

1. Мягкий K1 исправляет вредные привычки, такие как ротовое дыхание, неправильное глотание, инфантильное глотание, сосание
2. Посторонних предметов. Это комфортная силиконовая капа, к которой легко привыкнуть.
3. K2 с каркасом расширяет челюсти, ещё больше корректирует функцию мышц.
4. Упругий K3 выравнивает зубы и обеспечивает ретенцию, т. е. закрепляет достигнутый результат.

Важно помнить, что воздействие капы без выполнения миофункциональной гимнастики сведены к минимуму. Важно выполнять упражнения и находится на контроле у врача-логопеда для проверки и закрепления выполненных заданий.

У всех аппаратов Myobrace есть общие конструктивные элементы:

1. Двухчелюстная форма с каналами для зубов помогает тренировать носовое дыхание, а также защищает зубы от негативного воздействия мышц губ, щёк при неправильном глотании.
2. Маркерный язычок и элеваторы для языка тренируют язык, чтобы он прижимался к нёбу.
3. Зубной бампер «шипики» массирует нижнюю губу, снимает излишнее напряжение при глотании.

Статистика со всего мира указывает на неутешительные данные о росте детей с речевыми расстройствами и слаборазвитом зубочелюстным аппаратом. На результат статистики влияет как современное мягкое питание, при котором лицевые мышцы не развиваются до конца, вредные привычки, неправильный

подбор сосок в младенчестве и раннем детском возрасте, наследственность и т. д.

Для разрешения данной ситуации логопеды, совместно с врачами-ортодонтами и педагогами проводят раннюю диагностику среди детей, а лечение теперь доступно с самого раннего возраста. К сожалению, часто время бывает упущено так как родители первым делом обращают внимание на дефекты речи ребенка нежели его физиологическое строение челюсти, способах глотания и др. Важно при обнаружении миофункциональных расстройств у ребенка, в первую очередь объяснить причины родителям, для того, чтобы выбранное дальнейшее лечение было успешным, и родители помогали и понимали механизм воздействия гимнастики и трейнера на челюсти ребенка. Поэтому важно к проблеме подходить комплексно, а не только разбираться с речевой патологией. При логопедическом обследовании нужно выполнить обширную диагностику, детально изучить подвижность и строение органов артикуляционного аппарата, обследовать на правильность и наличие отклонений при звукопроизношении, оценить фонематический уровень восприятия. Артикуляционный аппарат обследуется со всех его органов: зубов, челюсти, губ, неба, языка. В качестве фиксации результатов рекомендовано использовать балльную систему. Далее проверяется подвижность этих органов. Ребенку дают задания для звукоподражания, при этом логопед отмечает свободу и быстроту движений органов артикуляционного аппарата, их плавность, а также на сколько легко осуществляется переход от одного движения к другому. Результатом обследования должен стать отчет с информацией по наличию или отсутствию дефектов произношения разных видов звуков, и развитость артикуляционного аппарата.

Таким образом, мы провели обзор методик по обследованию и коррекции артикуляционного аппарата и нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста дизартрией, описываемые в трудах Е.Ф. Архиповой, Л.В. Лопатиной, Е.М. Мастюковой, О.В. Правдиной, К.А. Семеновой, Н.В. Серебряковой, Г.В. Чиркиной и другие, которые

свидетельствуют о необходимости организации специфической целенаправленной коррекционной работы на устранение нарушений звукопроизношения, развитие артикуляционной моторики, в комплексе с дифференцированным массажем и гимнастикой, а также использование дыхательных и голосовых упражнений.

Выводы по главе I

Изучив формирование звукопроизношения в онтогенезе, мы выявили, что звук, с физической точки зрения, есть колебательное движение упругой среды, вызываемое обычно колебанием какого-нибудь тела и воспринимаемое слухом. Звукопроизношение это процесс образования речевых звуков, осуществляемый энергетическим (дыхательным), генераторным (голособразовательным) и резонаторным (звукообразовательным) отделами речевого аппарата при регуляции центральной нервной системы.

Анализ психолого-педагогической литературы показал, что дизартрия это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата, что в свою очередь приводит к нарушению моторной реализации речевой деятельности.

Нарушения звукопроизношения у детей выражаются в искажениях артикуляции, в смешениях, заменах и пропусках звуков.

Фонетические нарушения при дизартрии обусловлены паретичностью и спастичностью отдельных групп мышц артикуляционного аппарата. У детей сданной патологией наблюдается слабость кинестетических ощущений, что задерживает развитие артикуляционного праксиса. Характер нарушения звуков при дизартрии может изменяться под воздействием различных лингвистических факторов: места звука в слове, соседствующих звуков, структуры слога, в которых входит звук, слоговой структуры всего слова.

Результатом кинетической несформированности артикуляторного праксиса является нарушение плавности двигательного акта, упрощение артикуляции.

Специфические нарушения у детей с дизартрией заключаются в стойком характере нарушений звукопроизношения, сложности их преодоления, более длительных сроках автоматизации звуков.

Проведенный нами анализ научной медицинской и педагогической литературы показывает, что без привлечения данных таких клинических

дисциплин, как стоматология (в частности, ортодонтия и стоматологическая хирургия), невропатология и т.п., невозможно правильно оценить характер, степень тяжести и роль анатомических дефектов зубочелюстной системы и ротовой полости в проявлении произносительных расстройств и наметить пути коррекции таких речевых нарушений.

При логопедическом обследовании нужно выполнить обширную диагностику, детально изучить подвижность и строение органов артикуляционного аппарата, обследовать на правильность и наличие отклонений при звукопроизношении, оценить фонематический уровень восприятия. Артикуляционный аппарат обследуется со всех его органов: зубов, челюсти, губ, неба, языка. Далее проверяется подвижность этих органов. Ребенку дают задания для звукоподражания, при этом логопед отмечает свободу и быстроту движений органов артикул аппарата, их плавность, а также на сколько легко осуществляется переход от одного движения к другому. Результатом обследования должен стать отчет с информацией по наличию или отсутствию дефектов произношения разных видов звуков, и развитость артикуляционного аппарата.

Изучение логопедом вопроса со стороны стоматологической медицины, помогает более продуктивно работать над решением вопроса совместно с другими специалистами. Это необходимо для качественной и эффективной коррекции произносительного аппарата, осложненного неправильно сформированным прикусом и дефектами других органов артикуляции.

ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ И ОСОБЕННОСТЕЙ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ

2.1. Организация и методика экспериментального обследования

Цель констатирующего исследования: выявить общие и специфические особенности нарушений звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией и нарушенным строением артикуляционного аппарата.

Констатирующий эксперимент проводился на базе одного из дошкольных образовательных учреждений города Красноярска. На момент проведения констатирующего эксперимента в детском саду в группах компенсирующей направленности образовательная деятельность ведётся по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для детей с тяжёлыми нарушениями речи.

Образовательный процесс реализуется в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования. Воспитанники с общим недоразвитием речи получают логопедическую помощь в течении учебного года.

В дошкольное образовательное учреждение дети зачисляются на основании рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии (далее ПМПК) и с согласия родителей или лиц их замещающих. В детском саду проводятся занятия с педагогом-психологом, учителем-логопедом, учителем-дефектологом.

Контроль усвоения программного материала осуществляется психолого-педагогический консилиум (далее ППк) 3 раза в год (сентябрь, январь, май).

В прогимназии функционируют группы для детей дошкольного возраста, в которых реализуется основная образовательная программа дошкольного образования.

Для проведения констатирующего эксперимента нами были сформированы 2 экспериментальные группы по 10 детей в каждой группе (Приложение А).

При комплектовании групп учитывались следующие критерии:

1. Возраст участников эксперимента (5-6 лет).
2. Наличие дизартрии.
3. Наличие/отсутствие нарушений строения артикуляционного аппарата (экспериментальная группа 1 норма строения, экспериментальная группа 2 нарушения строения).

Таким образом, состав экспериментальных групп констатирующего эксперимента был скомплектован следующим образом: экспериментальная группа 1 – дизартрия, норма строения артикуляционного аппарата; экспериментальная группа 2 – дизартрия, нарушения строения артикуляционного аппарата.

На основе наблюдений за детьми старшего дошкольного возраста, результатов диагностики и изучения психолого-педагогической и медицинской документации нами получены следующие данные об участниках исследования. Описание особенностей возрастных групп детей приведено далее.

В экспериментальную группу 1 (дизартрия, норма строения артикуляционного аппарата) вошли 100% (10 человек) имеющие логопедическое заключение дизартрия, из них 60% (6 человек) ОНР II уровня и 40% (4 человек) ОНР III уровня. 90% (9 детей) составили мальчики и 10% (1 человек) девочек, в возрасте от 5 до 6 лет, среди них 40% (4 человека) в возрасте 5-5,5 лет, 60% (6 человек) в возрасте 5,5-6 лет. Зрение и слух соответствует норме у 100% детей (10 человек). Частые простудные заболевания и соматическая ослабленность наблюдается у 80% (8детей).

Оценивая познавательную деятельность, были выявлены следующие особенности: у 40% детей (4 человека) прослеживалась очень низкая работоспособность на занятии, недостаточность внимания, быстрое

утомление, переключение с одной деятельности на другую вызывало трудности. У 60% детей (6 человек) уровень познавательного развития соответствовал возрасту. У 60% (6 человек) детей была выявлена недостаточная координированность, что выражалось в неточности движений, несмотря на то, что у детей не наблюдалось ярко выраженных парезов. Нарушение общей и мелкой моторики отмечается у 40% (4 человека). У 30% (3 человека) выявлена гиперактивность, двигательная расторможенность, неустойчивость эмоциональных реакций. Двигательная заторможенность, замкнутость и тревожность в эмоционально-волевой сфере отмечалась у 10% детей (1 человек). У 100% детей (10 человек) выявлены недостатки внимания, работоспособности и повышенной утомляемости.

В экспериментальную группу 2 (дизартрия, нарушения строения артикуляционного аппарата) вошли 100% (10 человек) имеющие логопедическое заключение дизартрию, из них 70% (7 человек) ОНР II уровня и 30% (3 человек) ОНР III уровня, 70% (7 человек) составили мальчики и 30% (3 детей) девочек, в возрасте от 5 до 6 лет, в том числе 50% (5 человек) – в возрасте 5-5,5 лет, 50% (5 человек) в возрасте 5,5-6 лет.

Зрение и слух соответствует норме у 90% детей (9 человек), у 10% (1 ребенок) зафиксировано шунтирование барабанной перепонки уха, но на момент проведения эксперимента слух в норме. Частые простудные заболевания и соматическая ослабленность наблюдается у 70% (7 детей).

Оценивая познавательную деятельность, были выявлены следующие особенности: у 40% детей (4 человека) прослеживалась очень низкая работоспособность на занятии, недостаточность внимания, быстрое утомление, переключение с одной деятельности на другую вызывало трудности. У 50% детей (5 человек) уровень познавательного развития соответствовал возрасту. Неоднократное повторение инструкций, что говорит о снижении слухоречевой памяти, отмечается у 30% (3 человека).

У 50% (5 человек) детей была выявлена недостаточная

координированность, что выражалось в неточности движений, несмотря на то, что у детей не наблюдалось ярко выраженных парезов. Нарушение общей и мелкой моторики отмечается у 40% (4 человека). У 20 % (2 человека) выявлена гиперактивность, двигательная расторможенность, неустойчивость эмоциональных реакций. Двигательная заторможенность, замкнутость и тревожность в эмоционально-волевой сфере отмечалась у 20% детей (2 человек).

У 80% детей (8 человек) выявлены недостатки внимания, работоспособности и повышенной утомляемости.

При проведении констатирующего этапа исследования нами использовались общепринятые в логопедии методы и приемы обследования звукопроизношения, опубликованные в работах Н.С. Жуковой, Е.М. Мастюковой, Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Т.А. Ткаченко, Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной с использованием картинного материала предложенного О.Б. Иншаковой. Для анализа и обработки результатов констатирующего эксперимента использовалась бальная оценка предложенная, Т.В. Ахутиной и Т.А. Фотековой [50].

При обследовании особенностей строения и подвижности артикуляционного аппарата для проведения данного этапа исследования были использованы методы и приемы обследования артикуляционной моторики, представленные в работах Н.М. Трубниковой. Каждая серия включает из нескольких проб, которые оцениваются по единой 4-х бальной шкале, предложенной Л.В. Лопатиной [20].

Авторский вклад заключался в разработке общей схемы обследования детей старшего дошкольного возраста, в подборе заданий по каждому блоку, в адаптации бальной системы, в соответствии с задачами исследования и особенностями участниками эксперимента.

Содержание констатирующего эксперимента подробно отражено в рисунке 1.

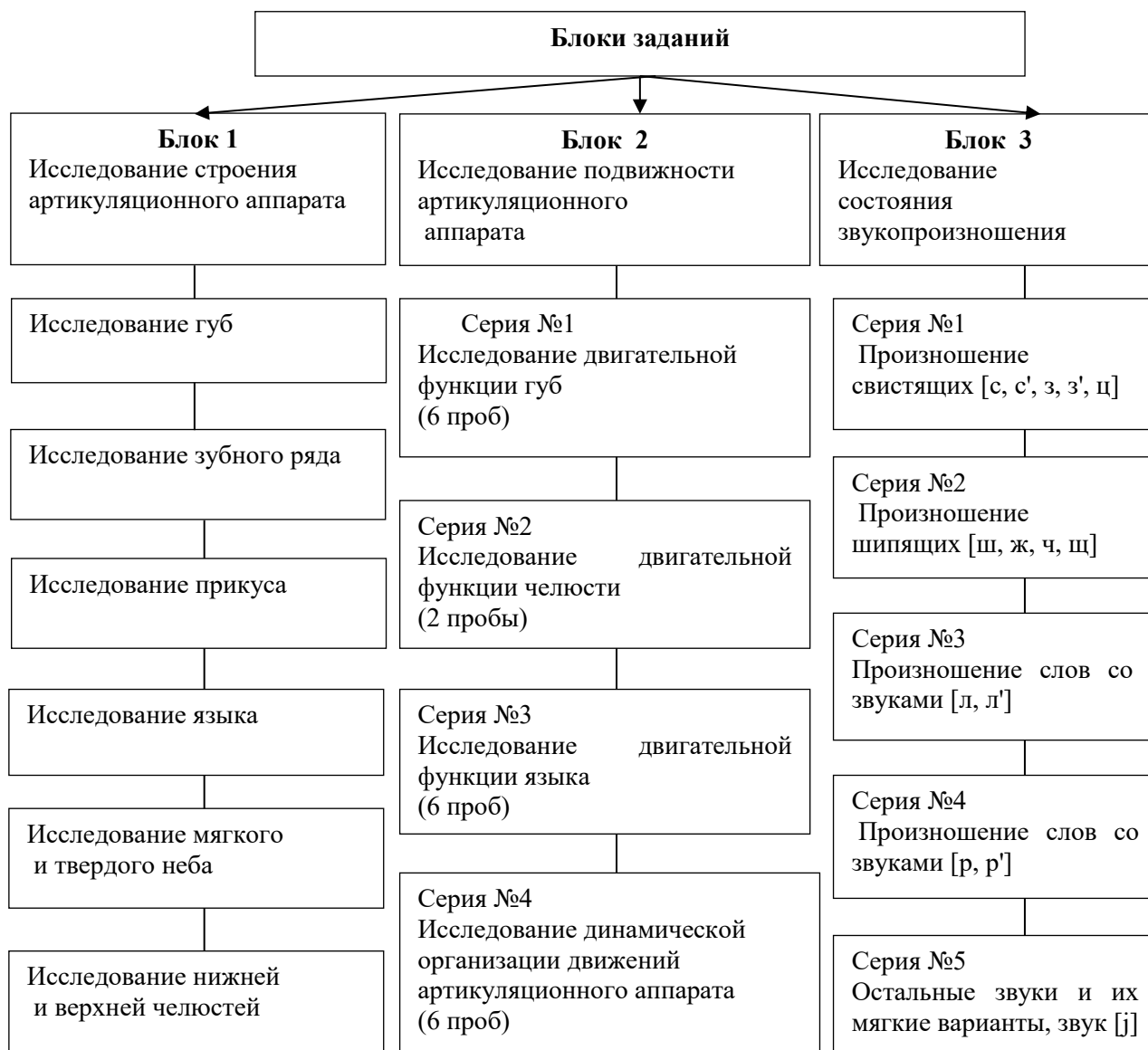


Рисунок 1. Схема констатирующего эксперимента.

Констатирующий эксперимент включал в себя 3 блока.

1. I блок направлен на исследование строения артикуляционного аппарата. Цель исследования: выявить особенности строения артикуляционного аппарата.

Ход обследования: проводится осмотр органов артикуляционного аппарата, в ходе которого необходимо охарактеризовать особенности строения и дефекты анатомического характера следующих органов: исследование губ, исследование зубов, исследование прикуса, исследование

языка, исследование твердого и мягкого неба, исследование нижней и верхней челюстей. По данному блоку проводился качественный анализ нарушений строений артикуляционного аппарата по выше перечисленным параметрам.

2. II блок направлен на исследование подвижности артикуляционного аппарата. Цель исследования: выявить особенность и уровни сформированности двигательных функций органов артикуляционного аппарата, динамической организации движений.

Исследование подвижности артикуляционного аппарата включало 4 серии заданий: Серия № 1. Исследование двигательной функции губ. Серия № 2. Исследование двигательной функции челюсти. Серия № 3. Исследование двигательной функции языка. Серия № 4. Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата.

Каждая серия состоит из нескольких проб. Каждое задание всех 4 серий оценивается по 4-х бальной системе: 3 балла точное и правильное выполнение, 2 балла замедленное и напряженное выполнение или выполнение по показу, 1 балл длительный поиск позы, или неполный объем движения, или отклонения в конфигурации, 0 баллов невыполнение или наличие ошибок (синкинезий, гиперкинезов, тремора).

Максимальное количество баллов по сериям: серия № 1:18 баллов, серия № 2:6 баллов, серия № 3:18 баллов, серия № 4:18 баллов. Максимальное количество баллов за весь блок 60 баллов. Подробное описание серий блока II представлены в Приложении В.

3. III блок направлен на исследование состояния звукопроизношения. Цель исследования: определить характер нарушения произношения. Инструкция: «Я буду показывать тебе картинки, а ты называй».

Стимульный материал: с использованием картинного материала предложенного О.Б. Иншаковой [15]. Оценка: предлагается условно разделить все звуки (это наиболее часто подвергающиеся нарушениям согласные) на пять групп: свистящие [с, с', з, з', ц], шипящие [ш, ж, ч, щ]; [л, л'], [р, р'], остальные звуки, дефекты которых встречаются значительно реже

(задненебные звуки [г], [к], [х] и их мягкие варианты, звук [й], случаи дефектов озвончения, смягчения и крайне редкие нарушения произношения гласных звуков). Произношение звуков каждой группы оценивается в отдельности по следующему принципу: 3 балла нормативное произношение всех звуков группы, 2 балла один звук или несколько звуков группы доступны правильному произношению, но в спонтанной речи подвергаются искажениям или заменам (т.е. недостаточно автоматизированы), 1 балл искажается или заменяется во всех речевых ситуациях один звук группы, 0 баллов искажаются или заменяются несколько звуков групп или все.

Максимальное количество баллов по сериям: серия № 1:15 баллов, серия № 2:12 баллов, серия № 3:6 баллов, серия № 4:6 баллов, серия № 5:15 баллов. Максимальное количество баллов за весь блок 54 балла. Подробное описание серий блока II представлены в Приложении 3.

2.2 Анализ результатов констатирующего эксперимента.

По результатам констатирующего эксперимента нами был проведён количественный и качественный анализ по каждому блоку. Подробно обратимся к количественному и качественному анализу по I блоку исследования строения артикуляционного аппарата. Результаты первого блока констатирующего эксперимента представлены в таблице 2 (Приложение Г).

Далее подробно представлена диаграмма сводных результатов.

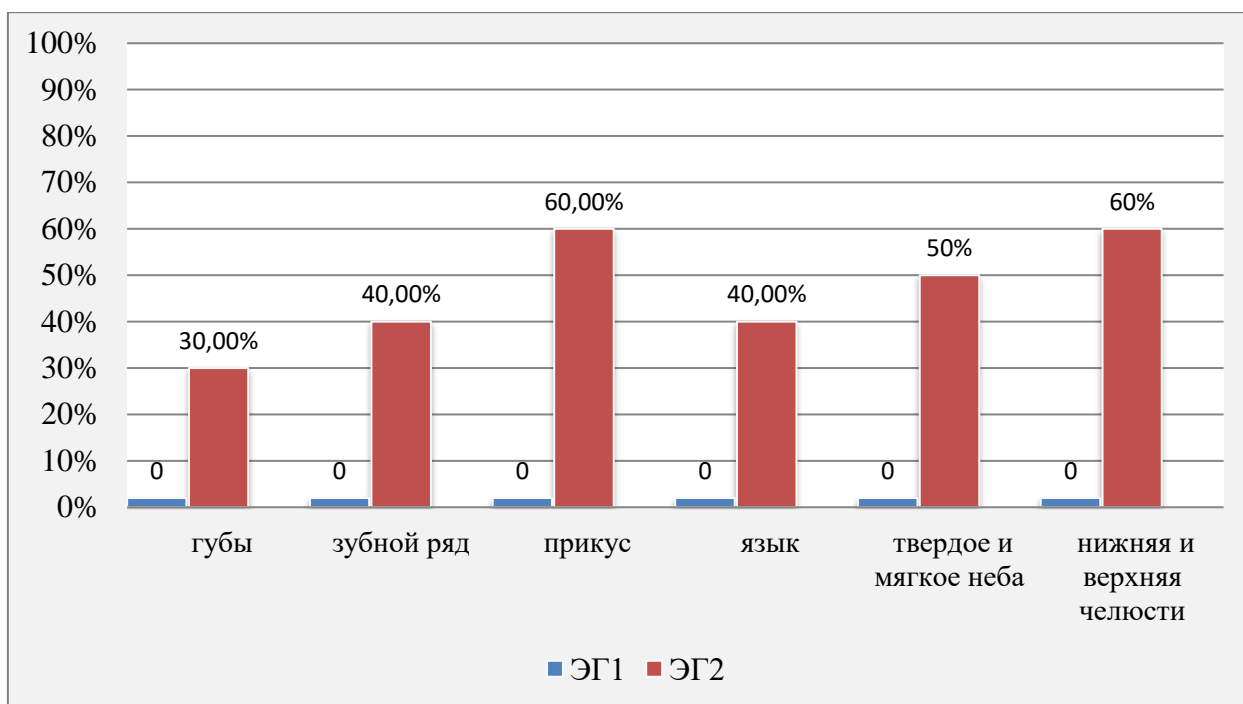


Рисунок 2. Сводные результаты участников эксперимента, имеющих нарушения в строении артикуляционного аппарата (%)

Как видно из гистограммы, в экспериментальной группе 2 (дизартрия, нарушения строения артикуляционного аппарата) наиболее распространены нарушения прикуса и челюстей, что составляет 60% (6 детей). На основе анализа были выявлены следующие качественные особенности в экспериментальной группе 2.

По критерию «Строение губ» нами выявлено, что у 30% (3 детей) детей экспериментальной группы 2 имеются узкие губы. Данный дефект в строении отражается преимущественно на произношении губных звуков.

По критерию «Строение зубов» нами выявлено, что у 30 % (3 детей) детей экспериментальной группы 2 имеются тремы/аномально большое расстояние между зубами, не принадлежащими к центральной зоне полости рта. Данная особенность предрасполагает к произношению свистящих звуков. Скученные зубы/аномальное развитие прикуса, при котором наблюдается отсутствие межзубных просветов были выявлены у 10% (1 ребенок). Данная особенность влияет на неправильное развитие челюстей. Вторичная адентия передних зубов/ранняя потеря молочных зубов были выявлены у 10% (1

ребенок), что предрасполагает к межзубному произношению свистящих звуков.

По критерию «Строение прикуса» нами выявлено, что у 10% (1 ребенок) наблюдался прямой прикус, предрасполагающий к призубному сигматизму. Данная особенность влияет на прямой прикус/верхние зубы не покрывают нижних, а стоят прямо над ними, при этом их режущие края соприкасаются наблюдалась прогнатия/выдвинутая вперед верхняя челюсть 20% (2 детей) выявлена, что предрасполагает к произношению шипящих с опущенным кончиком языка; открытый передний прикус/при смыкании верхних и нижних резцов наблюдается расстояние различной величины были выявлены у 10% (1 ребенок), что предрасполагает к межзубному произношению звуков (фронтальные зубы не смыкаются, имеют между собой щель); открытый боковой прикус/отсутствие полного смыкания боковых и нижних зубов наблюдался у 10% (1 ребенок), что предрасполагает к боковому произношению (между зубами имеется щель, через которую вытекает воздух); глубокий прикус/когда верхние резцы почти полностью перекрывают нижние наблюдался у 30% (3 детей), что обуславливает призубное произношение (нарушаются звуки при произношении которого требуется поднятие кончика языка и упор его за верхними зубами).

По критерию «Строение языка» нами выявлено, что у 40% (4 детей) анкилоглоссия/укорочение уздечки языка. Данная особенность ограничивает подвижность языка, ее передний край слишком близко прикреплен к кончику языка, при подъеме кончик раздваивается, предрасполагает к появлению ротацизма, параротацизма, ламбдацизма, параламбдацизма и к нарушениям произношения звуков верхнего подъема.

По критерию «Строение твердого и мягкого неба» нами выявлено, что у 50% (5 детей) готическое/аномалия развития верхней челюсти сужение верхней челюсти. Данная особенность характеризуется высоким аркообразным сводом твердого неба зачастую предрасполагает к искажению заднеязычных звуков, шипящих, сонорных звуков.

По критерию «Строение верхней и нижней челюстей» нами выявлено, что у 40 % (4 детей) микрогнатия/малые размеры верхней челюсти. Данная особенность приводит к скученности зубов, неправильному прикусу в следствии дефектному произношению оппозиционных звуков. У 10% (1 ребенок) наблюдается макрогнатия/большие размеры верхней челюсти, что приводит к глубокому прикусу, что предрасполагает к призубному сигматизму (нарушаются звуки при произношении которого требуется поднятие кончика языка и упор его за верхними зубами) выявлена микрогения/малые размеры нижней челюсти была выявлена у 50% (5 детей), что приводит к неправильному прикусу; макрогения/большие размеры нижней челюсти наблюдалась у 10% (1 ребенок)

Обобщив и сравнивая результаты анализа первого блока, можно отметить, что наиболее часто встречаются такие нарушения, как строения прикуса и челюстей, остальные варианты нарушений, такие как нарушения строения губ, зубов и языка встречаются реже.

Анализ результатов первой блока констатирующего эксперимента позволяет нам сделать вывод, что дефект строения артикуляционного аппарата при дизартрии является отягчающим фактором. Дефекты артикуляционного аппарата, в частности аномалии прикуса и челюстей, проявляющиеся в период сменного прикуса и совпадающие с этапами интенсивного формирования речи ребенка (2,5-7 лет), становятся фактором, предрасполагающим к нарушению развития звукопроизводительных навыков.

Полученное количество баллов по каждой серии второго и третьего блока мы представили в процентном отношении и условно выделили 4 уровня успешности:

1. 80%-100% успешности уровень высокий (В).
2. 61%-79% успешности уровень средний (С).
3. 45%-60% успешности уровень ниже среднего (НС).
4. 0%-44% успешности уровень низкий (Н).

Обратимся к количественному и качественному анализу по II блоку: исследование подвижности артикуляционного аппарата.

Результаты серии № 1 второго блока констатирующего эксперимента (Исследование двигательной функции губ) представлены в таблице 2 (Приложение Д) и отражены в гистограмме (Рис. 3)

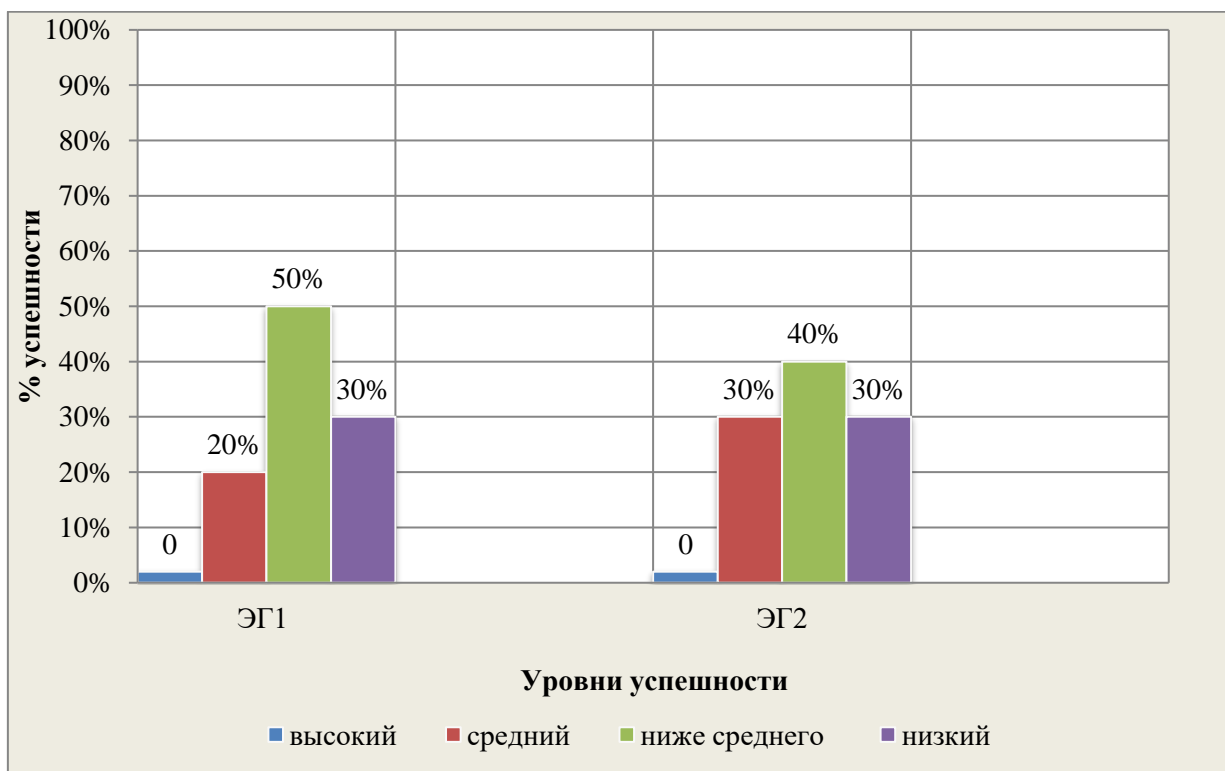


Рисунок 3. Распределение участников эксперимента на группы по уровню сформированности двигательной функции губ (%)

Анализируя полученные результаты между участниками экспериментальных групп не выявлено значительных отличий в подвижности губ, в обеих группах преобладает уровень ниже среднего, и чуть меньше составляет средний и низкий уровни.

В экспериментальной группе 1 (дизартрия, норма строения) 20% (2 детей) продемонстрировали средний уровень и 50% (5 детей) показали уровень ниже среднего, в то время как в экспериментальной группе 2 (дизартрия, нарушения строения) средний уровень продемонстрировало 30% (3 детей) и 40% (4 детей) показали уровень ниже среднего, и

одинаковый процент в каждой из групп по 30% (3 детей) продемонстрировали низкий уровень.

На основе анализа полученных результатов нами были выявлены следующие качественные особенности.

По критерию «Двигательной функции губ» нами выявлено, что в экспериментальной группе 1 (норма строения) чрезмерное напряжение губ при выполнении движений было отмечено у 60% (6 детей), при этом присутствовала истощаемость движений. У участников эксперимента экспериментальной группы 2 (нарушения строения) наиболее часто встречающимися оказались тонусные нарушения круговых мышц губ и смыкание губ.

Также наибольшие затруднения во всех группах вызвала проба, когда требовалось поднять верхнюю губу и показать верхние губы, при выполнении этого упражнения присутствовали синкинезии, дети высовывали язык, но при этом характер затруднений разный.

Большие затруднения участники эксперимента испытывали в принятии и удержании позы «Хоботок» (вытянуть губы, сомкнуть и подержать) во всех экспериментальных группах.

Таким образом, можно сделать вывод, что ведущим фактором, влияющим на подвижность губ, является нарушение иннервации артикуляционного аппарата, что наблюдается при дизартрии. А дефекты строения артикуляционного аппарата такого значения не имеют. При этом ведущим фактором в двигательной функции губ в экспериментальной группе 2 (нарушения строения) фактор, который это осложняет это рассогласованная работа мышц артикуляционного аппарата, но результаты требуют уточнения и дополнения данных.

При этом можно сказать, что мышечные структуры лицевой области находятся во взаимодействии и взаимовлиянии. Динамическое равновесие сил жевательного аппарата в значительной степени обусловлено согласованной работой мимических мышц и мышц языка. Язык и связанные с ним мышцы

являются силой противодействия щечным мышцам и круговой мышце рта.

Результаты серии №2 второго блока констатирующего эксперимента (Исследование двигательной функции челюсти) представлены в таблице 3 (Приложение Е) и отражены в гистограмме (Рис. 4)

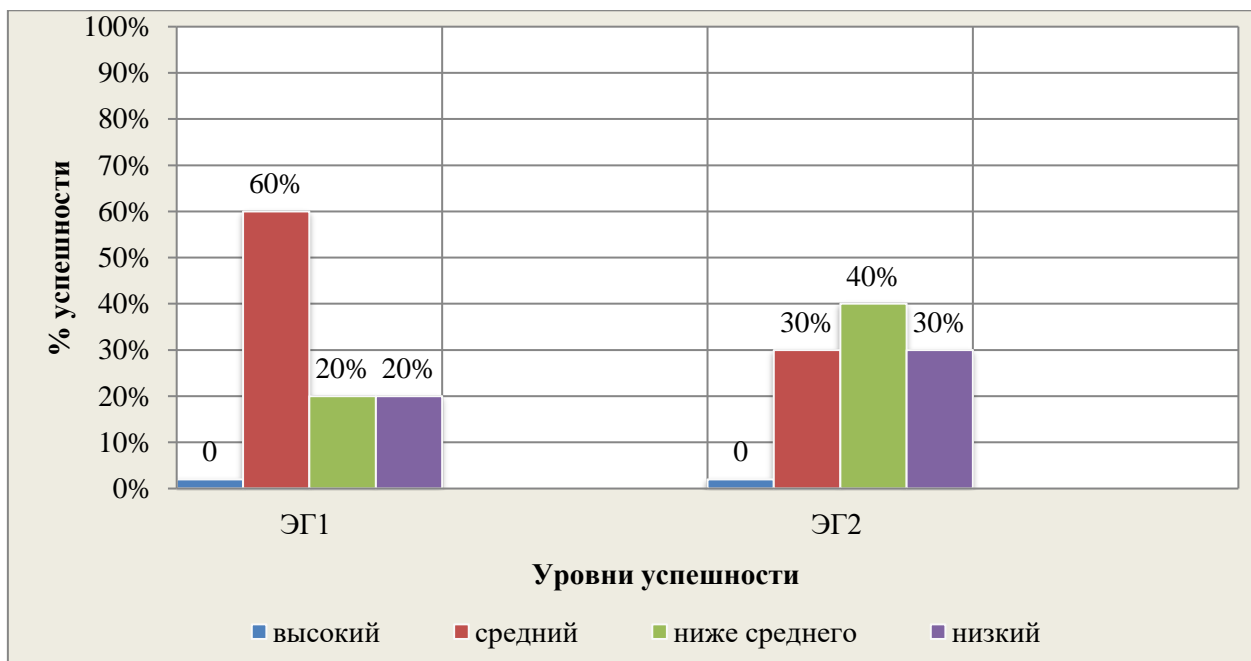


Рисунок 4. Распределение участников эксперимента на группы по уровню сформированности двигательной функции челюсти (%)

Анализируя полученные результаты между участниками экспериментальных групп нами выявлены значительные отличия в подвижности челюсти.

В экспериментальной группе 1 преобладает средний уровень, что составляет 60% (6 детей), в то время как в экспериментальной группе 2 преобладает уровень ниже среднего, что составляет 40% (4 детей) и на 10% (1 ребенок) меньше составляет уровень средний и ниже среднего.

На основе анализа были выявлены следующие качественные особенности:

По критерию «Двигательной функции челюсти» нами выявлено, что у участников экспериментальной группы 1 (норма строения) наиболее явными

при выполнении проб были отмечены синкинезии (содружественные движения губ), что наблюдалось у 50% (5 детей), во втором задании были отмечены пропуски движения (выдвижение нижней челюсти вперёд) у 30% (3 детей).

У участников экспериментальной группы 2 (нарушения строения) 70% (7 детей) выполнялись движения с видимым напряжением мышц лицевой мускулатуры, в замедленном темпе.

Таким образом можно делать вывод, что нарушение функций мышц является сильным этиопатогенетическим фактором (наличие вредных привычек у ребенка) обуславливает возникновения аномалий развития челюстей, приводящих к аномалиям прикуса.

Сравнивая серию №1 и серию № 2 второго блока в экспериментальной группе 2 (нарушения строения) можно сделать вывод, что слабый тонус круговой мышцы рта затрудняет смыкание губ, мешая нормальному развитию нижней челюсти. Неправильное положение нижней челюсти также обусловлено нарушением функции языка и такими вредными привычками, как выдвижение нижней челюсти или ее смещение в сторону.

Таким образом, можно сделать вывод, что дефекты строения артикуляционного аппарата такого значения не имеют, при этом наиболее значительные нарушения в подвижности челюсти показывали участники, у которых нарушено и строение.

Результаты серии № 3 второго блока констатирующего эксперимента (Исследование двигательной функции языка) представлены в таблице 4 (Приложение Ж) и отражены в гистограмме (Рис. 5)

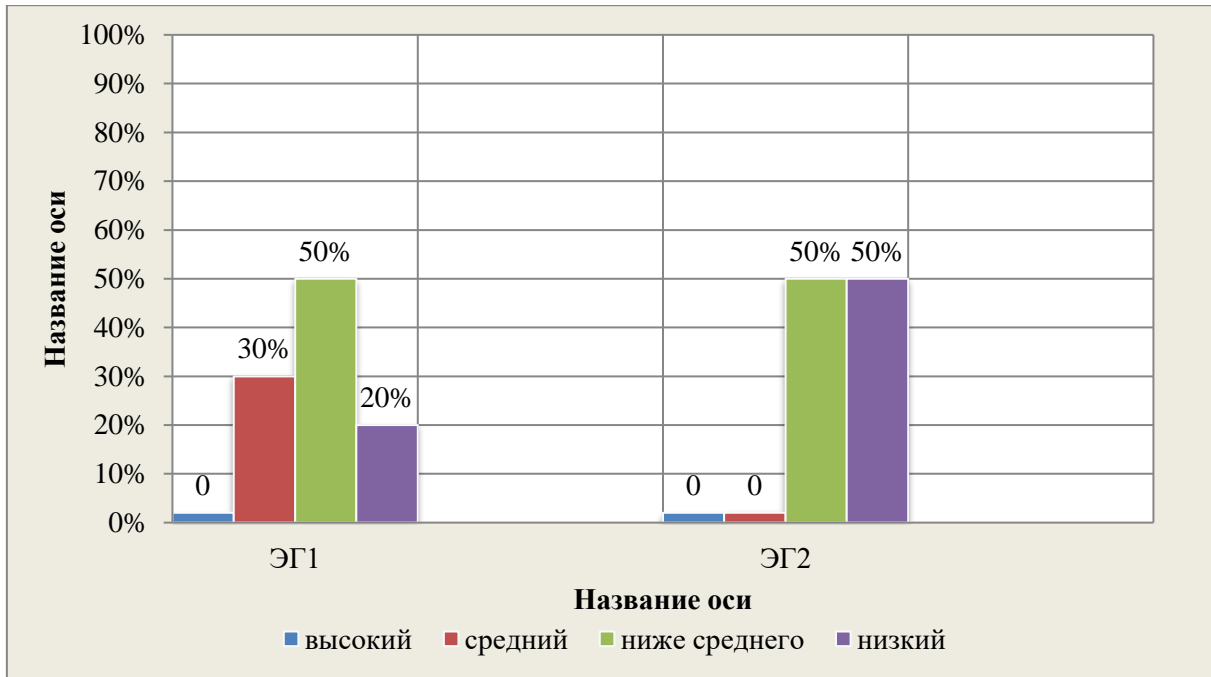


Рисунок 5. Распределение участников эксперимента на группы по уровню сформированности двигательной функции языка (%)

Анализируя полученные результаты между участниками экспериментальных групп нами выявлены значительные отличия в подвижности языка. В экспериментальной группе 1 - 30% (3 детей) продемонстрировали средний уровень, 50% (5 детей) показали уровень ниже среднего, остальная часть, что составила 20% (2 детей) низкий уровень, а в экспериментальной группе 2 (нарушение строения) преобладает уровни ниже среднего и низкий подвижности языка.

На основе анализа были выявлены следующие качественные особенности:

По критерию «Двигательной функции языка» нами выявлено, что в экспериментальной группе 1 (дизартрия, норма строения) у 70% (7 детей) наблюдались тремор при выполнении позы «Лопаточка» (широкий язык в расслабленном состоянии лежит на нижней губе), а у 50% (5 детей) при выполнении позы отмечается небольшое отклонение языка влево от средней линии девиации, а также переключения одного упражнения на другое. При выполнении упражнения «Чашечка» сложности испытывали 80% (8 детей),

из них у 30% (3 детей) не поднимается кончик, либо не загибаются кверху боковые края языка.

В экспериментальной группе 2 (дизартрия, нарушения строения) у 30% (3 детей) при выполнении упражнения «Часики» (перевод кончика языка поочередно из правого угла в левый), у 20% обследуемых (2 человека) отмечен недостаточный диапазон движения языка, неточность движений, наблюдалось долгое подобие артикуляционной позы при выполнении движения языком при выполнении пробы № 4, движения языком вперед-назад с присутствием тремора языка при выведении языка вперед.

Сопоставив, наибольшее затруднения в двух группах вызывали движения языка, при выполнении пробы № 2 (положить широкий язык на верхнюю губу и удержать) в экспериментальной группе 1 (норма строения) у 40% детей (4 человека) были трудности удержания позы, и столько же в экспериментальной группе 2 (нарушения строения) но при этом характер затруднений разный. Отмечен небольшой тремор и беспокойство языка у 50% (5 человек) экспериментальной группы 2, при этом отмечен недостаточный диапазон движения языка, неточность движений, а при выполнении позы «лопаточка вниз и наверх» (проба 1 и 2) язык узкий, напряжён, что свидетельствует о повышенном тоне языка при удержании позы.

Таким образом, при выполнении артикуляционных движений языка, а точнее при более тонких дифференцированных движений языка ощущается напряжение мускулатуры, что ведет к неправильной постановке языка и невозможности долго удержать позу, приводящих к нарушениям звукопроизношения звуков верхнего подъёма языка. Но при этом в экспериментальной группе 2 (нарушения строения) нарушается постоянно правильность постановки языка в точку покоя и невозможность принятия правильного уклада языка в небо, с отвисанием задней спинки языка и невозможности долго удержать позу, это происходит в следствии укороченной уздечки языка и уже сформировавшейся привычки языка в нижнем положении. Можно сделать вывод, что одним из важных факторов,

определяющих развитие зубочелюстной системы, является действие мышц челюстно-лицевой области, в частности язык является самым сильным мышечным органом, который существенно влияет на формирование зубочелюстной системы.

Результаты серии № 4 второго блока констатирующего эксперимента (Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата) представлены в таблице 5 (Приложение 3) и отражены в гистограмме (Рис.6)

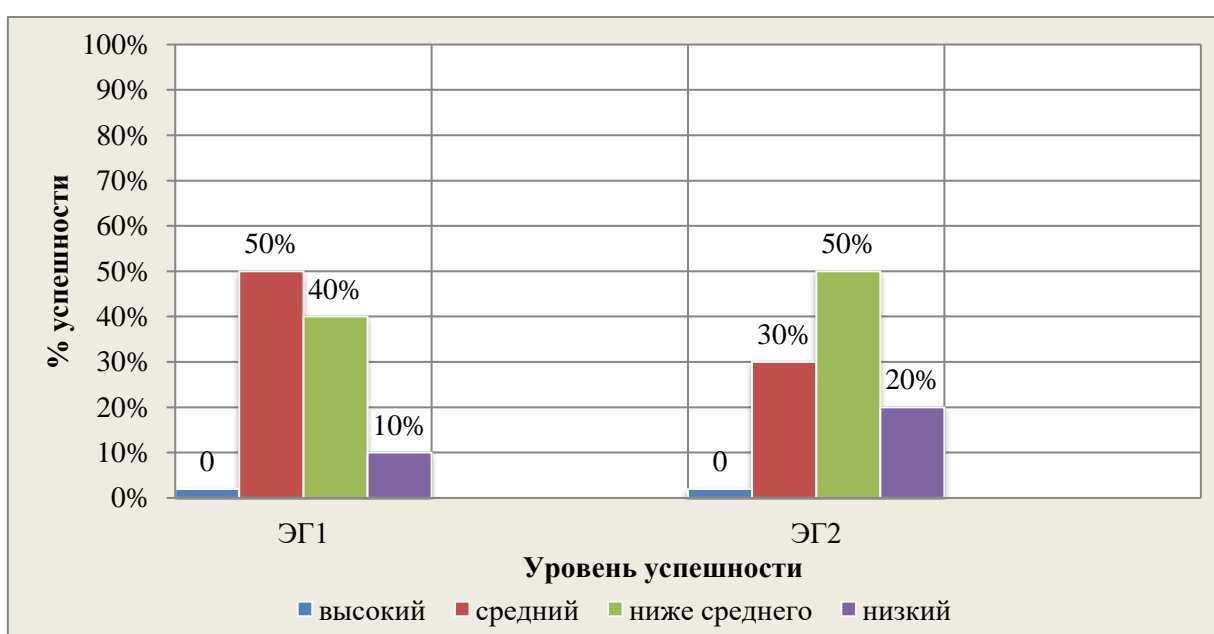


Рисунок 6. Распределение участников эксперимента на группы по уровню сформированности динамической организации движений артикуляционного аппарата (%)

Как видно из рисунка 6, между участниками экспериментальной группы с дизартрией не выявлено значительных отличий в динамической организации движений артикуляционного аппарата.

В экспериментальной группе 1 (норма строения) преобладает средний уровень, что составляет 50% (5 детей) и экспериментальной группе №2 (дизартрия, нарушения строения) преобладает уровень ниже среднего.

По критерию «Динамической организации движений артикуляционного

аппарата» нами выявлено, что в экспериментальной группе 1 (норма строения) при выполнении проб на динамическую организацию движений органов артикуляции у 70 % (7 детей) наблюдались нарушения кинестетической организации движений: трудности принятия и удержания артикуляционных поз, при выполнении статических упражнений наблюдался тремор и девиации. У большинства обследуемых детей наблюдались нарушения кинетической организации движений: упражнения выполнялись в замедленном темпе, с напряжением, с ухудшением качества движений.

В экспериментальной группе 2 (нарушения строения) при этом движения выполнялись не правильно, у 30% (3 детей) из-за невозможности поднятия боковых краев языка, показывали упражнение: «язык прилипала», что полностью не соответствовало показу требуемой позы, в связи с чем динамика упражнения отсутствовала. Также напряжение и ухудшения качества движения наблюдались при выполнении пробы 4 (широко открой рот, как при звуке «А», широко улыбнись, вытяни губы в трубочку) и пробы 5 (широко открой рот, приоткрой, закрой его) у 60% (6 детей) наблюдалось невозможность выполнить упражнения в полном объеме и с «застреванием» на одном движении. Переключение с одной позы на другую, с длительным поиском артикуляции наблюдалось у 50% (5 детей).

Общая тенденция в экспериментальных группах – выражались в напряжении при выполнении задания и замедленности темпа движения. В большинстве проведенных проб наблюдалась инертность движений, замены движений, небольшой диапазон движений.

Во всех экспериментальных группах в артикуляционной моторике отмечался тремор при удержании статических поз, например, поза «Лопаточка». При выполнении упражнения «Чашечка» наблюдались недостаточный загиб кончика языка и боковых краёв, истощаемость движения при удержании позы. Движение нижней челюсти, языка влево-вправо, вверх-вниз сопровождалось синкинезией глаз.

Результаты исследования подвижности артикуляционного аппарата

показали, что в экспериментальной группе 1 (норма строения) у 100% (10 детей) выявлены разнообразные нарушения артикуляторного праксиса. У 60% (6 детей) наблюдались нарушения кинестетической организации движений: трудности принятия и удержания артикуляционных поз, при выполнении статических упражнений наблюдался тремор и девиации.

У 70% (7 детей) наблюдались нарушения кинетической организации движений: упражнения выполнялись в замедленном темпе, с напряжением, с ухудшением качества движений.

Результаты исследования подвижности артикуляционного аппарата в экспериментальной группе 2 (нарушения строения) показали, что у 70% (7 детей) при выполнении артикуляционных движений языка, движению челюстей, а точнее при более тонких дифференцированных движений языка и ощущается напряжение мускулатуры, что ведет к неправильной постановке языка и невозможности долго удержать позу, приводящих к нарушениям звукопроизношения звуков верхнего подъёма языка.

Нами соотнесены результаты между нарушениями строения и подвижности артикуляционного аппарата в экспериментальной группе 2 (нарушения строения).

Мы можем отметить, что в экспериментальной группе 2 (дизартрия, нарушение строения) у 50% (5 детей) наблюдаются как нарушения строения, так и нарушения подвижности этих же органов. Из них у 20% (2 детей) с нарушениями строения губ и нарушениями подвижности губ; 40 % (4 детей) с нарушениями строения языка и нарушениями подвижности языка; 50% (5 детей) с нарушениями строения челюсти и нарушениями подвижности челюсти. У 50% (5 детей) результаты по первому и второму блоку отличаются. Несмотря на дефект строения прикуса у 40 % (4 детей) подвижность языка не нарушена, это говорит, что эти дети постоянно дышат носом, значит кончик языка располагается за верхними резцами, не касаясь их и принимает правильное положение.

Из этого можно сделать вывод, что на формирование формы и размера

челюстей оказывают и другие факторы, такие как тонус губ и щек, наличие вредных привычек. Первоочередно дефект строения предрасполагает к сформированности артикуляторных схем, но в тоже время можем сказать об обратной взаимозависимости, когда неправильное расположение языка обуславливает появление нарушения прикуса. Язык у таких детей находится в среднем (межзубном) или низком положении – между небом и нижней челюстью. При глотании он упирается не в свод, а в зубы. Язык мощнейший орган и при его давлении зубы отклоняются от нормального положения. Очень часто это сочетается со слабостью круговой мышцы рта, которая в норме должна обеспечить баланс давления на зубы снаружи.

Таким образом, можно сказать, что мышечные дистонии, приводящие к недостаточности функции мышц, нередко являются причиной, обуславливающей патологии челюстно-лицевой области. Факт наличия патологии важнее, чем характер и степень сложности аномалий органов артикуляции.

После проведения количественного и качественного анализа второго блока в экспериментальной группе 1 (норма строения) можно выделить нарушения подвижности артикуляционного аппарата такие как:

- наличие ошибок (тремора, синкинезий);
- длительный поиск артикуляционной позы;
- неполный объем движения;
- трудности в чередовании движений при поднятии кончика языка вверх и удержание его под счет до 5, затем опустить к нижним зубам;
- напряженное выполнение упражнений;

Таким образом, после проведения количественного и качественного анализа второго блока в экспериментальной группе 2 (нарушения строения) можно выделить нарушения подвижности артикуляционного аппарата такие как:

- привычные патологические позы артикуляционных органов (прокладывание языка между зубами в состоянии покоя);

- нарушение тонуса губной мускулатуры (недостаточное давление на зубы со стороны губ, необходимых для нормального формирования зубных рядов);
- движения языка имеют недостаточный диапазон по направлению вверх, вправо и влево;
- напряженное выполнение упражнений и частое «застревание» на одном движении»;
- недостаточность прилегания боковых краев языка к жевательным зубам, не по средней линии языка проходит воздушная струя, а через боковую щель.

Обратимся к количественному и качественному анализу по III блоку: исследование состояния звукопроизношения. Результаты третьего блока констатирующего эксперимента представлены в таблице 5 (Приложение И) и отражены в гистограмме (Рисунок 7)

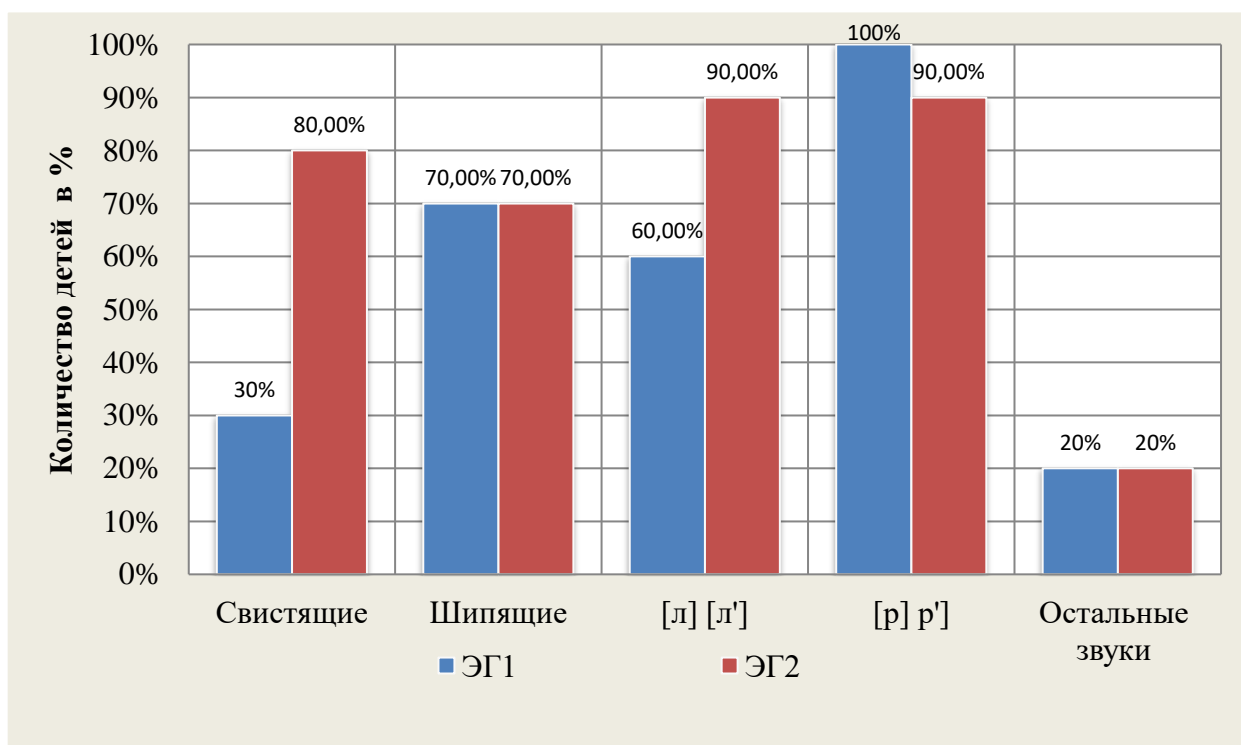


Рисунок 7. Процент участников эксперимента, имеющих различные нарушения в звукопроизношении (%)

Результаты представлены в таблице 5 (Приложение 9) и отражены в гистограмме (Рис.8).

Как видно из гистограммы, чаще всего выявлены следующие нарушения:

1. Нарушения свистящих звуков (наблюдаются у 80% (8 детей) среди участников экспериментальной группы 2 (нарушения строения) и 30 % (3 детей) среди участников экспериментальной группы 1 (норма строения).

2. Нарушения произношения шипящих звуков (были выявлены у 70% (7 детей) в каждой из экспериментальных групп.

3. Нарушения произношения звуков [л], [л'] в экспериментальной группе 1 с нормой строения – 60 % (6 детей), а в экспериментальной группе 2 с нарушениями строения – 90% (9 детей).

4. Нарушения произношения звуков [р], [р'] в экспериментальной группе 1 с нормой строения – 100 % (10 детей), а в экспериментальной группе 2 с нарушениями строения – 90% (9 детей).

5. Нарушения с остальными звуками (были выявлены у всех экспериментальных групп, что составляет по 20% (2 человека), такие как звуки [д], [д']; [т], [т']; [г], [г']; [к], [к']; [х], [х'].

Тем самым обобщив, можно выделить следующее, что у всех участников эксперимента проявляются нарушения подвижности артикуляционного аппарата, которые характерны для дизартрии, вследствие чего у всех участников эксперимента наблюдаются нарушения звукопроизношения.

Нами суммированы результаты по всем сериям III блока констатирующего эксперимента. По результатам обследования звукопроизношения мы выделили уровни успешности выполнения заданий, которые наглядно представлены на гистограмме 8 и в таблице (Приложение К).

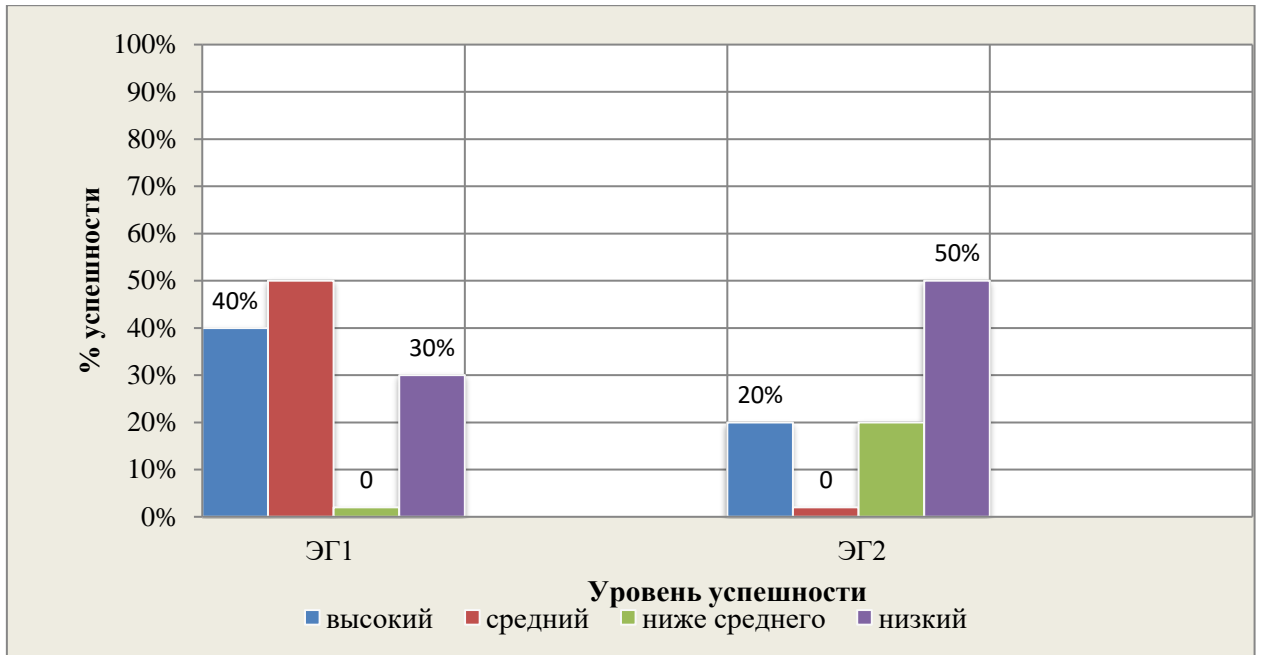


Рисунок 8. Распределение испытуемых на группы по уровням сформированности звукопроизношения (%)

На гистограмме видно, что низкий уровень звукопроизношения продемонстрировали 50% испытуемых, средний уровень - 50%, высокий уровень у испытуемых не отмечался.

При этом нами были выявлены следующие особенности состояния произношения. Обобщив результаты двух групп, можно сделать вывод о том, что нарушения групп звуков [л], [л'], [р], [р'], свистящих и шипящих звуков наблюдаются в разной степени выраженности.

На основе анализа были выявлены следующие качественные особенности.

По критерию «Произношение свистящих» нами выявлено, что в экспериментальной группе 1 (норма строения) свистящие звуки нарушены в 50% случаях. Из них, межзубный сигматизм наблюдается у 10%, щечный сигматизм у 10%, в данных нарушениях наблюдаются искажение звуков, призубный сигматизм у 10% наблюдается замена звуков [з], [з'] на [с], [с'] (зонг-сонг, коза-коса, газета-гасета), все дети находятся на этапе постановки звуков, и у 20% наблюдаются изолированное произношение, находятся на этапе автоматизации всех свистящих звуков; экспериментальная группа 2

(нарушения строения) свистящие звуки нарушены у 100% случаях. Из них, межзубный сигматизм у 50%, щечный сигматизм у 10%, боковой сигматизм у 20%, в данных нарушениях наблюдаются искажение звуков, все дети находятся на этапе постановки звуков и у 20% наблюдаются изолированное произношение, находятся на этапе автоматизации звуков [с'], [з'].

По критерию «Произношение шипящих» нами выявлено, что в экспериментальной группе 1 (норма строения) шипящие звуки нарушены в 100% случаях.

Из них межзубный сигматизм у 10%, щечный сигматизм у 40%, в данных нарушениях наблюдаются искажение звуков, парасигматизм у 10% наблюдается замена звуков [ш], [с], все дети находятся на этапе постановки звуков, 40% наблюдаются изолированное произношение, находятся на этапе автоматизации звуков, из 30% на автоматизации звуков [ш], [щ], [ж], 20% на автоматизации звуков [ц], и 10% на автоматизации звука [щ] и [ц]; экспериментальная группа 2 (нарушения строения) шипящие звуки нарушены в 70%.

Из них межзубный сигматизм у 10%, щечный сигматизм у 10%, боковой сигматизм у 20%, в данных нарушениях наблюдаются искажение звуков, все дети находятся на этапе постановки звуков, 30% находятся на этапе автоматизации звуков, из них 20% на автоматизации звуков [ш], [щ], [ж], 10% на автоматизации звука [ц].

По критерию «Произношение слов со звуками [л, л'] нами выявлено, что в экспериментальной группе 1 (норма строения) звуки нарушены в 60% случаях. Из них ламбдацизм у 40% в данных нарушениях наблюдаются искажение звуков у 30%, у 10% отсутствием звука, параламбдацизм у 10% звука [л'] все дети находятся на этапе постановки звуков, 20% наблюдаются изолированное произношение, находятся на этапе автоматизации звуков; экспериментальная группа 2 (нарушения строения) звуки [л, л'] нарушены в 90% случаях. Из них ламбдацизм у 80% в данных нарушениях наблюдаются искажение звуков у 30%, у 10% смешением звука, параламбдацизм у 40% звука

[л], в данных нарушениях наблюдаются замена [л] на [j] стол-стой, все дети находятся на этапе постановки звуков, 10% наблюдаются изолированное произношение, находятся на этапе автоматизации звуков;

По критерию «Произношение слов со звуками [р, р'] нами выявлено, что в экспериментальная группа 1 (норма строения) звуки нарушены в 100% случаях. Из них ротацизм горловой у 10%, ротацизм у 20%, в данных нарушениях наблюдаются искажение звуков у 30%, у 10% отсутствием звука, параротацизм у 30% звуков, в данных нарушениях наблюдаются замена [р] на [л], все дети находятся на этапе постановки звуков, 20% наблюдаются изолированное произношение, находятся на этапе автоматизации звуков; экспериментальная группа 2 (нарушения строения) звуки [р, р'] нарушены в 90% случаях. Из них горловой ротацизм у 40% в данных нарушениях наблюдаются искажение звуков у 30%, 10% пропуск звука, параротацизм у 30% звука [л'], в данных нарушениях наблюдаются замена [р] на [j], [р] на [w], [р'] на [j], [р'] на [р], [л], все дети находятся на этапе постановки звуков, 10% наблюдаются изолированное произношение, находятся на этапе автоматизации звуков;

По критерию «Произношение остальных звуков и их мягких вариантов, звук [j]» нами выявлено, что в экспериментальной группе 1 (норма строения) заднеязычные звуки нарушены в 20% случаях. Из них наблюдается каппацизм, гаммацизм и хитизм: отсутствуют звуки [г], [г'], [к], [к'], [х], [х']. Эта статистика и в экспериментальной группе 2 (нарушения строения).

В экспериментальной группе 1 (норма строения) у детей выявлены следующие нарушения звукопроизношения: свистящие звуки (замены 10%, искажения 30%), шипящие звуки (замены 10%, искажения 50%), звуки [л, л'] (пропуск 10%, замены 10%, искажения 30%), звуки [р, р'] (замены 30%, искажения 30%), остальные звуки (пропуск 20%).

В экспериментальной группе 2 (норма строения) у детей выявлены следующие нарушения звукопроизношения: свистящие звуки (искажения 30%), шипящие звуки (искажения 40%), звуки [л, л'] (смещения 10%, замены

40%, искажения 30%), звуки [р, р'] (пропуск 10%, искажения 30%, замены 30%), остальные звуки (пропуск 20%).

Нами проанализированы формы нарушений звукопроизношения данных групп звуков. Выявлено, что во всех группах детей старшего дошкольного возраста встречаются все варианты нарушений звукопроизношения, как замены, искажения, смешения, пропуски.

Но в экспериментальной группе 1 (норма строения) наиболее характерными являются нарушения произношения, проявляющиеся одновременно в искажении и замен, доминируют искажения и реже замены, смешения и пропуски в отличие от экспериментальной группы 2 (нарушения строения). Случаи только замен и отсутствия звуков не наблюдались.

В результате обследования звукопроизношения мы сделали вывод, что твердые звуки нарушаются чаще, чем мягкие. Проводимое обследование детей старшего дошкольного возраста с дизартрией предоставило нам возможность выявить и оценить особенности звукопроизношения. Более подробная характеристика по группам звуков представлена в (Приложении 11).

В процессе исследования нами выявлены различные нарушения подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения.

С целью уточнения механизма нарушения звукопроизношения нами сопоставлены уровни сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией, данные представлены в таблице 1 и 2.

Таблица 1 – Сопоставление уровней сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения в экспериментальной группе 1 (чел. %)

Звукопроизношение \ Подвижность артикуляционного аппарата	Высокий уровень	Средний уровень	Уровень ниже среднего	Низкий уровень
Высокий уровень				
Средний уровень		1/10		
Уровень ниже среднего			6/10	2/10
Низкий уровень			1/10	

Из таблицы видно, что полное совпадение уровней сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения продемонстрировали 70% испытуемых (7 человек).

У 30% (3 человека) выявлено несовпадение уровней на один порядок 20% (2 человека) имели уровень ниже среднего сформированности подвижности артикуляционного аппарата низкий уровень в звукопроизношении, 10% (1 человек) показали в подвижности артикуляционного аппарата низкий уровень, в звукопроизношении уровень ниже среднего.

Таким образом, мы видим, что грубых диссоциаций между уровнями сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения во время обследования не выявлено.

Это свидетельствует о тенденции к прямой зависимости у детей в экспериментальной группе 1 (норма строения) и о наличии взаимосвязи между нарушениями подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения.

Таблица 2 – Сопоставление уровней сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения в экспериментальной группе 2 (дизартрия, нарушения строения) (чел./ %).

Звукопроизношение \ Подвижность артикуляционного аппарата	Высокий уровень	Средний уровень	Уровень ниже среднего	Низкий уровень
Высокий уровень				
Средний уровень		1/10		
Уровень ниже среднего		2/10	4/10	
Низкий уровень			1/10	2/10

Таким образом, мы видим, что грубых диссоциаций между уровнями сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения во время обследования не выявлено. Это свидетельствует о тенденции к прямой зависимости у детей в экспериментальной группе 2 (дизартрия, нарушения строения) и о наличии взаимосвязи между нарушениями подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения.

Тем самым выявлена общая тенденция к прямой зависимости во всех экспериментальных группах между сформированностью подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения.

Это подтверждает имеющиеся в литературе данные к наличию прямой зависимости уровней сформированности звукопроизношения и уровней сформированности подвижности артикуляционного аппарата. Чем грубее нарушена моторика, тем сложнее недостатки звукопроизношения.

Выявлена общая закономерность во всех экспериментальных группах, отмечено, что нарушения тонких дифференцированных движений кончика языка, приводят к нарушениям звукопроизношения верхнего подъёма: [ш], [щ], [ж], [л], [л'], [р], [р'].

В экспериментальной группе 2 (нарушения строения) вызывало трудности выдвижение нижней челюсти вперед и оттягивание ее назад, расширение и сужение языка, приподнимание боковых краев языка, что свидетельствует о мышечной дистонии, приводящие к недостаточности функции мышц, что влечет за собой непостоянство вариантов звукопроизношения, таких как искажения, замены, пропуски.

Нами также соотнесены результаты между исследованием строения артикуляционного аппарата, подвижностью артикуляционного аппарата и звукопроизношением в экспериментальной группе 2 (нарушения строения). Результаты представлены в таблице (Приложение М).

На основе анализа были выявлены следующие качественные особенности в экспериментальной группе 2 (нарушения строения):

- у 20% (2 детей) выявлен боковой сигматизм свистящих, его причинами служит наличие трем между зубами и открытый боковой прикус, что приводит к отсутствию смычки боковых краев языка с верхними зубами (выдыхаемая струя проходит через боковую щельслева, а не по средней линии языка, кончик языка и передняя часть спинки образуют смычку с резцами и альвеолами);

- у 50% (5 детей) межзубный сигматизм свистящих, его причинами служит открытый передний прикус, вторичная адентия зубов, короткая уздечка языка (кончик языка занимает положение между верхними и нижними резцами);

- у 10% (1 ребенок) щечный сигматизм свистящих и шипящих, его причинами служит глубокий прикус, готическое небо, недоразвитие челюстей, что ведет к раздуванию щек (язык не принимает участия в артикуляции, выдыхаемая струя воздуха встречает препятствие не между языком и зубами, а между сближенными (иногда сжатыми между собой) зубами и прижатыми к ним с боков уголками рта);

- у 10% (1 ребенок) межзубный сигматизм шипящих, его причинами открытый передний прикус (губы округлены и слегка выдвинуты вперед, зубы

разомкнуты, кончик языка просовывается между резцами, передняя часть спинки языка просовывается между резцами, образует с ними плоскую щель, средняя часть спинки языка опущена, но не прогибается книзу, задняя часть спинки языка опущена, боковые края языка прилегают к коренным зубам, мягкое нёбо приподнято, прижато к задней стенке глотки и закрывает проход в носовую полость);

– у 20% (2 детей) боковой сигматизм шипящих, его причинами была тремы между зубами и открытый боковой прикус (один из уголков рта может быть слегка опущен, может быть легкое смещение нижней челюсти вправо или влево, кончик языка поднят вверх и упирается в корни верхних резцов, и опущен за нижние резцы, передняя часть спинки языка образует смычку с альвеолами, средняя часть спинки языка поднимается к нёбу и образует с ними смычку, левая (правая) половина выгнута, сомкнута с нёбом, правая (левая) половина опущена, задняя часть спинки языка поднята, левая (правая) поднята, правая (левая) опущена, боковые края языка опущены, мягкое нёбо приподнято, прижато к задней стенке глотки и закрывает проход в носовую полость);

– у 80% (8 детей) ламбдацизм, его причинами была укороченная уздечка языка, затрудняющая подъем языка к небу (верхнее положение кончика языка, при этом переднесредняя часть принимает ложкообразную форму, воздушная струя проходит через опущенные боковые края);

– у 80% (8 детей) ротацизм, горловое искажение [р, р ']' его причинами была укороченная уздечка языка, готическое небо, чрезмерно узкий язык (нарушено место образования звука – корневая часть языка сближается с нижним краем мягкого нёба, образуя щель, выдыхаемый воздух вызывает беспорядочную вибрацию мягкого нёба);

– у 20% (2 детей) каппацизм, гаммацизм и хитизм его причинами было готическое небо, что затрудняет образование смычки между ним и языком.

Таким образом можно выделить следующие специфические особенности:

– укороченная уздечка языка приводит к трудности верхнего подъема языка (нарушение свистящих, шипящих и соноров);

– открытый передний прикус приводит к нарушению подвижности языка вверх, к прокладыванию языка между зубными рядами, звуки произносятся межзубно, так как в образовавшуюся щель просовывается язык (нарушение свистящих и шипящих);

– открытый боковой прикус приводит к трудности движений нижней челюсти, между коренными зубами остается щель, через которую происходит утечка воздуха (нарушение свистящих и шипящих звуков);

– прямой прикус приводит к трудности удержания языка за верхними передними зубами, в точке покоя (нарушение свистящих, шипящих, соноров).

Таким образом, правильное звукопроизношение у детей с нарушениями строения артикуляционного аппарата является результатом приспособления подвижных органов артикуляции к имеющимся аномалиям зубочелюстной системы в выработке артикуляционных позиций, не всегда соответствующих общепринятым артикуляционным нормам, но дающих необходимый акустический эффект при произношении. Как мы и предполагали в нашей работе, что, когда идут иные структуры дефекта, в сочетании нескольких первичных дефектов (усиливающие друг друга), проявляется сложный дефект. При этом дети с наличием дизартрии имеющие нарушений строения артикуляционного аппарата требуют иных подходов в работе, чем просто дети с дизартрией с нормой строения артикуляционного аппарата.

Результаты констатирующего эксперимента свидетельствуют о необходимости проведения с детьми рассматриваемой категории дифференцированной логопедической работы по преодолению нарушений звукопроизношения. Логопедическое воздействие требует разработки и применения комплекса специализированных коррекционных приемов, направленных на коррекцию нарушений произношения и способствующих устранению аномалий органов артикуляции.

2.3. Содержание логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения и условия ее реализации у старших дошкольников с дизартрией с нормальным и нарушенным строением артикуляционного аппарата.

Основываясь на анализе литературы по проблеме исследования и результатов констатирующего эксперимента для каждого участника эксперимента, мы составили общее содержание логопедической работы, включающее определенные коррекционные задачи и направления работы. Этот комплекс согласовывался с планом ортодонтического лечения детей, направленного на устранение выявленных аномалий зубочелюстной системы.

Логопедическая работа по развитию звукопроизношению и артикуляционного аппарата должна проводиться с учётом ряда специальных и общедидактических принципов: принцип системности, принцип развития, онтогенетический принцип, этиопатогенетический принцип, принцип дифференцированного подхода, принцип наглядности.

Система коррекционно-педагогических мероприятий предусматривает активное участие в коррекционном процессе родителей. Уже в самом начале коррекции у родителей необходимо сформировалось правильное отношение, как образ жизни и соблюдение всех необходимых условий. Обязательными условиями это присутствие одного из родителей, контролирующего коррекционный процесс, на индивидуальных логопедических занятиях и выполнение с детьми домашних заданий. Для занятий родителей с детьми в домашних условиях учителем-логопедом предоставляется вход в приложение с миофункциональными упражнениями.

Логопедическое воздействие, направленное на преодоление нарушений звукопроизношения у детей с дизартрией и нарушением строением артикуляционного аппарата, имеет свою специфику.

При этом определены следующие условия реализации процесса коррекции:

- 1) для лучшей адаптации артикуляционного аппарата к постоянному

ношению таких приспособлений мы проводили артикуляционную гимнастику в два этапа: одна часть упражнений выполнялась без аппаратов, другая с аппаратами (для 1 и 2 группы);

2) для дифференциации различных акустических эффектов произношения звука в разных артикуляционных условиях и кинестетической организации тонких артикуляционных движений, что позволило бы детям произвольно адаптировать артикуляционный уклад корректируемого звука к изменяющимся артикуляционным условиям часть упражнений предлагается проводить при отсутствии в ротовой полости ортодонтического аппарата;

3) для нормализации мышц, коррекцию положения языка за верхними передними зубами через упражнения предлагается одевать аппарат (для 1 и 2 группы);

4) детям с межзубным и боковым произношением свистящих и шипящих звуков предлагается логопедическая коррекция только в аппарате, при соответствующих артикуляционных и речевых упражнениях;

5) детям, у которых в результате обследования выявлена микрогнатия (носят аппараты для расширения неба) ортодонтический трейнер снимают вовремя занятий;

б) детям, у которых в результате обследования выявлено недоразвитие нижней челюсти не снимают трейнер вовремя занятий;

Основное внимание уделялось развитию артикуляционной моторики и устранению недостатков звукопроизношения. Ведущим направлением логопедического воздействия стало преодоление речедвигательных расстройств: активизация работы мышц органов артикуляции и снижение неврологических проявлений в артикуляционной мускулатуре посредством массажа и специальных упражнений. Параллельно проводилась коррекция нарушений звукопроизношения.

При проведении тактильно-кинестетической стимуляции мышц артикуляционного аппарата мы учитываем характер и степень сложности аномалий зубочелюстной системы у каждого ребенка. Упражнения, игровые

задания и речевой материал подбирались с учетом нескольких уровней сложности, что способствовало оптимальному планированию индивидуальной работы с каждым ребенком в зависимости от степени выраженности его нарушений. В логопедической работе было выделено несколько направлений, каждое из которых имело свои задачи и приемы. Предполагалось дифференцированное ведение работы по данным направлениям с учетом общих и специфических особенностей звукопроизношения, характерных для каждого ребенка.

Содержание логопедической работы подробно отражено в рисунке 9.



Рисунок 9. Схема логопедической работы

Рассмотрим подробно специализированные приемы:

1. Дифференцированный логопедический массаж (способствовавший уменьшению степени проявления речедвигательных расстройств, активизации процесса коррекции аномалий зубочелюстной системы).
2. Артикуляционная гимнастика (с ортодонтическими трейнерами и без них);
3. Миотерапия (комплекс упражнений с использованием ортодонтических трейнеров и без них, направленный на развитие функциональных возможностей нервно-мышечного аппарата челюстно-лицевой области); комплекс пассивных упражнений для расслабления мышц шеи;
4. Миодыхательная гимнастика (комплекс упражнений, основывавшийся на одновременном координированном выполнении движений мышцами артикуляционных органов, шеи и верхнего плечевого пояса и ритмичном дыхании; способствовавший развитию подвижности мышц челюстно-лицевой области, физиологического дыхания, координации артикуляции и дыхания; оказывавший положительное терапевтическое воздействие при ортодонтическом лечении).

Логопедический массаж. Мы использовали различные приемы массажа в логопедической работе с детьми обеих экспериментальных групп: для уменьшения степени проявления речедвигательных расстройств, для активизации процесса устранения аномалий зубочелюстной системы, в целях закрепления достигнутых результатов ортодонтического лечения.

Массаж способствовал нормализации тонуса мышц артикуляционных органов, устранению дисплазии, вызванной легкими парезами мышц челюстно-лицевой области, расширению двигательных возможностей органов артикуляции. Дифференцированный логопедический массаж проводился с учетом характера выявленных нарушений артикуляционной моторики детей экспериментальной группы.

Артикуляционная гимнастика.

В процессе ортодонтического лечения большей части детей экспериментальной группы 2 предполагается носить трейнер. Во многих случаях ношение таких аппаратов обязательно в течение всего дня.

Для лучшей адаптации артикуляционного аппарата к постоянному ношению таких приспособлений мы проводили артикуляционную гимнастику в два этапа: одна часть упражнений выполнялась без аппаратов, другая с аппаратами.

Комплекс пассивных упражнений для расслабления мышц шеи. Основное положение: ребенок сидел на стуле. «Специалист, поддерживая голову ребенка, плавно и медленно наклонял ее вперед (пока подбородок ребенка не касался груди) и назад /3-5 раз в одну и другую сторону/. «Голова ребенка была наклонена вперед, мышцы нижней челюсти были расслаблены-поддерживаю голову ребенка, совершаются плавные массажные движения головой от одного плеча к другому.

Миодыхательная гимнастика. В коррекционно-развивающей работе с детьми экспериментальной группы мы предлагаем использовать упражнения, которые основывались на одновременном координированном выполнении движений мышцами артикуляционных органов, шеи и верхнего плечевого пояса и ритмичном дыхании. Миодыхательная гимнастика способствует развитию подвижности мышц челюстно-лицевой области, дифрагмальному дыханию, координации артикуляции и дыхания, профилактике нарушений осанки и вместе с этим оказывает положительное воздействие при лечении на трейнерах. Комплекс представлен в Приложении 16. Методические рекомендации: упражнения необходимо делать 2-3 раза в день по 5 мин. Для чувства легкой усталости в мышцах. Родители должны контролировать ребенка при проведении им упражнений. Эти комплексы можно включать в комплексы утренней гимнастики, разминки после сна, на прогулке, но не менее 2 раз в день. Упражнение «Дудочка», «Петушок», «Паровозик», «Гуси».

Более подробно комплекс упражнений представлен в приложении

Миотерапия. Опираясь на практический опыт использования миогимнастики в целях формирования и нормализации функции мышц челюстно-лицевой области в процессе коррекции деформаций зубочелюстной системы и ротовой полости, представленный в работах Я.В. Костиной, С.В. Аверьянова [1] мы использовали комплекс миотерапевтических упражнений.

Выполнялись следующие упражнения: развитие круговой мышцы рта, развитие мышц, регулирующих положение нижней челюсти.

Более подробно описан комплекс в Приложении 17.

Для детей экспериментальных групп 2 предлагается комплекс комплекс миофункциональных упражнений с тренером. Трейнер – это эластичный тренажер, каппа, выполненный из гипоаллергенного силикона, предназначенный для носки и выполнения миофункциональной гимнастики:

1. Комплекс миофункциональных упражнений с тренером для мышц головы, шеи и окружности рта. Цель: развитие моторики мышц шеи, окружности рта, щек.

2. Комплекс миофункциональных упражнений с тренером для мимических мышц лица. Цель: активировать мимические мышцы.

3. Комплекс миофункциональных упражнений с тренером для круговой мышцы рта. Цель: активировать круговую мышцу рта и нормализовать ее тонус.

4. Комплекс миофункциональных упражнений с тренером для мышц языка. Цель: развитие дифференцированных движений языка.

Более подробно описан комплекс в приложении

II Устранение недостатков звукопроизношения.

Задачи:

1. Исправление и постановка речевых звуков.

2. Закрепление правильного произношения звуков в различных фонетических условиях и позициях при выполнении специальных упражнений.

3. Дифференциация в речи детей звуков, сходных по артикуляционным

и акустическим признакам.

4. Автоматизация звуков в самостоятельной речи детей.

Так как у большинства нарушено произношение нескольких групп звуков, мы придерживались общепринятой последовательности постановки звуков. При работе с детьми, осложненные нетяжелыми строениями артикуляционного аппарата, для постановки и закрепления в речи в первую очередь отбирались фонемы, наиболее легкие по артикуляционному укладу и наиболее различавшиеся по акустическим признакам; сначала проводилась коррекция звуков раннего онтогенеза, наиболее сохранных по артикуляции, затем уже корректировались более сложные фонемы.

Автоматизация глухих согласных и непарных звонких согласных начиналась с закрепления их в обратных закрытых слогах типа ГС, затем в слогах типа СГ, затем в позиции между двумя гласными (ГСГ) и в слогах со стечением согласных; при автоматизации парных звонких согласных первый тип слогов не использовался.

Трудность логопедической работы по устранению недостатков звукопроизношения заключается в том, что большинству детей экспериментальной группы 2 в ходе ортодонтического лечения было необходимо постоянное ношение в полости рта (трейнеров), способствующих расширению верхней и нижней челюсти.

Логопедическая работа с трейнером осуществляется на основе дифференциации различных акустических эффектов произношения звука в разных артикуляционных условиях и кинестетической организации тонких артикуляционных движений, что позволяет детям произвольно адаптировать артикуляционный уклад корректируемого звука к изменяющимся артикуляционным условиям (при наличии или отсутствии в ротовой полости ортодонтического аппарата). Такое построение логопедической работы способствует сокращению сроков автоматизации звуков в речи детей и улучшению разборчивости речи при ношении трейнера в ходе ортодонтического лечения.

Исходя из результатов констатирующего эксперимента по данному направлению, все участники эксперимента были нами разделены на две группы и для каждой экспериментальной группы разработаны дифференцированные методические рекомендации.

В группу 1 вошли дошкольники 5-6 лет с дизартрией, кто нуждается в постановке звуков, имеющие боковой, щечный, межзубный сигматизм свистящих и шипящих ит.д.

В группе 2 группе так же были дошкольники 5-6 лет с дизартрией и нарушениями строения, но иногда произносят отраженно или изолированно в самостоятельной речи, что говорит о необходимости автоматизации звуков.

Постановка звука. Целью этого вида логопедической работы является выработка новых связей и замедление раннее неправильно сформированных. Для вызывания звука мы используем методы фонетической локализации, постановки по подражанию, постановки механическим способом, от опорных звуков. Логопедическая работа осуществляется индивидуально. При работе над постановкой звуков, мы должны ориентироваться на последовательность появления их в онтогенезе (свистящие [с], [с'], [з], [з'], [ц]; шипящие [ш], [ж], [щ], [ч]; сонорные [р], [р'], [л], [л']) и на индивидуальные возможности ребенка (степень доступности того или иного звука).

У наших участников эксперимента нарушены в произношении свистящие звуки по типу межзубного 40% (4 человека), бокового 20 % (2 человека) сигматизма. Для этих участников эксперимента мы рекомендуем следующие способы постановки звуков. При наличии межзубного сигматизма обращается внимание на положение кончика языка. Следует перевести кончик языка в положение за нижние резцы. Далее предлагается произнести звук с закрытыми зубами, либозакусить кончик спички или зондозаменителя. Используя зонд «уточка», с помощью которого кончик языка удерживается за нижними зубами, а в середине спинки языка образуется углубление. Помимо этого, постановка происходит от пения [т']. При наличии бокового сигматизма постановка происходит через межзубное произношение и дальше, так же, как и

при межзубном сигматизме.

2. Автоматизация звука. Цель этого вида логопедической работы добиться правильного произношения звука в слогах, словах, предложениях и самостоятельной речи.

Для увеличения кинестетических ощущений органов артикуляции и оптимизации логопедической работы при автоматизации звуков, мы предлагаем использовать приём, который предложила Т.В. Сорочинская. Она предлагает тот звук, который следует произносить, в сочетании с гласным утрировано, одновременно похлопыванием пальцев по игольчатой поверхности или постукиванием ногой [3].

Для более успешной автоматизации звука и отработки кинетической организации артикуляционной моторики у детей (1 и 2 группы) мы рекомендуем уделить больше внимание таким слоговым схемам как ССГ, ГСС, потому что они требуют последовательной смены разных артикуляционных движений, которые постепенно усложняются структурой сочетания фонем, наращивается число слогов, повышается темп речевых упражнений.

С учетом того как звук становится автоматизированным в слогах, проводятся упражнения для тренировки со специально подобранными словами, простыми по фонетическому составу и без нарушенных звуков. Звук в словах стоит в начале, середине или конце слова. Самым первым отрабатывается звук в начале слова (перед ударным гласным), далее в конце слова (если глухой звук), а в середине в последнюю очередь со стечением согласных, потому что эта позиция является труднее всех.

При автоматизации звука применяют приёмы отражённого повторения, названия слов, опираясь на картинки. Плодотворны задания, которые направляют ребёнка на поиск слов со звуком, который автоматизируют.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная магистерская диссертация посвящена проблеме формирования звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией, а также в определении содержания логопедической работы и условиях ее реализации по формированию звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией с нормальным и нарушенным строением артикуляционного аппарата.

В результате анализа литературы по теме исследования сделан вывод, что дизартрия — это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата, что в свою очередь приводит к нарушению моторной реализации речевой деятельности. Нарушения произношения у детей выражаются в искажениях артикуляции, в смешениях, заменах и пропусках звуков. А четкое произношение у детей с патологией строения артикуляционного аппарата может быть результатом приспособления подвижных органов артикуляции к имеющимся аномалиям зубочелюстной системы и/или ротовой полости под контролем речевого слуха и выработки адаптационных артикуляционных позиций, не всегда соответствующих общепринятым артикуляционным нормам, но дающих необходимый акустический эффект при произношении.

Нами осуществлен обзор методик, направленных на формирование правильного звукопроизношения при дизартрии, установлено, что при логопедической коррекции детей с дизартрией, специалисты используют задания артикуляционной гимнастики, которые включают упражнения на тренировку подвижности и переключаемости органов артикуляционного аппарата. Так же идет постановка и запоминание положения языка, губ, челюсти для правильного звукопроизношения.

С целью проведения констатирующего эксперимента была сформированы две экспериментальные группы (20 детей 5-6 лет с дизартрией, из них: 10 детей с нормой строения артикуляционного аппарата и 10 детей с нарушениями строения артикуляционного аппарата). Для проведения констатирующего эксперимента была использована адаптированная под

возраст участников эксперимента методика обследования строения и подвижности артикуляционного аппарата, предложенная Н.М. Трубниковой, состоящая из четырех серий. Обследование звукопроизношения осуществлялось нами по традиционным методикам, принятым в логопедии и опубликованным в работах Н.С. Жуковой., Е.М. Мастюковой с использованием картинного материала О.Б. Иншаковой.

В первом блоке исследовалось строение артикуляционного аппарата, такие как строения губ, зубов, языка, прикуса и челюстей. Во втором блоке исследовалась подвижность артикуляционного аппарата, такие как подвижность губ, языка, челюстей и динамическая организация артикуляционного аппарата. В третьем блоке исследовалось звукопроизношение, таких звуков, как свистящие звуки, шипящие звуки, звуки [л], [л'], звуки [р], [р'] и остальные звуки. В результате проведения констатирующего эксперимента установлены существенные отличия уровня сформированности звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией с нормальным и нарушенным строением артикуляционного аппарата.

К общим нарушениям звукопроизношения, присущим как старшим дошкольникам с дизартрией, так и дошкольникам этого возраста с дизартрией и нарушениями строения артикуляционного аппарата можно отнести нарушения тонких дифференцированных движений кончика языка, приводят к нарушениям звукопроизношения верхнего подъёма: [ш], [щ], [ж], [л], [л'], [р], [р'], также вызывало трудности выдвижение нижней челюсти вперед и оттягивание ее назад, расширение и сужение языка, приподнимание боковых краев языка, что свидетельствует о мышечной дистонии, приводящие к недостаточности функции мышц, что влечет за собой непостоянство вариантов звукопроизношения, таких как искажения, замены, пропуски. Как специфические особенности подвижности артикуляционного аппарата у старших дошкольников с дизартрией и нарушениями строения артикуляционного аппарата нами выявлены несформированность

кинетической и кинестетической основы движений органов артикуляции, которая влечет за собой недостаточную сформированность звукопроизношения, в связи с чем процесс автоматизации звуков будет требовать большего времени. Наиболее существенная тенденция к прямой зависимости установлена при сопоставлении уровня сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения. Мышечные структуры лицевой области находятся во взаимодействии и взаимовлиянии. Динамическое равновесие сил жевательного аппарата в значительной степени обусловлено согласованной работой мимических мышц и мышц языка. Язык и связанные с ним мышцы являются силой противодействия щечным мышцам и круговой мышце рта.

Таким образом, нарушения строения артикуляционного аппарата значительно отягощает нарушения артикуляции, обусловленные недостаточной иннервацией мышц артикуляционного отдела, при этом факт наличия патологии важнее, чем характер и степень сложности аномалий органов артикуляции.

Следовательно, нами выявлено качественное своеобразие нарушений звукопроизношения у детей с дизартрией сочетающиеся с нарушениями строения артикуляционного аппарата.

На основе анализа литературы и результатов констатирующего эксперимента нами было определено содержание логопедической работы и условия ее реализации, суть которого заключается в целенаправленной и дифференцированной работе по двум направлениям: коррекция подвижности артикуляционного аппарата и формирование правильного звукопроизношения.

При составлении комплекса были использованы подходы Е.Ф. Архиповой. Авторский вклад заключается в составлении схемы дифференцированного содержания логопедической работы, адаптации их под возраст участников эксперимента и структурировании их по направлениям, а также и в выборе условий для реализации данного содержания.

Также в исследовании нами были определены организационные условия для максимизации эффективности предлагаемого комплекса, которые заключаются во взаимодействии логопеда, ортодонта и родителей в части развития правильной работы активной тренировки мышц ротовой области. Для этого нами разработан дневник для миофункциональной коррекции к трейнеру Myobrace.

Цель и задачи исследования реализованы, полученные данные не противоречат гипотезе: эффективность работы по звукопроизношению у старших дошкольников с дизартрией будет повышена, если она будет проводиться с использованием определенного нами содержания логопедической работы и специальных условиях его реализации.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аверьянов С.В. Стандартные аппараты для миофункциональной ортодонтии: Учебное пособие / С. В. Аверьянов, Я. В. Костина. Уфа: Башкирский государственный медицинский университет., 2014. 98 с.
2. Архипова Е.Ф. Информационно-образовательная среда в образовании детей дошкольного возраста с нарушениями развития в условиях инклюзивного образования / Е.Ф. Архипова, Н.А. Шаймухаметова // Актуальные проблемы обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья: Материалы IV Международной научно-практической конференции, Москва, 26–27 июня 2014 года/Под редакцией И.В. Евтушенко, В.В. Ткачевой. Москва: Издательство «Спутник+», 2014. С. 27–31.
3. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стёртой дизартрии у детей. М.: ААТ: Астрель, 2008. 254 с.
4. Архипова Е.Ф. К чему приводит привычное ротовое дыхание ребенка? / Е. Ф. Архипова // Современное дошкольное образование. 2017. № 3(75). С. 36–45.
5. Архипова Е.Ф. Логопедическая помощь детям раннего возраста: Учебное пособие / Е.Ф Архипова. М.: МОЗАИКА-СИНТЕЗ, 2015. 256с.
6. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е.Ф. Архипова; Е.Ф. Архипова. 2-е изд., испр., Москва: АСТ, 2010. (Библиотека логопеда). ISBN 978-5-17-057717-0.
7. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей: учеб.пособие для студентов вузов. М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008. 319с.
8. Ахутина Т.В., Фотекова Т.А. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов. М., 2002.
9. Байрамова, Л.Н. Сравнительная характеристика мезиального и дистального

прикуса / Л. Н. Байрамова, Г. Г. Закирова, Н. В. Текутьева // Российский остеопатический журнал. 2015. № 1-2. С. 114–120.

10. Баранова М.И. Развитие высших психических функций у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития / М.И. Баранова//Наука, образование, общество: тенденции и перспективы развития: Сборник материалов XVII Международной научно-практической конференции, Чебоксары, 17 января 2020 года. Чебоксары: Общество с ограниченной ответственностью «Центр научного сотрудничества «Интерактив плюс», 2020. С. 57–60.

11. Баряева Л.Б. Диагностика и коррекция нарушений двигательной сферы у дошкольников со стертой дизартрией / Л.Б. Баряева, Л. В. Лопатина, И. А. Филатова. Москва: УМЦ «Добрый мир», 2021. 118с. ISBN 978-5-6041322-7-2.

12. Белякова Л.И. Логопедия. Дизартрия. Учебное пособие/Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова. Москва: Владос., 2009. 287с. ISBN 978-5-691-01781-0.

13. Богомолова А.И. Логопедическое пособие для занятий с детьми. ТОО «Издательство – Библиополис». СПб. 1994. 208с.

14. Брюховских Л.А. Дизартрия: учебно-методическое пособие по логопедии/Л.А. Брюховских; Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева. Издание 2-е, переработанное и дополненное. Красноярск: Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, 2015. 180с. ISBN 978-5-85981-516-6.

15. Брюховских Л.А. Дислалия: учебно-методическое пособие для студентов очного и заочного отделений по специальности 050715 «Логопедия» / Л.А. Брюховских, Л.А. Брюховских; Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева. Красноярск: Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, 2009. 104с.

16. Волкова Л.С. Логопедия: учебник для студ. фак. Высш. Учеб.заведений /под редакцией Л.С Волковой. 5-е изд., перераб. И доп. М., 2007.

17. Воропаева, И. Е. Взаимосвязь орофоциально-миофункциональных

паталогий и логопедических нарушений / И. Е. Воропаева // Перспективы развития миофункциональной терапии в медицине: материалы международного конгресса/Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). Москва: Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), 2018. С. 21–27.

18. Гвоздев А.Н. Вопросы детской речи. М., 1971. 208с.

19. Граф Т.А. Динамика высших психических функций у дошкольников / Т.А. Граф, О.В. Колганова, Т.А. Фотекова // Развитие научного наследия А.Р. Лурия в отечественной и мировой психологии : материалы III Международной научно-практической конференции памяти А. Р. Лурия, Москва-Белгород, 10–12 октября 2007 года / Российский Гуманитарный Научный Фонд, Российский Фонд Фундаментальных Исследований, Психологический институт Российской Академии образования, Институт психологии Российской Академии наук, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Белгородский государственный университет. Москва- Белгород: ИПЦ «Политерра», 2007. С. 142–143.

20. Дмитриева О.А. Автоматизация звуков. Коррекция звукопроизношения сонорных звуков. Звук [Л]: учебно-методическое пособие. Краснояр. Гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2018. 76с.

21. Дмитриева О.А. Автоматизация звуков. Коррекция звукопроизношения сонорных звуков. Звук [Р]: учебно-методическое пособие. Краснояр. Гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2018. 76с.

22. Дмитриева О.А. Автоматизация звуков. Коррекция звукопроизношения свистящих звуков. Звук [С]: учебно-методическое пособие. Краснояр. Гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2018. 76с.

23. Дмитриева О.А. Автоматизация звуков. Коррекция звукопроизношения шипящих звуков. Звук [Ш]: учебно-методическое пособие. Краснояр. Гос. пед.

ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2018. 76с.

24. Иншакова О.Б. Альбом для логопеда/О.Б. Иншакова; О. Б. Иншакова. Москва: РГБ, 2008. 1с.

25. Козырева О.А. Логопедические технологии: учебное пособие, изд.2е, перераб. И доп. Красноярск, 2015.

26. Коррекция речи у детей: взгляд ортодонта / под ред. Я. В. Костиной, В. М. Чапала. Москва: Творческий центр Сфера, 2008. 63с. (Библиотека журнала «Логопед»). ISBN 978-5-9949-0091-8.

27. Косинова Е.А. «Гимнастика для развития речи». Москва: ЭКСМО, 2003.

28. Клинические симптомы дизартрий и общие принципы речевой терапии./Логопедия. Методическое наследие./Под редакцией Л.С. Волковой. Книга 1, часть 2. М., 2003.

29. Компьютерная программа «Конструктор программ учителя-дефектолога» как инструмент для разработки индивидуальных программ коррекционно-развивающей работы /А.В. Мамаева, Е.С. Штефанова, Н.О. Сиско, Д.П. Михеева//Коррекционная педагогика: теория и практика. 2020. № 1(83). С. 119–125.

30. Лагутина А.В., Чиркина Г.В и ее роль в развитии Отечественной логопедии /А. В. Лагутина, Е. Л. Черкасова // ПРОчтение: дислексия в XXI веке: Сборник материалов IX Международной научно-практической конференции Российской ассоциации дислексии, Москва, 10 сентября 2020 года. Москва: Государственный институт русского языка им. А.С. Пушкина, 2020. С. 235–242.

31. Ланина Е.М. Логопедическая диагностика и коррекция дизартрии у детей: учебное пособие/Е.М. Ланина, М.Л. Симкин; Кемеровский государственный университет. Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2013. 164с. ISBN 978-5-8353-1609-0.

32. Лопатина Л.В. Логопедическая работа по коррекции стертой дизартрии у дошкольников/Л.В. Лопатина; Российский государственный педагогический

университет им. А. И. Герцена. Москва: Учебно-методический центр «Добрый мир», 2015. 302с. ISBN 978-5-9905866-4-2.

33. Лопатина Л.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников: Коррекция стертой дизартрии/Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова. Санкт-Петербург: Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, 2001. 191с.

34. Лопатина Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами / Л.В. Лопатина. Санкт-Петербург: Союз, 2004. 191с.

35. Лопатина Л.В. Нарушение мимической мускулатуры и артикуляторной моторики у детей со стертой формой дизартрии // Речевые и нервно-психические нарушения у детей и взрослых. Л., 1987. 8с.

36. Лурия А.Р. Дефектология и психология/А.Р. Лурия // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2013. № 3. С. 12–16.

37. Мамаева А.В. Деятельность учителя-логопеда по разработке адаптированных образовательных программ: Электронное издание / А. В.Мамаева. Красноярск: Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, 2018. 125с. ISBN 978-5-00102-266-4.

38. Мартынова Р.И. Медико-педагогическая характеристика дислалии и дизартрии.// Очерки по патологии речи и голоса. Вып.П. М.: Учпедгиз, 1963. С.34–48

39. Мелихова Л.В. Дифференциация дислалий // Очерки по патологии речи и голоса. Вып III. М.: Просвещение, 1967. С.77–97.

40. Мосьпан Т.Я. Миофункциональные средства коррекции в работе логопеда с детьми, оперированными по поводу врожденной расщелины нёба /Т.Я. Мосьпан//Перспективы развития миофункциональной терапии в медицине: материалы международного конгресса / Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). Москва: Первый Московский государственный медицинский

- университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), 2018. С. 91–95.
41. Назаров О.Н. Новые достижения и технические возможности в лечении формирующихся сагиттальных аномалий прикуса / О. Н. Назаров, Р. Г. Алимова // Вестник стоматологии. 2011. № 2(75). С. 66–69.
42. Нейман Л.В. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. М.: Просвещение, 1977. 230с.
43. Нищева Н.В. Система коррекционной работы в логопедической группе для детей с общим недоразвитием речи/Н.В. Нищева; Н.В. Нищева. Санкт-Петербург: Детство-Пресс, 2009. ISBN 978-5-89814-054-9.
44. Нелюбина О.В. Клинико-анатомическое обоснование хирургического лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба: специальность 14.01.14 «Стоматология»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук/Нелюбина Ольга Валерьевна. Москва, 2012. 26с.
45. Омельченко Н.А. Косноязычие и его связь с аномалиями зубочелюстной системы и слухом. М.: Медгиз, 1961. 120с.
46. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии: Учебное пособие / Л.С. Персин, А.Б. Слабковская, Е.А. Картон [и др.]. Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2017. 160с. ISBN 978-5-9704-42081.
47. Персин Л.С. Ортодонтия: диагностика и лечение зубочелюст. Аномалий: рук. Для врачей / Л. С. Персин; Л. С. Персин. Москва: Медицина, 2004. ISBN 5-225-04819-6.
48. Петроченко В.И., Брюховских Л.А. Фонетика для логопедов: учеб. Пособие; Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2013. 112 с.
49. Понятийно-терминологический словарь логопеда: учеб. Пособие для студентов вузов, обучающихся по специальностям 031500 тифлопедагогика, 031600 сурдопедагогика, 031700 олигофренопедагогика, 031800 логопедия,

031900 спец. психология, 032000 спец. дошк. Педагогика и психология/[Сост.: В. И. Селиверстов и др.]; Под ред. Селиверстова В. И.. Москва: Акад. Проект, 2004. (Gaudeamus: учеб. пособие для вузов / Москва. Открытый соц. Ун-т). ISBN 5-8291-0421-0.

50. Правдина О.В. Логопедия. М., Просвещение, 1969. С.82–85.

51. Пискунов М.А. Анатомо-физиологические основы и терапия косноязычия. М.: Медгиз, 1962. С.12–34.

52. Развитие речи детей дошкольного возраста: Пособие для воспитателей детского сада / В. И. Логинова, А. И. Максакова, М. И. Попова [и др.]. Москва: Акционерное общество «Издательство «Просвещение», 1984. 223с.

53. Рау Е.Ф., Рождественская В.И. Смещение звуков речи у детей. М., Просвещение, 1972. 208с.

54. Сатыго Е.А. Миофункциональная коррекция с использованием ЛМ-трейнеров для детей 3-6 лет с речевыми нарушениями: Методические рекомендации для детских стоматологов и логопедов / Е.А. Сатыго. Казань: Общество с ограниченной ответственностью «Бук», 2021. 26с. ISBN 978-5-00118-802-5.

55. Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под ред. В.И. Селиверстова. М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. 400с.

56. Современная детская стоматология и ортодонтия: Сборник тезисов IV Международной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 15-16 апреля 2021 года/Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. Акад. И.П. Павлова. Санкт-Петербург: Издательство «Человек», 2021. 56с. ISBN 978-5-93339-483-9.

57. Трубникова Н.М. Структура и содержание речевой карты. Учебно-методическое пособие, Екатеринбург:Уральский государственный педагогический университет. 1998.

58. Филичева Т.Б. Дидактические материалы для обследования и формирования речи детей дошкольного возраста / Т. Б. Филичева, Т. В. Туманова; Т.Б. Филичева, Т. В. Туманова. Москва: Дрофа, 2009. 96 с.

(Дошкольник. Логопедия). ISBN 978-5-358-04486-9.

59. Филичева Т.Б. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста : практическое пособие / Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина; Т.Б. Филичева, Г. В. Чиркина. 5-е изд. Москва: АЙРИС ПРЕСС, 2008.

(Библиотека логопеда-практика). ISBN 978-5-8112-3390-8.

60. Фомичева М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения: Практикум по логопедии: Учебное пособие для учащихся пед. уч-щ по спец. № 0308 «Дошкольное воспитание». М.: Просвещение, 1989. 239с.

61. Функциональное взаимодействие жевательной мускулатуры у детей с аномалиями зубочелюстной системы / И.В. Косолапова, Е.В. Дорохов, М.Э. Коваленко, Р.В. Лесников // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2021. Т. 25. № 2. С. 136–146. DOI 10.22363/2313-0245-2021-25-2-136-146.

62. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия: дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение: учебное пособие для системы послевузовской подготовки по специальности 040400 – Стоматология / Ф.Я. Хорошилкина; Ф.Я. Хорошилкина. 2-е изд., испр. И доп. Москва: Мед. Информ. Агентство (МИА), 2010. ISBN 978-5-89481-829-0.

63. Цейтлин С.Н. Язык и ребенок: Лингвистика детской речи. М., 2000.

64. Чиркина Г.В. Проблемы логопедической диагностики / Г.В. Чиркина // Современные проблемы речевого дизонтогенеза: психолого-педагогические аспекты: Международный сборник научных трудов / Под редакцией С.М. Валявко. Москва: «Спутник», 2011. С. 45–49.

65. Чистович Л.А., Кожевников В.А., Алякринский В.В. и др. Речь, артикуляция и восприятие. М.Л.: Наука, 1965. 238 с.

66. Barun T.W., Sotereanos G.C. Orthognathic and secondary cleft reconstruction of adolescent patients with Cleft Palatal. J. Oral Surg., 1980,v. 38, 6, p.425- 434.

67. D’Onofrio L. Oral dysfunction as a cause of malocclusion. Orthod Craniofac Res. 2019, May;22 Suppl 1(Suppl1):43-48. Doi: 10.1111/ocr.12277.

PMID: 31074141; PMCID: PMC6851783. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31074141/>

68. Исихара К., Араки С., Ихори Н., Судзуки И., Шиота Дж., Араи Н., Накано И., Кавамура М. Псевдобульбарная дизартрия на начальной стадии болезни двигательных нейронов с деменцией: клинико-патологический отчет о двух вскрытых случаях. *Eur Neurol.* 2013; 69 (5): 270-4. DOI: 10,1159 / 000342220. Epub 2013, 22 февраля. PMID: 23445572.

69. Georgievska-Jancheska T. Lambdacism, Rhotacism and Sigmatism in Preschool Children: Frequency and Distribution. *Open Access Maced J Med Sci.* 2019 Feb 9;7(3):336-340. Doi: 10.3889/oamjms.2019.144. PMID: 30833997; PMCID: PMC6390136. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30833997/>

70. Elhamouly Y, El-Housseiny AA, Ismail HA, Habashy LME. Myofunctional Trainer versus Twin Block in Developing Class II Division I Malocclusion: A Randomized Comparative Clinical Trial. *Dent J (Basel).* 2020 May 7;8(2):44. Doi: 10.3390/dj8020044. PMID: 32392835; PMCID: PMC7345969. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32392835/>

71. Enderby P. Disorders of communication: dysarthria. *Handb Clin Neurol.* 2013;110:273-81. Doi: 10.1016/B978-0-444-52901-5.00022-8. PMID: 23312647. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23312647/>

72. Knobel H. Beziehungen zwischen Fehlbildung der Zischlaute und Kiefer. – Zahnstell – ungsanomalien. Berlin, 1939, 23p.

73. Pennington L, Parker NK, Kelly H, Miller N. Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jul 18; 7(7):CD006937. Doi: 10.1002/14651858.CD006937.pub3. PMID: 27428115; PMCID: PMC6457859. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27428115/>

74. Wishney M, Darendeliler MA, Dalci O. Myofunctional therapy and prefabricated functional appliances: an overview of the history and evidence. *Aust Dent J.* 2019 Jun;64(2):135-144. Doi: 10.1111/adj.12690. Epub 2019 Apr 29. PMID: 30921479. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26474716/>

75. <https://www.sites.google.com/site/onlajnurnalbudemvmestegovorit/home/kat>

[alog-statej/nepravilnyj-prikus-3](#)

76. https://www.defectologiya.pro/zhurnal/osnovnyie_napravleniya_korrekcziionnoj_raboty_s_detmi_stradayushhimi_dizartriej/

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Сводные данные исследования

Таблица 4 – Для проведения констатирующего эксперимента нами были сформированы 3 экспериментальные группы по 10 детей в каждой группе

Экспериментальная группа 1 дизартрия/ норма строения артикуляционного аппарата			Экспериментальная группа 2 дизартрия/ нарушения строения артикуляционного аппарата		
№	Уровень недоразвития речи, формы речевой патологии	Возраст ребенка	№	Уровень недоразвития речи, формы речевой патологии	Возраст ребенка
Ребенок 1	ОНР II уровень, дизартрия	4 года 10 м	Ребенок 1	ОНР III уровень, дизартрия	5 лет 11 м
Ребенок 2	ОНР III уровень, дизартрия	5 лет 1 м	Ребенок 2	ОНР II уровень, дизартрия	5 лет 10 м
Ребенок 3	ОНР III уровень, дизартрия	5 лет 3 м	Ребенок 3	ОНР II уровень, дизартрия	6 лет
Ребенок 4	ОНР II уровень, дизартрия	5 лет 8 м	Ребенок 4	ОНР II уровень, дизартрия	5 лет 8 м
Ребенок 5	ОНР III уровень, дизартрия	5 лет 6 м	Ребенок 5	ОНР II уровень, дизартрия	5 лет 4 м
Ребенок 6	ОНР III уровень, дизартрия	6 лет	Ребенок 6	ОНР III уровень, дизартрия	5 лет 9 м
Ребенок 7	ОНР II уровень, дизартрия	5 лет 4 м	Ребенок 7	ОНР II уровень, дизартрия	5 лет 3 м
Ребенок 8	ОНР II уровень, дизартрия	5 лет 7 м	Ребенок 8	ОНР II уровень, дизартрия	6 лет
Ребенок 9	ОНР II уровень, дизартрия	5 лет 3 м	Ребенок 9	ОНР III уровень, дизартрия	5 лет 1 м
Ребенок 10	ОНР II уровень, дизартрия	5 лет 8 м	Ребенок 10	ОНР II уровень, дизартрия	5 лет 7 м

II блок исследования направлен на исследование подвижности
артикуляционного аппарата

Цель исследования: выявить особенность и уровни сформированности двигательных функций органов артикуляционного аппарата, динамической организации движений.

Исследование подвижности артикуляционного аппарата включало 4 серии заданий:

Серия № 1. Исследование двигательной функции губ.

Инструкция: (по показу, сопровождая словесной инструкцией).

Проба 1. «Округли губы в трубочку, как при произношении звука [О] – поддержи».

Проба 2. «Вытяни губы в улыбку, как при произношении звука [И]– поддержи».

Проба 3. «Сделай «хоботок» (вытяни губы и сомкни их)».

Проба 4. «Подними верхнюю губу, покажи верхние зубы».

Проба 5. «Опусти нижнюю губу, покажи нижние зубы».

Проба 6. «Сделай оскал, как у тигра».

Отмечаются: выполнение правильное; диапазон движений невелик; наличие содружественных движений; чрезмерное напряжение мышц; истощаемость движений; наличие тремора, саливации, гиперкинезов; активность участия правой и левой сторон губ; смыкание губ с одной стороны; движение не удаётся.

Серия № 2. Исследование двигательной функции челюсти.

Инструкция: (по показу, сопровождая словесной инструкцией).

Проба 1. «Широко раскрой рот, как при произнесении звука [А], закрой рот».

Проба 2. «Сделай движение нижней челюстью вправо, затем влево и вперёд».

Отмечаются: выполнение правильное; движения челюсти недостаточного объема; наличие содружественных движений, тремора, саливации; движение не удается.

Серия № 3. Исследование двигательной функции языка.

Инструкция: по показу и словесной инструкции.

Проба 1. «Положи широкий язык на нижнюю губу и поддержи».

Проба 2. «Положи широкий язык на верхнюю губу и поддержи».

Проба 3. «Переведи кончик языка поочередно из правого угла рта в левый угол».

Проба 4. «Высунь язык, а затем спрячь в рот».

Проба 5. «Сделай «укол» в правую, а затем левую щеку языком».

Проба 6. «Сделай «чашечку» и поддержи».

Отмечаются: выполнение правильное; движения языка имеют недостаточный диапазон; появляются содружественные движения; язык движется неуклюже, всей массой, медленно, неточно; имеются отклонения языка в сторону, «тремор», гиперкинезы, истощаемость движений, саливация; удерживается ли язык в определенном положении; движение не удаётся.

Серия № 4. Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата.

Инструкция: все предложенные задания выполняются по показу и словесной инструкции при многократном повторении проводимого комплекса движений).

Проба 1. «Сделай оскал как у тигра, высунь язык, затем широко открой рот».

Проба 2. «Широко открой рот, дотронься кончиком языка до нижней губы, затем до верхней и положи на нижнюю губу».

Проба 3. «Положи широкий язык на нижнюю губу, сделай «чашечку», занеси эту «чашечку» в рот».

Проба 4. «Широко открой рот, как при звуке «а», широко улыбнись, вытяни губы в трубочку».

Проба 5. «Широко открой рот, прикрой, закрой его».

Проба 6. «Повторяй за мной: «а–и–у», «у–и–а», «96А–па–та», «па–96А–та»».

Отмечаются: выполнение правильное; проявляется замена одного движения другим, поиск артикуляции, «застревание» на одном движении, инертность движений, недифференцированность движений, нарушение плавности движений, напряжённость языка, подёргивание языка; движения языка не удаются; легко ли удаётся переключение с одной артикуляционной позы на другую и с одного звукового ряда на другой.

Оценка: каждое задание всех 4 серий оценивается по 4-х бальной системе: 0 балла точное и правильное выполнение; 1 балла замедленное и напряженное выполнение или выполнение по показу;

1 балл длительный поиск позы, или неполный объем движения, или отклонения в конфигурации;

0 баллов невыполнение или наличие ошибок (синкинезий, гиперкинезов, тремора).

Максимальное количество баллов по сериям:

серия № 1:18 баллов;

серия № 2: 6 баллов;

серия № 3:18 баллов;

серия № 4:18 баллов.

Максимальное количество баллов за весь блок 60 баллов.

III блок исследования направлен на исследование состояния
звукопроизношения

Цель исследования: определить характер нарушения произношения.

Инструкция: «Я буду показывать тебе картинки, а ты называй».

Стимульный материал: с использованием картинного материала предложенного О.Б. Иншаковой.

Оценка: предлагается условно разделить все звуки (это наиболее часто подвергающиеся нарушениям согласные) на пять групп: свистящие [с, с', з, з', ц]; шипящие [ш, ж, ч, щ]; [л, л']; [р, р']; остальные звуки, дефекты которых встречаются значительно реже (задненебные звуки [г], [к], [х] и их мягкие варианты, звук [й], случаи дефектов озвончения, смягчения и крайне редкие нарушения произношения гласных звуков).

Примеры:

- [с] собака, усы, нос, сумка, автобус, снеговик;
- [с'] сетка, синий, гусь, семь, письмо, апельсин;
- [з] зубы, коза, зонт, замок, ваза, звезда;
- [з'] узел, газета, обезьяна, зеленый, зебра, земляника;
- [ж] жук, ежи, жёлудь, ножи, ножницы, жираф;
- [ш] шапка, машина, душ, шахматы, мешок, шишка;
- [щ] щётка, ящик, плащ, щука, овощи, щепки;
- [ц] цепь, яйцо, огурец, цветы, пуговица, индеец;
- [ч] чайник, мяч, очки, чемодан, ключ, бабочка;
- [л] лук, пила, дятел, лампа, молоток, белка;
- [л'] лейка, лимон, елка, лев, телефон, пальто;
- [р] рыба, корова, топор, ведро, помидор, трактор;
- [р'] репа, фонарь, дверь, ремень, веревка, брюки;
- [й] яблоко-майка-юбка платье-трамвай-листья;
- [м] мыло-земляника-костюм-морковка-сом-комар;
- [н] носок-окно-диван-нота-слон-танк;

- [б] бант-бочка-клубок банан-бутылка-барабан;
- [д] дом-дым-удочка дуб-авокад-радуга;
- [в] вата-волк-савок-ванна-сова-винтик;
- [к] кот-банка-паук-конфета-индюк-кубик;
- [к'] ботинки-кит-пакет-валенки-утки-шнурки;
- [г] губы-рога-вагон-голубь-игла-попугай;
- [г'] гиря-гитара-бегемот-флаги-сапоги-гирлянда;
- [х] халат-ухо-петух-хлеб-слон-холодильник;
- [хь] мухи-орехи-духи;

Произношение звуков каждой группы оценивается в отдельности по следующему принципу:

- 3 балла нормативное произношение всех звуков группы;
- 2 балла один звук или несколько звуков группы доступны правильному произношению, но в спонтанной речи подвергаются искажениям или заменам (т.е. недостаточно автоматизированы);
- 1 балл искажается или заменяется во всех речевых ситуациях один звук группы;
- 0 баллов искажаются или заменяются несколько звуков групп или все.

На основе полученных данных, определялся характер нарушения произношения: искажение, отсутствие, замена, смешение звуков.

Таблица 5 – Результаты обследования строения артикуляционного аппарата для экспериментальной группы 1

№ Р-ка	Что исследуем					
	Губы	Зубной ряд	Прикус	Язык	Нижняя челюсть	Твердое и мягкое небо
1	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме
2	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме
3	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме
4	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме
5	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме
6	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме
7	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме
8	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме
9	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме
10	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме

Таблица 6 – Результаты обследования строения артикуляционного аппарата для экспериментальной группы 2

№ Р-ка	Что исследуем					
	Губы	Зубной ряд	Прикус	Язык	Нижняя, верхняя челюсти	Твердое и мягкое небо
1	Мясистые	В норме	Прямой	Анкилоглоссия	В норме	В норме
2	В норме	Тремы	В норме	В норме	Микрогнатия, микрогения	В норме
3	В норме	В норме	Глубокий	Анкилоглоссия	Микрогнатия, микрогения	Готическое
4	В норме	Тремы	Открытый боковой	В норме	В норме	В норме
5	В норме	Тремы	Открытый передний	В норме	Макрогнатия, макрогения	В норме
6	Узкие	В норме	В норме	В норме	Микрогнатия, микрогения	Готическое
7	В норме	В норме	В норме	Анкилоглоссия	Микрогения	Узкое
8	Узкие	В норме	глубокий	Анкилоглоссия	В норме	В норме
9	В норме	Тремы	Прогнатия	В норме	В норме	В норме
10	В норме	Тремы	Прогнатия	Анкилоглоссия	Микрогнатия	В норме

Таблица 7 – Результаты обследования двигательной функции губ для экспериментальной группы 1.

№ Р-ка	Проба 1	Проба 2	Проба 3	Проба 4	Проба 5	Проба 6	Общий балл	% успешности	Уровень успешности
1	1	1	1	2	2	1	8	44,4	Н
2	2	1	2	1	2	1	9	50	НС
3	2	2	2	1	2	1	10	55,5	НС
4	1	1	2	2	2	1	9	50	НС
5	2	2	2	3	2	2	13	72,2	С
6	3	3	3	2	2	1	14	77,7	С
7	1	2	3	1	2	1	10	55,5	НС
8	1	1	2	1	1	2	8	44,4	Н
9	2	1	1	1	1	1	7	38,8	Н
10	2	3	1	1	2	1	10	55,5	НС

Таблица 8 – Результаты обследования двигательной функции губ для экспериментальной группы 2.

№ Р-ка	Проба 1	Проба 2	Проба 3	Проба 4	Проба 5	Проба 6	Общий балл	% успешности	Уровень успешности
1	2	1	1	1	1	1	7	38,8	Н
2	2	3	1	1	2	1	10	55,5	НС
3	3	3	3	2	2	1	14	77,7	С
4	1	1	2	2	2	1	9	50	НС
5	2	2	2	1	2	1	10	55,5	НС
6	3	3	3	2	2	1	14	77,7	С
7	1	1	1	1	2	1	7	38,8	Н
8	1	1	1	1	1	1	6	33,3	Н
9	3	3	3	2	2	1	14	77,7	С
10	2	3	1	1	2	1	10	55,5	НС

Таблица 9 – Результаты обследования двигательной функции челюсти для экспериментальной группы 1.

№ Р-ка	Проба 1	Проба 2	Общий балл	% Успешности	Уровень успешности
1	1	1	2	33,3	Н
2	3	2	4	66,6	С
3	3	1	3	50	НС
4	3	1	4	66,6	С
5	2	2	4	66,6	С
6	3	3	4	66,6	С
7	1	1	2	33,3	Н
8	1	2	3	50	НС
9	3	1	4	66,6	С
10	2	2	4	66,6	С

Таблица 10 – Результаты обследования двигательной функции челюсти для экспериментальной группы 2.

№ Р-ка	Проба 1	Проба 2	Общий балл	% Успешности	Уровень успешности
1	2	1	3	50	НС
2	1	1	2	33,3	Н
3	2	2	4	66,6	С
4	2	1	3	50	НС
5	3	2	3	50	НС
6	2	1	3	66,6	С
7	0	1	1	16,6	Н
8	2	1	3	50	НС
9	2	2	4	66,6	С
10	1	1	2	33,3	Н

Таблица 11 – Результаты обследования двигательной функции языка для экспериментальной группы 1.

№ Р-ка	Проба 1	Проба 2	Проба 3	Проба 4	Проба 5	Проба 6	Общий балл	% Успешности	Уровень успешности
1	2	2	2	2	1	1	10	55,5	НС
2	2	2	3	3	1	1	12	66,6	С
3	2	2	2	2	1	1	10	55,5	НС
4	2	1	2	2	1	1	9	50	НС
5	2	2	3	3	2	1	13	72,2	С
6	2	2	3	3	2	2	14	77,7	С
7	2	2	1	2	1	2	10	55,5	НС
8	1	1	1	2	1	1	7	38,8	Н
9	2	1	1	2	1	1	8	44,4	Н
10	2	2	2	1	1	2	10	55,5	НС

Таблица 12 – Результаты обследования двигательной функции языка для экспериментальной группы 2.

№ Р-ка	Проба 1	Проба 2	Проба 3	Проба 4	Проба 6	Проба 7	Общий балл	% Успешности	Уровень успешности
1	1	1	1	1	2	2	8	44,4	Н
2	2	2	2	1	1	2	10	55,5	НС
3	2	2	1	2	1	2	10	55,5	НС
4	2	1	1	2	1	2	9	50	НС
5	2	2	1	1	2	2	10	55,5	НС
6	3	2	2	3	2	2	14	77,7	С
7	1	1	1	2	1	2	8	44,4	Н
8	1	1	1	1	1	2	7	38,8	Н
9	1	1	3	2	2	2	11	61,1	С
10	2	2	1	1	2	2	10	55,5	НС

Таблица 13 – Результаты обследования динамической организации движений артикуляционного аппарата для экспериментальной группы 1.

№ р-ка	Проба 1	Проба 2	Проба 3	Проба 4	Проба 5	Проба 6	Общий балл	% Успешности	Уровень успешности
1	3	2	2	1	1	2	11	61,1	С
2	2	3	3	2	3	3	10	55,5	НС
3	2	2	1	1	1	3	10	55,5	НС
4	3	2	2	3	2	2	13	72,2	С
5	3	2	3	2	1	2	14	77,7	С
6	3	2	2	2	2	2	13	72,2	С
7	2	2	1	1	1	3	10	55,5	НС
8	1	1	1	1	1	2	7	38,8	Н
9	2	3	3	2	3	2	9	50	НС
10	2	2	1	1	2	3	11	61,1	С

Таблица 14 – Результаты обследования динамической организации движений артикуляционного аппарата для экспериментальной группы 2.

№ р-ка	Проба 1	Проба 2	Проба 3	Проба 4	Проба 5	Проба 6	Общий балл	Процент успешности	Уровень успешности
1	2	2	1	1	2	3	11	61,1	С
2	2	3	3	2	3	2	9	50	НС
3	2	2	1	1	2	3	9	50	НС
4	2	2	1	1	1	3	10	55,5	НС
5	2	3	2	3	3	2	9	50	НС
6	3	2	2	2	2	2	13	72,2	С
7	1	1	1	1	1	2	7	38,8	Н
8	1	1	1	2	1	2	8	44,4	Н
9	2	2	1	2	2	3	12	66,6	С
10	2	2	2	1	1	3	9	50	НС

Таблица 15 – Результаты обследования подвижности артикуляционного аппарата для экспериментальной группы 1

№ р-ка	Что исследуем /Серии				Общий балл	% Успешности	Уровень успешности
	Серия № 1	Серия № 2	Серия № 3	Серия № 4			
1	8	2	10	11	31	51,6	НС
2	9	4	12	10	35	58,8	НС
3	10	3	10	10	33	55	НС
4	9	4	9	13	35	58,8	НС
5	13	4	13	14	44	73,3	С
6	14	4	14	13	45	75	НС
7	10	2	10	10	32	53,3	НС
8	8	3	7	7	25	41,6	С
9	7	4	8	9	28	46,6	Н
10	10	4	9	11	34	56,6	НС

Таблица 16 – Результаты обследования подвижности артикуляционного аппарата для экспериментальной группы 2

№ р-ка	Что исследуем /Серии(балл / %)				Общий балл	% Успешности	Уровень успешности
	Серия № 1	Серия № 2	Серия № 3	Серия № 4			
1	7	3	8	11	29	48,3	С
2	10	2	10	9	31	51,6	НС
3	14	4	10	9	37	61,6	НС
4	9	3	9	10	31	51,6	С
5	10	3	10	9	31	51,6	НС
6	14	3	14	13	44	73,3	НС
7	7	1	8	7	23	38,3	Н
8	6	3	7	8	24	40	Н
9	14	4	11	12	31	51,6	С
10	10	2	10	9	31	51,6	НС

Таблица 17 – Результаты обследования звукопроизношения (свистящие звуки)
для экспериментальной группы 1

№ р-ка	[С]	[С']	[З]	[З']	[Ч]	Баллы	Уровень успешности
1	+	+	+	+	+		
2	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	Щечный сигматизм. Требуется постановка	Щечный сигматиз м. Требуе тся постанов ка.	Щечный сигматиз м. Требуется постановк а.	Щечный сигматизм слева. Требуется постановк а.	0	Н
3	+	+	+	+	+	3	В
4	Призубный сигматизм. Требуется постановка.	Щечный сигматизм. Требуется постановка	Щечный сигматиз м. Требуе тся постанов ка.	Щечный сигматиз м. Требуется постановк а.	Щечный сигматизм Требуется постановк а.	0	Н
5	+	+	+	+	+	3	В
6	Требуется автоматизац ия	Требуется автоматиза ция	Требуе тся автомат изация	Требуется автоматиз ация	+	0	Н
7	+	+	+	+	Межзубны й сигматизм Требуется постановк а.	1	НС
8	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	Межзубны й сигматизм. Требуется постановка	Межзуб ный сигматиз м. Требуе тся постанов ка.	Межзубн ый сигматиз м. Требуется постановк а.	Межзубны й сигматизм Требуется постановк а.	0	Н
9	Требуется автоматизац ия.	Требуется автоматиза ция.	Требуе тся автомат изация.	Требуется автоматиз ация.	Требуется автоматиз ация.	0	Н
10	+	+	+	+	+	3	В

Таблица 18 – Результаты обследования звукопроизношения (свистящие звуки)
для экспериментальной группы 2

№ Р-ка	[С]	[С']	[З]	[З']	[Ч]	Баллы	Уровень успешности
1	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	+	0	В
2	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	+	Требуется автоматизация.	+	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	1	Н
3	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	0	Н
4	Боковой сигматизм. Требуется постановка.	Боковой сигматизм. Требуется постановка.	Боковой сигматизм. Требуется постановка.	Боковой сигматизм. Требуется постановка.	Боковой сигматизм. Требуется постановка.	0	Н
5	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	0	Н
6	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	Требуется автоматизация.	Требуется автоматизация.	Требуется автоматизация.	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	1	Н
7	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	+	Требуется автоматизация.	+	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	1	Н
8	+	+	+	+	+	3	В
9	Боковой сигматизм. Требуется постановка.	Боковой сигматизм. Требуется постановка.	Боковой сигматизм. Требуется постановка.	Боковой сигматизм. Требуется постановка.	Боковой сигматизм. Требуется постановка.	0	Н
10	+	+	+	+	+	3	В

Таблица 19 – Результаты обследования звукопроизношения (шипящие звуки)
для экспериментальной группы 1

№ Р-ка	[Ш]	[Щ]	[Ж]	[Ц]	Баллы	Уровень успешности
1	Требуется автоматизация	Требуется автоматизация	Требуется автоматизация	+	2	С
2	Щечный сигматизм слева. Требуется постановка.	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	Щечный сигматизм слева. Требуется постановка.	+	0	Н
3	Требуется автоматизация	Требуется автоматизация	Требуется автоматизация	+	2	С
4	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	Щечный сигматизм слева. Требуется постановка.	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	Требуется автоматизация.	0	Н
5	Парасигматизм, замена на [С]. Требуется постановка	Парасигматизм, замена на [С]. Требуется постановка.	Парасигматизм, замена на [С]. Требуется постановка	Требуется автоматизация.	0	Н
6	Требуется автоматизация	+	+	Требуется автоматизация	2	С
7	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	Замена на [Т'], требуется постановка.	0	Н
8	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	Замена на [Щ], требуется постановка.	0	Н
9	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	Замена на [Т'], требуется постановка.	0	Н
10	Требуется автоматизация	Требуется автоматизация	Требуется автоматизация	+	2	С

Таблица 20 – Результаты обследования звукопроизношения (шипящие звуки)
для экспериментальной группы 2

№ Р-ка	[Ш]	[Щ]	[Ж]	[Ц]	Баллы	Уровень успешности
1	Требуется автоматизация	Требуется автоматизация	Требуется автоматизация	+	2	С
2	Требуется автоматизация	+	+	+	2	С
3	Щечный сигматизм. Требуется постановка.	+	+	Замена на [Т] щечное, требуется постановка.	1	НС
4	Боковой сигматизм. Требуется постановка.	+	+	Замена на [Т] боковое, требуется постановка.	1	НС
5	Межзубный сигматизм. Требуется постановка.	+	+	Требуется автоматизация.	1	НС
6	Требуется автоматизация.	Требуется автоматизация.	Требуется автоматизация.	+	2	С
7	Парасигматизм, замена на Требуется постановка.	+	+	+	1	НС
8	Парасигматизм, замена на Требуется постановка.	Парасигматизм, замена на Требуется постановка.	Парасигматизм, замена на Требуется постановка.	Замена на [Т'], требуется постановка.	0	Н
9	Боковой сигматизм. Требуется постановка.	+	+	Замена на [Т] боковое справа, требуется постановка.	1	НС
10	+	+	+	+	3	В

Таблица 21 – Результаты обследования звукопроизношения (звуки [Л] и [Л']) для экспериментальной группы 1

№ Р-ка	[Л]	[Л']	Общий балл	Уровень успешности
1	Ламбдацизм. Требуется постановка.	+	3	
2	+	+	3	
3	Требуется автоматизация.	+	3	
4	Ламбдацизм. Требуется постановка.	+	2	С
5	+	+	3	В
6	Требуется автоматизация.	Требуется автоматизация.	2	С
7	Ламбдацизм. Требуется постановка.	Параламбдацизм. Требуется постановка.	0	Н
8	+	+	3	В
9	Ламбдацизм. Требуется постановка.	+	2	С
10	+	+	3	В

Таблица 22 – Результаты обследования звукопроизношения (звуки [Л] и [Л']) для экспериментальной группы 2

№	[Л]	[Л']	Общий балл	Уровень успешности
1	Требуется автоматизация.	+	2	С
2	Ламбдацизм. Требуется постановка.	+	1	НС
3	Ламбдацизм. Требуется постановка.	Параламбдацизм Требуется постановка	0	Н
4	Ламбдацизм. Требуется постановка.	Параламбдацизм Требуется постановка	0	Н
5	Ламбдацизм. Требуется постановка.	+	1	НС
6	+	+	3	В
7	Ламбдацизм. Требуется постановка.	Параламбдацизм. Требуется постановка.	0	Н
8	Ламбдацизм. Требуется постановка.	+	1	НС
9	Ламбдацизм. Требуется постановка.	Параламбдацизм. Требуется постановка.	0	Н
10	Ламбдацизм. Требуется постановка.	+	1	НС

Таблица 23 – Результаты обследования звукопроизношения (звуки [P] и [P']) для экспериментальной группы 1

№ P-ка	[P]	[P']	Общий балл	Уровень успешности
1	Параротацизм, замена на [Л], Требуется постановка.	Параротацизм, замена на [Й], Требуется постановка.	0	Н
2	Ротацизм одноударный	Параротацизм, замена на [Й], Требуется постановка.	0	Н
3	Требуется автоматизация.	Требуется автоматизация.	2	С
4	Требуется автоматизация.	Требуется автоматизация.	2	С
5	Параротацизм, замена на [Л], Требуется постановка.	Параротацизм, замена на [Л'], Требуется постановка.	0	Н
6	Требуется автоматизация.	Требуется автоматизация.	2	С
7	Ротацизм горловой. Требуется постановка.	Ротацизм горловой. Требуется постановка.	0	Н
8	Параротацизм, замена на [Л], Требуется постановка.	Параротацизм, замена на [Л'], Требуется постановка.	0	Н
9	Требуется автоматизация.	Требуется автоматизация.	2	С
10	Требуется автоматизация.	Требуется автоматизация.	2	С

Таблица 24 – Результаты обследования звукопроизношения (звуки [P] и [P']) для экспериментальной группы 2

№ P-ка	[P]	[P']	Общий балл	Уровень успешности
1	Ротацизм горловой. Требуется постановка.	Ротацизм горловой. Требуется постановка.	0	Н
2	Ротацизм горловой. Требуется постановка.	Ротацизм горловой. Требуется постановка.	0	Н
3	Ротацизм горловой. Требуется постановка.	Ротацизм горловой. Требуется постановка.	0	Н
4	Параротацизм, замена на [Й], Требуется постановка.	Параротацизм, замена на [Й], Требуется постановка.	0	Н
5	Ротацизм горловой. Требуется постановка.	Ротацизм горловой. Требуется постановка.	0	Н
6	+	+	3	В
7	Параротацизм, замена на [W], Требуется постановка.	Параротацизм, замена на [Й], Требуется постановка.	0	Н
8	Требуется автоматизация.	Требуется автоматизация.	2	С
9	Ротацизм (пропуск). Требуется постановка.	Ротацизм (пропуск). Требуется постановка.	0	Н
10	Параротацизм, замена на [Л], Требуется постановка.	Параротацизм, замена на [Й], Требуется постановка.	0	Н

Таблица 27 – Количественные результаты исследования и уровни сформированности звукопроизношения для экспериментальной группы 1 (в баллах).

№ Р-ка	Свистящие	Шипящие	Звуки [Л], [Л']	Звуки [Р], [Р']	Звуки раннего онтогенеза	Общий балл	Уровень успешности
1	3	3	3	0	3	15	С
2	0	0	3	0	3	8	Н
3	3	3	3	2	3	17	В
4	0	0	2	2	3	9	НС
5	3	3	3	0	0	14	С
6	2	2	2	2	3	6	С
7	3	3	0	0	0	7	НС
8	0	0	3	0	3	7	Н
9	2	2	2	2	3	13	С
10	3	3	3	2	3	17	В

Таблица 28 – Количественные результаты исследования и уровни форсированности звукопроизношения для экспериментальной группы 2

№ Р-ка	Свистящие	Шипящие	Звуки [Л], [Л']	Звуки [Р], [Р']	Звуки раннего онтогенеза	Общий балл	Уровень успешности
1	0	2	2	0	3	10	НС
2	1	2	1	0	0	5	Н
3	0	1	0	0	3	5	Н
4	0	1	0	0	3	6	Н
5	0	1	1	0	3	6	Н
6	1	2	3	3	3	13	С
7	1	1	0	0	3	6	Н
8	3	0	1	2	0	5	НС
9	0	1	0	0	3	5	Н
10	3	3	1	0	3	13	С

Таблица 29 – Соотнесение строения и подвижности артикуляционного аппарата (экспериментальная группа 2)

№ р-ка	Строение артикуляционного аппарата						Подвижность артикуляционного аппарата			
	губы	зубной ряд	прикус	язык	твердое и мягкое неба	челюсти	губы	язык	челюсти	динамическая организация движений артикуляционного аппарата
1	+	+	+	+	-	-	-	-	-	+
2	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
3	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-
4	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-
5	+	+	+	-		+	-	-	-	-
6	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+
7	+	-	-	+	+	+	-	-	-	-
8	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-
9	+	+	+	-	-	-	+	+	+	-
10	+	+	+	+	-	+	-	-	-	-

Таблица 30 – Результаты соотнесения трех блоков исследования
(экспериментальная группа 2)

№ р-ка	Нарушенные звуки	Строение артикуляционного аппарата	Подвижность артикуляционного аппарата
1 2	межзубный сигматизм	прямой прикус, узкий язык, мясистые губы, анкилоглоссия	кончик языка не упирается в нижние резцы, а просовывается между зубами
	межзубный сигматизм	тремы, микрогнатия, микрогения	кончик языка не принимает участия в артикуляции, опущен вниз
	ламбдацизм		Верхнее положение кончика языка, при этом переднесредняя часть принимает ложкообразную форму. Воздушная струя проходит через опущенные боковые края.
	горловое искажение [р, р']		вибрация образуется колебаниями не кончика языка, а мягким небом
3	щечный сигматизм свистящих	глубокий прикус, микрогнатия, микрогения, анкилоглоссия, гот.небо	язык не принимает участия в артикуляции. Выдыхаемая струя воздуха встречает препятствие не между языком и зубами, а между сближенными (иногда сжатыми между собой) зубами и прижатыми к ним с боков уголками рта.
	щечный сигматизм шипящих		язык не принимает участия в артикуляции, выдыхаемая струя воздуха встречает препятствие не между языком и губами, а между сближенными (иногда сжатыми) между собой зубами и прижатыми к ним с боков углами рта. Образуется «тупой» шум, а при произнесении звонкого «Ж» к шуму прибавляется голос; произнесение звука сопровождается надуванием щёк
	ламбдацизм		верхнее положение кончика языка, при этом переднесредняя часть принимает ложкообразную форму. Воздушная струя проходит через опущенные боковые края.
	параламбдацизм		кончик языка уходит в пространство между зубами
	горловое искажение [р, р']		вибрация образуется колебаниями не кончика языка, а мягким небом
4	боковой сигматизм свистящих	тремы, открытый боковой прикус	выдыхаемая струя проходит через боковую щель слева, а не по средней линии языка. Кончик языка и передняя часть спинки образуют смычку с

			резцами и альвеолами.
	боковой сигматизм шипящих		один из уголков рта может быть слегка опущен. Может быть легкое смещение нижней челюсти вправо или влево. Кончик языка поднят вверх и упирается в корни верхних резцов, и опущен за нижние резцы. Передняя часть спинки языка образует смычку с альвеолами. Средняя часть спинки языка поднимается к нёбу и образует с ними смычку, левая (правая) половина выгнута, сомкнута с нёбом, правая (левая) половина опущена. Задняя часть спинки языка поднята, левая (правая) поднята, правая (левая) опущена. Боковые края языка опущены. Мягкое нёбо приподнято, прижато к задней стенке глотки и закрывает проход в носовую полость.
	ламбдацизм		верхнее положение кончика языка, при этом переднесредняя часть принимает ложкообразную форму. Воздушная струя проходит через опущенные боковые края.
	параламбдацизм		кончик языка уходит в пространство между зубами
	горловое искажение [p, p']		вибрация образуется колебаниями не кончика языка, а мягким небом
5	межзубный сигматизм свистящих	тремы, открытый передний прикус, макрогнатия, макрогения	кончик языка занимает положение между верхними и нижними резцами
	межзубный сигматизм шипящих		губы округлены и слегка выдвинуты вперед. Зубы разомкнуты. Кончик языка просовывается между резцами. Передняя часть спинки языка просовывается между резцами, образует с ними плоскую щель. Средняя часть спинки языка опущена, но не прогибается книзу. Задняя часть спинки языка опущена. Боковые края языка прилегают к коренным зубам. Мягкое нёбо приподнято, прижато к задней стенке глотки и закрывает проход в носовую полость.
	ламбдацизм		Верхнее положение кончика языка, при этом переднесредняя часть принимает ложкообразную форму. Воздушная струя проходит через опущенные боковые края.
	горловое искажение [p, p']		вибрация образуется колебаниями не кончика языка, а мягким небом

6	межзубный сигматизм свистящих	узкие губы, микрогнатия, микрогения, гот.небо	кончик языка упирается в режущие края верхних и нижних зубов (резцов), преграждая свободный выход воздуха через межзубную щель
7	межзубный сигматизм свистящих	анкилоглоссия, микрогения, узкое небо	кончик языка не упирается в нижние резцы, а просовывается между зубами
	папасигматизм шипящих		Губы округлены и слегка выдвинуты вперед. Зубы разомкнуты, видны верхушки резцов. Кончик языка опущен вниз отходит назад от резцов или упирается в нижние десны. Передняя часть спинки языка напряженна. Средняя часть спинки языка напряжена, выгнута, желобок не образуется. Задняя часть спинки языка приподнята. Боковые края опущены, не смыкаются с коренными зубами. Мягкое нёбо приподнято, прижато к задней стенке глотки и закрывает проход в носовую полость.
	ламбдацизм		верхнее положение кончика языка, при этом переднесредняя часть принимает ложкообразную форму. Воздушная струя проходит через опущенные боковые края.
	параламбдацизм		кончик языка уходит в пространство между зубами
	параротацизм		Нарушено место образования звука – корневая часть языка сближается с нижним краем мягкого нёба, образуя щель. Выдыхаемый воздух вызывает беспорядочную вибрацию мягкого нёба.
8	парасигматизм шипящих	узкие губы, глубокий прикус, анкилоглоссия	Губы округлены и слегка выдвинуты вперед. Зубы разомкнуты, видны верхушки резцов. Кончик языка опущен вниз отходит назад от резцов или упирается в нижние десны. Передняя часть спинки языка напряженна. Средняя часть спинки языка напряжена, выгнута, желобок не образуется. Задняя часть спинки языка приподнята. Боковые края опущены, не смыкаются с коренными зубами. Мягкое нёбо приподнято, прижато к задней стенке глотки и закрывает проход в носовую полость.

	ламбдацизм		Верхнее положение кончика языка, при этом переднесредняя часть принимает ложкообразную форму. Воздушная струя проходит через опущенные боковые края.
9	призубный сигматизм свистящих	глубокий прикус, микрогнатия, микрөгения, гот.небо	кончик языка упирается в режущие края верхних и нижних зубов (резцов), преграждая свободный выход воздуха через межзубную щель
	призубный сигматизм шипящих		кончик языка упирается в края верхних и нижних резцов, образуя преграду для прохода воздушной струи через зубную щель.
	ламбдацизм		верхнее положение кончика языка, при этом переднесредняя часть принимает ложкообразную форму. Воздушная струя проходит через опущенные боковые края.
	параламбдацизм		кончик языка уходит в пространство между зубами
	ротацизм		нарушено место образования звука – корневая часть языка сближается с нижним краем мягкого нёба, образуя щель. Выдыхаемый воздух вызывает беспорядочную вибрацию мягкого нёба
10	ламбдацизм	тремы	верхнее положение кончика языка, при этом переднесредняя часть принимает ложкообразную форму. Воздушная струя проходит через опущенные боковые края.
	параротацизм		

Таблица 31 – Результаты соотнесения характера нарушения звукопроизношения в экспериментальной группе 1 (наличие дизартрии, норма строения)

Нарушенные звуки Характер нарушения	Свистящие	Шипящие	[л],[л']	[р],[р']	Другие звуки
Отсутствие			10%		20%
Замены	10%	10%	10%	30%	
Искажения	30%	50%	30%	30%	
Смещения					

Таблица 32 – Результаты соотнесения характера нарушения звукопроизношения в экспериментальной группе 2 (наличие дизартрии, нарушения строения)

Нарушенные звуки Характер нарушения	Свистящие	Шипящие	[л],[л']	[р],[р']	Другие звуки
Отсутствие				10%	20%
Замены			40%	30%	
Искажения	30%	40%	30%	40%	
Смещения			10%		

Комплекс миофункциональных упражнений

1. Комплекс миофункциональных упражнений с трейнером для мышц головы, шеи и окружности рта. Цель: развитие моторики мышц шеи, окружности рта, щек.

Упражнение 1. «Качели». Методические рекомендации: тянул угол рта вправо-в исходное положение-влево.

Упражнение 2. «Качели с улыбкой». Методические рекомендации: из положения «Улыбка», тянем угол рта вправо-влево.

Упражнение 3. «Шарик». Методические рекомендации: вдохнув через нос, надуть щеки. Удерживать позицию от 5 до 10 с.

Упражнение 4. «Шарик с дыркой». Методические рекомендации: надуть одну или обе щеки (губы плотно сжаты), кулаками, приложенными к щекам, медленно выдавливать воздух через губы.

Упражнение 5. «Футбол». Методические рекомендации: перегонять «шарик» воздуха из правой щеки в левую.

Упражнение 6. «Грустный клоун». Методические рекомендации: тянуть уголки рта вниз (можно усложнить: подбородком касаться груди).

Упражнение 7. «Точим зубы». Методические рекомендации: быстро сжимать (как бы покусывать) трейнер передними зубами (пальцы приложить к щекам на область жевательных мышц).

Упражнение 8. «Спортсмен». Методические рекомендации: сильно сжать челюсти, удерживать положение 5-7 с, расслабиться (пальцы приложить к щекам на область жевательных мышц). Повторить от 6 до 10 раз.

Упражнение 9. «Показать подбородок». Методические рекомендации: движение нижней челюстью вперед (необходимо преодолеть сопротивление верхней челюсти трейнера).

Упражнение 10. «Чистим зубы». Методические рекомендации: движение челюстями вправо – влево по трейнеру (зубы находятся на трейнере).

2. Комплекс миофункциональных упражнений с трейнером для

мимических мышц лица. Цель: активировать мимические мышцы.

Упражнение 1. «Сердитый человек». Методические рекомендации: нахмуриться, сделать недовольное лицо, наморщить нос и лоб.

Упражнение 2. «Удивленный человек». Методические рекомендации: поднять брови вверх, изобразить на лице удивление.

Упражнение 3. «Сердитый человек», «Удивленный человек». Методические рекомендации: чередовать выражения недовольного лица с удивленным лицом.

Упражнение 4. «Шалун». Методические рекомендации: подмигивание глазами – попеременно открывать-закрывать правый-левый глаз, оба глаза.

Упражнение 5. «Чем пахнет?». Методические рекомендации: короткими неглубокими вдохами добиваемся расширения крыльев носа.

3. Комплекс миофункциональных упражнений с тренером для круговой мышцы рта. Цель: активировать круговую мышцу рта и нормализовать ее тонус.

Упражнение 1. «Улыбка». Методические рекомендации: максимально растянуть губы, но не размыкать губы (тренер не виден).

Упражнение 2. «Забор». Методические рекомендации: максимально растянуть губы в широкую улыбку, (тренер виден). Следить за тем, чтобы ребенок не морщил нос. Удерживать под счет до 5.

Упражнение 3. «Трубочка». Методические рекомендации: из положения «Забор» плотно сомкнуть и вытянуть губы вперед. При правильном выполнении упражнения круговая мышца рта собирается в морщинки. Нижняя челюсть, под контролем руки, находится в одном положении. Удерживать под счет до 5.

Упражнение 4. «Забор»-«Трубочка». Методические рекомендации: чередование «Забор»-«Трубочка». Из положения «Забор» выполнить «Трубочку». Такие переключения выполнить 5-6 раз в разном темпе, определяемом логопедом, начиная с медленного темпа. Подбородок под контролем руки неподвижен.

Упражнение 5. «Чистим тренер». Методические рекомендации: сомкнутыми губами делаем разнообразные движения по тренеру: вверх-вниз, вправо-влево.

Упражнение 6. «Утка». Методические рекомендации: из положения «Трубочка» смыкаем и размыкаем губы. Делать можно в разном темпе, начиная с медленного темпа.

Упражнение 7. «Заяц». Методические рекомендации: поднять вверх только верхнюю губу.

Упражнение 8. «Тигр». Методические рекомендации: верхнюю губу поднять вверх, нижнюю губу опустить вниз.

Упражнение 9. «Рыба». Методические рекомендации: нижней губой дотянуться до верхней губы.

Упражнение 10. «Силач». Методические рекомендации: сильно прижать губы к тренеру, подбородок напряжен.

Упражнение 11. «Звездочет». Методические рекомендации: сильно прижать губы к тренеру и откинуть голову назад (напряжен подбородок и мышцы шеи).

Упражнение 12. «Напряжение-расслабление». Методические рекомендации: поочередно сильно сжимать и расжимать губы.

Упражнение 13. «Фокусник». Методические рекомендации: в течении 1 минуты в горизонтальном положении удерживать губами тонкий плоский предмет (палочку от мороженого).

4. Комплекс миофункциональных упражнений с тренером для мышц языка. Цель: развитие дифференцированных движений языка.

Упражнение 1. «Маляр». Методические рекомендации: погладить языком небо: влево-вправо, вперед-назад.

Упражнение 2. «Язычки здороваются». Методические рекомендации: кончиком языка надавить на маркерный язычок в верхней внутренней части тренера.

Упражнение 3. «Мост». Методические рекомендации: расположить

кончик языка на нижней внутренней части трейнера.

Упражнение 4. «Кто сильнее». Методические рекомендации: язык в нейтральном положении. С силой давить кончиком языка на трейнер.

Упражнение 5. «Грибок». Методические рекомендации: присосать язык к небу (попросить ребенка проглотить слюну, губы плотно сомкнуты, трейнер сильно прилипает к зубам).

Упражнение 6. «Качели». Методические рекомендации: кончиком языка вверху дотронуться до неба, внизу дотронуться до полости рта (трейнера не касаться).

Упражнение 7. «Лошадка». Методические рекомендации: щелкать языком, широко улыбаясь (губы разомкнуты).

Упражнение 8. «Ко-ко-ко». Методические рекомендации: не размыкая губ корнем языка быстро дотронуться до неба (при правильном выполнении слышится похожее на ко-ко).

Упражнение 9. «Парус». Методические рекомендации: язык поднят кверху. Кончик языка лежит на маркерном язычке трейнера.

5. Развитие круговой мышцы рта. Методические рекомендации: упражнения выполняются в медленном темпе, на счет 1-2-3-4, повторение от 10 до 15 раз.

Упражнение 1 (губы вытянуть вперед, изобразить рупор, хоботок);

Упражнение 2 (губы вытянуть вперед, сомкнуть, изобразить трубочку, широко растянуть);

Упражнение 3 (в уголки рта при несомкнутых губах установить мизинцы рук и в таком положении стремиться сомкнуть губы);

Упражнение 4 (губы сомкнуть, натянуть верхнюю губу на зубы, натянуть нижнюю губу на зубы);

Упражнение 5 (губы сомкнуть, затем переместить их вправо и влево);

Упражнение 6 (губы сомкнуть, надуть щеки, медленно кулаками выдавить воздух через сжатые губы).

Упражнение 7 (губы сомкнуть, надуть воздух под верхнюю губу);

Упражнение 8 (губы сомкнуть, надуть воздух под нижнюю губу).

-Развитие мышц, регулирующих положение нижней челюсти.

Упражнения, направленные на развитие подвижности нижней челюсти:

а) широко открыть рот и медленно закрыть его, смещая нижнюю челюсть то вправо, то влево;

б) широко открыть рот и медленно закрыть его, смещая нижнюю челюсть то как можно дальше вперед, то максимально назад;

в) предлагается координировать направление движений нижней челюсти и темп их выполнения с движениями руки педагога.

Упражнение «Дудочка». Сесть на стульчик, поднести к губам сжатые кисти рук. Сделать медленный выдох с произнесением звука «п-ф-ф-ф-ф-ф». Повторить 4 раза.

Упражнение «Петушок». Стать прямо, ноги слегка расставить, руки опустить. Поднять руки в стороны (вдох), похлопать ими по бедрам со словом «ку-ка-ре-ку» (выдох). Повторить 4 раза.

Упражнение «Паровозик». Ходить по комнате, делая попеременные движения руками и проговаривая: «Чух-чух-чух». Повторять 20 секунд.

Упражнение «Гуси». Медленно ходить по комнате. На вдох поднимать руки в стороны, на выдох – опускать вниз с произнесением длительного звука с произнесением длительного звука «г-у-у-у-у». Повторять 1 минуту.