

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
Кафедра коррекционной педагогики

КИСЕЛЕВА ЮСТИНА АЛЕКСАНДРОВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Проявления нарушений звукопроизношения у старших дошкольников с
механической дислалией

Направление 44.03.03

Специальное (дефектологическое) образование

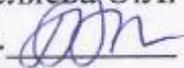
Направленность (профиль) образовательной программы

Логопедия

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

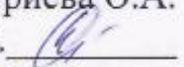
Заведующий кафедрой

канд. пед. наук, доцент Беляева О.Л.

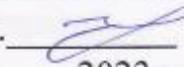
« 01 » июня 2023г. 

Научный руководитель

ст. преподаватель, Дмитриева О.А.

« 28 » мая 2023г. 

Обучающийся Киселева Ю.А.

« 28 » мая 2023г. 

Дата защиты « 29 » мая 2023г.

Красноярск, 2023

Содержание

Введение	4
Глава I. Теоретический анализ проблемы изучения нарушений звукопроизношения у старших дошкольников с механической дислалией	7
1.1. Развитие артикуляционного аппарата и формирование звукопроизношения в онтогенезе	7
1.2. Классификация и механизмы дислалии у старших дошкольников.	15
1.3. Симптоматика и причины механической дислалии.....	19
Вывод по I главе.....	24
Глава II. Организация и методика обследования сформированности артикуляционного аппарата и звукопроизношения у дошкольников с механической дислалией	25
2.1. Организация и методика исследования артикуляционного аппарата и звукопроизношения у старших дошкольников с механической дислалией.....	25
2.2. Анализ результатов экспериментальной работы по выявлению особенностей сформированности артикуляционного аппарата и звукопроизношения у старших дошкольников с механической дислалией.....	35
2.3. Методические рекомендации по преодолению нарушений звукопроизношения у дошкольников с механической дислалией	46
Вывод по главе II.....	47
Заключение.....	63
Список использованных источников	66
Приложения.....	72

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. В настоящее время отмечается устойчивая тенденция к увеличению численности речевых нарушений и усложнению структуры дефекта этих расстройств (Е.Ф. Архипова, Г.В. Чиркина, Т.Б. Филичева, Г.Н. Соломатина, Д.В. Уклонская и др.). Среди нарушений звукопроизношения механическая дислалия занимает особое место (М.Е. Хватцев, О.А. Токарева, О.В. Правдина, Ф.Ф. Рау, Г.В. Чиркина, Д.В. Уклонская, Н.Ю. Григоренко, Е.Е. Елоева и др.). Хотя, дислалия является относительно легким в плане коррекции расстройством произносительной стороны речи, механическая дислалия обусловлена расстройствами в строении периферического отдела речевого аппарата, что требует комплексного подхода в коррекции и зачастую не всегда успешно преодолевается, существенно снижая качество будущей жизни ребенка.

В свою очередь, родители таких детей не только порой не замечают нарушений произношения, а также нарушений в строении зубочелюстной системы и языка, вследствие чего зачастую поздно обращаются к логопеду, и не придают значения тому, что у ребенка нарушено произношение нескольких звуков, а ведь коррекция механической дислалии порой занимает большое количество времени, в том числе из-за необходимости длительного и дорогостоящего ортодонтического или хирургического лечения.

В связи с этим одним из первых специалистов, который может сообщить родителям о необходимости коррекции нарушений звукопроизношения и возможных приспособлениях, и манипуляциях, позволяющих скомпенсировать дефекты в строении зубочелюстной системы и языка, может стать врач-ортодонт, имеющий помимо медицинского, логопедическое образование. О целесообразности пропаганды основ логопедических знаний и тесной взаимосвязи ортодонта и учителя-логопеда указывают такие ученые как Е.Ф. Архипова, А.А. Трегуб, В.Д. Барбина, О.Ю. Пузикова, О.А. Минеева и др. Грамотно выстроенная система логопедической помощи в тесном взаимодействии с профилактической,

просветительной и коррекционной работы ортодонта позволит существенно сократить сроки коррекции механической дислалии.

Конечно, если уж они обращаются к данному врачу за помощью, узнать о дефектах звукопроизношения у ребёнка и путях оптимизации коррекционных мероприятий становится полезным.

Объект исследования: звукопроизношение у дошкольников.

Предмет исследования: особенности звукопроизношения у детей с механической дислалией старшего дошкольного возраста.

Цель исследования: теоретическое обоснование и выявление проявлений механической дислалии у старших дошкольников с нарушениями в строении зубочелюстной системы, а также на основе выявленных особенностей создание методических рекомендаций к проведению логопедической работы с данной группой детей.

Задачи исследования:

1. Проанализировать специальную литературу, посвящённую вопросам проявления механической дислалии у детей старшего дошкольного возраста.

2. Провести анализ результатов исследования проявлений механической дислалии у старших дошкольников.

3. Изучить и выявить особенности звукопроизношения у старших дошкольников с механической дислалией и возможные сопутствующие нарушения, влияющие на звукопроизношение.

4. Разработать методические рекомендации по преодолению механической дислалии с учетом выявленных нарушений.

Гипотеза исследования: опираясь на знание структуры речевого дефекта у детей с механической дислалией, можно предположить, что у них помимо дефектов звукопроизношения, связанных с нарушениями в строении периферического отдела речевого аппарата, в ряде случаев есть отклонения в состоянии слухо-произносительной дифференциации фонем, а также отдельные расстройства кинетической и кинестетической организации

артикуляционных движений, что необходимо учитывать в процессе комплексного медицинского и логопедического подхода в коррекции.

Теоретико-методологическая база исследования:

– положение о связи речеслухового и речедвигательного анализаторов (В.И. Бельтюков, О.В. Правдина);

– положение о комплексном подходе к диагностике нарушений речи, в частности механической дислалии (ортодонта, логопеда) (Л.С. Волкова, Г.В. Чиркина и др.);

– принцип учета ведущей деятельности (Г.В. Чиркина, Т.Б. Филичева и др.);

– принцип смены видов деятельности.

Методы исследования (по Б.Г. Ананьеву):

1. теоретические: анализ специальной литературы по проблеме исследования.

2. организационные: комплексный, сравнительный.

3. эмпирические: анкетирование, констатирующий эксперимент.

4. интерпретационные: метод логического анализа.

Теоретическая значимость исследования заключается в обобщении и систематизации современных представлений в области изучения и преодоления механической дислалии.

Практическая значимость исследования состоит в том, что полученные данные могут быть использованы специалистами, работающими с детьми, имеющими нарушения звукопроизношения: разработаны практические рекомендации, буклеты для родителей и логопедов с описанием современных ортодонтических средств, миогимнастики, артикуляционная гимнастика «Веселый зоопарк». Предлагаемый практический материал позволит оптимизировать логопедическую работу, расширить возможности комплексного подхода к коррекции механической дислалии.

Организация исследования. База проведения эксперимента: ортодонтический кабинет в ООО «Центр-М».

Этапы исследования:

На первом этапе проводилась беседа с родителями чтобы установить цель визита к ортодонту, наличие жалоб на звукопроизношение и бралось письменное разрешение на исследование состояния звукопроизношения ребенка логопедом и анатомического строения артикуляционного аппарата, а также на лечение ортодонтом, проводилось анкетирование родителей.

На втором этапе проводилось обследование состояния звукопроизношения, артикуляционной моторики и анатомического строения периферического отдела артикуляционного аппарата с целью выявления детей дошкольного возраста с механической дислалией, а также определения характера нарушений звукопроизношений и возможных механизмов данного расстройства. Выявленные нарушения заносились в индивидуальные протоколы. Также проводился анализ полученных данных и их интерпретация с целью разработки направлений и содержания дальнейшей логопедической работы и возможной помощи в виде ортодонтического лечения в данном возрасте для сокращения сроков логопедической работы.

На третьем этапе проводилось консультирование родителей по поводу возможной ортодонтической и логопедической помощи детям, а также обобщались и оформлялись результаты исследования.

Структура и объем ВКР: она состоит из введения, 2-х глав, заключения, списка литературы, включающего 47 наименований и приложения. Исследование проиллюстрировано 2 таблицами, 10-ю рисунками. Основной объем выпускной квалификационной работы составил 69 страниц, общий объем (с приложением) составил 97 страниц.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ДИСЛАЛИЕЙ

1.1. Развитие артикуляционного аппарата и формирование звукопроизношения в онтогенезе

В реализации звукопроизносительной стороны речи, как отмечает Т.В. Волосовец, участвуют центральный и периферический отделы речевого аппарата [6]. Как отмечают Е.Ф. Архипова [2], Р.И. Лалаева [17], Г.В. Чиркина [46, 47], Т.В. Волосовец [6], Е.В. Хмелькова, В.А. Караваева [44] и другие ученые, знание строения речевого аппарата важно для дальнейшей дифференциальной диагностики сходных по проявлениям речевых расстройств.

К периферическому речевому аппарату относят следующие органы:

- а) органы, непосредственно участвующие в артикуляции,
- б) органы дыхания, в) органы голосообразования.

Все эти органы имеют особое значение в устной речи, они участвуют в голосообразовании, обеспечивают те или иные параметры звукопроизношения и просодии. За исключением носовых и лобных резонаторов, которые являются костными полостями, периферический речевой аппарат работает за счет мышц, и изменяет свое состояние и функциональные возможности в зависимости от тонуса мышц. Периферический речевой аппарат иннервируется черепно-мозговыми нервами [6].

К органам дыхания и голоса можно отнести диафрагму, легкие, бронхи и трахею, голосовые складки [1, 6]. Основными резонаторами человеческого голоса являются: глотка, ротовая полость, полость носа с его придаточными пазухами.

Мягкое небо при спокойном дыхании расслаблено и частично перекрывает переход воздуха из глотки в рот, его задний отдел (небная

занавеска) поднимается вверх, во время глубокого дыхания, зевания, кашля и произнесения носовых звуков [6, 41].

Воздушная струя проходит между голосовыми складками, языком, зубами и губами, то есть встречая преграды разных видов (смычки и щели) [1, 7]. Поэтому, анализируя наличие или практически отсутствие преград речевые звуки делятся на гласные и согласные фонемы. В фонетике существуют разные классификации звуков русского языка. В качестве критериев этих классификаций выступают разные параметры (по месту артикуляции, по способу артикуляции, по участию голоса и шума, по наличию и отсутствию палатализации, по участию носового резонатора), они приведены в Таблице 1.

Таблица 1 – Классификация согласных фонем

Способ артикуляции	Место артикуляции											Участие голоса и шума	
	Губные				Язычные								
	губно-губные		губно-зубные		переднеязычные				среднеязычные	заднеязычные			
					зубные	передне-нёбные							
Смычные	[б]	[б']			[д]	[д']					[г]	[г']	зв.
	[п]	[п']			[т]	[т']					[к]	[к']	гл.
Щелевые			[в]	[в']	[з]	[з']	[ж]	[ж']	[й]		[(γ)]	[(γ)']	зв.
			[ф]	[ф']	[с]	[с']	[ш]	[ш']			[х]	[х']	гл.
Смычно-щелевые						[ц]		[ч]					гл.
Смычно-проходные	носовые	[м]	[м']			[н]	[н']						сонорные
	боковые					[л]	[л']						
Дрожашие								[р]	[р']				
		тв.	м.	тв.	м.	тв.	м.	тв.	м.	палат.	тв.	м.	
Отсутствие или наличие палатализации													

Важное значение для произношения имеет речевая просодия, целостные слоги, ритмические слоговые структуры, синтагмы (минимальные по смыслу высказывания) и фразы, динамические единицы целостного текста.

Формирование таких просодических единиц, как ритмические слоговые структуры, связано с механизмом формирования двигательных навыков, которые являются навыками кинетического артикуляторного

праксиса и обеспечиваются функциональными интеграциями премоторной коры доминантного полушария. Формирование функциональных единиц артикуляторного праксиса или артикулем обеспечивается выработкой навыков постцентрального артикуляторного праксиса [6].

В ходе овладения произносительными умениями дети, опираясь на свой слух и кинестетические ощущения, постепенно находят и сохраняет в памяти те артикуляционные уклады, которые обеспечивают необходимый, соответствующий норме акустический эффект. В дальнейшем при контроле со стороны взрослых эти артикуляторные позиции повторяются и фиксируются. При нахождении правильных укладов, ребенок должен научиться различать артикуляционные уклады, похожие при произношении звуков, и выработать комплекс речедвижений, необходимых для образования звуков [6].

Т.В. Волосовец, М.Е. Хватцев, Г.В. Чиркина, В.В. Харке, О.А. Токарева, Т.Б. Филичева и другие ученые отмечают, что для того, чтобы речь человека была членораздельной и понятной, движения речевых органов должны быть точными и автоматизированными, то есть должна быть хорошо развита артикуляционная моторика [6; 43; 47; 42; 33; 38].

К полугодовалому возрасту происходит завершение миелинизации ствола, надстволья, подкорковых образований, а также финиширует созревание экстрапирамидной системы [45]. Ребенок начинает садиться. Принимая самостоятельно вертикальное положение, он тренирует опорно-мышечную систему. Введение с трех месяцев твердого прикорма имеет большое значение, так как это стимулирует жевание и тренирует периферический речевой аппарат [6; 8; 9].

Дальнейшее усложнение артикуляции обусловлено увеличением двигательных возможностей (ползание, ходьба), соотношением звукокомплекса с тем или иным предметом [10].

Одной из важных анатомических компонентов периферического артикуляционного аппарата является прикус. С точки зрения анатомии в

третьем и четвертом шестилетних периодах продолжается формирование постоянного прикуса. С клинической точки зрения возраст от 12 до 18 лет называют периодом доформировывающегося постоянного прикуса, а возраст от 18 до 24 лет - периодом сформированного постоянного прикуса. Эти периоды можно также разделить на 2 трехлетних этапа: начальный и конечный. Каждый из этапов в свою очередь состоит из 2 фаз, каждая по 1,5 года.

Вторые постоянные моляры в 6-7 лет у мальчиков и девочек формируются одинаково, в 7-8 лет степень минерализации у мальчиков больше, в 9-11 лет она соответствует таковой у девочек.

В начальном этапе формирующегося постоянного прикуса (12-15 лет) минерализация зубов у лиц обоего пола протекает сходно, но не синхронно на всех стадиях [44].

В 12 лет начинается прорезывание вторых постоянных моляров. Оно сопровождается активным ростом зубоальвеолярных дуг, который продолжается в следующей полуторагодовой фазе, т. е. от 13,5 до 15 лет. Существенная разница в росте различных участков челюстей отмечена в детском и юношеском возрасте [44].

А.А. Атепалихина, С.Б. Башмакова, Ф.Я. Хорошилкина, Л.М. Френкель, Ю.М. Малыгин и другие пишут о том, что в процессе роста и развития зубочелюстной системы альвеолярный отросток растет и увеличивается в объеме. При этом зубы перемещаются вперед относительно альвеолярного отростка и скуловых дуг. В процессе роста и формирования зубочелюстной системы происходит мезиальное перемещение зубов приблизительно на 20 мм [3, 45]. Его наблюдают в отрезок времени, равный 16-18 годам, в среднем он составляет немного более 1 мм в год.

Описывая развитие зубов, следует отметить, что Ф.Я. Хорошилкина, Л.М. Френкель, Ю.М. Малыгин и другие ученые указывают на то, что ребенок рождается без видимых зубов [45]. До 4-го месяца все имеющиеся зубные мешочки лежат в пространстве между лицевой и язычной стенками

челюсти и не разграничены ничем друг от друга. На 4-м месяце формируется костная перегородка между резцами и молярами. Потом появляются перегородки для зубного мешочка каждого зуба в отдельности. Но зачатки молочных и постоянных зубов все еще находятся в общей альвеоле, и только спустя некоторое время можно заметить отдельные альвеолы, отделяющие мешочки молочных от мешочков постоянных зубов.

Такова последовательность возникновения молочных и постоянных зубов. Порядок закладки зачатков влияет на последовательность прорезывания зубов. Вначале прорезываются молочные зубы, а потом постоянные. Кроме того, вначале прорезываются нижние зубы, а затем верхние. Наконец, в молочном прикусе сначала показываются резцы, затем первые моляры, клыки, вторые моляры. В постоянном прикусе вначале прорезываются первые постоянные моляры, а затем все замещающие зубы [45].

Л.Н. Байрамова, Л.Г. Фатихова указывают на то, что в молочном прикусе совпадают сроки окончательного формирования корней молочных зубов (вторые моляры) с началом резорбции корней (центральные резцы) [5].

Такое же совпадение наблюдается и в сменном прикусе. До 12 лет заканчивается резорбция молочных зубов и заканчивается формирование всех постоянных зубов, за исключением клыков и вторых моляров.

В овладении речью одна из главных ролей принадлежит фонематическому слуху [29]. Даже слабо выраженное снижение слуха может существенно затруднить овладение речью [35].

По мнению Т.В. Волосовец, первые функциональные связи возникают при крике новорожденного. Крик, воспринимаемый органами слуха ребенка, стимулирует функциональную активность речевых зон коры [6]. По мнению Е.М. Мастюковой, в крике новорожденного преобладают гласноподобные звуки [19]. На первых месяцах жизни крик приобретает второе сигнальное значение, он вызывает те ответные действия взрослых, которые требуют ситуация. В два-четыре месяца ребенок начинает произносить звуки с

участием губ и языка. Появляются гуление, переходящее позднее в лепет. Первичные вокализации воспринимаются как гласноподобные звуки, близкие к нейтральным гласным взрослых. Гуление является первичной циркулярной формой голосовой активности ребенка, что свидетельствует о «пробуждении» и постепенном нарастании через повторение латентных двигательных программ. На пятом - восьмом месяце в голосовых проявлениях ребенка сохраняется крик и плач, гуление переходит в лепет. Особенность лепета в наличии в вокализациях слоговых элементов и в неоднократном повторении одного и того же или сходных слогов, например, «ма-ма-ма», «па-па», «ма-ба-ба» [19]. Ребенок имитирует речь, но он не только подражает, но и играет звуками речи, что может делать только человек. Сначала ребенок издает короткие звуки, внешне напоминающие сочетания «согласный- гласный», с постепенным усложнением, появляются разнотипные слоги.

Лепет в жизни ребенка играет большую роль. В детском лепете есть различные звуки: там есть и шипящие, и свистящие согласные, гортанные звуки [6, 9, 30, 19]. Под влиянием взрослых лепет переходит в детскую речь. Н.Ю. Григоренко, ссылаясь на исследование Е.Н. Винарской, пишет, что голосовые реакции детей раннего возраста, не обладая языковыми значениями, имеют богатую эмоциональную семантику [8]. Такие приобретенные знаки становятся необходимой предпосылкой языкового развития ребенка [19].

Гуление, потом лепет представляют собой своеобразные предвестники речи, так как ребенок тренируется произносить звуки, слоги, прислушивается к себе, сравнивает слуховое восприятие и двигательные реакции. Отсутствие четкого слухового восприятия и контроля способствует стойкому сохранению дефектов звукопроизношения [30].

К концу первого - началу второго года жизни у ребенка на фоне лепета появляются первые детские слова типа «ма-ма», «па-па». С появлением первых имитированных слов происходит активное уточнение артикуляции,

накапливание активного словаря. Здесь довольно существенна роль взрослых, которые должны поправлять звукопроизношение детей [24]. В неоднородный состав словаря входят нормативные, простые слова, обозначающие предметы, с которыми ребенок взаимодействует, которые были показаны ему родителями. Также это звукоподражательные и лепетноподобные слова, которые представляют собой соединение двух одинаковых слогов, произносящихся с одинаковым ударением (нет преобладания ударного) [9, 19, 20, 24, 30].

Для начального этапа усвоения звуков характерна неустойчивость артикуляции. Новые элементы появляются группами, а порядок усвоения групп согласных находится в зависимости от артикуляционных звуков, составляющих эти группы. А.Н. Гвоздев говорил, что отсутствующие в произношении звуки в процессе развития речи замещаются другими звуками, более простыми для ребенка [19].

Характерной особенностью детской речи до трехлетнего возраста является то, что многие звуки опускаются или замещаются близкими по звучанию или артикуляции. Это происходит потому, что артикуляция звуков вырабатывается постепенно, а также потому что восприятие речи далеко не совершенно. Дети говорят слова, состоящие из доступных звуков:

а) Раннего онтогенеза: гласные [а], [о], [у], [и], согласные [м], [п], [б], [т], [д], [н], [к], [г], [х], [с], [-j]; б) среднего онтогенеза речи: гласный ы, дифференциация по мягкости, твердости, озвончение всех согласных, [л']; в) позднего онтогенеза речи: [р], [р'], [ш], [ж], [ч], [щ] (требующие поднятия передней части языка), [л], [ц].

Наиболее характерным речевым недостатком для детей этого возраста является смягчение речи. Многие трехлетние дети заменяют шипящие звуки на свистящие, заменяют соноры, так как не могут произнести их. Произнесение слов в этом возрасте имеет особенности. Часто в слове тяжелый для произнесения звук заменяется другим, имеющимся в том же слове. Иногда эти замены не связаны с трудностью произношения звука:

просто один звук уподобляется другому, так как ребенок быстрее его усвоил. Часто дети переставляют звуки и слоги в словах, наряду с правильным произношением наблюдаются нарушения звукопроизношения. В среднем дошкольном возрасте из речи ребенка почти исчезает смягчение. Ребенок заменяет новым звуком те звуки, которые сами раньше являлись заменителями. В старшем дошкольном возрасте ребенок способен замечать особенности произношения у других детей и некоторые недостатки в своей речи [8].

А.Н. Гвоздев говорил, что овладение фонемным составом языка зависит от степени сложности артикуляции звуков [8]. Важно при этом, насколько хорошо ребенок дифференцирует смешиваемые звуки.

По мнению ряда ученых (Т.В. Волосовец, Р.И. Лалаева, Н.Ю. Григоренко, М.Л. Стебелькова, О.В. Правдина и другие), для правильного произношения ребенком звука требуется точная координированная работа всех частей речедвигательного и речеслухового анализаторов [6, 10, 17, 24]. У большинства трехлетних детей встречаются временные физиологические недостатки звукопроизношения, которые обуславливаются тем, что центральный слуховой и речевой аппараты недостаточно полно функционируют. Важнейшим условием правильного произношения звуков является подвижность органов артикуляции. Ученые также указывают на то, что три-четыре года - это период, когда дети начинают интересоваться звуковой стороной речи.

Ж.М. Флерова, ссылаясь на работу М.Ф. Фомичевой, указывает, что в условиях адекватного речевого воспитания и при отсутствии органических недостатков речи ребенок к шести годам овладевает всеми звуками родного языка и может правильно употребить их в речи [40].

Длительность усвоения правильного звукопроизношения у каждого ребенка происходит индивидуально: один ребенок может правильно произносить все звуки к 3 - 4 годам, другой может усвоить их к 5 - 6 годам [8].

Ссылаясь на исследование Ж.М. Флеровой [40], в работах Г.Л. Розенгард-Пупко указывается на возможность выделения 2 этапов формирования речи: до 2-х лет - подготовительный; от 2-х лет и далее - этап самостоятельного становления речи.

Опираясь на исследования А.А. Леонтьева, можно условно выделить 4 ведущих периода речевого развития: подготовительный, преддошкольный, дошкольный и школьный.

Ссылаясь на исследование Ж.М. Флеровой, Н.Х. Швачкин писал, что фонематическое восприятие, которое имеет также важное значение для правильного произношения, дети должны усвоить уже к 3 годам [40].

Таким образом, развитие детской речи представляет собой достаточно сложный и многообразный процесс. Дети постепенно овладевают звукопроизношением, звукослоговой структурой, лексикой и грамматическим строем (словоизменением, словообразованием, постепенно расширяется число употребляемых синтаксических конструкций и увеличивается их число). Ввиду того, что одни языковые группы усваиваются раньше, другие - позже, на различных стадиях развития детской речи одни элементы языка оказываются уже усвоенными, а другие - лишь частично.

1.2. Классификация и механизмы дислалии у старших дошкольников

В зависимости от локализации нарушения и причин, обуславливающих дефект звукопроизношения, выделяют две основные формы дислалии:

- 1) функциональная дислалия, к которой относятся дефекты воспроизведения звуков речи (фонем) при отсутствии органических нарушений в строении артикуляционного аппарата;
- 2) механическая дислалия – нарушенное звукопроизношение, обусловленное анатомическими дефектами периферического аппарата речи (органов артикуляции). Ее иногда называют органической.

В основе функциональных дислалий нет так называемых, т.е. структурных, нарушений центральной нервной системы, а патологический механизм речи складывается в результате различных нейродинамических нарушений в коре больших полушарий, которые приводят к ослаблению дифференцировочного торможения в речедвигательном и речеслуховом анализаторах. При функциональных дислалиях нарушается произношение только согласных звуков. Может наблюдаться расстройство отдельного звука или нескольких звуков из разных фонетических групп.

Фонетические расстройства могут проявляться:

- 1) в отсутствии звуков;
- 2) в искажениях;
- 3) в заменах.

Среди замен можно выделить:

а) замены звуков, одинаковых по способу образования, но различных по месту артикуляции, например, замена взрывных заднеязычных [к] и [г] взрывными переднеязычными [т] и [д];

б) замены звуков, одинаковых по месту артикуляции, но различных по способу образования, например, замена фрикативного переднеязычного с переднеязычными взрывными [т];

в) замены звуков, одинаковых по способу образования, но различных по участию органов артикуляции, например, замена язычного с губно-зубными [ф];

г) замены звуков, одинаковых по месту и способу образования, но различающихся по участию голоса, например, замена звонких звуков глухими; д) замены звуков, одинаковых по способу образования и по активнодействующему органу, но различающихся по признаку твердости и мягкости, например, замена мягких твердыми и твердых мягкими [24, 42].

В современных работах по логопедии, где ученые основываются на положения лингвистики, дефекты звукопроизношения делятся на две разноуровневые категории. Так, замены и смешения звуков предлагается

оценивать, как фонологические (по Ф.Ф. Рау [28].), или фонематические по Р.Е. Левиной. Искажения звуков оцениваются как антропофонические (по Ф.Ф. Рау [28]), или фонетические дефекты (по Р.Е. Левиной), при которых нарушается произносительная норма речи.

Фонетические нарушения могут различаться по частоте случаев. Чаще всего дефекты произношения встречаются при формировании трудных по артикуляции звуков, к которым относятся язычные звуки, например: [р], [л], группа свистящих [с], [з], [ц] и группа шипящих [ш], [ж], [ч], [щ]. Твердые и мягкие пары согласных нарушаются в одинаковой степени.

Исходя из характера нарушения произношения, относящегося к определенной группе звуков, можно выделить следующие виды нарушений звукопроизношения:

1. Сигматизм – искажения произношения свистящих и шипящих звуков
2. Ротацизм-искажение произношения звуков [р], [р']. Замена [р] или [р'] другими звуками русского языка называется параротацизмом.
3. Ламбдацизм – искажение произношения звуков [л], [л']. Замена звука [л] другими звуками русского языка называется параламбдацизмом.
4. Каппацизм, гаммацизм или хитизм - искажения произношения заднеязычных звуков [к], [г], [х]. Замена звука к другими звуками русского языка носит название паракаппацизма, парагаммацизма и паракхитизма соответственно.
5. Йотацизм –искажения звука [j].

Кроме того, выделяются еще две группы расстройств произношения, связанные с фонетическими нарушениями. Это дефекты озвончения и дефекты смягчения.

Дефекты озвончения выражаются в нарушении шести пар согласных звуков: [п]-[б], [д]-[т], [ф]-[в], [с]-[з], [ш]-[щ], [к]-[г], противопоставленных по признакам глухости и звонкости [28].

Дефектам смягчения могут подвергаться различные согласные звуки, противопоставленные по твердости и мягкости, исключения составляют [ш], [ж], [ц] (нет мягких пар) и звуки [ч], [щ], [й] (нет твердых пар).

Внутри каждой групп ротацизмов, сигматизмов, ламбдацизмов и др. существует сложная классификация, на которой мы не будем останавливаться.

Дислалии могут проявляться различно: в тех случаях, когда дефектным оказывается отдельный звук, или, когда нарушение касается всех звуков одной фонетической группы, принято говорить о простой (мономорфной) дислалии. Если нарушение касается одновременно звуков из различных фонетических групп (свистящие и соноры), в таком случае принято говорить о сложных (полиморфных) дислалиях.

В отечественной и зарубежной литературе принято деление дислалии на две формы в зависимости от того, какие психофизиологические механизмы, принимающие участие в осуществлении речевых процессов, нарушены. Выделяют моторную и сенсорную дислалию (К.П. Беккер, М. Совак, М.Е. Хватцев, О.А.Токарева, О.В. Правдина и др.) [25]. Моторной дислалией принято называть ту группу дефектов произношения, при которой ярко проявляется моторная недостаточность артикуляционных движений, обусловленная нарушением речедвигательного анализатора. Сенсорной дислалией оправданно называть группу дефектов произношения, при которой проявляется сенсорная недостаточность (нарушение речеслухового анализатора). Возможна также и смешанная сенсомоторная недостаточность в структуре речевого дефекта в виду того, что между моторными и сенсорными актами существует тесная взаимосвязь (О.А. Токарева) [33].

На современном этапе развития логопедии квалификация дефекта опирается на совокупность критериев разных дисциплин, изучающих речь. Кроме того, важным является выделение таких признаков нарушения, которые существенны для логопедического воздействия, т.е. учет того, каким является дефект, фонематическим или фонетическим. Поэтому выделяются

три основные формы дислалии: акустико-фонематическая, артикуляторно-фонематическая и артикуляторно-фонетическая. К акустико-фонематической дислалии относятся дефекты звукового оформления речи, обусловленные избирательной несформированностью операций переработки фонем по их акустическим параметрам в сенсорном звене механизма восприятия речи. В основе нарушения лежит недостаточная сформированность фонематического слуха.

К артикуляторно-фонематической дислалии относятся дефекты звукового оформления речи, обусловленные избирательной несформированностью операций переработки фонем по их акустическим параметрам в сенсорном звене механизма восприятия речи. В основе нарушения лежит недостаточная сформированность фонематического слуха [25].

К артикуляторно-фонематической дислалии относятся дефекты, обусловленные несформированностью операций отбора фонем по их артикуляторным параметрам в моторном звене производства речи. При этой форме дислалии фонематическое восприятие у ребенка чаще всего сформировано полностью [25].

К артикуляторно-фонетической дислалии относятся дефекты звукового оформления речи, обусловленные неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями.

Комбинированные формы акустико-фонематических, артикуляторно-фонематических и артикуляторно-фонетических дислалий представляют собой особую группу, не сводимую к дислалиям как избирательному расстройству звукового оформления речи; они сочетаются с недоразвитием других сторон речи и наблюдаются на фоне органических поражений центральной нервной системы и психического развития [6, 25].

От механизма речевого нарушения зависит содержание логопедического воздействия. При одинаковой симптоматике нарушений речи возможны различные механизмы. Замены звуков при дислалии могут

быть обусловлены неточностью слуховой дифференциации, неразличением звуков на слух или заменой этих звуков вследствие недоразвития тонких артикуляторных движений.

1.3. Симптоматика и причины механической дислалии

Нарушения речи у детей имеют различное выражение и зависят от причин и структуры дефекта (Б.М. Гриншпун, Т.В. Волосовец, Р.И. Лалаева, О.А. Токарева, М.Е. Хватцев и др.).

При дислалии наряду с речевыми можно выделить и неречевые нарушения (О.В. Правдина, А.А. Елохина, В.В. Моругина). При соматическом обследовании у некоторых детей-дислаликов отличается бледность кожных покровов, некоторое отставание в росте.

При функциональных дислалиях преимущественно страдает только фонетическая сторона речи; дыхание, сердечная деятельность, моторика и голос не нарушаются.

В неврологическом статусе у детей грубых поражений центральной нервной системы обычно не бывает, только в отдельных случаях определялась органическая микросимптоматика. В основном наблюдалась легкая сглаженность той или другой носогубной складки, беспокойство языка при высовывании, затруднение при попытке коснуться кончиком языка верхней губы, неравномерность сухожильных рефлексов и общее беспокойство в позе Ромберга. Чаще наблюдается нарушение вегетативной нервной системы, которое проявляется в повышенной потливости ног и рук, в устойчивом расплывчатом красном дермографизме или в виде симптома Хвостека. Со стороны психики большинство детей-дислаликов обладали нормальным интеллектуальным развитием, за исключением отдельных случаев, когда имели место временные задержки психического развития. В отдельных случаях дислалии протекает на фоне олигофрении. Со стороны эмоционально-волевой сферы и характера выявляются незначительные

изменения. В дошкольном возрасте некоторые дети-дислалики отличаются повышенной возбудимостью или, наоборот, заторможенностью. Менее активны в коллективе, стесняются своего недостатка. Их речь может вызвать насмешки у сверстников, критические замечания у взрослых, что еще больше подавляет их и приводит к вторичным изменениям в характере. Рано может развиться раздражительность, плаксивость, обидчивость, а в единичных случаях и вспышки аффекта. Такие дети сами не могут справиться с плохой речью и, страдая от этого, реагируют непослушанием, агрессивным поведением [40].

В большинстве же случаев дети-дислалики легко входят в контакт, поведение адекватное, они активны, подвижны, занимаются охотно, без особого труда переключаются с одного вида деятельности на другой.

Одной из самых распространенных причин недостатков звукопроизношения при механической дислалии является неправильное строение периферического речевого аппарата. Наиболее часто встречаются дефекты произношения, обусловленные: 1) аномалиями зубочелюстной системы: диастемы между передними зубами (язык в момент речи может попадать в эти расщелины, искажая звукопроизношение); 2) отсутствием резцов или их аномалиями; 3) неправильным положением верхних или нижних резцов; 4) дефектами строения челюстей, что приводит к аномалиям прикуса: прогнатия (верхняя челюсть сужена и сильно вытянута вперед, вследствие этого нижние передние зубы не смыкаются с верхними); прогения (нижняя челюсть выступает вперед, передние зубы нижней челюсти выступают впереди передних зубов верхней челюсти); открытый прикус (между зубами верхней и нижней челюстей при их смыкании остается промежуток; в одних случаях промежуток бывает только между передними зубами, тогда как задние смыкаются нормально - передний открытый прикус; в других случаях передние зубы смыкаются нормально, а промежуток получается между боковыми зубами - боковой открытый прикус: он может быть двусторонним, левосторонним или правосторонним) [10; 44; 45].

Сравнительно частым дефектом развития является укороченная или слишком массивная уздечка языка (подъязычная связка), а также неправильное ее расположение (близко к кончику языка). При таком расстройстве отмечаются затруднения движений языком, что связано с фиксацией уздечкой кончика языка у дна ротовой полости, в то время как для произнесения верхнеязычных звуков язык должен подниматься. Кроме того, дислалия может быть вызвана патологическими изменениями величины и формы языка (либо слишком большим, едва уместяющимся во рту и от этого неповоротливым языком, либо, наоборот, слишком маленьким и узким языком, что тоже затрудняет правильную артикуляцию) [40].

На звукопроизношении также отрицательно сказывается и неправильное строение твердого и мягкого нёба. Узкое, слишком высокое (готическое), плоское или укороченное нёбо препятствует правильной артикуляции многих звуков [40, 43].

К неправильному произношению губных, губно-зубных, а также гласных звуков приводит атипичное строение губ (толстые, часто с отвислой нижней губой, или укороченная, малоподвижная верхняя губа).

Дислалия наступает также и вследствие недостаточной подвижности органов речевого аппарата: языка, губ, нижней челюсти. Может быть вызвана и неумением ребенка удерживать язык в нужном положении или быстро переходить от одного движения к другому.

Еще одной причиной дислалии является неправильное воспитание речи ребенка в семье. Неправильное произношение маленького ребенка не поправляют, а иногда даже культивируют, повторяя ошибки ребенка, что приводит к их закреплению [10; 44; 45].

Дефекты звукопроизношения у детей могут быть обусловлены и недоразвитием фонематического слуха. При этом у ребенка отмечаются затруднения в дифференциации звуков, различающихся между собой тонкими акустическими признаками. В результате надолго задерживается развитие правильного звукопроизношения у детей. В свою очередь

недостатки в произношении звуков, особенно если они выражаются в их замене или в смешении, могут затруднять формирование фонематического слуха и в дальнейшем стать причиной общего недоразвития речи и нарушений чтения и письма [8; 10; 44; 45].

Кроме того, причинами возникновения дислалии могут быть также: общая физическая ослабленность ребенка вследствие соматических заболеваний, протекающих в период наиболее интенсивного формирования речевой функции; задержка психического развития (минимальные мозговые дисфункции); двуязычие в семье (ребенок переносит особенности произношения одного языка на другой); педагогическая запущенность. Если взрослые не обращают внимания на развитие правильного звукопроизношения ребенка, не поправляют его ошибок в речи, сами говорят неправильно, нечетко, невнятно, не привлекают внимание ребенка к правильному произношению того или иного звука, то в этом случае его речь тормозит нормальное развитие произношения ребенка [8; 46].

Анализ литературы показывает, что дислалия имеет специфические особенности в группе других речевых расстройств и специально организованная работа по ее преодолению поможет оптимизировать логопедическое воздействие.

Выводы по I главе

Речевая функциональная система имеет сложную организацию, управление этой системой реализует центральная нервная система. Для внятной четкой речи необходимо полноценная работа ряда мозговых структур, правильное строение периферического отдела речевого аппарата (анатомическое), полноценная работа мышц, которые реализовывают движение разных органов, принимающих участие в артикуляции, полноценное фонематическое восприятие. Другими словами, речь как одна из высших психических функций требует полноценного развития моторного и сенсорного компонентов, лежащих в основе речевой функции.

Существуют разные периодизации становления речи. Анализ литературы показал, что дети постепенно овладевают звуковой стороной языка, в первую очередь усваиваются звуки раннего и среднего онтогенеза, далее дети овладевают звуками позднего онтогенеза (сначала свистящими, потом шипящими и сонорными позднего онтогенеза [P], [P'] и [Л]). В целом считается, что к 5-6 годам дети должны полностью овладеть правильным звукопроизношением. Фонематическое восприятие, которое имеет также важное значение для правильного произношения, дети должны усвоить уже к 3 годам.

Можно сказать, что знание закономерностей нормального развития детской речи позволяет вовремя заметить отклонения в ее формировании и принять ряд профилактических мероприятий или направить ребенка к специалистам, которые способны помочь ребенку преодолеть данное нарушение.

Существуют разные классификации дислалии. Наряду с функциональной, выделяется механическая (или органическая) дислалия. Механическая дислалия возникает при неполноценности строения периферического отдела артикуляционного аппарата. Несмотря на то, что дислалия относится к наиболее легким расстройствам фонетической

системы, механическая дислалия корректируется зачастую с трудом, так как не всегда удастся устранить или компенсировать аномалии в строении артикуляционного аппарата, что требует комплексного подхода разных специалистов, прежде всего логопеда, ортодонта, хирурга, а также родителей.

Можно сказать, что знание закономерностей нормального развития детской речи позволяет вовремя заметить отклонения в ее формировании и принять ряд профилактических мероприятий или направить ребенка к специалистам, которые способны помочь ребенку преодолеть данное нарушение.

ГЛАВА II. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ СФОРМИРОВАННОСТИ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА И ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ДИСЛАЛИЕЙ

2.1. Организация и методика исследования артикуляционного аппарата и звукопроизношения у старших дошкольников с механической дислалией

Нами было организовано экспериментальное исследование, которое проводилось на базе ортодонтического кабинета в ООО «Центр-М».

Для определения состава детей экспериментальной группы нами было обследовано звукопроизношение дошкольников с различными нарушениями в строении зубочелюстной системы. В состав экспериментальной группы были включены 20 детей старшего дошкольного возраста (5,5-6 лет) с механической дислалией (Приложение А).

Целью констатирующего эксперимента является: определение характера нарушений в строении периферического отдела речевого аппарата и дефектов произношения по типу механической дислалии у старших дошкольников с нарушениями в строении зубочелюстной системы и языка.

При отборе детей в состав экспериментальной группы учитывались следующие критерии:

- возраст детей (5,5 - 6 лет);
- отсутствие у них дефектов произношения звуков раннего онтогенеза;
- наличие дефектов звукопроизношения звуков позднего онтогенеза;
- наличие нарушений в строении периферического отдела речевого аппарата;
- отсутствие неврологической микросимптоматики (со слов родителей и в ходе наблюдения и осмотра) и проблем в познавательной деятельности (со слов родителей и в ходе оценки медицинской документации (при ее наличии)).

Сначала мы предлагали родителям заполнить письменное разрешение на ортодонтическое и логопедическое обследование, а также небольшую анкету, целью которой было выявить не только отклонения в раннем речевом развитии ребенка, но и жалобы на звукопроизношение, обращались ли родители за помощью к логопеду или нет, есть ли у ребенка дизартрия, диагностированная неврологом. В связи с этим пока ортодонт осматривал ребенка, родители заполняли анкету (Приложение Б).

Кроме того, мы осуществляли наблюдение за детьми, знакомство с ними, проводили беседу с родителями о психофизических особенностях, об особенностях речи, наличии или отсутствии проблем в познавательной деятельности, о наличии речевых нарушений у детей.

Для решения поставленных задач мы также первично беседовали с ребенком, чтобы установить с ним контакт и выявить, есть ли у ребенка какие-нибудь дефекты произношения. Для этого мы задавали стандартные вопросы для выяснения сформированности знаний ребенка об окружающем:

- Как тебя зовут?
- С кем ты пришел?
- Ты не боишься доктора?
- Есть ли у тебя дома животные?
- Как зовут твоих родителей? и т.п.

После осмотра ребенка совместно с ортодонтом на предмет строения зубочелюстной системы мы давали ребенку ряд заданий в соответствии содержанием методики констатирующего эксперимента, изложенной ниже. Если ребенок уставал, мы меняли вид деятельности, использовали картинный материал (при исследовании звукопроизношения) или прекращали эксперимент (продолжали его при последующем визите ортодонта).

По итогам наблюдений за детьми, изучения медицинской документации, а также бесед с родителями нами были получены следующие данные об испытуемых констатирующего эксперимента.

Результат анализа анкет родителей детей, а также осмотр детей позволили показать сделать ряд выводов: большинство детей экспериментальной группы (далее – ЭГ) из полных семей (80%), посещают детский сад (90%), на момент ортодонтического осмотра логопеда не посещали, дефектов звукопроизношения родители в большинстве случаев (70%) не замечали.

Анализ перинатального развития детей показал, что серьезных отклонений во внутриутробном и раннем развитии детей этой группы выявлено не было. Лишь у 3 детей (15% случаев) была отмечена задержка речевого развития (первые слова в 1,5 года, фраза в 2,5), у одного (5%) отмечалась, со слов матери, задержка раннего речевого развития (лепет появится в возрасте 8 месяцев), у матери 1 ребенка (5%) был токсикоз второй половины беременности, еще у одной мамы (5%) была угроза выкидыша в первой половине беременности, две мамы (10%) перенесли ОРВИ во втором триместре.

Одна мама перенесла сильный стресс во время беременности, связанный с разводом, у одной мамы было обострение хронического пиелонефрита, 2 детей (10% случаев) долго сосали соску. Среди детей, вошедших в состав экспериментальной группы, 5 человек (25% случаев) стояли на учете у ортопеда по поводу сколиоза и плоско-вальгусных стоп, 1 (5% случаев) – у хирурга по поводу паховой грыжи, 1 у гастроэнтеролога (гастрит), 1 у отоларинголога по поводу аденоидов, 1– у аллерголога, 1 у окулиста по поводу астигматизма, 1 у ревматолога (по поводу артропатии).

В целом все дети, принявшие участие в эксперименте, были достаточно контактны, с охотой отвечали на вопросы экспериментатора, были заинтересованы в результате, часто прибегали к самокоррекции.

Подробные анамнестические сведения об испытуемых представлены в приложении В.

Эксперимент проводился в спокойной, доброжелательной обстановке в индивидуальной форме. Инструкция предлагалась в устной форме, по

возможности с применением наглядности. Полученные диагностические данные (ответы детей) фиксировались в диагностических протоколах. При проведении констатирующего эксперимента задания соответствовали возрастным интересам и познавательным возможностям детей.

Поскольку констатирующий эксперимент был ограничен во времени (дети приходили на прием к ортодонту в стоматологическую поликлинику), было решено организовать эксперимент так, чтобы уместить обследование в 1-2 встречи продолжительностью по 15-20 минут. В результате мы подобрали экспресс методику для диагностики состояния звукопроизношения и механизмов их возможных нарушений. Нам также важно было дифференцировать механическую дислалию от стертой дизартрии, поскольку целью исследования было выявление влияния аномалий в строении артикуляционного аппарата, и особенно строения зубочелюстной системы на звукопроизношение.

Эксперимент проводился в несколько этапов:

На первом этапе проводилась беседа с родителями чтобы установить цель визита к ортодонту, наличие жалоб на звукопроизношение и бралось письменное разрешение на исследование состояния звукопроизношения ребенка логопедом и анатомического строения артикуляционного аппарата, а также на лечение ортодонтom, проводилось анкетирование родителей.

На втором этапе проводилось обследование состояния звукопроизношения, артикуляционной моторики и анатомического строения периферического отдела артикуляционного аппарата с целью выявления детей дошкольного возраста с механической дислалией, а также определения характера нарушений звукопроизношений и возможных механизмов данного расстройства. Выявленные нарушения заносились в индивидуальные протоколы. Также проводился анализ полученных данных и их интерпретация с целью разработки направлений и содержания дальнейшей логопедической работы и возможной помощи в виде ортодонтического лечения в данном возрасте для сокращения сроков логопедической работы.

На третьем этапе проводилось консультирование родителей по поводу возможной ортодонтической и логопедической помощи детям, а также обобщались и оформлялись результаты исследования.

Констатирующий эксперимент базируется на ряде научно-теоретических положений и принципов:

– положение о связи речеслухового и речедвигательного анализаторов (В.И. Бельтюков, О.В. Правдина). Исходя из этого мы использовали задания, направленные на диагностику состояния фонематического восприятия, а также кинетической и кинестетической основ артикуляционных движений;

– положение о комплексном подходе к диагностике нарушений речи, в частности механической дислалии (ортодонта, логопеда) (Л.С. Волкова, Г.В. Чиркина и др);

– принцип учета ведущей деятельности, в связи с чем целесообразно проводить обследование в игровой форме (Г.В. Чиркина, Т.Б. Филичева и др);

– принцип смены видов деятельности, согласно которому необходимо чередовать задания, избегать утомления. Для реализации данного принципа мы подбирали небольшое число заданий, старались переключать внимание ребенка.

В основу эксперимента были положены методические разработки и рекомендации таких ученых как Т.А. Фотекова, Т.В. Ахутина, Р.И. Лалаева, М.И. Козлова, Г.В. Чиркина в адаптированном для достижения поставленных в исследовании задач варианте.

Констатирующий этап эксперимента состоял из следующих заданий:

1. исследование состояния звукопроизношения,
2. исследование строения периферического отдела речевого аппарата,
3. исследование слухо-произносительной дифференциации фонем
4. исследование кинестетической основы движений артикуляционного аппарата.

5. Исследование кинетической основы движений артикуляционного аппарата.

Для оценки выполнения заданий используется балльная система, предложенная Т.В. Ахутиной и Т.А. Фотековой.

Максимальный балл по каждому заданию - 30.

Кроме того, предполагалось проводить качественный анализ допущенных детьми ошибок.

Основными критериями оценки являются:

- число ошибок того или иного вида,
- качественный анализ ошибок.

Методика исследования

1 задание. Исследование строения периферического отдела речевого аппарата (по М.И. Козловой [15]).

Цель: уточнить наличие и характер нарушений в строении периферического отдела речевого аппарата, влияющих на звукопроизношение

Инструкция: «Сожми зубки и улыбнись; открой рот, закрой; открой рот и скажи звук [А]».

Процедура: экспериментатор просит ребенка открыть рот, закрыть, улыбнуться, обнажая зубы (или механически отодвигает губы в стороны), открыть рот и сказать звук [А], при необходимости проводит пальпацию. При необходимости ребенка просят сжать губы (чтобы оценить смыкаемость губ при короткой уздечке верхней губы).

При этом оценивается состояние:

1. губ (наличие рубцов, расщелин, длины уздечки верхней губы),
2. языка (величины языка, подъязычной уздечки),
3. зубов (размер зубов, наличия зубов и их положения; наличие или отсутствие диастем)
4. прикуса (прямого, прогении, прогнатии, перекрёстного, открытого, глубокого прикуса), наличие расщелин, в том числе субмукозных,

послеоперационных рубцов, соотношение размеров верхней и нижней челюстей,

5. нёба (мягкого и твердого) и увулы.

Все результаты заносятся в протокол.

Критерии оценки были разработаны самостоятельно.

Оценка:

6 - отсутствие отклонений в строении каждого из оцениваемого компонента;

4 - не тяжелые отклонения в строении (например, умеренно глубокий прикус, рубцы губ или челюсти, не влияющие на произношение, отсутствие 1-2 боковых зубов);

2 - наличие отклонений в строении, не влияющих на звукопроизношение;

0 - наличие отклонений в строении артикуляционного аппарата, влияющие на произнесение той или иной группы звуков.

Максимальная оценка - 30 баллов.

2 задание. Исследование звукопроизношения (по Т.А. Фотековой, Т.В. Ахутиной [41])

Цель: выяснить наличие и характер нарушений звукопроизношения

Инструкция: «Повторяй за мной слова» (перечень слов представлен в Приложении Б)

Процедура: экспериментатор предлагает повторить за ним слова с опорой на соответствующие картинки

При необходимости можно уточнить произношение других согласных звуков (губных [Б], [М], [В]; задненебных [Г], [К], [Х], [Й], переднеязычных [Т], [Н], [Д]). Все звуки условно разделены на пять групп: свистящие; шипящие; [Л], [Л']; [Р], [Р']; все остальные звуки. Каждая из выделенных пяти групп оценивается отдельно, полученные баллы суммируются.

Оценка:

6 – нормативное произношение всех звуков группы;

4 – все звуки произносятся правильно, но в спонтанной речи один звук или несколько звуков группы подвергаются искажениям или заменам (то есть недостаточно автоматизированы);

2 – искажается или заменяется во всех речевых ситуациях только один звук группы;

0 – искажаются или заменяются либо несколько звуков группы, либо все звуки.

О произношении каждого звука в разной позиции и при разной степени самостоятельности речи можно судить по ходу дальнейшего обследования. Таким образом, окончательная оценка звукопроизношения осуществляется по результатам обследования в целом.

Максимальная оценка – 30 баллов.

Кроме того, как предлагает Г.В. Чиркина [46], при обследовании звукопроизношения нужно учитывать характер произнесения отдельных звуков, указывая вид нарушения (например: призубный сигматизм свистящих [С], [З], замена [Ш] на [С] (парасигматизм) и т.п. Для уточнения характера звукопроизношения в случае затруднения анализа вида расстройства предлагают изолированно несколько раз произнести тот или иной звук. Это создает условия, облегчающие переключения с одной артикуляционной позы на другую. Подобные трудности наблюдаются при стертой дизартрии. Мы же в исследовании на начальном этапе должны исключить из экспериментальной группы детей со стертой дизартрией. Таким образом, для качественной оценки дефектов произношения предполагалось оценивать не только количество нарушенных звуков, но и вид нарушений.

3 задание. Исследование слухо-произносительной дифференциации фонем (по Т.А. Фотековой, Т.В. Ахутиной) [41].

Цель: оценить, как серийную организацию речевых движений, так и особенности фонематического восприятия.

Процедура: экспериментатор предлагает повторить слоги, лицо экспериментатора экранируется (закрывается).

Инструкция: «Повторяй за мной слоги»:

Речевой материал: (представлен в Приложении Б)

Это задание позволяет оценить, как серийную организацию речевых движений, так и особенности фонематического восприятия. Предъявляется вначале первый член пары (а-и-у), который воспроизводится ребенком. Следом в таком же режиме предъявляется второй член (у-а-и). В этой серии оцениваются только 10 проб, выделенных жирным шрифтом. Речевой материал был нами дополнен.

Оценка

3 – точное и правильное воспроизведение в темпе предъявления;

2 – напряженное или замедленное воспроизведение;

1 – уподобление слогов с самокоррекцией;

0 – уподобление, искажение, сокращение количества слогов или отказ.

Максимальная оценка – 30 баллов.

4. задание. Исследование кинестетической основы артикуляторных движений (по Р.И. Лалаевой [17]) в сокращенном варианте

Цель: выявление умения ребенка определять положение языка, губ в процессе произношения звуков речи без опоры на зрительный контроль.

Инструкция, процедура:

1. экспериментатор касается верхней губы ребенка и дает задание: «Положи сюда кончик языка»;

2. определение положения кончика языка при произнесении звука [Н]. «Произнеси звук [Н] и скажи, где находится кончик языка, за верхними или нижними зубами»;

3. определение положения кончика языка при произнесении звука [С]. «Произнеси звук [С] и скажи, где находится кончик языка, за верхними или нижними зубами»;

4. определение положения губ при произнесении звука [И].
«Произнеси звук [И] и скажи, в каком положении губы при произношении этого звука»;

5. определение положения губ при произнесении звука [У].
«Произнеси звук [У] и скажи, в каком положении губы при произношении этого звука»;

Критериями оценок в данном блоке исследования служат следующие параметры артикуляторных движений: тонус, активность и объем движений, точность выполнения, длительность удержания положений, темп движений, переключаемость движений с одного на другое, наличие сопутствующих движений, наличие саливации.

Оценка проводилась по следующей балльной системе:

6 – точное и правильное определение положения органов артикуляционного аппарата в темпе предъявления;

4 – замедленное определение положения органов артикуляционного аппарата;

2 – определение положения органов артикуляционного аппарата с самокоррекцией;

0 – ошибки при определении положения органов артикуляции или отказ.

Максимальный балл: 30

5 задание. Исследование кинетической основы артикуляторных движений (по Р.И. Лалаевой [17]) в сокращенном варианте.

Цель: определить сформированность кинетической основ артикуляционных движений

Процедура. Ребёнку нужно выполнить отдельные артикуляторные движения с опорой на зрительное восприятие (перед зеркалом).

Инструкция: «Я покажу тебе упражнения для губ и языка, а ты внимательно смотри и постарайся правильно повторить перед зеркалом».

1. растянуть губы в улыбку потом вытянуть губы трубочкой;

2. высунуть широкий язык-далее узкий язык;
3. сделать «чашечку»;
4. поднять язык на верхнюю губу;
5. поднять кончик языка за верхние зубы, за нижние зубы;

Оценка проводилась по следующей балльной системе:

6 -точное и правильное воспроизведение в темпе предъявления;

4 - напряженное или замедленное воспроизведение;

2 - неточное воспроизведение упражнений с самокоррекцией;

0 - замены движений, тремор, поиск артикуляционной позы,

синкинезии или отказ.

Максимальная оценка - 30 баллов.

Данный блок заданий также был несколько сокращен, критерии оценки были унифицированы.

Таким образом, предложенная методика исследования позволит выявить детей с механической дислалией, проанализировать наличие связи нарушений звукопроизношения с дефектами фонематического восприятия и нарушениями артикуляционной моторики.

2.2. Анализ результатов экспериментальной работы по выявлению особенностей сформированности артикуляционного аппарата и звукопроизношения у старших дошкольников с механической дислалией

По результатам диагностического обследования состояния артикуляционного аппарата были получены следующие данные. У детей выявлены разнообразные нарушения в строении периферического отдела речевого аппарата, что отражено в таблице 3 (Приложение Г).

Все обследованные нами дети имели те или иные нарушения в строении периферического речевого аппарата. Рассмотрим их ниже более подробно.

Так, среди детей с механической дислалией чаще всего встречались нарушения в строении прикуса и зубов. У 11 детей из 20 (в 55% случаев) отмечались следующие отклонения в строении зубов: у пятерых детей - отсутствовали передние зубы, причем у двоих отсутствовали единички и двойки как на верхней, так и на нижней челюсти, тройки были сильно поражены кариесом; у двоих испытуемых были мелкие зубы с большими промежутками между отдельными зубами, у двоих - наоборот крупные зубы, еще у двоих отсутствовали боковые зубы слева.

Аномалии в строении прикуса встречались у 90% детей. Рассмотрим, какие именно аномалии были зафиксированы у испытуемых: умеренный глубокий прикус, при котором зубы верхней челюсти не полностью (примерно на 2/3) перекрывают зубы нижней челюсти отмечался у 4-х обследованных детей, выраженный глубокий прикус с полным перекрытием зубных дуг отмечался у 2-х детей. Открытый прикус был зафиксирован у 4-х детей (в 2-х случаях передний открытый, в 2-х - передний боковой). Перекрестный прикус отмечался у 2-х детей, при этом челюсти не совпадали ни в одной проекции. Прямой прикус встретился у одного ребенка. Результаты балльной оценки по первому заданию представлены на рисунке 1.

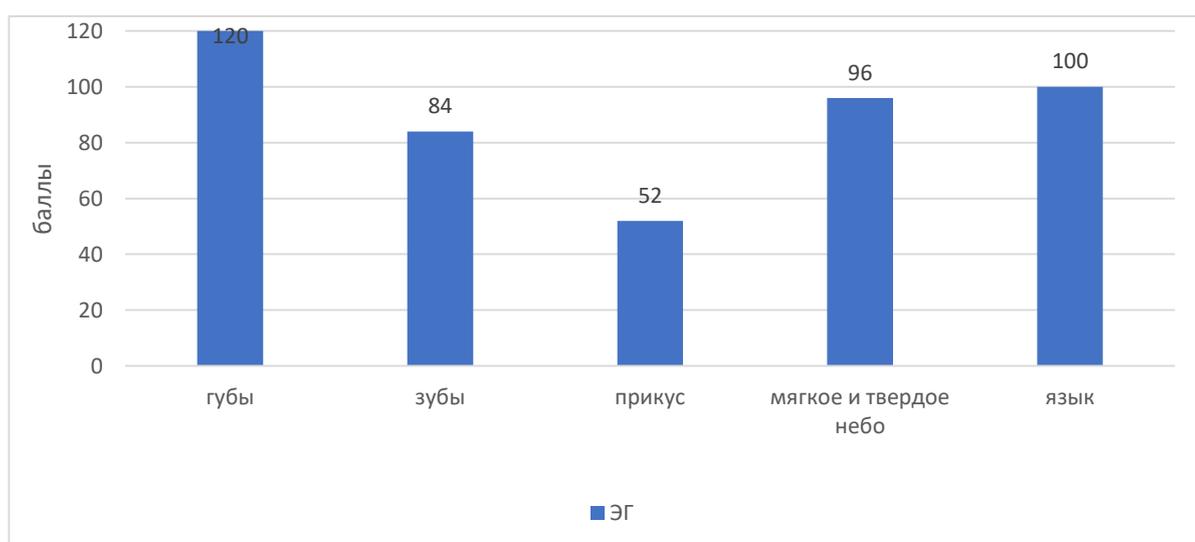


Рисунок 1. Результаты исследования строения периферического отдела речевого аппарата у детей

Согласно балльной оценке, больше всего нарушений в строении периферического артикуляционного аппарата встречалось в строении прикуса (сумма баллов составила 52), а также зубов (сумма баллов составила 84 из 120 возможных), Реже встречались нарушения в строении нёба и языка, о чем свидетельствует сумма баллов 96 и 100 соответственно). Прогения встречалась в 10% случаев, при этом нижняя челюсть существенно выдвигалась вперед по отношению к верхней челюсти. Прогнатия (или дистальный прикус), при котором значительно вперед выдвигается верхняя челюсть по сравнению с нижней была выявлена у 2 детей (10 %случаев). Данная аномалия может провоцировать трудности произнесения переднеязычных звуков верхнего подъема, когда язык располагается на альвеолах.

Верхняя протрузия, при которой зубы верхней челюсти выдвинуты вперед не встречалась у детей. Диастемы встречались в 10% случаев. Эта аномалия может провоцировать дополнительный присвист при произнесении, прежде всего, свистящих. Тремы, проявляющиеся в больших промежутках между зубами и возникающие чаще всего после удаления тех или иных зубов, у детей не зафиксированы.

Прямой прикус, при котором не происходит естественного перекрытия зубами верхней челюсти зубов нижней на 1/3, отмечался в 5 % случаев. Ротации отдельных зубов, заключающейся в изменении положения зуба, как бы скручивании его, у детей выявлено не было.

В строении мягкого и твердого неба аномалии встречались намного реже. Так, готическое небо было зафиксировано в 15%случаев у детей. Как правило, данная аномалия приводит к сужению верхней челюсти и к трудностям образования смычек и щелей при образовании звуков верхнего подъема. Низкое, куполообразное небо зафиксировано не было.

Аномалии в строении языка выявлены не были за исключением двух детей с укороченной уздечкой (10%). Этот дефект вызывал существенные

затруднения при поднятии языка вверх, что повлияло на образование звуков верхнего подъема.

Укороченная уздечка верхней губы не отмечалась, эта аномалия часто влияет на произнесение губно-губных звуков, но у детей не было выявлено нарушений произношения звуков раннего онтогенеза.

Сводные данные, представленные на рисунке 1, свидетельствуют о том, что дефекты в строении периферического отдела речевого аппарата у детей характеризуются схожей картиной: больше всего отклонений зафиксировано в строении прикуса, на втором месте - строение зубов и нёба. Отклонения в строении губ и языка встречались реже всего. Возможно, это связано с тем, что родители приводили детей на консультацию к ортодонту в связи именно с нарушениями в строении зубо -челюстной системы.

Результаты исследования звукопроизношения (задание 2) детей показало, что у всех были нарушены от 1 до 2 групп звуков. Таким образом, у 30% детей отмечались мономорфные дефекты звукопроизношения, у 70 % - полиморфные.

У всех испытуемых дефекты звукопроизношения касались звуков позднего онтогенеза, преимущественно сонорных звуков [Р] и [Л] (70 и 50%) и шипящих (40%), свистящих (30%). Результаты балльной оценки представлены на рисунке 2.

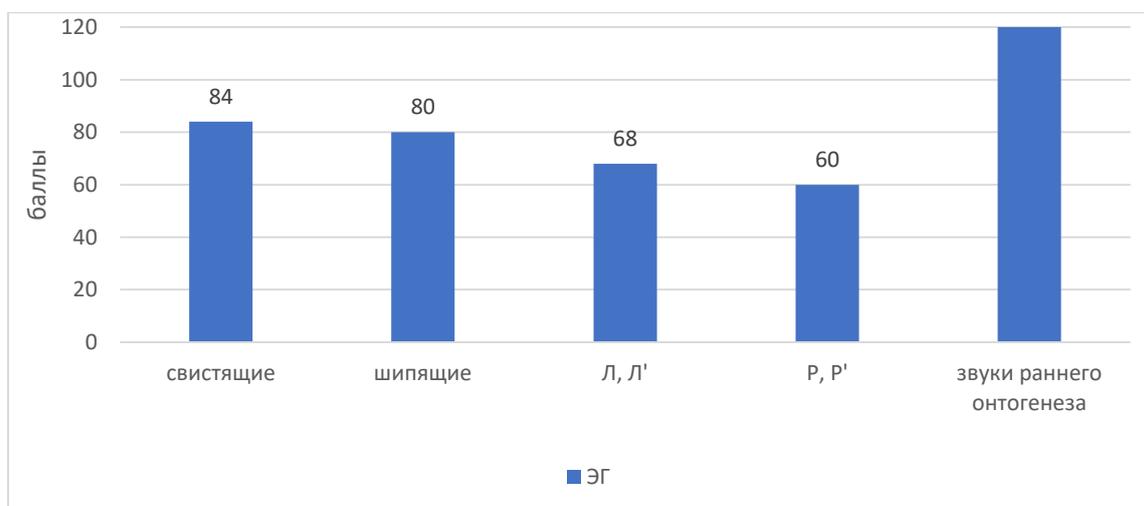


Рисунок 2. Результаты исследования состояния звукопроизношения у детей (в баллах)

Как показывает рисунок 2, самые высокие баллы детьми с механической дислалией были получены при оценке произношения звуков раннего онтогенеза, ошибок тут не было, поэтому сумма баллов у детей была максимально возможной. Этот факт не удивителен, так как звуки раннего онтогенеза не могут произноситься неверно при дислалии. Оценка состояния звукопроизношения детей также показала, что больше всего нарушений касалось сонорных звуков позднего онтогенеза, таких как [Л], [Р] (сумма баллов составила 68). Чаще всего встречался велярный ротацизм (у 7-х детей), параротацизм, связанный с заменой звука [Р] на [Л], [j], звука [Р'] на [j] (у 5-х детей), боковой ротацизм (2 случая при боковом открытом прикусе) (рисунок 3). Во всех этих случаях, за исключением случаев бокового ротацизма, дефект произношения вибрантов был спровоцирован аномалиями в строении подъязычной уздечки и готическим небом (2 случая или 10%), готическим небом и глубоким прикусом (2 случая), перекрестным прикусом (10% случаев), отсутствием передних зубов (4 случая), прогнатией, осложненной готическим небом (4 случая).



Рисунок 3. Численность и соотношение дефектов произношения вибрантов у детей с механической дислалией

Дефекты произношения звуков [Л] и [Л'] распространялись во всех случаях только на твердый звук [Л]. Подобные дефекты встречались у 50% детей. У них отмечались губно-губной ламбдацизм (у двоих детей или в 10% случаев), межзубный ламбдацизм (у двоих детей или в 10% случаев), параламбдацизм (10% случаев), отсутствие звука [Л] (у 4 детей или в 20% случаев). Оценка причин возникновения нарушений произношения звука [Л] показал, что эти дефекты связаны с прогенией, передним открытым прикусом, готическим небом, прогнатией, отсутствием передних зубов соответственно. Численное соотношение различных дефектов произношения звука [Л] представлено на рисунке 4.



Рисунок 4. Численность и соотношение дефектов произношения звука Л у детей с механической дислалией

Оценка дефектов произношения свистящих звуков показала, что, во-первых, нарушения этой группы звуков наблюдались в 6 случаях (в 30% случаев), из них в 4-х отмечались замены звуков ([С] на [Т'] либо [С] на [Ш]), в 2-х случаях- губно-зубной сигматизм. Факторами, которые обусловили данные дефекты, очевидно, послужили следующие: прогения, прогнатия, глубокий прикус. Соотношение этих нарушений наглядно представлено на рисунке 5.



Рисунок 5. Численность и соотношение дефектов произношения свистящих у детей с механической дислалией

Оценка дефектов произношения шипящих звуков показала, что, во-первых, нарушения этой группы звуков наблюдались в 8-и случаях, из них в 4-х случаях (50%) отмечались замены звуков ([Ш] на [С], [Ж] на [З]; [Ш] на [Ф], [Ж] на [В]), в 4-х случаях (50% случаев) - искажения или сигматизмы шипящих. В качестве предрасполагающих факторов, провоцирующих данные нарушения, можно выделить следующие: перекрестный прикус, отсутствие передних зубов, прогения, выраженный глубокий прикус, готическое небо. Соотношение этих нарушений представлены на рисунке 6.



Рисунок 6. Численность и соотношение дефектов произношения шипящих у детей с механической дислалией

Таким образом, можно утверждать, что

Результаты выполнения третьего задания методики, направленного на исследование состояния слухо-произносительной дифференциации фонем, показали, что в целом дети ЭГ справились с ним достаточно успешно, о чем свидетельствуют средние баллы (рисунок 7). Отдельные ошибки наблюдались у детей ЭГ при повторении серий слогов, отличающихся звонкостью-глухостью, фонем [Р] и [Л], аффрикат и их составляющих. Ошибки были связаны с заменой слогов с оппозиционными фонемами, но эти ошибки чаще всего самостоятельно исправлялись детьми, то есть они прибегали к самокоррекции. В 60% случаев баллы были снижены за замедленное, напряженное повторение цепочек слогов. Таким образом, нельзя говорить о том, что у детей снижено фонематическое восприятие. Надо отметить, что ошибки, связанные с аналогичными заменами в произношении, нами не учитывались.

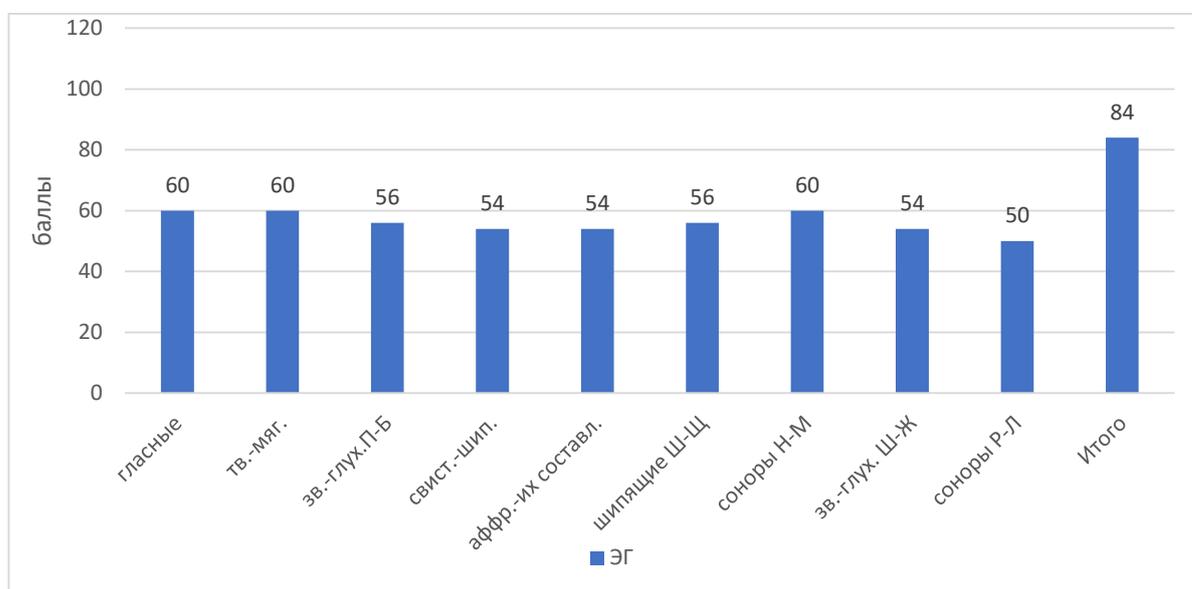


Рисунок 7. Результаты исследования слухо-произносительной дифференциации фонем у детей с механической дислалией

Приступим к анализу результатов выполнения четвертого задания методики, направленного на исследование кинетической и кинестетической основ организации движений. Этот раздел был нами использован для того, чтобы от дифференцировать механическую дислалию от стертой дизартрии.

Результаты выполнения задания 4 (исследование кинестетической основы артикуляционных движений) показали, что дети обеих групп при выполнении ряда заданий затруднялись ответить, что происходит с губами и языком при произнесении того или иного звука. Самым лёгким оказалось первое задание, когда экспериментатор дотрагивался до верхней губы и просил указать, до чего он дотронулся. Тут ошибок не было.

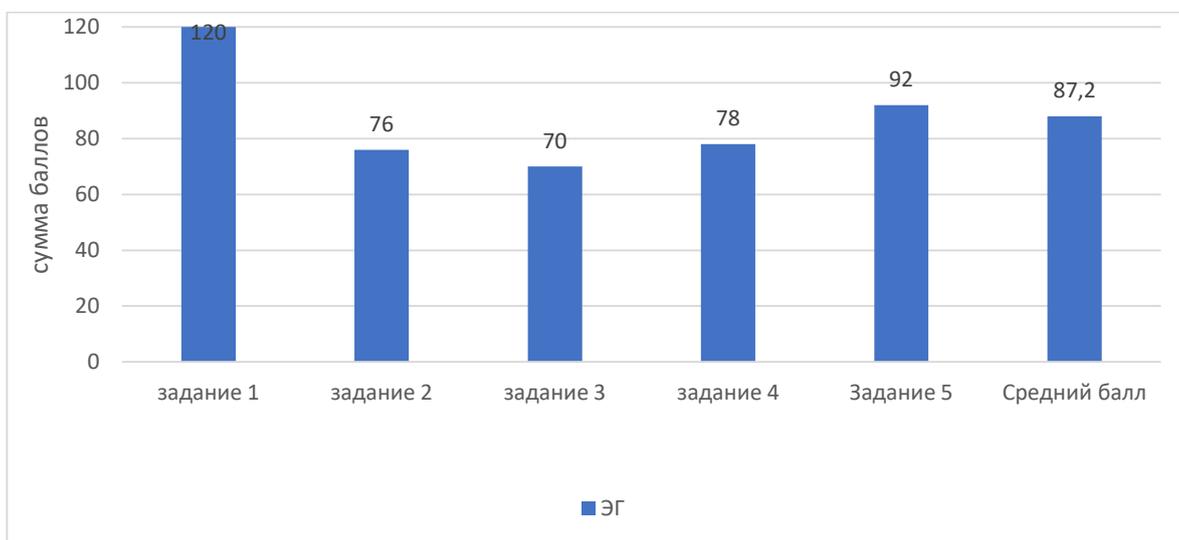


Рисунок 8. Результаты исследования кинестетической основы артикуляторных движений

Когда же требовалось почувствовать, что происходит с губами при произнесении звуков [И] и [У], ошибки были единичными. Однако дети в большинстве случаев не сразу давали ответ, поэтому их ответы оценивались в 2 балла вместо 3. Сложнее всего детям было определить, где находится язык при произнесении согласных. Правильные ответы дали лишь 30% детей. В остальных случаях дети либо допускали ошибки, либо отказывались или долго думали. Исходя из этого, можно сделать вывод, что дети недостаточно хорошо определяют, где расположен язык при произнесении

звуков, то есть кинестетическая основа двигательного акта сформирована недостаточно. Средний балл выполнении заданий на кинетическую основу двигательного акта составил 4,4 балла, средняя сумма баллов 87,2 балла.

Результаты выполнения задания 5 (исследование кинетической основы артикуляционных движений) направленного на исследование кинетической организации двигательного акта, показали, что этот аспект был сформирован у большинства испытуемых лучше, чем кинестетический (рисунок 9).

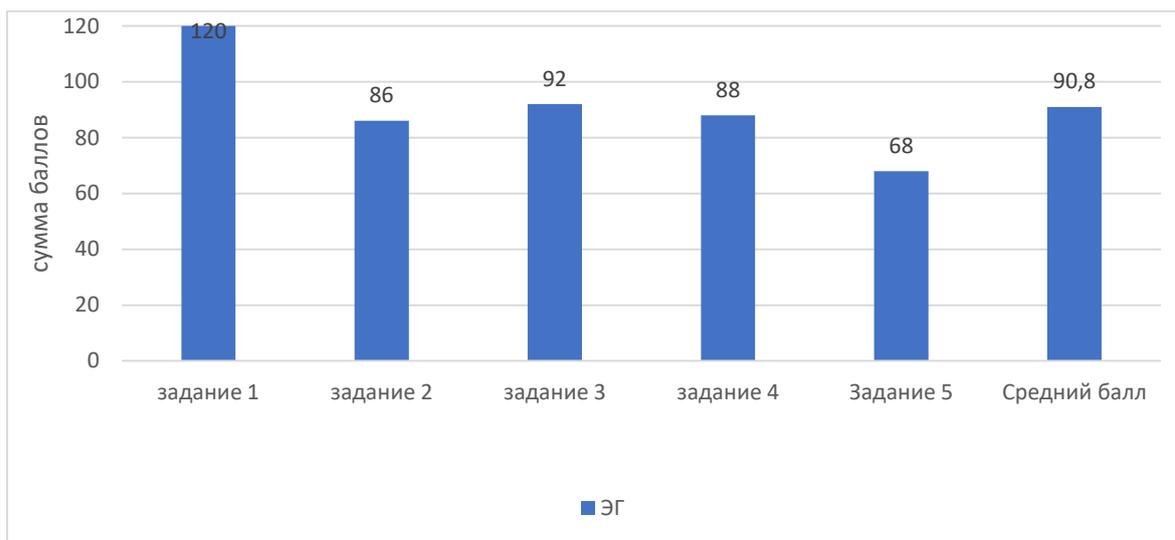


Рисунок 9. Результаты исследования кинетической основы артикуляторных движений

Как видно из рисунка 9, дети с механической дислалией свободно выполняли артикуляционные движения, больше всего трудностей вызвало последнее задание (поставить язык за нижние, потом за верхние зубы): 3 детей выполняли его замедленно, еще троим потребовалась самокоррекция. Лучше всего дети справились с заданием для губ (улыбка- хоботок). У 2 детей были немного неуверенные движения при выполнении чашечки и при необходимости поместить язык на верхнюю губу. Сумма баллов при выполнении этого задания составил 90,8, средний балл - 4,5 (из 6 возможных) (см. рисунок 9). На рисунке 9 представлено распределение суммы баллов по разным заданиям этого блока.

Сравнительный анализ результатов выполнения всех заданий методики показал, что условно детей, принявших участие в эксперименте, можно условно разделить на несколько групп в зависимости от успешности выполнения всех заданий методики.

Высокий уровень: от 160 до 180 баллов

Выше среднего уровень: от 140-159 баллов

Средний уровень: от 100 до 139 баллов

Низкий уровень: ниже 100 баллов

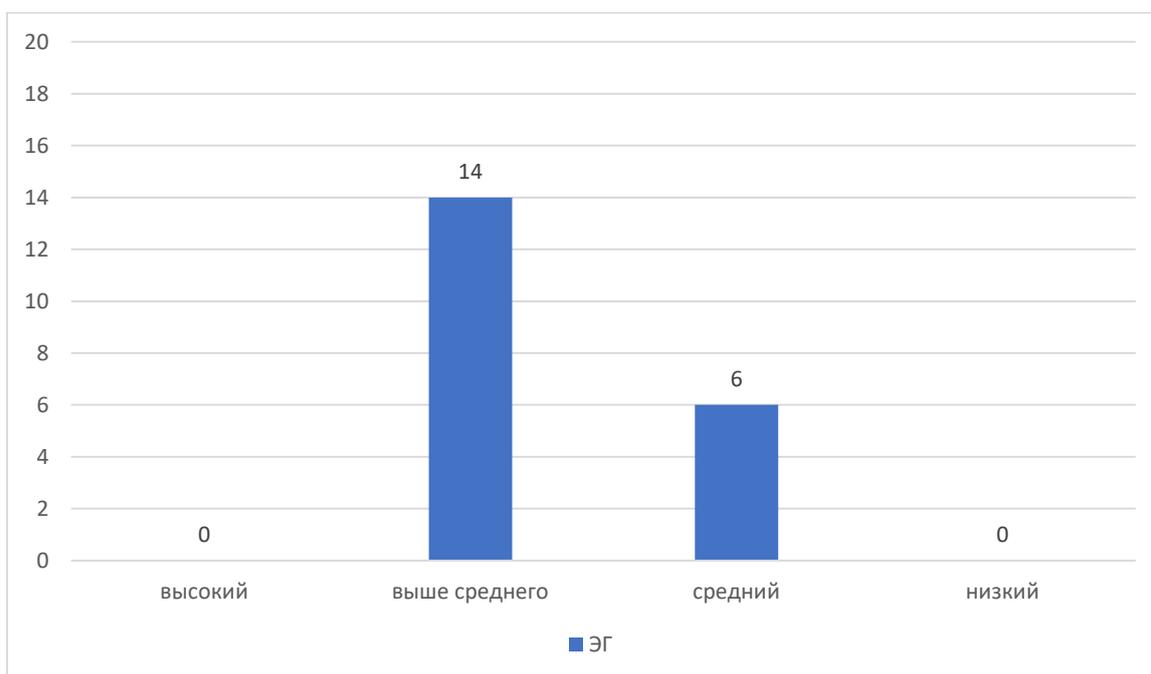


Рисунок 10. Уровни выполнения заданий методики детьми с механической дислалией

Как видно из рисунка 10, никто из испытуемых не оказался на высоком уровне выполнения заданий методики. Ошибки у таких детей могут быть лишь спорадическими, состояние звукопроизношения должно быть в норме, могут только наблюдаться нарушения в строении зубочелюстной системы.

На уровне выше среднего по итогам выполнения заданий оказались 14 детей с механической дислалией. У них наблюдались помимо нарушений в строении периферического отдела речевого аппарата, дефекты произношения одной группы звуков, нарушения дифференциации фонем по не более чем

одному дифференциальному признаку, а также в ряде случаев трудности определения положения языка при выполнении отдельных упражнений.

На среднем уровне по итогам выполнения задания находились 6 испытуемых. У них помимо нарушений в строении периферического отдела речевого аппарата отмечались полиморфные нарушения звукопроизношения, более частотные ошибки в слухо-произносительной дифференциации фонем по более чем 1 признаку, недостатки в определении положения языка при произнесении согласных, в ряде случаев трудности выполнения заданий на кинетическую организацию движений.

Низкий уровень, при котором наблюдаются помимо грубых нарушений в строении периферического отдела речевого аппарата, грубые нарушения звукопроизношения, нарушения фонематического восприятия большого количества звуков, выраженные трудности в кинетической и кинестетической организации двигательного акта, не был характерен для детей с механической дислалией, принявших участие в эксперименте.

Все это позволит разработать методические рекомендации к проведению логопедической работы.

2.3. Методические рекомендации по преодолению нарушений звукопроизношения у дошкольников с механической дислалией

Проведя анализ результатов констатирующего эксперимента нами были получены данные о необходимости проведения коррекционной работы. На основе этих данных нами были составлены методические рекомендации по нормализации строения периферического отдела артикуляционного аппарата, коррекции звукопроизношения и развитию фонематического восприятия детей с механической дислалией. При составлении методических рекомендаций мы опирались на работы таких авторов, как Д.В. Уклонская [35, 36], В.В. Харке [41], Ф.Я. Хорошилкина, Л.М. Френкель, Ю.М. Малыгин [44], О.В. Правдина [23,24], О.Ю. Пузикова, О.А. Минеева

[25], Ф.Ф. Рау [27], А.А. Трегуб, В.Д. Барбина [34], И.В. Токаревич [33] и других ученых.

Для успешного преодоления выявленных в ходе констатирующего эксперимента недостатков можно предложить решить ряд задач:

1. Определить направления и содержание логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у детей с механической дислалией.

2. Подобрать ортодонтические аппараты, способствующие нормализации дефектов в строении периферического отдела артикуляционного аппарата детей ЭГ с механической дислалией с целью сокращения сроков логопедической работы при преодолении нарушений звукопроизношения у детей данной группы.

3. Подобрать приемы миогимнастики в рамках комплексного подхода к коррекции механической дислалии. Эти упражнения можно рекомендовать выполнять дома с родителями самостоятельно.

Исходя из полученных в исследовании данных, можно предложить следующие направления логопедической работы по преодолению нарушений звукопроизношения у детей с механической дислалией:

1. Нормализация при помощи средств ортодонтического и хирургического вмешательства строения периферического артикуляционного аппарата у детей с механической дислалией.

2. Развитие слухо-произносительной дифференциации фонем.

3. Развитие артикуляционной моторики (кинестической и кинестетической основ).

4. Постановка и автоматизация нарушенных звуков.

Предполагается, что логопедическую работу будет осуществлять логопед на базе логопункта по месту жительства, однако вследствие трудностей формирования нужных артикуляционных укладов коррекция механической дислалии может существенно затянуться. Поэтому консультация ортодонта и хирурга в данном случае необходима.

С целью нормализации строения периферического артикуляционного аппарата у детей с механической дислалией в ходе консультации с врачом-ортодонтом были выделены такие средства, как применение специальных ортодонтических аппаратов, а также миогимнастика.

1) Ортодонтическое лечение.

1. Для детей с передним и боковым открытым прикусом (таких было 3) ортодонт предложил 2 варианта:

- трейнеры - устанавливаются на срок 12 месяцев, при носке нельзя разговаривать и жевать;
- элайнеры - более передовой метод, который не вызывает дискомфорта при ношении и применяется с целью коррекции дефекта и фиксации результата. Выполнены они из мягких безопасных полимеров и способствуют смещению зубов в требуемом направлении. Их носят до 20 часов в день, снимают только для гигиенических процедур и во время еды. Они легко надеваются и снимаются. Средний срок коррекции составляет от 3 до 6 месяцев, каждые 2-3 месяца они заменяются [33].



Дополнительно в рамках логопедической помощи совместно с логопедом были составлены рекомендации в рамках миогимнастики, направленные на стимуляцию развития мышц разных групп, прежде всего, нижней челюсти, способствующих исправлению нарушений окклюзии. Не зря многие ученые в области ортодонтии (И.С. Рубинов, Г.И. Семеченко и другие) отмечают наличие прямой связи между состоянием физиологического равновесия мышечного аппарата и развитием аномалий в строении зубных дуг и патологии смыкания челюстей.

В связи с этим упражнения в рамках миогимнастики необходимо выполнять регулярно 5 раз в день дома перед зеркалом с постепенным усложнением (введением упражнений с сопротивлением) и увеличением длительности, численности и интенсивности повторений. Подробно эти упражнения описаны в приложении Д.1.

2. Двоим детям с механической дисплазией с умеренным глубоким прикусом и двоим с выраженным глубоким прикусом врач-ортодонт предложил разные варианты лечения: ношение вестибулярных пластинок («скобок»), ортодонтических трейнеров, элайнеров и кап, которые позволяют исправить прикус в любом возрасте без установки брекетов. Кроме того, врач рекомендовал использовать в качестве миогимнастики ряд упражнений для развития и стимуляции нижней челюсти. Подробно эти упражнения описаны в приложении Д.2.

В Приложении Ж описаны задачи и организационные аспекты, которые нужно учитывать при выполнении миогимнастики.

Изначально эти упражнения выполняются стоя 3 раза в день, потом 5 раз в день, длительность подобной гимнастики также нужно постепенно увеличивать от 3 до 5 минут за каждый подход. Каждое упражнение следует выполнять 10-15 раз [33].

При этом при выполнении миогимнастики нужно учитывать следующие важные моменты:

- Исправление глубокого прикуса требует выполнения упражнения стоя. Выполняются колебательные движения челюстью к себе и от себя.
- Рекомендуется постепенное увеличение в амплитуде, чтобы изменения в прикусе были заметны.
- Используется три палочки разного диаметра. Их сжимают челюстями по 5 раз каждую.



3. Для двоих детей с перекрестным прикусом ортодонтом была предложена возможность ортодонтической коррекции после смены молочных зубов на коренные, но как временную меру - ношение «скобок».



Для этого испытуемым с перекрестным прикусом и односторонним сужением верхней челюсти были также рекомендованы 3 миоупражнения, они представлены в Приложении Д.3.

У детей с отсутствием большого числа передних и боковых зубов (таких было 5), ортодонт предложил использовать съемные замещающие отсутствующие зубы пластинки.

При укороченной уздечке, которая была обнаружена у одного из детей экспериментальной группы, в качестве рекомендаций можно предложить 2 варианта:

1. растягивать ее при помощи следующих упражнений:
 - 1) Упражнение «Лошадка»
 - 2) Упражнение «Грибок»
 - 3) Упражнение «Гармошка»
 - 4) Упражнение «Качели» при широко открытом рте.

5) Растягивание подъязычной уздечки руками при захвате ее большим и указательным пальцами либо указательным и средними и проведении движений вверх-вниз.

б) Использование специальных зондов для растягивания уздечки.



2. Хирургическое лечение, которое обычно предлагается при короткой уздечке, однако может быть рекомендовано хирургом, если требуется сократить сроки постановки звуков верхнего подъема, а также при намечающейся диастеме нижней челюсти.

Подрезание у хирурга возможно после соответствующей консультации в рамках ОМС.



3. Развитие слухо-произносительной дифференциации фонем.

Поскольку у части детей были обнаружены, хоть и незначительные, но нарушения слухо-произносительной дифференциации фонем, то с целью компенсации данных нарушений можно предложить включать в работу логопеда соответствующие виды упражнений. Так как дети допускали единичные ошибки при повторении серий слогов, отличающихся звонкостью-глухостью, фонем [Р] и [Л], аффрикат и их составляющих, то

соответственно именно на сравнение данных звуков и нужно обратить внимание логопеду. Приведем примеры некоторых упражнений, которые могут быть использованы с целью развития фонематического восприятия у детей с механической дислалией на подготовительном этапе работы:

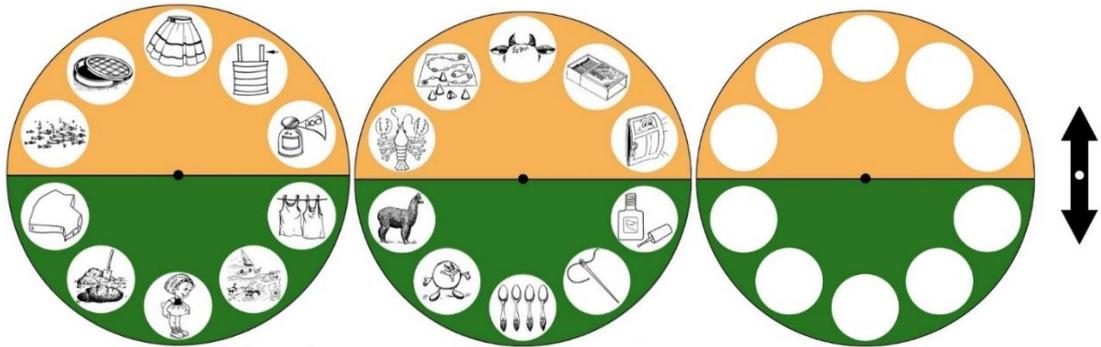
1. «Поймай звук». Логопед или взрослый предлагает ребенку хлопнуть в ладоши, махнуть рукой, положить камушек и т.п., если он услышит заданный звук. Сначала звук произносится изолированно в ряду сходных по акустическим параметрам звуков, потом в слогах, словах [35].

2. На этапе распознавания звука на этапе слогов можно предложить игру «Али-Баба и 40 разбойников». Перед ребенком выкладывают 4-6 дверей, под всеми дверьми, кроме одной спрятаны картинки разбойников так, чтобы их не было видно. Логопед говорит, что Али -Баба хочет найти выход из пещеры, ему нужна дверь ЧА-ТЯ. Ребенок запоминает название двери, далее он двигает фигурку Али -Бабы к каждой из дверей и слушает, как она называется (ЧА-ЧА, ТЯ-ТЯ, ТЯ-ЧА...). Если ребенок находит для Али- Бабы нужную дверь, то не попадает к разбойникам. Если же дверь выбрана неверно, то картинка переворачивается, а там разбойник -ребенок проиграл. Разбойников можно подложить под двери, можно приклеить. Постепенно число дверей можно увеличивать, как и число слогов в серии (до 3-х), Дифференцируемые звуки можно менять.



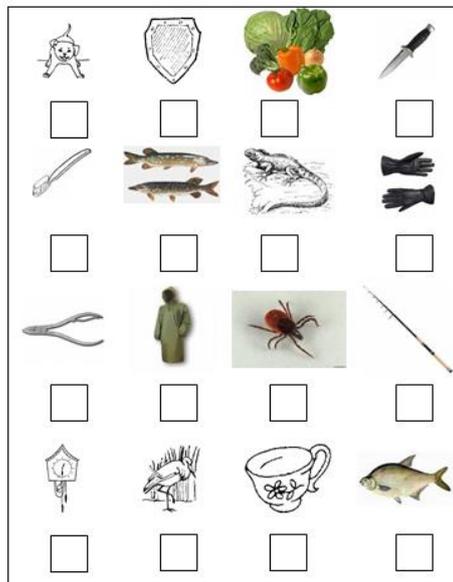
3. На этапе работы на уровне слов можно предложить такие игры:

1) Игра «Часы». На одной половине часов располагаются по 1 картинке из парных по тому или иному признаку, на второй - вторая (ЧЕЛКА-ЩЕЛКА, КАЧАТЬ-ПИЩАТЬ и т.п.). Ребенок должен найти сходные по звучанию картинки и соединить их стрелками часов.



2) Перфокарты.

Под лист с картинками (этот лист заламинирован, окошки вырезаны) накладывается белый лист бумаги. Ребенку нужно поставить крестик под картинкой с заданным звуком в вырезанное окошко. После того, как перфокарта снимается, крестики соединяются линией и появляется изучаемая буква.



3) Игра «Правильно или нет?»

Взрослый показывает ребенку картинку, содержащую дифференцируемые звуки, и называет предмет, заменяя первый звук (форота, ворота, сорота, морота, вантик, хантик, фантик...).

Ребенку нужно хлопнуть в ладоши или подать другой сигнал, если он услышит правильный вариант произношения.

Более сложный вариант- когда картинка не предъявляется, ребенок определяет правильность звучания исключительно на слух.

4) Игра «Подскажи словечко»

Взрослый читает начало стихотворения или двустишия, пропуская в конце рифмующееся слово.

Вариант 1: ребенок подбирает недостающее слово с опорой на несколько картинок, одна из которых подходит по смыслу и по рифме [36].

Например:

Спит в кровати мягкий МИШКА,
Молоко пьёт кот из(МИСКИ)



Вариант 2 (усложненный): ребенок подбирает слово без опоры на картинки.

Например:

Сонный мишка лег в кровать,
Только слон не хочет ...

5) Игра «Эхо»

Ребенка просят как эхо повторить пару слов, сходных по акустическим признакам (паронимов): РАК-ЛАК, РОМ-ЛОМ, ЛУКА-РУКА... При этом подбираются слова на те пары звуков, которые ребенок недостаточно хорошо дифференцирует [35].

б) Игра «Правильный банан». Данная игра представлена на портале Мерсибо и направлена на развитие фонематического восприятия. В данной игре 4 человечка по-своему произносят то или иное слово. При этом только

один из них произносит слово верно. Клик на человечка, который произносит слово верно, приводит к аплодисментам и появлению соответствующей картинке.



4. Развитие артикуляционной моторики (кинестической и кинестетической основ).

Как показали результаты констатирующего эксперимента, дети при выполнении ряда заданий затруднялись ответить, что происходит с губами и языком при произнесении того или иного звука.

Так как детям сложнее всего было определить, где находится язык при произнесении согласных (эти трудности встречались у 70% испытуемых ЭГ), то с целью устранения этих трудностей следует ввести ряд артикуляционных упражнений. Сначала эти упражнения выполнять перед зеркалом, т.е. со зрительной опорой, потом с опорой на свои ощущения. Кроме того, можно использовать ряд специальных приемов для улучшения кинестетических ощущений от положения языка:

Упражнение 1. Дотронуться шариковым зондом до области альвеол, языка, неба, внутренней поверхности губы и попросить ребенка поставить в это место язык или показать это место на макете. Далее предлагать более сложные задания, связанные с касанием зондом или деревянным шпателем до кончика, средней или задней части языка.



Упражнение 2. Логопед дотрагивается поочередно до языка, губ металлическим или деревянным шпателем, различными по ощущениям зондами (вилочковым/шариковым/плоским постановочным или массажным/зондозаменителем Темпер) и просит сказать или показать, до чего он дотронулся.



Упражнение 3. Надеть разные по размеру бусины (предварительно их простерилизовав) на прочную нить, предложить ребенку закрыть глаза и вложить эти предметы в рот, прочно удерживая нить во избежание проглатывания. Далее предложить показать, какая бусина во рту (второй экземпляр бусин должен лежать на столе) [2].

Упражнение 4. Логопед нанизывает на прочную нить бусины разной формы, величины, а также небольшие предметы. Следует учитывать, что все предметы должны быть представлены в 2-х экземплярах: один на нитке помещается в рот, второй лежит перед ребенком на столе. Во время помещения предметов в рот глаза ребенок должен закрыть. При этом нужно учитывать, что бусины должны быть безопасными, также необходимо избегать случайного заглатывания их детьми. Сначала подбираются

контрастные по форме, фактуре и величине бусины, потом с целью усложнения - более схожие.



Помимо этого, для развития кинестетической основы двигательного акта следует выполнять тот комплекс артикуляционной гимнастики, который разработан для той или иной группы звуков, с учетом характера нарушений звукопроизношения.

Так, на подготовительном этапе перед постановкой свистящих звуков используются такие упражнения, как «Забор», «Хоботок», «Лопатка», «Жало», «Катушка», «Горка», «Качели», «Почисти нижние зубки», «Посчитай нижние зубки».

Перед постановкой шипящих звуков следует отработать следующие упражнения для языка и губ: «Забор», «Хоботок», «Лопатка», «Жало», «Лопатка-Жало», «Вкусное варенье», «Чашечка», «Занеси чашечку в рот», «Качели», «Маляр», «Почисти верхние зубки», «Посчитай верхние зубки», «Парашют», «Ступеньки».

Перед постановкой звуков [Л] и [Л'] необходимо научить ребенка выполнять следующие упражнения для языка и губ: «Забор», «Хоботок», «Лопатка», «Жало», «Лопатка-Жало», «Чашечка», «Занеси чашечку в рот», «Качели», «Маляр», «Почисти верхние зубки», «Парус», «Парашют».

Перед постановкой звуков [Р] и [Р'] следует отработать с ребенком следующие упражнения для языка и губ: «Забор», «Хоботок», «Оскал», «Лопатка», «Лошадка», «Чашечка», «Занеси чашечку в рот», «Качели», «Маляр», «Пулеметик», «Барабанщик», «Грибок», «Гармошка», «Парашют», «Вкусное варенье» [20].

К артикуляционной гимнастике предъявляются следующие требования:

1. Она проводится между приемами пищи в хорошо проветренном помещении.
2. Гимнастика предлагается дозированно так, чтобы задания постепенно усложнялись, а те упражнения, с которыми ребенок справляется легко, снимались логопедом.
3. Артикуляционные упражнения подбираются в связи с тем, какие именно звуки логопед собирается ставить.
4. Артикуляционную гимнастику следует проводить в игровой форме, учитывая ведущую деятельность ребенка-дошкольника.
5. Артикуляционную гимнастику следует выполнять систематично и регулярно в подготовительном периоде и периоде постановки звука.
6. Первоначально артикуляционные упражнения проводятся перед зеркалом, потом зрительный контроль снижается, внимание ребенка переключается на кинестетический контроль.
7. Артикуляционная гимнастика проводится осознанно и произвольно (первоначально логопед может помогать ребенку шпателем, зондом или другим приспособлением, в дальнейшем приучают ребенка делать то или иное упражнение самостоятельно).
8. Артикуляционная гимнастика подбирается таким образом, чтобы отрабатывались как статические, так и динамические упражнения с акцентом на те, которые выполняются менее успешно.
9. Артикуляционная гимнастика не должна занимать все занятие, нужно переключать внимание ребенка на другие виды работ (по развитию ВПФ, мелкой и крупной моторики).
10. Артикуляционные движения лучше связывать с определёнными зрительными образами («Лошадка», «Чашечка» и т.п.).
11. Необходимо подбирать упражнения для различных органов артикуляции, так как они в процессе речи вступают в тесное взаимодействие (губы, язык, нижняя челюсть) [28].

Поскольку, как показали результаты констатирующего эксперимента, динамические упражнения давались детям легче, следует большее внимание уделять точности выполнения движений и удержанию артикуляционной позы.

С целью повышения мотивации к выполнению артикуляционных упражнений можно использовать презентации и онлайн игры, а также авторскую артикуляционную гимнастику с животными (Приложение И).



5. Постановка, автоматизация, дифференциация нарушенных звуков и введение их в речь.

На этом этапе логопед приступает к постановке нарушенного звука. Существует несколько методов постановки: метод имитации, метод артикуляционных упражнений, механический, метод опоры на сохранные звуки и смешанный.

Постановка звука при механической дислалии имеет некоторую специфику: необходимо учитывать, что ребенку с нарушениями в строении периферического отдела речевого аппарата поставить звук сложнее в силу несовершенства самого артикуляционного аппарата. В ряде случаев возможна постановка компенсаторной артикуляции, например, вместо полноценных вибрантов можно поставить одноударный звук, если не удастся добиться вибрации, вместо звука Л верхнего подъема можно поставить этот звук нижнего подъема и т.п.

После постановки звука его нужно автоматизировать, то есть ввести в постепенно усложняющиеся звуковые комплексы: слоги, слова,

словосочетания, фразу, текст. В дальнейшем звуки нужно дифференцировать от сходных по акустическим и артикуляционным признакам.

На следующем этапе звук вводится в связную речь. С этой целью продумываются и создаются такие ситуации, в которых ребенку нужно как можно чаще употреблять поставленный звук в ситуации живого общения (Ф.Ф. Рау [28], Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева [38, 39]).

Выводы по II главе

Результаты исследования анатомического строения периферического отдела речевого аппарата показали, что дети, участвующие в эксперименте, имеют те или иные отклонения, которые, в свою очередь, у детей с механической дислалией повлияли на состояние звукопроизношения. Более частотными у детей были нарушения зубочелюстной системы, в связи с чем родители этих детей и обращались к ортодонту.

При исследовании нарушений звукопроизношения можно сделать следующий вывод: у детей с механической дислалией нарушения звукопроизношения касались 1-2 групп звуков, то есть у них отмечались мономорфные (в 30% случаев) и полиморфные (в 70% случаев) расстройства звукопроизношения. Среди расстройств звукопроизношения чаще всего у детей с механической дислалией встречались нарушения произношения сонорных звуков позднего онтогенеза: [P] (в 70% случаев) и [Л] (в 50%), при этом расстройства затрагивали чаще один из звуков группы (твердый), также в 40% случаев отмечались нарушения произношения шипящих, в 30%-свистящих. Все звукопроизносительные расстройства у детей были обусловлены нарушениями в строении зубочелюстной системы и языка. Среди дефектов произношения у детей с механической дислалией преобладали замены звуков над искажениями.

Результаты исследования слухо-произносительной дифференциации фонем была сформирована неплохо у детей, хотя дети с механической

дислалией в ряде случаев продемонстрировали достаточно низкие балльные результаты. Больше всего затруднений у них наблюдалось при дифференциации звонких и глухих, а также сонорных [Р] и [Л].

Исследование состояния кинестетической и кинетической организации двигательного акта показало, что у детей отмечались трудности в данном задании, что в большей мере проявлялось в затруднениях в определении положения языка при произнесении согласных звуков. Кинетическая основа двигательного акта была сформирована лучше по сравнению с кинестетической, очевидно, зрительный контроль существенно облегчал детям выполнение заданий.

Нам удалось разделить детей с механической дислалией на 2 подгруппы в зависимости от уровня выполнения всех заданий методики. Они находились на среднем и выше среднего уровнях по результатам выполнения всех заданий методики.

Описанные методические рекомендации должны позволить оптимизировать логопедическую работу и сократить сроки логопедического воздействия на детей с механической дислалией. В рамках проведенного исследования мы разработали по артикуляционную гимнастику «Веселый зоопарк», 2 буклета с артикуляционной гимнастикой (Приложение И), с описанием современных ортодонтических средств коррекции нарушений прикуса и приемами миогимнастики, что должно позволить не только расширить представления логопедов, а также родителей в области комплексного подхода к коррекции механической дислалии, но и позволит пропагандировать современные приемы логопедической и ортодонтической работы, особенно для тех родителей, которые не замечают нарушений речи и зубо-челюстной системы своих детей или не владеют информацией о способах их коррекции.

Заключение

Анализ специальной литературы по проблеме исследования показал, что среди нарушений звукопроизношения механическая дислалия занимает особое место. Существуют разные классификации дислалии. Хотя, дислалия является относительно легким в плане коррекции расстройством произносительной стороны речи, механическая дислалия обусловлена расстройствами в строении периферического отдела речевого аппарата, что требует комплексного подхода в коррекции и зачастую не только занимает больше времени, которое специалисты тратят на коррекцию, но и не всегда успешно преодолевается, существенно снижая качество будущей жизни ребенка. В связи с этим исследование возможной взаимосвязи на диагностическом и коррекционном этапах таких специалистов как ортодонт и логопед с целью реализации комплексного подхода к диагностике и коррекции механической дислалии, не теряет своей актуальности.

Для достижения поставленной в исследовании цели и реализации задач, в рамках проведения констатирующего эксперимента мы отобрали 20 детей в возрасте 5,5-6 лет, из числа которых сформировали экспериментальную группу с механической дислалией, с нарушениями в анатомическом строении периферического отдела речевого аппарата.

В методику констатирующего эксперимента были включены 5 заданий, направленных на исследование звукопроизношения, анатомического строения речевого аппарата, слухо-произносительной дифференциации фонем, кинестетической и кинетической основы двигательного акта.

Анатомическое строение периферического отдела речевого аппарата у детей ЭГ имело те или иные отклонения, которые у детей с механической дислалией повлияли на состояние звукопроизношения. В то же время известно, что даже без ортодонтической помощи в большинстве случаев удается добиться правильного произношения при механической дислалии. С другой стороны, если не произошла спонтанная компенсация

звукопроизношения, то преодолеваться механическая дислалия может достаточно сложно и долго.

Более частотными у детей были нарушения зубочелюстной системы, в связи с чем родители этих детей и обращались к ортодонту.

У детей с механической дислалией нарушения звукопроизношения касались 1-2 групп звуков, то есть у них отмечались мономорфные (в 30% случаев) и полиморфные (в 70% случаев) расстройства звукопроизношения.

Среди расстройств звукопроизношения чаще всего у детей с механической дислалией встречались нарушения произношения сонорных звуков позднего онтогенеза, при этом расстройства затрагивали чаще один из звуков группы (твердый), также в 40% случаев отмечались нарушения произношения шипящих, в 30%-свистящих. Все звукопроизносительные расстройства у детей ЭГ были обусловлены нарушениями в строении зубочелюстной системы и языка.

Слухо-произносительная дифференциация фонем была сформирована неплохо у детей ЭГ, хотя дети с механической дислалией продемонстрировали более низкие балльные результаты по сравнению с другими заданиями. Больше всего затруднений у них наблюдалось при дифференциации звонких и глухих, а также сонорных [Р] и [Л].

Среди дефектов произношения у детей с механической дислалией преобладали замены и пропуски звуков над искажениями.

У детей обеих групп отмечались трудности кинестетической организации двигательного акта, что в большей мере проявлялось в затруднениях в определении положения языка при произнесении согласных звуков. Кинетическая основа двигательного акта была сформирована лучше по сравнению с кинестетической, очевидно, зрительный контроль существенно облегчал детям выполнение заданий. Детей с механической дислалией мы условно поделили на 2 подгруппы в зависимости от уровня выполнения всех заданий методики. Они находились на среднем и ниже среднего уровнях по результатам выполнения всех заданий методики.

В I подгруппу (уровень выше среднего) оказались 14 детей с механической дислалией. Их отличало:

- нарушения в строении периферического отдела речевого аппарата,
- дефекты произношения одной группы звуков,
- нарушения дифференциации фонем по не более, чем одному дифференциальному признаку,
- трудности определения положения языка при выполнении отдельных упражнений.

Во II подгруппу (средний уровень) вошли 6 детей ЭГ. Их отличало:

- нарушения в строении периферического отдела речевого аппарата,
- полиморфные нарушения звукопроизношения,
- более частотные ошибки в слухо-произносительной дифференциации фонем по более чем 1 признаку,
- недостатки в определении положения языка при произнесении согласных,
- отдельные трудности при исследовании кинетической организации движений.

В заключительной части исследования были описаны методические рекомендации, которые могут быть использованы родителями и логопедами. Эти методические рекомендации связаны с использованием специальных ортодонтических систем, миогимнастики, подобраны дифференцированно, исходя из характера нарушений в строении периферического речевого аппарата, а также описаны упражнения для развития фонематического восприятия, подвижности артикуляционного аппарата, исходя из выявленных в ходе констатирующего эксперимента недостатков. Можно предположить, что использование данных рекомендаций в рамках комплексного подхода (участие логопеда, ортодонта, вовлечение родителей) позволит ускорить коррекцию механической дислалии.

Помимо дефектов звукопроизношения, связанных с нарушениями в строении периферического отдела речевого аппарата, в ряде случаев у детей

с механической дислалией были выявлены отклонения в состоянии слухо-произносительной дифференциации фонем, а также отдельные расстройства кинетической и кинестетической организации артикуляционных движений, что необходимо учитывать в процессе комплексного медицинского (ортодонтического и хирургического) и логопедического подхода в коррекции.

В рамках проведенного исследования мы разработали артикуляционную гимнастику «Веселый зоопарк», 2 буклета с артикуляционной гимнастикой и описанием современных ортодонтических средств коррекции нарушений прикуса и приемами миогимнастики, что должно позволить не только расширить представления логопедов, а также родителей в области комплексного подхода к коррекции механической дислалии, но и позволит пропагандировать современные приемы логопедической и ортодонтической работы, особенно для тех родителей, которые не замечают нарушений речи и зубо-челюстной системы своих детей или не владеют информацией о способах их коррекции.

Таким образом цель исследования достигнута, задачи его решены, гипотеза подтверждена.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аболмасов, Н.Г., Аболмасов Н.Н. Ортодонтия: учеб. пособие. - М.: Медицина, 2021. 415 с.
2. Архипова, Е.Ф. Миофункциональная коррекция и профилактика нарушений звукопроизношения: конспекты логопедических занятий. - Москва: Изд-во В. Секачев, 2020. 94 с.
3. Атепалихина, А.А., Башмакова, С.Б. Клинико-лингвистический подход к дифференциации речевых нарушений детей с челюстно-лицевой патологией //Наука вчера, сегодня, завтра. - 2017. - №7 (41) - с.38-44.
4. Ахутина, Т.В. Методы нейропсихологического обследования детей 6-9 лет. -Москва: В.Секачев, 2020, 280 с.
5. Байрамова, Л.Н., Фатихова, Л.Г. Связь речевых нарушений с соматическими дисфункциями у детей в молочном, сменном и постоянном прикусе //Стоматология 21 века: материалы международной научно-практической конференции. - Казань, 2016. - с. 41-46.
6. Волосовец, Т.В., Горина, Н.В., Зверева, Н.И. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений и др./ Под ред. Т.В.Волосовец. - Москва: Издательский центр «Академия», 2000 - 200 с.
7. Воропаева, И.Е. Взаимосвязь орофациально-миофункциональных патологий и логопедических нарушений // Перспективы развития миофункциональной терапии в медицине. материалы международного конгресса.МГМУ им.И.М.Сеченова. -Москва, 2018. - с. 21-27.
8. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи / А. Н. Гвоздев. - Москва: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2007. - 471 с.
9. Григоренко, Н.Ю. Преодоление произносительных расстройств у детей с аномалиями органов артикуляции: Автореф. дисс. ...канд.пед.наук.- Москва: МПГУ, 2005- 21 с.

10. Григоренко, Н.Ю., Стебелькова М.Л. Взаимосвязь клинического и логопедического воздействия в процессе реализации артикуляционных условий и коррекции нарушений звукопроизношения у детей с аномалиями зубочелюстной системы и ротовой полости // Педиатрия. Журнал им.Г.Н.Сперанского. - 2020. Т.99. - №4. - с.126-132.
11. Гриншпун, Б.М. Дислалия // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних учебных заведений: в 2 тт. Т.1/ Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. -Москва: ВЛАДОС, 1997. -560 с.Ч.1. с.108-120.
12. Елоева, Е.Е. Комплексная диагностика логопеда в формировании зубочелюстных аномалий совместно с врачом-ортодонтом // Перспективы развития миофункциональной терапии в медицине: материалы международного конгресса. - Москва: Изд-во института имени И.М.Сеченова, 2018. - с.51-54.
13. Елохина, А.А., Моругина, В.В. Изучение речевого статуса ребенка дошкольного возраста с дислалией //Международный студенческий научный вестник. - 2018. - №3-6. - с. 781-783.
14. Исааксон, К.Г., Мюр, Дж.Д., Рид, Р.Т. Съёмные ортодонтические аппараты пер. с англ. - Москва: Медпресс-информ, 2021. - 144 с.: ил.
15. Козлова, М.И. Обследование артикуляционного аппарата // <http://ext.spb.ru/2011-03-29-09-03-14/122-raznoe/7616-2015-04-16-14-12-38.html> (дата обращения: 11.01.2023)
16. Куссмауль, А. Общее учение о косноязычии// Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних учебных заведений: в 2 тт. Т.1/ Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. -Москва: ВЛАДОС, 1997. -560 с.Ч.1. с.8-13.
17. Лалаева, Р.И. Методика психолингвистического исследования нарушений устной речи детей - М., 2004// <https://pedlib.ru/Books/5/0026/index.shtml> (дата обращения: 11.01.2023)

18. Мартынова, Р.И. Медико-психологическая характеристика дислалии и дизартрии // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних учебных заведений: в 2 тт. Т.1/ Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. -Москва: ВЛАДОС, 1997. -560 с.Ч.1. с.22-29.
19. Мастюкова, Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. - Москва: Просвещение, 1992. - 95 с.
20. Маяцкая, Н.К., Болкунова, Е.В., Бабахина, С.В. К проблеме диагностики звукопроизношения у детей среднего дошкольного возраста при дислалии //Инновационные исследования: проблемы внедрения результатов и направления развития: сб.статей междуна.науч.-практич.конф.- Уфа: «ОМЕГА-САЙНС», 2016. - с.184-186.
21. Мелехова, Л.В. Дифференциация дислалий // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних учебных заведений: в 2 тт. Т.1/ Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. -Москва: ВЛАДОС, 1997. -560 с. Ч.1. с.29-33.
22. Основы теории и практики логопедии/Под ред. Р.Е.Левиной. - Москва, 1968. - с. 271-337.
23. Очерки патологии речи и голоса/Под ред. С.С.Ляпидевского. - Москва, 1963. - с. 34-48.
24. Правдина, О.В. Дислалия // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних учебных заведений: в 2 тт. Т.1/ Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. -Москва: ВЛАДОС, 1997. -560 с. Ч.1. с.87-93.
25. Правдина, О.В. Логопедия. - Москва, 1969. - с. 82-88, 98-104.
26. Пузикова, О.Ю., Минеева, О.А. Прикладное значение основ логопедии в практической деятельности стоматолога //Современные достижения стоматологии/ Под ред.Л.М.Железнова. - Москва, 2018, с.87-90.
27. Расстройства речи у детей и подростков/Под ред. С.С. Ляпидевского.- Москва, 1969. - с. 100-128.

28. Рау, Ф.Ф. Приемы исправления недостатков произношения фонем // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних учебных заведений: в 2 тт. Т.1/ Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. -Москва: ВЛАДОС, 1997. -560 с.Ч.1. с.33-68.
29. Селиверстов, В.И. Понятийно-терминологический словарь логопеда/Под ред. В.И. Селиверстова. - Москва: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. - 400 с.
30. Сохин, Ф.А. Психолого-педагогические основы развития речи дошкольников. - Москва: МПСИ,2001. -581 с.
31. Спирова, Л.Ф., Ястребова, А.В. Нарушения речи у детей // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних учебных заведений: в 2 тт. Т.1/ Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. -Москва: ВЛАДОС, 1997. -560 с.Ч.1. с.96-102.
32. Спирова, Л.Ф., Ястребова, А.В. Учителю о детях с нарушениями речи. - Москва, 1985. -170 с.
33. Токарева О.А. Функциональные дислалии // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних учебных заведений: в 2 тт. Т.1/ Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. -Москва: ВЛАДОС, 1997. -560 с.Ч.1. с.76-84.
34. Токаревич, И.В. Общая ортодонтия: учеб. пособие / И.В. Токаревич, Н.В. Корхова, И.В. Москалева, Л.В. Кипкаева, Т.В. Терехова, Д.В. Хандогий, Ю.Я. Наумович, С.С. Денисов. - Минск: БГМУ, 2015. - 219 с.
35. Трегуб, А.А., Барбина, В.Д. Психолого-педагогическое сопровождение детей с дислалией // здоровьесберегающие и коррекционные технологии в современном образовательном пространстве. Сборник научных трудов. - Магнитогорск, 2020. - с.269-273.
36. Уклонская Д.В., Агаева, В.Е. Основные направления логопедической коррекции произносительной стороны речи при врожденных и приобретенных дефектах и деформациях челюстно-лицевой области //

Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. -2016. - Т.22. - №3. - с.218-221.

37. Уклонская, Д.В. Методика восстановления речи при приобретенных анатомических дефектах и деформациях челюстно-лицевой области // Восстановление речи при приобретенных анатомических дефектах и деформациях челюстно-лицевой области. -Москва, 2017, с.68-99.

38. Филичева, Т.Б., Чевелева, Н.А. Дислалия у детей // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних учебных заведений: в 2 тт. Т.1/ Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. -Москва: ВЛАДОС, 1997. -560 с.Ч.1. с.102-108.

39. Филичева, Т.Б., Чевелева, Н.А. Логопедическая работа в специальном детском саду. - Москва, 1987. - 260 с.

40. Флёрова, Ж.М. Логопедия. -Ростов-на-Дону, изд-во «Феникс», 2000. - с. 5-24.

41. Фотекова, Т.А., Ахутина, Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: Пособие для логопедов и психологов. - М.: АРКТИ, 2002. - 136 с: ил. - (Библиотека практикующего логопеда)

42. Харке, В.В. Эффективность артикуляционной миогимнастики при ортодонтическом лечении аномалий окклюзии у детей с нарушениями звукопроизношения: автореф.дисс. ...канд.миед.наук /Волгоградский государственный университет. -Волгоград, 2007. - 21 с.

43. Хватцев, М.Е. Общее учение о косноязычии // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних учебных заведений: в 2 тт. Т.1/ Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. -Москва: ВЛАДОС, 1997. -560 с.Ч.1. с. 13-17.

44. Хмелькова, Е.В., Караваева, В.А. К вопросу дифференциальной диагностики дислалий и дизартрий // Актуальные вопросы современной науки и образования. Сборник научных статей. - Киров, 2020. - с. 799-806.

45. Хорошилкина, Ф.Я., Френкель, Л.М. Малыгин, Ю.М. и др. Диагностика и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий. - Москва: Медицина, 1987. -304 с.
46. Чиркина, Г.В. Методы обследования речи детей/ Под ред. Г.В. Чиркиной. - Москва: АРКТИ, 2003 - 240 с.
47. Чиркина, Г.В. Основы логопедической работы с детьми: учебное пособие для логопедов, воспитателей детских садов, учителей начальных классов, студентов пед.уч./Под общей редакцией д.п.н., профессора Г.В. Чиркиной. - Москва: АРКТИ, 2002 - 200 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Анкета для родителей

1. ФИ ребенка _____
2. Состав семьи (полная/неполная) _____
3. Согласны ли Вы на проведение обследования состояния звукопроизношения логопедом и на осмотр ортодонтом? (ДА/ НЕТ)
4. Есть ли у Вас жалобы на речь ребенка (ДА/НЕТ). На что именно?

5. Замечали ли Вы нарушения звукопроизношения у ребенка, если ДА, то каких звуков _____
6. У каких специалистов стоит на учете ребенок _____
7. Занимался ли Ваш ребенок с дефектологом или психологом, если да, то указать причину _____
8. Обращались ли Вы за логопедической помощью (ДА/НЕТ)
Если ДА, то по какому поводу? _____,
Сколько по времени занимались? _____
Как оцениваете результат? _____
9. Подчеркните, какие вредности или нарушения во внутриутробном развитии ребенка наблюдались
 - *вредное производство, на котором работают родители (ДА/НЕТ)*
 - *вредные привычки родителей (ДА\НЕТ): мама _____ папа _____*
 - *угрозы выкидыша, токсикозы 1, 2 половины беременности (ДА/НЕТ)*
 - *вибрация (ДА/НЕТ)*
 - *интоксикация (ДА/НЕТ)*
 - *падения, ушибы плода (ДА/НЕТ)*
 - *применение лекарственных препаратов (если да, то каких _____),*
 - *обострение хронических заболеваний матери _____,*

- *перенесенные во время беременности заболевания (соматические)*

- *сильные стрессы (ДА/НЕТ)*

- *другое _____*

10. Подчеркните, какие факторы из перечисленных наблюдались при рождении ребенка:

- роды в срок, затяжные, досрочные (____ недель);
- цвет ребенка при рождении: розовый, синюшный, белый
- наличие асфиксии или гипоксии (ДА/НЕТ)
- закричал сразу, закричал после реанимационных мероприятий
- наличие родовых травм (ДА/НЕТ)
- вес ребенка при рождении _____ рост _____
- наличие обвития пуповиной (ДА/НЕТ)

11. Подчеркните, что из нижеперчисленного наблюдалось после рождения ребенка в первые 3 года жизни:

частые соматические заболевания _____

судороги при высокой температуре (ДА/НЕТ)

COVID (ДА/НЕТ)

Травмы ГМ и лицевой области (ДА/НЕТ)

Операции _____

задержка в раннем речевом развитии (ЗРР) _____

задержка в психомоторном развитии (ЗПМР) _____

первые слова в

первые фразы в

прерывание в речевом развитии (ДА/НЕТ)

Речевой материал для задания 2

Собака - маска - нос

Сено - косить - высь

Замок - коза

Зима - ваза

Цапля - овца - палец

Шуба - кошка - камыш

Жук - ножи

Щука - вещи - лец

Чайка - очки -ночь

Рыба - корова - топор

Река - варенье - дверь

Лампа - молоко - пол

Лето - колесо - соль

Речевой материал для задания 3

а-и-у - у-а-и

би-ба - бо-ба-би

ба-па - па-ба-па

са-ша - ша-са-ша

ча-тя - тя-ча-ча

ца-са - ца-са-ца

ша-ща, ша -ща-ша

ма-на - на-на-ма

жа-ша - ша-жа-ша

ла-ра - ра-ра-ла

Таблица В.2- Список детей ЭГ

№	Имя ребенка	Возраст	Логопедическое заключение
Экспериментальная группа			
1	Настя Б.	5 лет 6 мес	Механическая дислалия
2	Никита В.	5 лет 8 мес	Механическая дислалия
3	Глеб Л.	5 лет 9 мес	Механическая дислалия
4	Стас Р.	5 лет 7 мес	Механическая дислалия
5	Алиса З.	5 лет 10 мес	Механическая дислалия
6	Ваня Д.	5 лет 11 мес	Механическая дислалия
7	Марк У.	5 лет 6 мес	Механическая дислалия
8	Костя Л.	5 лет 7 мес	Механическая дислалия
9	Кристина Е.	5 лет 9 мес	Механическая дислалия
10	Даня Ш.	5 лет 6 мес	Механическая дислалия
11	Костя Щ.	5 лет 6 мес	Механическая дислалия
12	Алена В.	5 лет 8 мес	Механическая дислалия
13	Лера О.	5 лет 9 мес	Механическая дислалия
14	Вика Ж.	5 лет 7 мес	Механическая дислалия
15	Даня Д.	5 лет 10 мес	Механическая дислалия
16	Миша Е.	5 лет 10 мес	Механическая дислалия
17	Соня Ш.	5 лет 6 мес	Механическая дислалия
18	Максим Р.	5 лет 7 мес	Механическая дислалия
19	Мария А.	5 лет 9 мес	Механическая дислалия
20	Вера Г.	5 лет 8 мес	Механическая дислалия

Таблица В.3- Особенности перинатального развития детей ЭГ

№	Имя ребенка	Отклонения в ходе беременности и раннего развития	У каких специалистов состоит на учете
	ЭГ		
1	Настя Б.	ЗРР	ортопед
2	Никита В.	-	хирург (грыжа)
3	Глеб Л.	Токсикоз 1 половины берем.	ревматолог
4	Стас Р.	-	ортопед
5	Алиса З.	-	-
6	Ваня Д.	-	ортопед
7	Марк У.	Угроза выкидыша	аллерголог
8	Костя Л.	ОРВИ по время беременности	-
9	Кристина Е.	Долго сосала соску	-
10	Даня Ш.	-	-
11	Костя Щ.	ЗРР	окулист
12	Алена В.	Лепет после 8 мес	
13	Лера О.	ОРВИ во время беременности	
14	Вика Ж.	Обострение хр.пиелонефрита матери	
15	Даня Д.	Сильный стресс во вр берем.	Аденоиды 2 ст -ЛОР
16	Миша Е.	-	-
17	Соня Ш.	-	гастроэнтеролог
18	Максим Р.	-	-
19	Мария А.	ЗРР	Ортопед (плоско-вальгусные стьопы)
20	Вера Г.	Долго сосала соску	Ортопед (сколиоз)

Таблица Г.4- Результаты исследования строения периферического отдела речевого аппарата

Аномалии в строении	Количество детей ЭГ, имеющих аномалии
Губы	
• Укороченная уздечка верхней губы	0
• Рубцы	0
Зубы	
• Отсутствие передних зубов	5
• Отсутствие боковых зубов	2
• Мелкие зубы	2
• Крупные зубы	2
• Скученность зубов: - язычное положение - небное положение	0
Прикус	
• Глубокий - умеренный -выраженный	2 2
• Открытый передний	2
• Открытый боковой	1
• Перекрестный	2
• Прогения (мезиальный прикус)	2
• Прогнатия (дистальный прикус)	2
• Верхняя протрузия	0

• Диастемы и тремы	2
• Прямой прикус	1
• Ротация зубов	0
Твердое нёбо	
• Высокое, «готическое»	3
• Низкое, куполообразное	0
• Расщелины, в т.ч. субмукозные	0
• Рубцы	0
Мягкое нёбо и увула	
• рубцы	0
• расщелины	0
• Сращение увулы с миндалинами	0
Язык	
• макроглоссия	0
• микроглоссия	0
• частичные или полные резекции	0
• укороченная уздечка	2
• короткая уздечка	0

Приложение Д

Список миогимнастических упражнений для детей с передним и боковым открытым прикусом (Д.1.)

- Смыкание и размыкание зубов. С целью контроля сокращения мышц пальцы рук прижимают к щекам в районе коренных зубов (в области жевательных мышц). Данное упражнение нужно выполнять до появления усталости жевательных мышц.
- То же упражнение, что и описанное выше, но с сопротивлением. С целью создания сопротивления указательный и средний пальцы право руки ставят на нижние передние зубы, препятствуя поднятию нижней челюсти вверх.
- На деревянный карандаш или шпатель нужно одеть резиновую трубку или соску и прикусывать это приспособление передними зубами.

Список миогимнастических упражнений при глубоком прикусе (Д.2)

- (Упражнение выполняется в положении стоя) сжимать челюстями резиновые палочки разного диаметра и плотности;
- Следует поднять подбородок вверх и завести руки по направлению назад. В данном положении необходимо максимально выдвигать вперед нижнюю челюсть, после чего вернуться в изначальное положение. Повтор упражнения - трижды в день по 10-15 раз; Это упражнение через месяц необходимо усложнить. При выдвигании нижней челюсти следует передние нижние зубы выталкивать перед передними верхними зубами;
- Упражнение по И. С. Рубинову (цит.по И.В,Токаревич[33]), суть которого в дозированном проведении гимнастики, например, открывание-закрывание рта, нижнюю челюсть выдвигать при этом не нужно.

Подобные упражнения должны длиться от 3 до 5 минут, повтор подходов - 5 раз в день.

Список миогимнастических упражнений при перекрестном прикусе (Д.3)

при перекрестном прикусе можно предложить следующие:

1. Открыть рот, медленно закрыть, перемещая нижнюю челюсть в противоположную сторону от неправильного положения зубов. Держать 5-10-20 до 60 секунд.

2. То же упражнение с применением усилия руки, направленное на сдвиг нижней челюсти в сторону.

3. Кончиком языка давить на небные поверхности верхних зубов и альвеолярный отросток на стороне сужения в течение нескольких минут (время воздействия постепенно увеличивается). Данное упражнение рекомендуется выполнять при одностороннем сужении верхней челюсти.

Классификации нарушений в строении зубочелюстной системы

Клинико-морфологическая классификация зубочелюстных аномалий Д.А. Калвелеса (1957). Автор данной классификации считает, что в ее основу должны быть положены морфологические изменения, касающиеся зубов, зубных рядов и всего прикуса в целом, с учётом этиологии и эстетики.

I. Аномалии отдельных зубов.

1. Аномалии числа зубов: а) адентия - частичная и полная (гиподонтия); б) сверхкомплектные зубы (гиперодонтия).

2. Аномалии величины и формы зубов: а) гигантские зубы; б) шипообразные зубы; в) уродливые формы зубов; г) зубы Гетчинсона, Фурнье, Турнера.

3. Аномалии структуры твёрдых тканей зубов: гипоплазия зубных тканей.

4. Нарушение процесса прорезывания зубов: а) преждевременное прорезывание зубов вследствие:

1) болезни (рахит и другие тяжёлые заболевания);
2) преждевременного удаления молочных зубов;
3) неправильного положения зачатка зуба (ретенция зубов и персистентные молочные зубы как наводящий симптом);

4) сверхкомплектные зубы;

5) неправильное развитие зуба (фолликулярные кисты);

б) запоздалое прорезывание зубов.

II. Аномалии зубных рядов.

1. Нарушение образования зубного ряда: а) аномальное положение отдельных зубов:

1) губно - щёчное прорезывание;

3) мезиальное прорезывание;

4) дистальное прорезывание;

- 5) низкое положение (инфраокклюзия);
- 6) высокое положение (супраокклюзия);
- 7) поворот зуба вокруг продольной оси (тортономалия);
- 8) транспозиция;
- 9) тремы между зубами (диастема);
- 10) тесное положение зубов (скученность)

б) дистопия верхних клыков.

2. Аномалии формы зубных рядов:

- а) суженный зубной ряд;
- б) седлообразно сдавленный зубной ряд;
- в) V-образная форма зубного ряда;
- г) четырёхугольный зубной ряд;
- д) асимметричный зубной ряд.

III. Аномалии прикуса.

1. Сагиттальные аномалии:

- а) прогнатия;
- б) прогения:
 - 1) ложная,
 - 2) истинная.

2. Трансверзальные аномалии:

- а) общесуженные зубные ряды;
- б) несоответствие ширины верхнего и нижнего зубных рядов:
 - 1) нарушение соотношений боковых зубов на обеих сторонах;
 - 2) нарушение соотношений зубов на одной стороне (косой или

перекрёстный прикус).

в) нарушение функции дыхания.

3. Вертикальные аномалии:

- а) глубокий прикус:
 - 1) перекрывающий;
 - 2) комбинированный с прогнатией (крышеобразный).

б) открытый прикус:

- 1) истинный (рахитический);
- 2) травматический (от сосания пальцев).

Недостатки классификации Калвелеса:

- 1) очень объёмна;
- 2) не учитывает этиологических факторов возникновения зубочелюстных аномалий, функциональных и эстетических нарушений.

Приложение Ж

Задачи миотерапии:

1. Восстановление физиологического тонуса мышечной ткани.
2. Нормализация функций мышц, участвующих в движениях нижней челюсти.
3. Нормализация функции круговой мышцы рта и мышц языка.
4. Приспособление тканей височно-нижнечелюстных суставов и мышц челюстно-лицевой области к ортодонтическому лечебному аппарату.

В зависимости от режима мышечного сокращения различают упражнения статического и динамического характера. При статических упражнениях мышцы находятся в состоянии повышенного тонуса без чередования периодов сокращения и расслабления. Динамические физические упражнения характеризуются изотоническим режимом мышечного сокращения: период сокращения мышцы чередуется с периодом ее расслабления. Вследствие различной степени снижения выносливости (как статической, так и динамической) необходим дифференцированный подход к интенсивности выполнения упражнений.

Существуют общие правила для проведения миотерапии:

1. Упражнения следует делать систематически и регулярно.
2. Интенсивность сокращения мышц должна быть достаточной, но не чрезмерной.
3. Мышцы следует напрягать медленно и плавно.
4. Каждое упражнение следует проводить несколько раз до появления чувства легкой усталости.
5. Количество упражнений и их продолжительность с течением времени увеличиваются.

При занятиях с детьми от 4 до 7 лет применяется тренажер, сила пружины которого для жевательных мышц должна быть 0,7 - 0,8 кгс, а для мимических - 0,15 кгс.

Динамические упражнения выполняются в темпе: 20 движений в минуту или на счет 1-2-3-4. Мера физической нагрузки на мышцы челюстно-лицевой области зависит от возраста ребенка и от функционального состояния мышц. Поэтому она всегда индивидуальна, и даже у детей одного возраста интенсивность выполнения упражнений мышц может быть различной. Для назначения нагрузки врачу необходимо определить степень снижения функционального состояния мышц челюстно-лицевой области.

У детей с аномалиями прикуса выделено три степени снижения выносливости мышц челюстно-лицевой области:

I степень - статическая и динамическая выносливость мышц снижена до 25% по сравнению с возрастной нормой.

II степень - статическая выносливость снижена на 25%, динамическая более 25% по сравнению с возрастной нормой.

III степень - статическая и динамическая выносливость снижена более 25% по сравнению с возрастной нормой.

Возрастная норма выполнения статических и динамических упражнений используется ортодонтами для определения степени снижения выносливости мышц челюстно-лицевой области. По секундомеру определяется продолжительность выполнения упражнения статического и динамического характера.

В соответствии со степенью снижения выносливости подбирают интенсивность выполнения каждого упражнения (рис. 84):

- При I степени снижения выносливости статические и динамические упражнения проводятся последовательно в соотношении 1:1. В

дальнейшем интенсивность упражнений нарастает на половину величины нагрузки.

- При II степени - статические и динамические упражнения проводятся в соотношении 1:2. Интенсивность статических упражнений нарастает на половину величины нагрузки, динамических - на четвертую часть.

- При III степени снижения выносливости мышц соотношение статических и динамических упражнений 1:1. Интенсивность каждого упражнения нарастает на четвертую часть нагрузки. При этом комплекс упражнений повторяется дважды.

При проведении лечебной гимнастики соблюдаются основные педагогические принципы: наглядность, доступность, систематичность, постепенность. Метод организации занятий индивидуальный. Ребенок выполняет упражнения ежедневно дома под наблюдением родителей и один раз в две недели - в поликлинике под наблюдением врача. Во время занятий в поликлинике ребенок осваивает выполнение упражнений, которое осуществляется как в расчлененном на составные части, так и в целостном виде.

Метод наглядности на занятии лечебной гимнастикой должен присутствовать на протяжении всего курса лечения и включать показ и объяснение упражнений, словесную инструкцию. Интенсивность выполнения упражнений корректируется в соответствии со степенью снижения выносливости мышц. Этим соблюдается один из основных принципов лечебной гимнастики - постепенность нарастания нагрузки.

Исходное положение при выполнении упражнений статического и динамического характера - сидя на стуле в состоянии правильной осанки голову и тело держать прямо, грудь развернута.

Комплекс лечебно-гимнастических упражнений состоит из трех частей: вводной, основной и заключительной.

Вводная часть включает дыхательные упражнения в течение 2-3 минут, которые подготавливают ребенка к последующему выполнению лечебно-гимнастических упражнений. Основная часть комплекса направлена на тренировку мышц челюстно-лицевой области и проводится в определенной последовательности - статические упражнения предшествуют динамическим, т.к. статические усилия оказывают стимулирующее действие на динамическую работу. В заключительной части лечебной гимнастики постепенно снижают общую и специальную нагрузки, и это достигается комбинированными упражнениями - различными движениями рук и головы. В процессе занятий обращается внимание на соблюдение носового дыхания и правильной осанки. Гимнастические упражнения назначают без аппаратов или со специальными аппаратами. К лабиальным аппаратам относятся: активатор Дасса, эквilibратор, диск Фриеля. Вестибулярные аппараты - вестибулярная пластинка Шонхера, пластинки MUPPY.

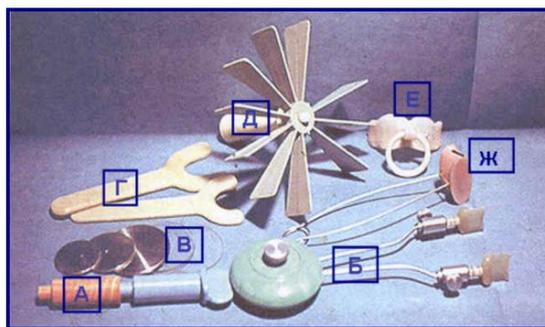


Рисунок 85. Приспособления для проведения миотерапии: а – эквilibратор; б – активатор Дасса; в – диски Фриеля; г – приспособления для тренировки жевательных мышц; д – мельница; е – вестибулярная пластинка Шонхера; ж – амортизатор Роджерса

ж – амортизатор Роджерса



Рисунок 86. Вестибулярные пластинки: А и Б – пластинки MURPY; В – стандартная вестибулярная пластинка Шонхера

Упражнения для круговой мышцы рта:

1. Положить между губами сложенную вдвое полоску бумаги и сжать губы. Бумагу следует удерживать во время выполнения домашних заданий.
2. Губами можно удерживать линейку, постепенно нагружая ее.

Упражнения для круговой мышцы рта:

-1. Положить между губами сложенную вдвое полоску бумаги и сжать губы. Бумагу следует удерживать во время выполнения домашних заданий.
2. Губами можно удерживать линейку, постепенно нагружая ее.
3. Рекомендуют дуть на вертушку, легко перемещаемые предметы (кусочек ваты, мыльные пузыри и т.д.).4. Упражнение с пуговицами. Две пуговицы диаметром 25-30 мм соединяют шнурком и располагают на расстоянии 15-18 мм друг от друга. Одну пуговицу ребенок схватывает губами, сжимает ее. Правой рукой натягивает шнур за вторую пуговицу.
5. Вестибулярную пластинку вкладывают в преддверие полости рта. Большим пальцем правой руки ее слегка вытягивают вперед за кольцо, губы сжимаются и удерживают ее.
6. Диск Фриеля помещают между губами и удерживают ими сначала в течение 1 минуты, затем до 3 - 5 минут.
7. Активатор Дасса ребенок удерживает губами. Сила сокращения круговой мышцы должна преодолевать силу сокращения проволочных элементов (статическое упражнение). На счет 1-2 ребенок сжимает губы, на 3-4 - разжимает и вновь повторяет упражнение (динамическое упражнение).
8. Максимальное волевое смыкание губ (статическое упражнение).
9. Попеременное смыкание губ (динамическое упражнение).

Упражнения для мышц передней трети языка:

1. На кончик языка накладывают резиновое кольцо диаметром 5 - 8 мм. Ребенок поднимает язык кверху и прижимает его к переднему участку твердого неба в области небных складок, зубы сжимает, губы не смыкает. Рекомендуют проглотить слюну, не изменяя положения

кончика языка и резинового кольца. Если язык находится между зубными рядами, то упражнение выполняется неправильно.

2. То же резиновое кольцо пациент прижимает кончиком языка к переднему участку неба в области небных складок. Зубы и губы сжимает, кольцо удерживает в течение 5 мин. В последующие дни время выполнения упражнения увеличивают до 10 мин.

3. Упражнение «всадник» - подражание звуку ударов копыт лошади.

Цоканье языком выполняют 50-60 раз.

4. Упражнение «часики» - при полуоткрытом рте языком проводят по верхней, а затем по нижней губе со стороны преддверия полости рта (слева направо и наоборот).

5. Поглаживание твердого и мягкого неба языком по средней линии, начиная от передних зубов. После освоения этих упражнений приступают к тренировке мышц среднего участка языка.

Упражнения для мышц средней трети языка:

1. На язык накладывают два резиновых кольца: одно на кончик, другое на середину. Ребенок поднимает язык вверх и прижимает к своду неба, зубы сжимает, губы смыкает не полностью. Не изменяя положения языка, трижды проглатывает слюну. Напряжение жевательных мышц можно проконтролировать пальпацией, приложив пальцы к щекам. При неправильном глотании жевательные мышцы не напрягаются.

Упражнение для мышц задней трети языка:

..... - Полоскание горла водой, что способствует расслаблению мышц и их массажу.

Упражнения для тренировки жевательных мышц

1. Максимальное волевое смыкание зубных рядов (статическое упражнение). Сжав руками пружину амортизатора Рождерса врач устанавливает насадки между зубными рядами верхней и нижней челюсти и медленно отпускает пружину. Ребенок должен закрыть рот,

максимально сжать зубные ряды и удерживать их в таком положении установленное врачом время.

2. Попеременное волевое смыкание зубных рядов (динамическое упражнение). Насадки тренажера располагают между зубными рядами.

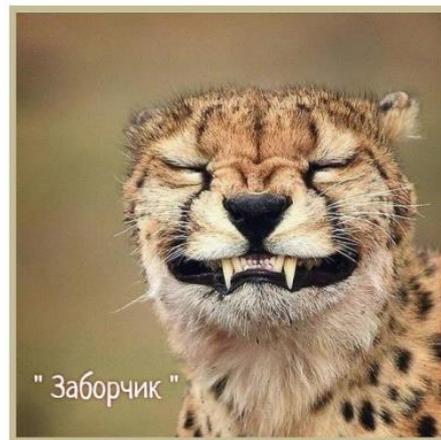
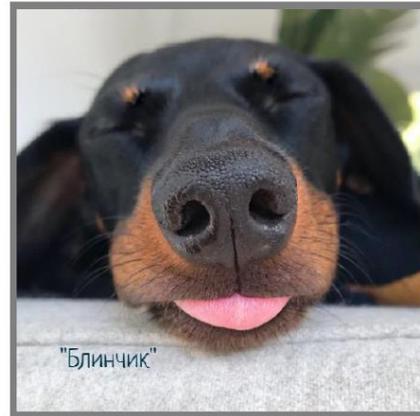
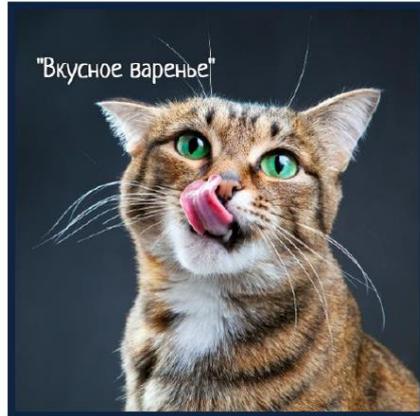
На счет 1-2 ребенок поднимает н/ч и смыкает зубные ряды, на 3-4 - размыкает их и опускает нижнюю челюсть, затем вновь повторяет упражнение.

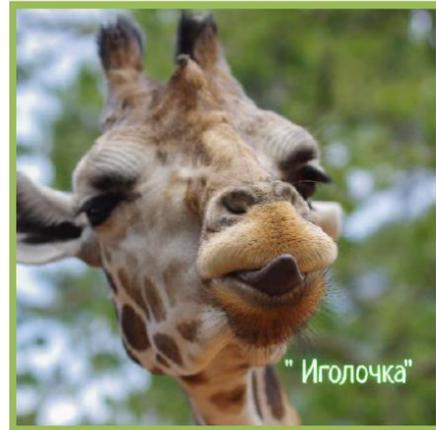
3. Удержание нижней челюсти в максимально выдвинутом положении (статическое упражнение). Ребенок максимально выдвигает вперед (или отодвигает назад) нижнюю челюсть и удерживает ее в таком положении.

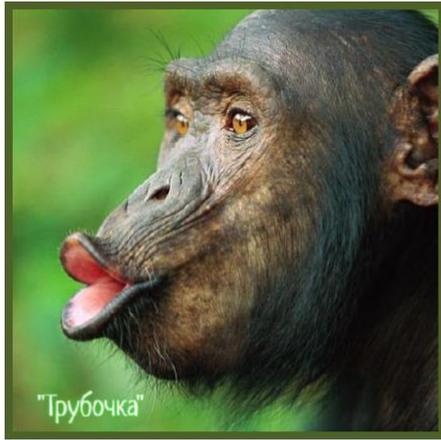
4. Попеременное выдвижение нижней челюсти (динамическое упражнение). Ребенок выдвигает нижнюю челюсть вперед (назад) на счет 1-2, на 3-4 перемещает нижнюю челюсть в привычное положение, затем вновь повторяет упражнение.

Приложение И

Артикуляционная гимнастика с животными







Приложение К

Буклеты для родителей и специалистов



КРАСНОЯРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. В. П. АСТАФЬЕВА



КРАСНОЯРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. В. П. АСТАФЬЕВА

АРТИКУЛЯЦИОННАЯ ГИМНАСТИКА
ДЛЯ ДЕТЕЙ

АВТОР:
КИСЕЛОВА ЮСТИНА АЛЕКСАНДРОВНА











“ БЛИНЧИК ”

РОТ ОТКРЫТ, ЯЗЫК СПОКОЙНО ПОЛОЖИТЬ НА НИЖнюю ГУБУ, УДЕРЖИВАТЬ ЕГО ШИРОКИМ НА НИЖНЕЙ ГУБЕ

ВАЖНО: ГУБЫ НЕ РАСТЯГИВАТЬ В СИЛЬную УЛЫБКУ, ЧТОБЫ НЕ БЫЛО НАПРЯЖЕНИЯ, СЛЕДИТЬ ЧТОБЫ НЕ ПОДВЕРЖАЛАСЬ НИЖНЯЯ ГУБА. НЕ ВЫСОКАВАТЬ ЯЗЫК ДАЛЕКО: ОН ДОЛЖЕН ТОЛЬКО НАКРЫВАТЬ НИЖнюю ГУБУ. ЕСЛИ ЭТО УПРАЖНЕНИЕ НЕ ПОЛУЧАЕТСЯ, ПЕРЕЙТИ К УПРАЖНЕНИЮ “ МЕСИЧЕСТВО ”



“ ГРИБОК ”

УЛЫБНУТЬСЯ, ОТКРЫТЬ РОТ ПРИСОСАТЬ ШИРОКИЙ ЯЗЫК К НЕБУ МЕДЛЕННО ОПУСКАТЬ НИЖнюю ЧЕЛЮСТЬ ВНИЗ, ОСТАВЛЯЯ ПРИ ЭТОМ ЯЗЫК ПРИЛИПШИМ К НЕБУ

НАША ТАНЯ ВЛЕС ПОШЛА, ПОД СОСНОЮ ГРИБ НАШЛА, ПОДНИМ ВВЕРХ ЯЗЫЧОК, ПОКАЖИ КАК РОС ГРИБОК



“ ЧАСИКИ ”

ПРИОТКРЫТЬ РОТ, КОНЧИК ЯЗЫКА УПИРАЕТСЯ В УГОЛКИ РТА НЕ КАСАЯСЯ ГУБ

ВАЖНО: ГУБЫ НЕ ПОДЖИМАТЬ, ЧЕЛЮСТЬ НЕ ДВИГАТЬ



**“ ВКУСНОЕ
ВАРЕНЬЕ ”**

РОТ ОТКРЫТ, ШИРОКИМ ЯЗЫКОМ ОБЛИЗАТЬ ВЕРХнюю ГУБУ С ВЕРХУ ВНИЗ И УБРАТЬ ЯЗЫК ВГЛУБЬ РТА

ВАЖНО: СЛЕДИТЬ, ЧТОБЫ РАБОТАЛ ТОЛЬКО ЯЗЫК, А НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ БЫЛА НЕПОДВИЖНОЮ (МОЖНО ПРИДЕРЖИВАТЬ ЕЕ ПАЛЬЦЕМ). ЯЗЫК ДОЛЖЕН БЫТЬ ШИРОКИМ, БОКОВЫЕ КРАЯ ЕГО КАСАЮТСЯ УГЛОВ РТА



“ ТРУБОЧКА ”

СОМКНУТЬ ЗУБЫ, СДЕЛАВ ЗАБОРЧИК. ОКРУЖИТЬ ГУБЫ И ВЫТЯНУТЬ ВПЕРЕД КАК ПРИ ПРОИЗНОШЕНИИ ЗВУКА О УДЕРЖИВАТЬ ПОД СЧЕТ ОТ 1 ДО 10

ВАЖНО: РАССЛАБИТЬ ГУБЫ И ПОВТОРИТЬ УПРАЖНЕНИЯ НЕСКОЛЬКО РАЗ



“ УЛЫБКА ”

ШИРОКО РАЗВОДИМ УГОЛКИ ГУБ, ОБНАЖИВ СЖАТЫЕ ЗУБЫ ВОЗВРАЩАЕМ ГУБЫ В СПОКОЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

ДАЕМ РЕБЕНКУ ВРЕМЯ ДЛЯ ОТДЫХА РАССЛАВЛЕНИЯ ПОВТОРЯЕМ УПРАЖНЕНИЕ 3-4 РАЗА



“ НАДУЕМ ЩЕКИ ”

ШАРИК НАДУЛСЯ - НАДУТЬ ЩЕКИ ШАРИК ЛОПНУЛ - СДУТЬ ЩЕКИ

ВАЖНО: ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВСЕХ ВАРИАНТОВ УПРАЖНЕНИЙ, СЛЕДИТЬ ЧТОБЫ ГУБЫ НЕ НАТЯГИВАЛИСЬ НА ЗУБЫ, НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ НЕ ДВИГАЛАСЬ



“ ПАРУС ”

РОТ ОТКРЫТ, КОНЧИК ЯЗЫКА ПОДНЯТ ЗА ВЕРХНИЕ ЗУБЫ, УДЕРЖИВАТЬ ШИРОКИЙ ЯЗЫК

ВАЖНО: ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВСЕХ ВАРИАНТОВ УПРАЖНЕНИЙ, СЛЕДИТЬ ЧТОБЫ ГУБЫ НЕ НАТЯГИВАЛИСЬ НА ЗУБЫ, НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ НЕ ДВИГАЛАСЬ



“ КАЧЕЛИ ”

1 ВАРИАНТ - РОТ ОТКРЫТ, ГУБЫ В УЛЫБКЕ, ШИРОКИЙ ЯЗЫК ПОДНИМАЕТСЯ К ВЕРХНЕЙ ГУБЕ, ЗАТЕМ ОПУСКАЕТСЯ К НИЖНЕЙ

2 ВАРИАНТ - РОТ ОТКРЫТ, ГУБЫ В УЛЫБКЕ, ШИРОКИЙ КОНЧИК ЯЗЫКА ПРИКАСАЕТСЯ К ВЕРХНИМ РЕЗЦАМ, ЗАТЕМ К НИЖНИМ

3 ВАРИАНТ - РОТ ОТКРЫТ, ГУБЫ В УЛЫБКЕ, ШИРОКИЙ КОНЧИК ЯЗЫКА ДОТРОНУТСЯ ДО ВУЛОТКОВ ЗА ВЕРХНИМИ РЕЗЦАМИ, ЗАТЕМ ЗА НИЖНИМИ

ВАЖНО: ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВСЕХ ВАРИАНТОВ УПРАЖНЕНИЙ, СЛЕДИТЬ ЧТОБЫ ГУБЫ НЕ НАТЯГИВАЛИСЬ НА ЗУБЫ, НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ НЕ ДВИГАЛАСЬ



“ ЧАШЕЧКА ”

РОТ ОТКРЫТ, ГУБЫ В УЛЫБКЕ, ЯЗЫК ВЫСУНУТ, БОКОВЫЕ КРАЯ И КОНЧИК ЯЗЫКА ПОДНЯТЫ, СРЕДНЯЯ ЧАСТЬ СПИНКИ ЯЗЫКА ОПУЩЕНА И ПРИГИБАЕТСЯ К НИЗУ

ВАЖНО: ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВСЕХ ВАРИАНТОВ УПРАЖНЕНИЙ, СЛЕДИТЬ ЧТОБЫ ГУБЫ НЕ НАТЯГИВАЛИСЬ НА ЗУБЫ, НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ НЕ ДВИГАЛАСЬ



“ ЗАБОРЧИК ”

РАСТЯНУТЬ ГУБЫ В УЛЫБКЕ ОБНАЖИВ ВЕРХНИЕ И НИЖНИЕ ЗУБЫ КОТОРЫЕ СТОЯТ ДРУГ НА ДРУГЕ КАК ЗАБОРИК ПРО СЕБЯ ГОВОРИТЬ И УДЕРЖИВАТЬ ТАК ПОД СЧЕТ ОТ 5 ДО 10



“ ОТКРОЙ РОТ ”

ШИРОКО ОТКРЫТЬ РОТ - ЖАРКО ЗАКРЫТЬ РОТ - ХОЛОДНО

СПИСОК МИОГИМНАСТИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПЕРЕДНИМ И БОКОВЫМ ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ

- СМЫКАНИЕ И РАЗМЫКАНИЕ ЗУБОВ. С ЦЕЛЬЮ КОНТРОЛЯ СОКРАЩЕНИЯ МЫШЦ ПАЛЬЦЫ РУК ПРИЖИМАЮТ К ШЕКЛАМ В РАЙОНЕ КОРЕННЫХ ЗУБОВ (В ОБЛАСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ).

данное упражнение нужно выполнять до появления усталости жевательных мышц.

- на деревянный карандаш или шпатель нужно одеть резиновую трубку или соску и прикусывать это приспособление передними зубами.



СПИСОК МИОГИМНАСТИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ПРИ ГЛУБОКОМ ПРИКУСЕ

- (упражнение выполняется в положении стоя) сжимать челюстями резиновые палочки разного диаметра и плотности;

- следует поднять подбородок вверх и завести руки по направлению назад. в данном положении необходимо максимально выдвигать вперед нижнюю челюсть, после чего вернуться в исходное положение. повтор упражнения – трижды в день по 10-15 раз;

это упражнение через месяц необходимо усложнить: при выдвигании нижней челюсти следует передние нижние зубы выталкивать перед передними верхними зубами;

- упражнение по и. с. рубинуво (цит. по и. в. токаревич(33)), суть которого в дозированной проведению гимнастики, например, открывание-закрывание рта, нижнюю челюсть выдвигать при этом не нужно. повданные упражнения должны длиться от 3 до 5 минут, повтор подходов – 5 раз в день.

СПИСОК МИОГИМНАСТИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРЕКРЕСТНОМ ПРИКУСЕ

1. ОТКРЫТЬ РОТ, МЕДЛЕННО ЗАКРЫТЬ, ПЕРЕМЕШАЯ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ В ПРОТИВОПОЛОЖНУЮ СТОРОНУ ОТ НЕПРАВИЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ.

ДЕРЖАТЬ 5-10-20 до 60 СЕКУНД.

2. ТО ЖЕ УПРАЖНЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ УСИЛИЯ РУКИ, НАПРАВЛЕННОЕ НА СДВИГ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СТОРОНУ.

3. КОНЧИКОМ ЯЗЫКА ДАВИТЬ НА ЧЕВЕННЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ВЕРХНИХ ЗУБОВ И АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ОТРОСТОК НА СТОРОНЕ СУЖЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ МИНУТ (ВРЕМЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПОСТЕПЕННО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ). данное упражнение рекомендуется выполнять при одностороннем сужении верхней челюсти.



КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. В. П. АСТАФЬЕВА



КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. В. П. АСТАФЬЕВА

МИОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ В РАБОТЕ УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА



АВТОР : КИСЕЛЕВА ЮСТИНА АЛЕКСАНДРОВНА

ПЛАСТИНКА STORPI

применяется для детей, начиная с 2-х летнего возраста:

- если намечается открытый прикус при длительном сосании пустышки или пальца;

- для скорейшего и безболезненного отвыкания ребенка от этих вредных привычек, как замена пустышки. при использовании силиконовой пластины storpi открытый прикус закрывается естественным образом, поскольку резцам ребенка ничто не мешает смыкаться;

правила ношения:
1. после 2-х лет лучше не врать в рот пустышку, только пластинку storpi;
2. продолжительность ношения: достаточно нескольких недель;
3. время ношения: только в привычное время сосания в качестве замены соски или пальчика.

ПЛАСТИНКА MURPY «S» СТАНДАРТНАЯ

с красным кольцом - для молочного прикуса. применяется для детей 3-5 летнего возраста.

с синим кольцом - для смешанного прикуса. применяется для детей 5-в летнего возраста.

вентиляционная пластинка выпускается в двух модификациях: мягкая силиконовая и жесткая пластиковая. мягкая пластинка обеспечивает большую нагрузку на круговую мышцу рта и показана детям с ротовым типом дыхания.

жесткая пластинка чаще рекомендуется при деформации зубных рядов. пластинка незаменима также в случаях инфантильного глотания, закусывания и сосания губ. она помогает ребенку перейти от привычного ротового к физиологическому носовому дыханию, что способствует правильному развитию дыхательной системы. в миофункциональной гимнастике пластинку можно использовать для тренировки круговой мышцы рта.

ПЛАСТИНКА MURPY «C» С КОЗЫРЬКОМ

с красным кольцом - для молочного прикуса.

с синим кольцом - для смешанного прикуса.

выпускается в двух модификациях: мягкая силиконовая и жесткая пластиковая.

мягкая пластинка обеспечивает нагрузку на круговую мышцу рта и требуется детям с ротовым дыханием.

жесткая пластинка чаще рекомендуется при деформациях зубных рядов.

использование пластины murpy «с» при коррекции позволяет:
- избавиться от привычки сосания;
- нормализовать смыкание губ и восстановить носовое дыхание;
- стимулировать рост нижней челюсти;
- корректировать глубокое резцовое перекрытие.

ПЛАСТИНКА MURPY «P» С БУСИНКОЙ

применяется для детей, начиная с 2-х летнего возраста:

аналогично всем ранее рассмотренным, выпускается в двух вариантах:

- с красным кольцом - для молочного прикуса;

- с синим кольцом - для смешанного прикуса.

пластинка с подвижной бусинкой помогает выработать у ребенка физиологически правильное положение языка в полости твердого неба. в классической модели бусинка эффективно массирует спинку языка, стимулирует язычную мышцу.

показания для применения:
- низкое положение языка в полости рта, дисартрия, обусловленная недостаточностью иннервации мышц языка;
- повышенный тонус мышц языка;
- нарушение произношения твердых и мягких согласных звуков, инфантильное глотание.

эта специальная вентилируемая пластинка может использоваться пациентами с синдромом дауна и с церебральным параличом, когда мускулатура языка ослаблена или язык упирается в нижние резцы.

по просьбе логопедов была разработана модификация пластинки, в которой бусинка располагается у альвеол.

такая конструкция позволяет автоматизировать правильное расположение кончика языка в локте и при глотании, что способствует коррекции межзубных сигматизмов. а также развивает чувствительность и подвижность языка. показания для применения:

- слабодвижный кончик языка;
- вялый язык (пониженный тонус при стертых формах дисартрии);
- различные формы сигматизма, ламбдацизм.

ПЛАСТИНКА MURPY «G» С ПРОВОЛОЧНОЙ ЗАСЛОНКОЙ ДЛЯ ЯЗЫКА.

также выпускается в двух вариантах:

с красным кольцом - для молочного прикуса;

с синим кольцом - для смешанного прикуса.

при формировании у ребенка открытого прикуса язык фронтального отдела перестает смыкаться при каждом глотательном движении и в процессе разговора ребенок прокладывает язык между зубами.

в этом случае у ребенка появляется такое нарушение произношения звуков, как межзубный сигматизм.

искусственная преграда в виде проволочной заслонки позволяет язычку отойти от верхней привалки, прокладывая язык между зубами, что позволяет быстрее устранить открытый прикус и одновременно нормализовать звукопроизношение.

ТРЕЙНЕРЫ.

еще один вид инструмента, который может применяться в логопедической работе по рекомендации миофункционального терапевта - трейнер. на рынке представлено изделий различных фирм - производителей, наиболее известна продукция myobase и myosa.

эти аппараты также предназначены для исправления таких вредных привычек, как ротовое дыхание, прокладывание языка между зубами и неправильное глотание, для лечения дисфункции вчнс и бруксизма,

подходит для коррекции глубокого, открытого прикуса, несимметричности зубов и, естественно, на этом фоне - нормализации произношения звуков

применяется с целью комплексной тренировки положения языка и тонуса оральнй мускулатуры при:

- межзубном стигматизме, открытом прикусе, инфантильном глотании, слабой круговой мышце рта, глубоком резцовом перекрытии



МИОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА.



при работе над нормализацией звукопроизношения логопед может использовать как обычную артикуляционную гимнастику, так и миофункциональную гимнастику, если у ребенка есть к этому показание.

правила проведения миофункциональной гимнастики:

1. сокращение мышц должно проходить с максимальной амплитудой.
2. интенсивность сокращений не чрезмерна.
3. скорость и продолжительность должна постепенно увеличиваться.
4. между двумя сокращениями должна быть пауза, равная продолжительности самого сокращения.
5. сокращение мышц при выполнении упражнения должно быть повторено несколько раз и продолжаться до легкой усталости.
6. все упражнения повторяются при правильной осанке.
7. упражнения выполняются 2 раза в день по 5 минут.