

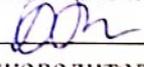
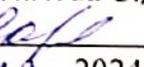
МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им.В.П. Астафьева
(КГПУ им. В.П.Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра коррекционной педагогики

РАГИМОВА САРА ДЖУМШУД КЫЗЫ

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
Развитие артикуляционной моторики у старших дошкольников
с дизартрией

Направление подготовки 44.03.03.
Специальное (дефектологическое) образование
Направленность (профиль) образовательной программы
Логопедия

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ
Заведующий кафедрой
канд. пед. наук, доцент Беляева О.Л.
«17» мая 2024г. 
Научный руководитель
канд. пед. наук, доцент Проглядова Г.А.
«17» мая 2024г. 
Обучающийся Рагимова С.Д.
«17» мая 2024г. 
Дата защиты «19» июня 2024г.
Оценка хорошо

Красноярск, 2024

Содержание

Введение.....	3
Глава I. Теоретический анализ литературы по проблеме нарушений артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрией и анатомических нарушений артикуляционной моторики.....	7
1.1 Общая характеристика дизартрии.....	7
1.2 Особенности артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрией.....	15
1.3 Анатомические дефекты артикуляционного аппарата.....	23
1.4 Особенности коррекции нарушений артикуляционной моторики у старших дошкольников.....	31
Выводы по I главе.....	41
Глава II. Исследование уровня сформированности артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрией и анатомических нарушений артикуляционной моторики.....	44
2.1 Организация и методы исследования артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрии и анатомических нарушений артикуляционной моторики.....	44
2.2 Анализ результатов проведённого исследования.....	63
Выводы по II главе.....	74
Глава III. Формирующий эксперимент и его анализ.....	75
3.1 Комплекс упражнений по коррекции дизартрии и анатомических нарушений артикуляционной моторики.....	75
3.2 Контрольный эксперимент и его анализ.....	84
Выводы по III главе.....	94
Заключение.....	95
Список использованных источников.....	99
Приложение А.....	108
Приложение Б.....	111

Введение

Актуальность. В современном мире не теряет своей актуальности проблема развития артикуляционной моторики у детей. Это необходимо в тех случаях, когда имеются речевые нарушения, ухудшающие функционирование артикуляционной моторики. При этом речевую функцию следует считать не только важным инструментом познавательной деятельности, но и фундаментом психического развития, т.к. на её основе формируются многие психические процессы. Также это позитивным образом влияет на социализацию ребёнка. Из-за действия различных негативных факторов часто созревание речи, в особенности её моторного обеспечения, ухудшается, что сказывается на качестве произношения, это нарушение в логопедии и неврологии называется дизартрией.

По различным данным отмечается увеличение количества детей, имеющих дизартрию. Всемирная организация здравоохранения считает, что это нарушение встречается у 25-30% дошкольников в России. Другие авторы также подчёркивают тенденцию к росту числа дошкольников с данной патологией. Ввиду различных негативных пренатальных и постнатальных факторов при дизартрии поражаются определённые внутримозговые структуры, из-за которых нарушается согласованная работа мышц артикуляционного аппарата. Кроме дизартрии, в практике логопеда часто встречаются «маленькие пациенты», имеющие анатомические нарушения артикуляционного аппарата. В отличие от дизартрии, при таких нарушениях тонус и функционирование мышц нормальное, при этом возникают структурные дефекты в ротовой полости, мешающие правильной артикуляции звука. Такие нарушения, вызванные различными факторами, также требуют коррекции, при этом логопед может работать с ребёнком после медицинского лечения, заключающегося в придании артикуляционному аппарату правильного вида.

Описанные выше нарушения артикуляционного аппарата негативным образом сказываются на звукопроизношении ребёнка, при этом появляются ошибки в произнесении звука. Если при анатомических нарушениях, как правило, кроме неправильной артикуляции звука других речевых дефектов нет, то при дизартрии, имеющей патогенез на уровне внутримозговых речевых центров, отмечается недоразвитие голоса, просодики, и др. Коррекция артикуляционного аппарата является основной задачей логопеда при работе в детском саду, поэтому проблемой данного исследования является создание эффективного комплекса упражнений для исправления дефектов дизартрии и анатомических нарушений артикуляционного аппарата.

Цель данной работы заключается в составлении и внедрении комплекса артикуляционных упражнений с учетом выявленных особенностей артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрией и с анатомическими нарушениями артикуляционного аппарата.

Объект исследования: артикуляционная моторика у старших дошкольников.

Предмет исследования: логопедическая работа по развитию артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрией и нарушениями артикуляционного аппарата.

Гипотеза: предполагается, что проведение комплекса упражнений, основанного на творческих и игровых заданиях, будет способствовать большей результативности развития артикуляционной моторики у старших дошкольников.

Поставленная цель конкретизировалась решением следующих задач:

1. Проанализировать психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования;
2. Выявить особенности артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрией.

3. Провести диагностику и проанализировать полученные данные разработанного комплекса диагностических методик, направленного на определение нарушений артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрией.

4. Создать комплекс упражнений, направленный на коррекцию дефектов артикуляционного аппарата при дизартрии и анатомических нарушениях.

5. Показать результативность созданного комплекса упражнений через повторное логопедическое обследование.

Для решения поставленных задач в выпускной квалификационной работе использовались следующие методы исследования.

– теоретические методы (анализ теоретических источников, методы абстрагирования и конкретизации, обобщение и интерпретации научных данных);

– эмпирические методы (тестирование, педагогический эксперимент, методы количественного и качественного анализов).

Практическая значимость работы заключается в возможности применения её результатов для проведения диагностики, коррекции нарушений артикуляционного аппарата у детей с дизартрией и с анатомическими нарушениями артикуляционного аппарата.

Теоретико-методологические основы исследования: специфика артикуляционной моторики у дошкольников с дизартрией (Абрамова А.Н., Альминова Л.В., Бабий Т.В., Бабина Г. В., Баландина К.А., Барина А.Л., Белякова Л.И., Вилисова Ю.К., Винарская Е.Н., Волкова, Л.С., Гребнева Е.А., Кудрявцева С.В., Куликова Е.В., Кутькова А.А., Лещенко С.Г.); анализ анатомических дефектов артикуляционного аппарата (Алиев Т., Водолацкого М.Л., Григорьева Л.П., Дымочка М.А., Иванова О.П., Ключников О.В., Корсак А.К., Мамедов Ад.А.); коррекция дизартрии и анатомических дефектов артикуляционного аппарата (Абрамова А.Н.,

Альминова Л.В., Мертвищева К.З., Мершина С.А., Миронова В.В., Мишина Ю.С., Мустафаев Маг.Ш., Назаренко Е.В., Насибуллина А.Д., Негматова Д.У., Орлова Т.Е., Терехова Т. Н., Уклонская Д.В., Эшман С.А.).

База исследования: муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 46 компенсирующего вида «Лучик» для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата города Красноярск». В исследовании участвовали 20 детей шести лет, из них 10 детей с дизартрией и 10 детей с анатомическими нарушениями артикуляционного аппарата.

Структура работы состоит из введения, трёх глав, выводов по каждой главе, заключения, списка использованных источников, приложений.

Глава I. Теоретический анализ литературы по проблеме нарушений артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрией и анатомических нарушений артикуляционной моторики

1.1 Общая характеристика дизартрии

Термин «дизартрия» получен в результате сочетания слова артрон, означающее сочленение и частицы диз, т.е. расстройства поэтому данный термин используется в логопедии для характеристики фонематических нарушений, вызванных отсутствием координированной работы органов артикуляционного аппарата, т.е. дефектов произношения, ухудшающих внятность речи (интонации, ритма, темпа, дыхания, силы голоса и др.) [55]. Кроме этого, можно выделить следующие определения данного нарушения:

Дизартрия – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное нарушением правильной иннервации речевого аппарата, т.е. нарушением координированной работы артикуляционных мышц, проявляется различными речевыми нарушениями, вызванными дефектом их взаимодействия с соответствующими отделами центральными нервными системами [3]. Поэтому данное заболевание относится к неврологической категории [61].

Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова определяют дизартрию как расстройство произносительной стороны речи, при котором нарушается функционирование просодической стороны речи, фонетической окраски звуков или неправильного звукопроизношения, что подразумевает искаженную реализацию фонем речи (пропуски, замены звуков) [14].

Анализируя суть дефекта при дизартрии, Л.И. Белякова считает, что нарушение мышечного и нервного взаимодействия приводит к недостаточной иннервации речевого аппарата, а, следовательно, снижению потенциала артикуляционных (губ, нёба, языка, щёк, глотки, нижней челюсти, диафрагмы, гортани, грудной клетки) и мимических мышц, которые играют важную роль в звукопроизношении [9]. Патогенез дизартрии связан с

нарушением функционирования определённых отделов центральной и периферической нервной системы, ответственных за реализацию различных аспектов моторики. Поэтому, кроме речевых нарушений, у таких детей страдают различные стороны моторики [15].

Г.В. Гуровец отмечает, что у детей с лёгкой формой дизартрии часто присутствует моторная неловкость, сниженный объём движений, быстрое истощение мышц во время нагрузки. Поза на одной ноге неустойчива. Часто отмечается нарушение имитации ребёнком движений, особенно в процессе выполнения физических упражнений, где часто отмечаются затруднения при реализации правильного темпа, ритма и переключаемости движений. Также нарушаются различные бытовые движения [19]. Исследователи выявили у таких детей дефекты мелкой моторики, связанные с затруднениями при рисовании или выполнении других тонких дифференцированных движений рук, например, аппликация или лепка из пластилина. Важным моментом является то, что часто они не могут правильно держать карандаш или ручку, что усложняет в будущем формирование двигательного стереотипа письма [56].

Г.В. Бабина подчёркивает, что такие нарушения в логопедии встречаются достаточно часто, составляя тройку речевых дефектов, при этом оно встречается немного реже чем дислалия, и чаще по сравнению с алалией [5, с. 23]. Л.А. Зайцева определяет, что дизартрические расстройства встречаются в 60-70% случаев, от общего числа детей с речевой патологией. При этом стёртая дизартрия у детей часто проявляется малым числом признаков, отдельными особенностями моторной сферы [27]. Е.Н. Винарская считает, что в 80% случаев дизартрии вызваны врождёнными нарушениями головного мозга, полученными под влиянием внутриутробных факторов [12].

Детально разбирая причины, вызывающие дизартрию, их условно в зависимости от периода возникновения можно разделить на следующие типы:

В пренатальный (основной) период обычно значительное влияние оказывают следующие причины: токсикоз; наличие у матери заболеваний в первой половине беременности; влияние хронических заболеваний матери (сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез легких, тяжелые желудочно-кишечные заболевания и болезни печени, заболевания мочеполовой сферы, алкоголизм).

Натальный период проявляется различными патологиями, происходящими в процессе родов (сухие затяжные или стремительные роды) и при рождении ребёнка (асфиксия новорожденного, группа и резус-конфликтная ситуация).

Постнатальный период характеризуется различными заболеваниями, имеющими негативное влияние на головной мозг: вирусный грипп, пневмония, тяжелые формы желудочно-кишечных заболеваний, часто простудные и инфекционные заболевания, в некоторых случаях сопровождающиеся судорожными припадками на фоне высокой температуры. При этом первые симптомы дизартрии фиксируются в раннем постнатальном периоде: двигательное беспокойство, ничем необъяснимое нарушение сна, трудность удержания соска, вялость акта сосания, сменяющегося быстрым утомлением, имеют место частые поперхивания, обильные срыгивания, возможен отказ от груди. Часто такие дети не могут удерживать головку в вертикальном положении до пяти-семи месяцев и поздно начинают ходить (до одного года двух месяцев) [7].

В литературе имеются следующие варианты классификации дизартрии:

Во-первых, Л.И. Белякова предлагает классифицировать виды дизартрии на основании выраженности речевых нарушений:

1 степень тяжести (лёгкая или стёртая). Часто такие нарушения обозначаются «нерезко выраженными» или «стертой» дизартрией, тем самым подчёркивается наличие у ребёнка лёгких (стёртых) парезов мышц артикуляционного аппарата, нарушающих процесс произношения. Также

часто используют термины «минимальные дизартрические расстройства» и «дизартрический компонент» [8; 55; 57].

При этой степени дизартрии отмечаются незначительные нарушения речи, которые в повседневных условиях могут быть незамеченными, при этом они проявляются в специальном обследовании. Звукопроизношение является смазанным, нечётким, из всех звуков больше всего искажается артикуляция свистящих, шипящих и/или сонорных звуков, учитывая, что труднее всего ребёнку выговорить звуки [И] и [Г]. Звонкие согласные звуки произносятся оглушено. При этом ошибки могут возникать при усложнении задания (смазанность звукопроизношения), работа с изолированными звуками не вызывает затруднений. Также наблюдаются недостатки речевого дыхания (учащенное, неглубокое), голоса (тихий, глуховатый) и просодики (маломодулированность) [8; 49].

При легкой степени дизартрии у детей отмечаются нерезко выраженные нарушения тонуса мышц языка, иногда губ и незначительное снижение объема и амплитуды их артикуляционных движений. При этом нарушены наиболее тонкие и дифференцированные движения языка (прежде всего – подъем вверх). Неречевая симптоматика также может проявляться в виде легкой саливации, затруднения жевания твердой пищи, редких поперхиваниях при глотании, повышении глоточного рефлекса [8; 49].

2 степень тяжести – речь ребёнка в целом понятна, однако некоторые нарушения фиксируются без проведения специальных диагностических мероприятий. Это означает нарушение общей разборчивости речи, которую уже непросто понять окружающим, особенно не зная контекст. Фиксируется общая смазанность звукопроизношения, а также наличие многочисленных выраженных нарушений произношения многих фонетических групп. Часто опускаются звуки, располагающиеся в конце слова. Отмечаются нарушения глубины и ритма дыхания, вместе с которыми имеются расстройства силы (тихий, слабый, иссякающий) и тембра голоса (глухой, назализованный,

напряженный, сдавленный, прерывистый, хриплый). Голос намоделированный, а речь монотонная. У детей выражены нарушения тонуса язычной, губной и лицевой мускулатуры. Лицо гипомимичное, артикуляционные движения языка и губ замедлены, строго ограничены, неточные (не только верхний подъем языка, но и его боковые отведения). Значительные трудности представляют удержание языка в определенном положении и переключение от одного движения к другому. Для детей со средней степенью дизартрии характерна гиперсаливация, нарушения акта приема пищи (затруднение или отсутствие жевания, пережевывания и захлебывания при глотании), синкинезии, повышение рвотного рефлекса [8; 49].

3 степень тяжести – выраженные нарушения речи, при условии, что понять её могут только родственники. Нарушения фиксируются в процессе общения с ребёнком и требуют специальных диагностических условий [8; 49].

4 степень тяжести (тяжёлая, анартрия) – невозможность воспроизведения ребёнком полноценной речи, что затрудняет процесс коммуникации [Бабина], что является результатом паралича речедвигательных мышц. Такое нарушение развивается в связи с тяжёлыми патологиями соответствующих отделов нервной системы, которые уже не способны выполнять свои функции, связанные с моторным обеспечением речи. Часто анартрия сочетается наличием расстройств управления речевыми артикуляциями (артикуляционного, фонаторного, дыхательного отдела). Кроме патологии центральных исполнительных систем речевой деятельности, нарушено формирование динамического артикуляционного праксиса. Отмечается расстройство произвольного управления речевым аппаратом [8; 49].

С позиции неврологической природы заболевания выделяются следующие формы дизартрии:

При бульбарной дизартрии поражаются периферические двигательные нейроны в продолговатом отделе мозга, в результате чего снижается тонус мышц речевого аппарата. Это проявляется нарушением фонологической системы речи, при котором правильная артикуляция некоторых звуков становится невозможной, а выпавшие звуки замещаются другими по артикуляционным признакам звуками, которые являются новыми для фонетической системы языка. При чём выбор такого звука определяется максимальными возможностями анатомо-физиологической речевой системой. Это означает, что особенности артикуляции и придуманные звуки связаны с распределением и степенью пареза мышц периферического речевого аппарата [8; 49].

В основе псевдобульбарной (спастико-паретическая форма дизартрии) дизартрии находится спастический паралич периферического артикуляционного аппарата, который приводит к нарушению движений различных речевых структур. Такое нарушение вызвано дисфункцией следующих отделов головного мозга: двустороннее поражение корково-ядерных путей группы нервов: 9, 10, 12 (языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов), а также 7 (лицевого) и 5 (тройничного). Кроме артикуляционных нарушений, отмечается неправильное функционирование произвольных движений, при условии полной сформированности непроизвольных (рефлекторных), особенно если эти движения подкрепляются определённым эмоциональным состоянием. При этом фиксируется сиплость в голосе, напряжённость, истощаемость, отсутствие модулирования. Речь отличается смазанностью, её невозможно понять, медленным темпом, монотонностью. Такие дети, как правило, выражаются короткими фразами, что сочетается с недостатком просодического компонента [8; 49].

Следует уточнить, что данная форма дизартрии встречается в детском возрасте чаще всего, она имеет специфический патогенез, от которого

зависят её проявления. Кроме спастического варианта, могут иметь место в результате поражения определённых структур парезы и гиперкинезы. При этом паретические синдромы этой дизартрии проявляются высоким тонусом одним и низким тонусом других мышц, что мешает полноценной артикуляции. А гиперкинетический синдром связан с высоким тонусом мышц, что сочетается с наличием насильственных движений, которые чаще всего проявляются в виде тремора. Эти нарушения, затрагивающие различные аспекты моторной сферы ребёнка, затрудняют полноценное физическое и психическое развитие детей [8; 49].

Подкорковая (экстрапирамидная, гиперкинетическая) встречается не менее часто чем псевдобульбарная дизартрия. Она обусловлена дисфункцией ядер стриопаллидарной системы и нарушением их связи с другими структурами головного мозга. Поэтому в основе данной формы дизартрии находятся гиперкинезы, нестабильный тонус мышц речевого аппарата, а также невозможность поддерживать определённую позу. Это приводит к нарушению алгоритма сокращения мышц речевого аппарата, что проявляется отсутствием стабильности и однотипности артикуляторных дефектов. При этом в патологический процесс вовлечены не только мышцы артикуляторных органов, но и дыхательные и голосовые мышцы, что не позволяет им функционировать согласовано. Кроме этого, исследователи отмечают наличие у таких детей нарушения слуха и фонематических процессов, что проявляется в не узнавании звуков высоких тонов, в результате неправильно воспринимаются слова, в составе которых имеются эти звуки [8; 49].

Мозжечковая (атонически-астатическая) форма дизартрии проявляется наличием у ребёнка мышечной гипотонии, сочетающейся с неправильной координацией движений органов артикуляции. При этом фиксируется тонкий язык, прижатый к нижнему нёбу, имеющий сниженный потенциал подвижности, двигать который ребёнок может медленно. Отмечается снижение двигательного потенциала не только языка, но и других

артикуляционных органов. При этом главным отличием этой формы дизартрии от псевдобульбарной, является то, что вместе с атонией отмечаются как произвольные, так и непроизвольные движения, характеризующие вялый паралич. Несмотря на значительное снижение тонуса мышц языка, другие физиологические процессы в этом органе сохранены, поэтому он не атрофируется. Его движения неточные. Отмечается как превышение, так и снижение потенциала движения языка (гипер или гипометрия). В отдельных ситуациях фиксируются провисания мягкого нёба [8; 49].

Корковая дизартрия возникает при поражении речевых отделов коры головного мозга. Исследователи выделяют кинетический и кинестетический синдромы. Кинетический синдром обусловлен дисфункцией зон задней центральной извилины коры головного мозга, которая проявляется артикуляционной апраксией, затрудняющей реализацию определённой артикуляционной позы, не позволяющей осуществить переход от одного звука к другому. При этом отмечается звучность голоса, сохранность тембра речи, наличие припусков звуков в стечениях согласных, щелевые звуки заменяются на смычные, вместо аффриката, т.е. согласных звуков, образованных слиянием смычного с фрикативным согласным, произносятся составные звуки. В результате избыточной напряжённости артикуляции повышается громкость звука. Отмечаются затруднения при автоматизации звука в речи, при условии, что этот процесс лучше протекает с изолированными звуками [11].

Кинестетический синдром корковой дизартрии обусловлен повреждением нижних отделов передней центральной извилины, что приводит к нарушению кинестетических обобщённых схем артикуляции шумовых признаков звуков в структуре слога с трудностями различения соответствующих артикуляционных укладов при сохранности голоса и тембра. Отмечается нарушение фонематического восприятия. Часто у детей

проявляются ошибки в смене артикулем. Такие ошибки часто фиксируются самими детьми, но их исправить не получается, что приводит к застреванию на звуках, похожее на заикание. Из-за того, что данная область имеет фундаментальное значение для развития других областей мозга, у детей с таким синдромом дизартрии отмечается несогласованность формирования различных аспектов психики, в особенности это касается слухового восприятия. Подобная недостаточность объединения может отмечаться в работе двигательного-кинестетической, слуховой и зрительной систем. При той и другой форме корковой дизартрии речь характеризуется замедленностью, напряжённостью, отсутствием плавности, но дыхание находится в пределах нормы, слюнотечение отсутствует [11].

Таким образом, дизартрия представляет нарушение функции артикуляционной моторики, вызванное поражением различных нервных центров, отвечающих за определённые двигательные реакции. При этом причины этого дефекта, как правило, связаны с воздействием на эти нервные центры различных поражающих факторов, по типу механического или инфекционного нарушения. В результате нарушается артикуляция многих звуков.

1.2 Особенности артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрией

Учитывая, что дизартрия возникает в результате повреждения внутримозговых двигательных центров, кроме нарушения артикуляционной моторики, отмечается дисфункция и других аспектов моторики, а именно двигательного праксиса, дыхания, мелкой моторики, общей моторики [43; 44]. При этом моторная сфера формируется со значительными отставаниями, при этом общая моторика отличается наличием замедленных, скованных, неловких и недифференцированных движений [29]. Исследователи отмечают снижение двигательного потенциала верхних и нижних конечностей

(преимущественно, с одной стороны), синкинезии, нарушения мышечного тонуса. При этом нарушен процесс реализации двигательных актов. Движения пальцев рук характеризуются неточностью, медлительностью, сниженной координацией движений [41].

Артикуляционная моторика представляет собой совокупность скоординированных движений органов речевого аппарата, которые обеспечивают правильное звукопроизношение [54]. В.А. Киселева считает, что при дизартрии нарушения артикуляционной моторики схожи с нарушениями общей моторики [30; 31]. Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова подчёркивают, что недоразвитие артикуляционной моторики при лёгкой форме дизартрии следует считать основной причиной фонетических дефектов, которые в свою очередь негативно влияют на развитие более сложных сторон речи, таких как лексическая и грамматическая стороны, необходимые для овладения навыками чтения и письма [41].

Ввиду повреждения отделов головного мозга, отвечающих за осуществление правильной работы органов артикуляционного аппарата, отмечается недостаточной иннервации языка, губ, нёба и голосовых связок, диафрагмы. Поэтому в основе артикуляционных нарушений лежит дисфункция тонуса артикуляционной мускулатуры (мышц лица, языка, губ, мягкого нёба), которая может выражаться через спастичность, гипотонию или дистонию [46].

Спастичность – представляет собой повышение тонуса мышц языка, губ, лица и шеи, при этом визуально они выглядят напряжёнными. Язык «комом» оттянут назад, его спинка изогнута по спастической форме, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Спинка языка оказывается приподнятой к твёрдому нёбу, из-за этого осуществляется смягчение произнесённых ребёнком согласных звуков (палатализация). Описаны случаи, когда спастический язык имеет форму «жала», вытянутого вперёд. Кроме языка, спастическое напряжение может иметь место в мышцах губ,

что приводит к излишнему их смыканию, не позволяющими открыть рот произвольно. Однако часто может быть наоборот, отмечаться неполное закрытие рта. Часто это сочетается с повышенным слюноотечением (гиперсаливация). Спастичность значительно ограничивает двигательный потенциал артикуляционных мышц, особенно при спастико-паретической дизартрии [17].

Гипотония – является противоположным спастичности симптомом, подразумевающим уменьшение тонуса мышц, что проявляется главным образом в виде наличия тонкого языка, прижатого к нижнему нёбу, вялых, не способных к плотному смыканию губ, что проявляется невозможностью полного закрытия рта и нередко гиперсаливацией. Из-за гипотонии мышц мягкого нёба ухудшается продвижение нёбной занавески вверх и ее прижатие к задней стенке глотки, поэтому изменяется направление воздуха, он выходит через нос, это влияет на особенности голоса, в котором отмечаются носовые черты (назализация). Такие нарушения встречаются при спастико-паретической и атактической дизартрии [17; 21].

Дистония – нестабильный мышечный тонус. Это означает, что мышечный тонус не является постоянным, поэтому варьируется в зависимости от различных причин. Например, в состоянии покоя тонус снижается, однако при наличии усилий к произношению звука отмечается его резкое возрастание, что сильно нарушает правильную артикуляцию звука. Поэтому при таком нарушении отмечаются различные виды искажений произнесения звуков: замены, пропуски звуков. Такой синдром встречается при гиперкинетической дизартрии. При этом в детском возрасте нередко фиксируется смешанный и вариативный характер нарушений тонуса речевых мышц, по аналогии с другими типами мышц, в которых тонус может изменяться по-разному. Например, в мышцах языка он может увеличиваться (спастичность), а в губных уменьшаться (гипотония). Однако нарушения тонуса [30; 31].

Нарушение подвижности артикуляционных мышц. Ограниченная подвижность мышц артикуляционного аппарата – это основное проявление пареза этих мышц. Недостаточная подвижность артикуляционных мышц языка и губ обуславливает нарушения звукопроизношения. При поражении мышц губ страдает произношение и гласных, и согласных звуков. Нарушается артикуляция в целом. Особенно грубо нарушено звукопроизношение при резком ограничении подвижности мышц языка. Степень нарушения подвижности артикуляционных мышц может быть различной – от полной невозможности до незначительного снижения объема и амплитуды артикуляционных движений языка и губ. При этом в первую очередь нарушаются наиболее тонкие и дифференцированные движения (прежде всего поднятие языка вверх) [52].

Гиперкинезы – представляют собой непроизвольные, неритмичные насильственные, в некоторых ситуациях немного вычурные движения языка, лица, при этом они чаще всего встречаются при целенаправленных движениях [52].

Парезы – потеря мышечной силы, связанная с поражением нервной системы [52].

Тремор – непроизвольные, ритмичные колебательные движения артикуляционных мышц, нарушающих процесс произнесения звука [52].

Атаксия – проявляется отсутствием координации движений артикуляционного аппарата, которая является одним из симптомов дисметрических, асинергических синдромов, вызывающих нарушение ритмической стороны речи [52].

Дисметрия – несоразмерность, отсутствие точности сознательных артикуляционных движений, которая чаще всего проявляется гиперметрией, при условии, что определённый двигательный акт выглядит излишне размашистым, утрированным, замедленным, что означает наличие чрезмерного увеличения двигательной амплитуды [52].

Апраксия – характеризуется нарушением реализации некоторых движений, часто возникает при смене движений. Часто в практике встречается кинестетическая апраксия, в этом случае отмечаются наличие хаотичных движений для того, чтобы определить нужную артикуляционную позу [52].

Девиация – отклонение расположения языка от средней линии ротовой полости, что часто проявляется в процессе логопедической гимнастики [52].

Из-за нарушения полноценного функционирования артикуляционного аппарата у детей появляются дефекты звукопроизношения, которые дифференцируются на две категории: антропофонические, подразумевающие искажение артикуляции звуков, фонологические, а именно замену и смешение звуков. При этом первая категория нарушений в логопедической практике встречается чаще всего. В зависимости от количества нарушенных групп звуков дефект может быть, как мономорфным, т.е. неправильная артикуляция одной группы звуков, так и полиморфным, а именно затрагивающими две или несколько групп звуков [23; 46].

Можно выделить следующие особенности нарушений звукопроизношений:

- Нарушения звукопроизношения при дизартрии характеризуются стойким характером, поэтому усложняется их коррекция.
- По сравнению с дислалией, усложняется и утяжеляется процесс автоматизации звука, при этом, если коррекционный процесс не был доведён до конца, то все его результаты могут не закрепиться.
- Отмечаются нарушения артикуляции как согласных, так и гласных звуков.
- Свистящие [С], [З], [Ц] и шипящие [Ш], [Ж], [Ч], [Щ] звуки отличаются межзубными и боковыми оттенками звучания;
- Звонкие согласные звуки звучат оглушёнными, что объясняется недостаточной реализацией функции голоса;

- Палатализация – добавление мягкости к твёрдым согласным звукам;
- В процессе реализации речевого высказывания нарушения усиливаются, однако если происходит увеличение речевой нагрузки в речи нарастает смазанность [10].

Также в литературе представлены другие нарушения звукопроизношения:

При гипотонии мышц, что искажает прохождение струи воздуха, отмечается выраженная её слабость и неправильное направление движения, поэтому ухудшается артикуляция губно-губных смычных шумных согласных [П], [П’], [Б], [Б’]. В результате ухудшения палатализации и недостаточного движения губных мышц глухие смычные согласные звуки артикулируются неправильно. Меньше затруднений вызывают губно-губные смычные носовые сонанты [М], [М’] и губно-зубные щелевые шумные согласные – [Ф], [Ф’], [В], [В’], для произношения которых не требуется плотного сжимания нижней губы с верхними зубами. Часто фиксируется неправильное произношение переднеязычных смычных шумных согласных [Т], [Т’], [Д], [Д’] и переднеязычных щелевых согласных [Ш], [Ж]. Кроме этого, часто встречаются, кроме других видов, межзубный и боковой сигматизмы [25; 37; 52].

В результате ограничения двигательного потенциала мышц губ ухудшается артикуляция гласных и согласных звуков, из которых при произношении значительные трудности вызывают лабиализованные звуки ([О], [У]), для которых необходимо осуществление активных движений губ: округление, вытягивание. Кроме этого, искажаются губно-губные смычные звуки [П], [П’], [Б], [Б’], [М]. В результате недостаточной подвижности мышц языка часто фиксируется неправильное произношение как шипящих и свистящих звуков, так и многих других звуков особенно гласных переднего ряда ([И], [Э]), заднеязычных звуков ([Г], [К], [Х]), гласных, особенно среднего и нижнего подъема ([Э], [О], [А]) [25; 37; 52].

Снижение подвижности мышц мягкого нёба способствует добавлению к акустическим признакам звуков шума. Часто в процессе логопедического обследования фиксируется нарушение дифференциации артикуляции гласных звуков по высоте, ряду и огубленности. В произношении согласных отмечается проявление смещения артикуляционных укладов: у шипящих звуков появляются акустические признаки свистящих звуков ([С]-[Ш]); переднеязычные звуки произносятся как заднеязычные ([Т]-[К], [Д]-[К]); смешаются черты звуков верхнего и нижнего подъёма [25; 37; 52].

В результате сформированного противопоставления артикуляции возникает нарушение противопоставления фонем, что негативно сказывается на фонематическом слухе. Поэтому ухудшается формирование и других фонематических процессов, что приводит к тому, что дети не могут различить схожие по звучанию слова. Это нарушение способствует недоразвитию навыка чтения и письма, а также других сторон речи, в том числе у таких детей отмечается снижение функционирования грамматической стороны речи [25; 37; 52].

Нарушения речевого дыхания связаны с несформированностью механизма центральной регуляции дыхания, что негативно сказывается главным образом на глубине, ритме, координации дыхания. При попытке произнесения фраз отмечается учащение дыхательного ритма. Часто процессы вдоха и выдоха оказываются несогласными, что означает наличие поверхностного вдоха и быстрого выдоха, осуществляемого через нос, при отсутствии полного смыкания губ. Чаще всего дыхательные нарушения встречаются при гиперкинетической форме дизартрии [25; 37; 52].

Нарушения голоса возникают из-за снижения двигательного потенциала мышц гортани, мягкого нёба, голосовых складок, языка и губ. При это часто снижается сила голоса, который становится тихим, слабым, иссекающийся, и тембр, обретающий глухость, сдавленность, хриплость, прерывистость, напряжённость, гортанность и назальный характер. Весь

перечень нарушений голоса обычно определяется формой дизартрии, т.к. зависит от особенностей поражения мышц и соответствующих нервных центров [25; 37; 52].

Нарушения просодики (мелодико-интонационных и темпоритмических характеристик речи). Одним из самых стойких признаков дизартрии являются мелодико-интонационные нарушения, затрагивающие разборчивость, эмоциональную выразительность речи. При этом проявляется слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона). Голос становится монотонным, мало или немодулированным [25; 37; 52].

Нарушения темпа речи проявляются в его замедлении, реже – в ускорении. Иногда имеют место нарушения ритма речи (например, скандированность – «рубленая» речь, когда отмечается дополнительное количество ударений в словах) [25; 37; 52].

Таким образом, при дизартрии, обусловленной поражением двигательных внутримозговых центров, нарушаются различные аспекты артикуляционной моторики, главным образом за счёт утраты согласованной работы различных мышечных групп и изменение их тонуса. Поэтому в зависимости от вида дизартрии могут встречаться следующие нарушения: спастичность, гипотония, дистония, гиперкинезы, тремор, атаксия, дисметрия, апраксия, девиация, приводящие либо к искажению артикуляции звука, либо замещению одного звука другим.

1.3 Анатомические дефекты артикуляционного аппарата

Если при дизартрии, обусловленной поражением внутримозговых центров, возникает нарушение функционирования речевых мышц, то в практике логопедии встречаются случаи, когда имеются анатомические дефекты органов артикуляционного аппарата, мешающие полноценной реализации речевой функции [1]. Учитывая, что звук возникает в результате правильной работы всех артикуляционных органов при правильной организации воздушного потока, то нарушение смыкания различных структур ротовой полости искажает этот процесс, ухудшая качество произношения. Такие случаи в логопедической практике встречаются часто, при этом логопед не может самостоятельно их полностью исправить, т.к. требуется участие врача стоматолога-ортодонта, который должен скорректировать анатомические дефекты, например, аномалию прикуса, положение отдельных зубов и языка [4].

Рассматривая этиологию таких нарушений в общем, можно отметить, что они возникают по разным причинам. Основной причиной считаются травмы артикуляционного аппарата, приводящие к серьёзным повреждениям артикуляционного аппарата [6]. Некоторые из заболеваний связаны с нарушением развития структур ротовой полости, вызванные как внешними, так и внутренними факторами. Внешние факторы, как правило, определяются неправильными привычками, нарушением осанки, травмами позвоночника и др. Внутренние факторы характеризуются наличием аномалий внутриутробного созревания артикуляционного аппарата, негативное влияние на этот процесс оказывают генетические и хромосомные мутации. Некоторые дефекты органов ротовой полости возникают в результате осложнения других заболеваний [16].

Лечением таких дефектов занимаются врачи стоматологи-ортодонты. В современной стоматологии имеется много технологий коррекции различных функциональных дефектов органов артикуляционного аппарата. Если у

ребёнка не хватает зубов для правильной артикуляции звука, проводятся специальные манипуляции для их протезирования, применяются технологии для исправления прикуса. В качестве профилактики дефектов артикуляционных структур рекомендуется не допускать травм челюстно-лицевой области, следить за развитием артикуляционного аппарата ребёнка, не допускать появления у него вредных привычек, при необходимости корректировать осанку во избежание искривлений позвоночника, и контролировать состояние стоп на наличие плоскостопий [33].

С точки зрения логопедии наличие анатомических дефектов органов артикуляционного аппарата приводит не только к нарушению звукопроизношения, но и к другим вторичным дефектам, например, снижение фонематического восприятия, чтения, письменной речи, а также могут иметь место и другие нарушения. В логопедии такие симптомы составляют механическую дислалию. Чаще всего у таких детей отмечаются дефекты свистящих и шипящих звуков (в их звучании возникает чрезмерный шум), губно-зубных, переднеязычных, взрывных, иногда отмечается неправильная артикуляция звуков [P] и [P’]. Кроме согласных, искаженно артикулируются гласные звуки, утрачивается часть их акустических признаков, возникают посторонние шумы, снижается акустическая противопоставленность гласных, всё это ухудшает их восприятие. При наличии неправильной формы языка (большие или маленькие размеры, а также укороченная подъязычная связка, укороченные уздечки губ и языка) нарушается артикуляция шипящих звуков и вибрантов, это сочетается с боковым сигматизмом. В отдельных случаях звукопроизношение становится непонятным, при это сильно ухудшается восприятие произнесённых звуков. По сравнению с дефектами языка, аномалии строения губ не во всех случаях вызывают нарушения звукопроизношения. Чаще всего нарушение артикуляции губно-зубных звуков в этом случае обусловлены неполным

смыканием губ, редко отмечается искажение лабиализованных гласных ([O], [У]) [26; 35].

Таблица 1 – Соотношение анатомических нарушений органов ротовой полости и дефектов звукопроизношения

Нарушения звукопроизношения	Дефекты артикуляционного аппарата
боковой сигматизм	Узкий язык, приводящий к отсутствию смычки боковых краев языка с верхними зубами; парез мышц языка
свистящий сигматизм	Укороченная подъязычная связка языка, затрудняющая подъем языка к небу
ламбдацизм	Укороченная подъязычная связка языка
ротацизм	Короткая подъязычная связка языка; узкое и высокое небо; чрезмерно узкий или массивный, недостаточно пластичный язык
дефекты группы заднеязычных звуков: каппацизм, гаммацизм, хитизм	Слишком высокое и узкое твердое небо, что затрудняет образование смычки между ним и языком
межзубное произнесение звуков (т, т', д, д', н, н')	Укороченная подъязычная связка языка, затрудняющая подъем языка к верхним зубам

Конкретизируя причины механических нарушений артикуляционного аппарата, были рассмотрены основные виды дефектов, чаще всего встречающиеся в практике логопеда:

Во-первых, нарушения прикуса – обозначает патологическое расположение зубов верхней и нижней челюсти по отношению к друг другу. Из-за этого нарушаются многие физиологические процессы, а зубы, располагаясь неправильно, начинают быстрее деформироваться, а также усиливается негативное воздействие на дёсны и другие структуры, необходимые для размельчения пищи [13]. Кроме этого, искажаются эстетические свойства зубов, это провоцирует возникновение психологических проблем, а именно снижения социальной адаптации, асоциальности. К этому дефекту приводят следующие причины: ротовое дыхание; вредные привычки; наличие врождённых нарушений; травмы при родах; осложнения других заболеваний; механическое повреждение челюсти и зубов в результате травмы [18].

В литературе представлена следующая классификация нарушений прикуса:

- Дистальный – диспропорция развития челюстей, при сильно развитой верхней челюсти и снижении созревания нижней челюсти;
- Мезиальный – нижняя челюсть смещается вперёд;
- Глубокий – при смыкании челюстей верхние зубы заходят на нижние, перекрывая больше чем на половину их длины;
- Открытый – недостаточное смыкание значительной части зубов верхней и нижней челюстей с образованием щели;
- Перекрёстный – отмечается несформированность верхнего и нижнего зубных рядов с одной стороны;
- Связан с дистонией – неправильное расположение зубов в зубном ряду с утратой их правильного расположения (выше, ниже или сбоку) [63].

Диагностику нарушений прикуса осуществляет стоматолог-ортодонт на основании медицинского осмотра ротовой полости пациента. Также применяются дополнительные обследования, позволяющие улучшить точность диагноза. В основе лечения лежит использование специальных механических или функциональных технологий на зубы, их необходимо привести в правильное положение, используя пластины, каппы, брекет-системы и другие ортодонтические конструкции. После проведения основных медицинских процедур осуществляется фиксация полученных результатов с использованием ретенционных аппаратов [63].

Во-вторых, диастема между передними зубами – неправильная организация зубов, при которой между ними имеется непропорциональное расстояние в результате образуются значительные промежутки между зубами размером 1 до 10 мм [59]. Чаще возникают промежутки между резцами или коренными единицами. Считается, что в патогенезе данного дефекта важную роль играет наследственный фактор, при этом можно выделить следующие причины образования диастемы: низкое расположение губной уздечки;

заболевания пародонта; появление в зубном ряду дополнительных зубов; наличие патологий при формировании челюстей; неправильный угол наклона зубов вперёд [28; 58]. Тремой же называется щель между любыми другими соседними зубами, она может быть физиологическая, как вариант нормы, ввиду дисбаланса между быстрым ростом челюсти, и соответствующим по скорости созреванию зубов, в этом случае требуется наблюдение и контроль за состоянием ротовой полости с отсутствием травм; или патологическая, как самостоятельная патология, вызванная различными причинами, которую необходимо лечить. Выделяются следующие основные причины этого нарушения: наследственные зубные дефекты; анатомическая особенность уздечки верхней губы; длительное сосание соски; микроденция, или уменьшенный размер зубов; врожденная адентия.

С точки зрения клинической картины диастемы между передними зубами отмечается наличие щели между зубами, которая заметна, если расстояние межзубного промежутка равно 2 мм, при этом он может быть либо прямым, либо косым. Также имеются следующие второстепенные симптомы: низкое расположение губной уздечки; патология прикуса; наличие трем; патологический разворот и неправильный размер резцов; адентия. Формирование этой патологии осуществляется в две стадии:

1) Ложная. Встречается в процессе прорезывания зубов, при этом появившиеся зубы не соотносятся по размеру челюстью. В результате отмечается отсутствие выраженной щели из-за того, что у детей вырастают молочные зубы или, осуществляется их смена на постоянные.

2) Истинная – характеризуется возникновением патологического межзубного промежутка у коренных зубов, когда отмечается выпадение молочных зубов. При этом отмечается постепенное расширение образованного промежутка [50].

Классификация диастем:

- 1) симметричная – наличие ровной щели между зубами, пропорциональное расстояние между резцами у корня и режущего края;
- 2) асимметричное – зубы направлены в разные стороны, отмечается отклонение.

Диагностика осуществляется в результате медицинского осмотра зубов, а также применяется специальное медицинское обследование, направленное на уточнение диагноза. В стоматологии имеются следующие методы лечения данного дефекта: 1) брекетты; 2) пластинки (ортодонтическая конструкция, похожая на брекетты, сдвигающая зубы); 3) каппы [2; 32; 48].

В-третьих, отсутствие резцов (адентия) или их аномалии – характеризуется недостатком или неправильной формой резцов (типы зубов), это негативным образом влияет не только на функциональное состояние зубов (недостаток режущего воздействия), но и приводит к ухудшению артикуляционного и эстетического потенциала артикуляционных структур. Как и во многих других заболеваниях зубов и челюсти, отмечается влияние врождённого фактора, при котором у человека резцы могут не вырасти, это приводит к образованию больших промежутков. Такое нарушение называется первичной адентией, обусловленной отсутствием зубных зачатков в процессе развития эмбриона. Чаще всего в медицинской практике пациенты теряют резцы в результате осложнений зубных заболеваний (а также болезни десен), травм, неправильного стоматологического лечения [47; 48]. Диагностика осуществляется через стоматологический осмотр, лечение протезированием [22].

В-четвёртых, короткая подъязычная связка языка (анкилоглоссия) – суть данного дефекта заключается в том, что подъязычная связка языка имеет недостаточный размер, она укорочена, смещена ближе к кончику языка. Этот дефект ухудшает функциональное состояние не только языка, но и других структур ротовой полости, проявляясь следующими признаками: 1)

недостаточная подвижность языка, что проявляется в невозможности выполнения некоторых движений языком; 2) в результате натяжения языка он может раздваиваться; 3) нарушение усвоения пищи языком. При отсутствии лечения данный дефект способствует появлению следующих вторичных нарушений: 1) нарушения артикуляции звуков; 2) нарушение структуры зубов, расположенных на нижней челюсти; 3) возникновение промежутков между зубами; 4) нарушения прикуса [38; 45].

Короткая подъязычная связка языка лечится операцией – рассечением. Данную операцию проводит врач-стоматолог хирург, она считается безвредной и несложной, при этом в зависимости от возраста выявления дефекта используются разные виды операций. Считается, что лучше проводить эту процедуру как можно раньше, с рождения до года. При этом диагностика короткой уздечки осуществляется в роддоме во время осмотра младенца, однако в некоторых ситуациях врачи не могут определить её, поэтому лечение может осуществляться значительно позднее [45].

В-пятых, маленький (микроглоссия) или большой (макроглоссия) язык. Маленький язык (микроглоссия) – дефект, при котором язык ребёнка имеет небольшие размеры, по сравнению с типичным состоянием этого органа, в результате снижаются его функциональные характеристики. Сначала это проявляется в нарушении процессов сосания, жевания и глотания, при этом снижается эффективность пищеварения, это способствует снижению веса и нарушению общего психофизического созревания, по сравнению со сверстниками. Особенно негативно этот дефект влияет на речевую функцию, речь возникает поздно, при этом многие звуки произносятся неправильно. Недостаток размера языка мешает ему принимать необходимые артикуляционные позы, сниженный двигательный потенциал [45].

Большой язык (макроглоссия) – наличие у ребёнка большого языка (относительно нормы), который из-за своих размеров с трудом помещается в ротовой полости, поэтому часто для компенсации этого ребёнок стремится

вывести его наружу. Это приводит к нарушению усвоения пищи и дефектов звукопроизношения [45].

Диагностика осуществляется методом медицинского осмотра у врача-стоматолога, лечится данный дефект пластикой или заслонкой для языка. Возраст проведения операции определяет врач на основании данных осмотра [45].

В-шестых, высокий свод (готическое нёбо) – дефект верхней части челюсти, которая имеет аркообразную форму свода твёрдого неба. В результате этого у ребёнка возникают нарушения усвоения пищи, снижение эффективности носового дыхания, нарушение артикуляции звуков. Кроме этого, могут формироваться вторичные нарушения структуры ротовой полости в виде неправильного созревания зубных рядов, зубы могут находиться слишком близко друг к другу, часто встречаются нарушения прикуса, нарушения в строении лицевых костей, проявляющиеся более узким разрезом глаз и опущенным ртом и др. [42].

Нередко у таких детей отмечается синдром сонного апноэ. В литературе выделены следующие причины возникновения высокого свода нёба: 1) хромосомные заболевания; 2) внутриутробные поражения; 3) патологические оральные привычки. Среди патологических привычек можно выделить следующие: длительное сосание пустышки, пальца; нарушение дыхания и необходимость дышать ртом из-за хронического ринита, увеличенных аденоидов, искривления носовой перегородки, бронхиальной астмы [34; 42].

Диагностика осуществляется на основе осмотра и сбора анамнеза, а также применяются инструментальные методы, такие как ортопантограмма, рентгенография или компьютерная томография челюстей, цефалограмма. Лечение может осуществляться либо консервативными, либо хирургическими методами. К консервативным методам относят использование ортодонтических приспособлений (капп,

пластинок), проведение гимнастики. Хирургическое лечение подразумевает проведение специальной операции [42].

Таким образом, анатомические нарушения органов артикуляции речи способствуют возникновению дефектов звукопроизношения, вызвано это тем, что в результате структурных поражений снижается двигательный потенциал органа, а, следовательно, он не способен правильно организовывать воздушный поток, необходимый для произношения звуков.

1.4 Особенности коррекции нарушений артикуляционной моторики у старших дошкольников

Коррекция дизартрии является сложным процессом, который необходимо осуществлять на основании понимания особенностей нарушений функционирования мышц артикуляционного аппарата, возникающих из-за них речевых нарушений, а также психологических черт детей. Результаты коррекции определяются не только квалификацией логопеда, но и эффективностью организации и проведения занятий, при этом они должны быть систематичными и проводится как можно раньше после выявления заболевания. Кроме этого, параллельно ребёнок должен посещать соответствующих медицинских специалистов. Особенности патогенеза дизартрии требуют прохождения неврологического лечения, а при наличии механических повреждений органов артикуляционного аппарата рекомендуется посещение стоматолога. В результате систематической, длительной работы можно добиться оптимальных результатов в функционировании артикуляционных мышц, а также в поставке произношения звука. Исследователь подчёркивает, что при работе с такими детьми необходимо использовать задания не только для коррекции дефектных звуков, но для влияния на другие аспекты речи, тем самым расширяя коррекционное воздействие [47; 60].

Р. Е. Левина предлагает данный логопедический процесс основывать на следующих принципах:

Принцип развития – заключается в анализе особенностей происхождения нарушений, при этом, исходя из полученных данных о условиях и факторах, обуславливающих дефект, назначаются коррекционные и профилактические рекомендации.

Принцип системного подхода – основан на интерпретации дизартрии, как сложного дефекта, состоящего из связанных между собой аспектов, понимание которых позволяет выстроить наиболее эффективную коррекционную стратегию. В рамках данного принципа определяются структурные компоненты данного речевого дефекта, объём нарушенных речевых функций.

Принцип связи речевого дефекта с другими психическими аспектами – учитывая, что психические процессы связаны между собой, поэтому речевая функция связана с другими высшими психическими функциями, учёт этих данных позволяет не только понять факторы, мешающие развитию речи, но и сделать коррекционный процесс более эффективным и многоаспектным, исправляя не только основной дефект, но и психические нарушения.

Принцип замещающего онтогенеза – подразумевает компенсацию условий онтогенетического развития, необходимые для исправления проявлений дизартрии;

Принцип системности – коррекционная работа должна проводиться систематически, при её организации необходимо учитывать особенности дефекта и психического развития ребёнка, важно максимально продумать все нюансы, опираясь на теоретический и практический опыт.

Принцип доступности – для коррекции дизартрии логопед должен организовать условия совместной деятельности с ребёнком, подобрав для него наиболее понятные и соответствующие возрасту задания.

Принцип индивидуально-дифференцированного подхода – подразумевает учёт логопедом при планировании коррекционной работы индивидуальных, психических особенностей ребёнка, это способствует существенному повышению эффективности исправления проявлений дизартрии.

Принцип единства диагностики и коррекции – подразумевает использование в процессе коррекции данных диагностики, при этом коррекционные упражнения подбираются для исправления выявленных нарушений.

Деятельностный принцип коррекции – коррекция дизартрии подразумевает совокупность продуманных, теоретически обоснованных усилий логопеда по отношению к ребёнку, представленных в виде технологий, методов, приёмов.

Принцип комплексности коррекционного воздействия – коррекционный процесс для исправления проявлений дизартрии воздействует на все аспекты речевых нарушений, затрагивая некоторые, связанные с ними психические функции.

Принцип природосообразности – принцип, подразумевающий правильное использование в коррекционной работе факторов естественного речевого и психического развития ребёнка.

Принцип активного привлечения ближайшего социального окружения к участию в коррекционной программе [30; 40].

Для реализации данной цели необходимо осуществлять логопедическую работу по следующим направлениям:

- 1) Нормализация мышечного тонуса мимической и артикуляторной мускулатуры; нормализация моторики артикуляционного аппарата и просодики (логопед проводит дифференцированные приемы артикуляционной гимнастики).

2) Выработка новых произносительных умений и навыков, включающая выработку основных артикуляционных укладов, коррекция звукопроизношения, развитие фонематического слуха, автоматизация поставленного звука в речи;

3) Отработка коммуникативных умений и навыков: формирование навыков самоконтроля, введение звуков в речь в учебной ситуации, включение в лексический материал просодических средств [26; 39].

Цель такого коррекционного процесса заключается в исправлении нарушений артикуляционной моторики, возникших в результате дизартрии и механических повреждений. Для реализации этой цели логопед должен выполнить следующие задачи:

1. Исправление неправильного тонуса мышц артикуляционного аппарата. Нарушение тонуса мышц артикуляционного аппарата является одним из проявлений дизартрии, снижающим их функциональный потенциал. Поэтому одним из аспектов нормализации артикуляционной моторики является нормализация тонуса соответствующих мышц.
2. Совершенствование движений органов артикуляционного аппарата. В результате нарушений работы соответствующих внутримозговых центров отмечается появление патологических движений или снижения двигательного потенциала органов артикуляционного аппарата, при этом логопед должен научить ребёнка правильным движениям, необходимым для артикуляции звука и построения полноценной фразы.
3. Совершенствование мимической моторики. Кроме движений артикуляционной моторики, при дизартрии отмечается наличие неправильной работы мимических мышц, при этом воспроизведение некоторых мимических реакций нарушается, это может усложнить невербальное общение, поэтому рекомендуется в коррекционную программу включать необходимые упражнения.

4. Сопровождение процесса лечения механических нарушений артикуляционного аппарата. В отличие от дизартрических нарушений, механические дисфункции органов артикуляционного аппарата не связаны с повреждением внутримозговых структур, они обусловлены анатомо-физиологическими дефектами, снижающих функциональный, речевой потенциал. Их лечением занимается стоматолог-ортодонт, однако логопед может осуществлять сопровождение ребёнка, обучая его правильным артикуляционным движениям [20; 24].

Решение данных задач осуществляется через применение следующих методов:

Словесные методы – группа методов, основанных на коммуникации между логопедом и ребёнком, имеющей коррекционный потенциал. Как правило, словесные методы реализуются вербально, например, при прочтении инструкции логопедом, проведении беседы, а также повторении ребёнком стимульного материала для совершенствования произношения. Важно уточнить, что словесные методы могут осуществляться в формате монолога и диалога. Формат монолога подразумевает наличие активной речевой деятельности со стороны логопеда или ребёнка, при этом второй участник коммуникации, выступающий в качестве адресата, занимает пассивную позицию, воспринимая речь говорящего. Такая форма коррекционной коммуникации обычно используется при передаче инструкций к упражнениям. Диалоговый формат коммуникации подразумевает одинаковую речевую активность между ребёнком и логопедом, например, в процессе беседы или выполнения словесного упражнения, подразумевающим повторение речевого материала. Одним из недостатков этих методов является низкая экспрессия и наглядность при их реализации, это может снижать мотивацию ребёнка [62].

Если при дизартрии у ребёнка отмечается несформированность фонематического восприятия, то словесные методы используются редко, как

правило, для чтения инструкции, при этом предпочтение отдаётся другим группам методов. Наличие механических повреждений органов артикуляционного аппарата с сохранным слухом и слуховым восприятием не влияет на использование словесных методов, при условии, что ребёнок, участвуя в коммуникации может неправильно выговаривать многие слова/звуки.

Практические методы – подразумевают выполнение ребёнком определённых действий, что способствует формированию умений и закреплению их в качестве навыка, достигая автоматизма. Поэтому в основе практических методов находятся упражнения, которое состоит из следующих элементов: правила/инструкции; условия; выполнение определённых действий; формирование умения и закреплению их в качестве навыка; наличие средств. Чаще всего в логопедической работе по исправлению дизартрии и механических нарушений органов артикуляционного аппарата применяются игровые упражнения. Их ценность обусловлена игрой как ведущей деятельностью в данном возрасте, поэтому такие упражнения вызывают у ребёнка интерес, позволяя сформировать устойчивую мотивацию к коррекционному процессу [53; 59].

Игровые упражнения, кроме классических элементов, содержат следующие игровые компоненты: 1) игровая инструкция и воображаемая ситуация; 2) игровые предметы, специально приспособленные для игры или иные бытовые предметы, которые ребёнок может применить в игре; 3) роль и сюжет. Создание воображаемой ситуации делает повышает экспрессию игры, тем самым стимулирует увлечение ею, поэтому у детей повышается настроение и возникает мотивация к проведению обследования. Также возникают элементы неформального общения между логопедом и ребёнком, способствующие снятию психологических барьеров, это упрощает проведение коррекционной работы. При этом суть игровых упражнений

состоит в выполнении полезных действий, формирующих правильные навыки движений артикуляционной моторикой [36; 60].

Часто игровые упражнения дополняются творческими элементами. При этом творческий метод может реализоваться изолированно, суть его заключается в использовании для коррекции артикуляционной моторики различных видов творческой деятельности. Например, часто для стимуляции работы артикуляционных органов используются стихотворения и песни. Они имеют схожий занимательный характер для детей, которые, погружаясь в творческую деятельность, расслабляются и у них возникает необходимая мотивация для исправления дефектов. Часто используется в логопедической практике песенка, которую поёт «Весёлый язычок», в которой поётся по образы органов артикуляционной моторики, представленные в детском формате с упоминанием звуков, связанных с определёнными словами. Кроме этого, часто применяются рассказы, шутки, чистоговорки и др. Отдельные авторы подчёркивают, что музыкальное сопровождение на логопедических занятиях может повысить коррекционный потенциал, т.к. музыка не только имеет психологическую пользу, но и способствует формированию чувства ритма, который позволяет упростить процесс восстановления алгоритма движений артикуляционных органов. Особый интерес у детей возникает при использовании музыкальных инструментов, на которых музыку можно создавать самостоятельно [36; 60].

Кроме этого, применяются специальные, логопедические методы:

Артикуляционная гимнастика основана на выполнении ребёнком движений органами артикуляционного аппарата, выступающие в качестве стимула для возникновения новых нейромышечных связей, улучшающих двигательный потенциал этих органов. Такие упражнения являются классическим способом исправления нарушения движений органов артикуляционного аппарата, они группируются, исходя из коррекции определённого звука или органа. Например, имеются упражнения для

стимулирования подвижности языка, одним из таких является «чашечка», в котором ребёнок должен, выгнув вниз середину языка, придать ему форму чашечки, тем самым двигая им. Эти упражнения проводятся либо в качестве основных упражнения, либо для разминки органов артикуляционного аппарата перед выполнением других заданий [7; 9].

Использование зеркала и шпателя – анализируя диагностические данные, у логопеда возникают представления о нарушенных движениях артикуляционного аппарата. Однако, кроме этих данных, возникает необходимость наглядного контроля за выполнением таких движений. Для этого традиционного логопеды используют маленькое зеркальце, на котором отражаются выполняемые ребёнком артикуляционные действия, смотря на это, осуществляется контроль их качества. При этом для придания правильного положения артикуляционным структурам, механической корректировке движений применяется шпатель.

Исходя из описанных выше принципов, целей, задач и методов, можно выделить следующие направления логопедической работы:

- 1) Исправление нарушений моторики артикуляционного аппарата. Сюда входят различные авторские подходы и рекомендации по проведению артикуляционной гимнастики. Т.В. Буденная подчёркивает важность целенаправленности в подборе артикуляционных упражнений, при этом акцент необходимо делать на их правильное сочетание, повышая значение качества под количеством. На начальном этапе коррекционной работы рекомендуется задействовать как можно больше сохранных анализаторов. Отбирая стимульный материал и подбирая упражнения, логопед должен сначала давать ребёнку простые задачи, постепенно усложняя их. В процессе работы необходимо добиваться точности, чистоты, плавности, силы, темпа, устойчивости движений [37].

В литературе описано два вида артикуляционной гимнастики: 1) Активная артикуляционная гимнастика подразумевает выполнение ребёнком

специальных двигательных упражнений, расширяющих моторный потенциал органов артикуляции. Согласно подходу И.И. Ермаковой, ребёнок должен выполнить перечень простых движений ртом, щеками, челюстью, губами, например, выполнение надувания и расслабления щёк. В результате обеспечивается развитие движений жевательных мышц. Е.Ф. Архипова предлагает схожий подход, в котором содержатся упражнения, основанные на выполнении движений определёнными органами артикуляционного аппарата. По сравнению с Ермаковой, в перечне упражнений больше внимания уделяется совершенствованию работы мышц губ, это подразумевает вытягивание губ трубочкой, вибрация губ, их поднятие и опускание. Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова предлагают более расширенный перечень упражнений, в котором имеется много упражнений для разных органов артикуляционной моторики [6].

2. При пассивной артикуляционной гимнастике ребёнок выполняет движения, которые стимулируются логопедом через физическое воздействие, т.е. нажатие. Под влиянием стимула осуществляется закрепление движения и придание ему автоматизма. Процесс такой гимнастики осуществляется по следующим стадиям: 1) вход в позицию артикуляционного органа; 2) удержание позиции; 3) выход из позиции. Как правило, нескольких повторений может хватить за закрепления правильной позиции, поэтому затем логопед просит ребёнка повторить это без стимуляции, т.е. пассивно-активно. Если это получилось, то производится попытка выполнения движения по словесной инструкции.

3) Совершенствование кинестетических ощущений мышц лица, шеи, губ, языка, мягкого нёба.

4) Исправление гиперсаливации через обучение ребёнка правильному проглатыванию слюны перед проведением упражнения.

5) Стимулирование двигательной активности мышц, имеющих низкую подвижность.

6) Совершенствование точности и смены движений.

7) Коррекция нарушений мимической моторики. Для этого ребёнок под присмотром логопеда должен выполнить перечень упражнений для улучшения функционирования мимических мышц, при этом логопед просит ребёнка выполнить различные мимические движения, например закрыть глаза, нахмурить брови, надуть щёки, выполнить движения губами, а также изобразить наиболее типичные детские эмоциональные мимические реакции по типу улыбки, недовольства и др. О. Р. Харитоновна считает, что в качестве стимульного материала можно использовать изображения, на которых представлены образы понятных ребёнку мимических реакций [57].

Таким образом, коррекция артикуляционной моторики у детей, имеющих дизартрию и механические нарушения органов артикуляционного аппарата осуществляется через использование упражнений артикуляционной гимнастики и мимических упражнений. При этом основную роль играют артикуляционные упражнения, позволяющие отработать перечень необходимых артикуляционных движений, формируя их автоматическое и произвольное выполнение.

Выводы по I главе

Многие речевые нарушения определённым образом обусловлены нарушениями в нервной системе, а именно в нейромышечном аспекте, что приводит к неправильному функционированию речевых мышц, а, следовательно, к наличию дефектов устной или письменной речи. Одним из таких является дизартрия, представляющая собой нарушение произносительной стороны речи, обусловленное нарушением правильной иннервации речевого аппарата, т.е. нарушением координированной работы артикуляционных мышц, просвещается различными речевыми нарушениями, вызванными дефектом их взаимодействия с соответствующими отделами центральными нервными системами. Учитывая, что в основе патогенеза дизартрии находится повреждение двигательных нервных центров, обеспечивающих правильную, согласованную работу мышц, то, кроме речевых нарушений, у таких детей имеются нарушения общей и мелкой моторики.

В неврологии в зависимости от локализации патологического очага представлена следующая классификация дизартрии: бульбарной дизартрии – парез, снижение тонуса мышц артикуляционного аппарата, невозможность выговорить отдельные звуки, замена их на новые звуки; псевдобульбарная (спастико-паретическая форма дизартрии) – сочетание спастичности, пареза и гиперкинеза, что приводит к различным речевым нарушениям; подкорковая (экстрапирамидная, гиперкинетическая) дизартрия – гиперкинезы, нестабильный тонус мышц речевого аппарата, что проявляется нарушением звукопроизношения и голоса; Мозжечковая (атонически-астатическая) форма – мышечная гипотония, неправильная координация движений органов

артикуляции, проявляется нарушением звукопроизношения; корковая дизартрия – артикуляционная апраксия, замена некоторых звуков.

Учитывая, что при дизартрии отмечается повреждение моторной сферы человека, то, кроме общей и мелкой моторики, повреждается также артикуляционная моторика, а именно совокупность скоординированных движений органов речевого аппарата, которые обеспечивают правильное звукопроизношение. В литературе выделены следующие виды нарушений артикуляционной моторики: дистония; нарушение подвижности артикуляционных мышц; гиперкинезы; тремор; атаксия; дисметрия; апраксия; девиация, парез. Все описанные нарушения приводят к либо к замене звука, который ребёнок не может произнести, либо к его искажённому произношению.

Кроме дизартрии в логопедической практике часто встречаются анатомические нарушения органов артикуляционного аппарата, суть которых состоит в наличии структурных повреждений, мешающих полноценной артикуляции звука, образовавшихся в результате действия внутренних и внешних патологических факторов. Среди внутренних факторов выделяются генные и хромосомные заболевания, осложнения от заболеваний в раннем детстве, внутриутробные травмы и др. Внешние факторы, как правило, связаны с травмированием органов артикуляционного аппарата ребёнка в процессе родов или при жизни. В результате таких повреждений снижается артикуляционный потенциал органов ротовой полости, у детей отмечаются нарушения звукопроизношения. Были рассмотрены следующие виды таких дефектов: 1) нарушения прикуса – обозначает патологическое расположение зубов верхней и нижней челюсти по отношению к друг другу; 2) диастемы между передними зубами – неправильная организация зубов, при которой между ними имеется непропорциональное расстояние в результате образуются значительные промежутки между зубами размером 1 до 10 мм; 3) отсутствие резцов (адения) или их аномалии – характеризуется недостатком

или неправильной формой резцов (типы зубов); 4) короткая подъязычная связка языка (анкилоглоссия) – суть данного дефекта заключается в том, что подъязычная связка языка имеет недостаточный размер, она укорочена, смещена ближе к кончику языка.; 5) маленький (микроглоссия) или большой (макроглоссия) язык; 6) высокий свод (готическое нёбо) – дефект верхней части челюсти, которая имеет аркообразную форму свода твёрдого неба.

Несмотря на то, что дизартрия и анатомические дефекты артикуляционного аппарата лечатся соответствующими врачами, логопед участвует в восстановлении правильной речевой функции, при этом уделяя значительное внимание повышению двигательного потенциала артикуляционной моторике. Для этого традиционно применяется артикуляционная гимнастика. Второе является основным методом совершенствования двигательной функции данных органов, оно основано на выполнении органами артикуляции перечень полезных движений, стимулирующих работу мышц. Такие упражнения, как правило, проводятся либо в игровой, либо в творческой форме, формируя мотивацию и позитивный настрой ребёнка на проведение коррекции. Используются как пассивные (ребёнок выполняет движения в результате физического воздействия логопеда), активные (движения выполняются по словесной инструкции) упражнения.

Глава II. Исследование уровня сформированности артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрией и анатомических нарушений артикуляционной моторики

2.1 Организация и методы исследования артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрии и анатомических нарушений артикуляционной моторики

Для исследования функционирования артикуляционной моторики проводился констатирующий эксперимент, в котором участвовали 20 детей, у которых диагностирована дизартрия, что предполагает наличие различных нарушений артикуляционного аппарата. Поэтому в рамках данного эксперимента необходимо изучить качественные и количественные свойства этих нарушений.

База исследования: Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 46 компенсирующего вида «Лучик» для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата города Красноярск.

Цель констатирующего эксперимента: исследование особенностей артикуляционной моторики у дошкольников с дизартрией. Для реализации цели были выделены задачи:

- 1) Подобрать диагностический комплекс и провести диагностику для исследования артикуляционной моторики у детей старшего дошкольного возраста.
- 2) Проанализировать результаты обследования артикуляционной моторики у детей старшего дошкольного возраста.

Перед проведением экспериментального исследования нами была проведена предварительная работа: наблюдение за детьми и знакомство с ними, изучение личных дел, медицинской, психолого-педагогической документации и работ детей по творческим заданиям (поделки, рисунки и т.д.), беседа с педагогами и родителями о психофизических особенностях, об

особенностях учебной деятельности, о речевых нарушениях детей. По итогам наблюдений за детьми, изучения медицинской и психолого-педагогической документации, а также бесед с педагогами и родителями нами были получены следующие данные об испытуемых констатирующего эксперимента.

В эксперименте приняли участие 20 детей. 10 детей с диагнозом от врача-невропатолога «дизартрия» (псевдобульбарная дизартрия); 10 детей с пролеченными анатомическими нарушениями артикуляционного аппарата (по результатам осмотра врача-ортодонта).

В результате анализа анамнестических данных детей с дизартрией было определено, что из них 3 воспитываются в неполной семье, в которых уделяется недостаточное внимание по воспитанию и обучению детей. У них имеются психические нарушения и недостаточная коррекция дизартрических проявлений, поэтому результативность учебной деятельности снижена. 2 детей воспитываются в полной семье, предоставляющей все обучающие, воспитательные и коррекционные условия, а, следовательно, их психические процессы скорректированы.

В другой группе детей находятся испытуемые, имеющие анатомические дефекты артикуляционного аппарата по типу нарушения прикуса (дистальный прикус), у них не отмечается психических нарушений или иных соматических заболеваний. Нарушение прикуса возникло в результате неправильного формирования артикуляционного аппарата. После установления диагноза все испытуемые проходили лечение у врача стоматолога-ортодонта, он, проведя осмотр ротовой полости, сделав врачебный вывод, прописал им ношение LM-активатора. Дети находятся на этапе лечения, врачом даны рекомендации проводить у логопеда артикуляционную гимнастику. В результате обследования логопедом выявлена ФФН (фонетико-фонематическое недоразвитие), дизартрия.

В экспериментальную группу вошли:

- 10 обучающихся (блет).
- 10 обучающихся, имеющих логопедическое заключение: ОНР (общее недоразвитие речи) III уровня, псевдобульбарная дизартрия; 10 обучающихся с логопедическим заключением – ФФН (фонетико-фонематическое недоразвитие), дизартрия.
- 10 имеют нарушения звукопроизношения, голоса с незначительными психическими и моторными нарушениями (Приложение А – данные детей в таблице).
- 10 имеют кроме нарушений звукопроизношения, иные речевые нарушения, например, аграмматизмы, дефекты голосообразования и др.

Обследование проводилось в условиях детского сада, а именно в знакомой и привычной для детей обстановке, не вызывающей негативных переживаний. Форма организации: индивидуальная. У детей нет нарушений слухового восприятия, поэтому инструкция давалась вербально и наглядно. Данные, полученные в ходе диагностики, заносились в специальные протоколы. При проведении констатирующего эксперимента задания соответствовали возрастным и познавательным особенностям детей.

При проведении исследования мы использовали диагностический комплекс Волковой Л.С., позволяющий исследовать свойства артикуляционного аппарата. Нами были добавлены оценочные критерии, уровневая и балловая оценка, а также демонстрационный материал. Диагностический комплекс состоит из 3 разделов:

1 раздел «Наблюдение и визуальный осмотр артикуляционной моторики и мимической мускулатуры в состоянии покоя, и в движении», состоящую из одного задания на визуальный осмотр артикуляционной моторики и мимической мускулатуры в состоянии покоя, и в движении;

2 раздел «Обследование двигательного потенциала губ, челюстей, языка, мягкого нёба» состоит из 22 заданий, разделённых на группы в

соответствии с исследованием двигательного потенциала определённого органа артикуляции речи: губ, челюсти, язык, мягкое нёбо;

3 раздел «Обследование мимической моторики» содержит 10 заданий, разделённых на группы в соответствии с исследованием определённых мимических мышц: лба, глаз, щек, лицевых мышц, праксиса лицевой мускулатуры.

Констатирующий этап эксперимента состоял из следующих заданий:

Методика содержит следующие группы заданий:

1. Наблюдение и визуальный осмотр артикуляционной моторики и мимической мускулатуры в состоянии покоя, и в движении.
2. Обследование двигательного потенциала губ, челюстей, языка, мягкого нёба.
3. Обследование мимической моторики.

Исходная версия методики Волковой Л.С. не имеет балловой системы и итоговых критериев оценки артикуляционной моторики, по сути, она представляет собой совокупность заданий и рекомендаций для диагностики артикуляционной моторики. Нашим вкладом является не только систематизация диагностических упражнений и их группировка, но и создание полноценной балловой системы и итоговой оценочной шкалы, состоящей из уровней. В результате модернизации исходной методики Волковой Л.С. упрощается подсчёт и представление результатов. Кроме этого, в исходной версии методики все инструкции передаются устно, это может вызвать затруднения при наличии у ребёнка нарушений фонематических нарушений. Поэтому нами добавлены специальные изображения позиций органов артикуляции речи, которые можно использовать у детей, не понимающих устных инструкций [9].

Методика состоит из следующих разделов:

1. Наблюдение и визуальный осмотр артикуляционной моторики и мимической мускулатуры в состоянии покоя, и в движении. Осматривая

органы артикуляционного аппарата в состоянии покоя, необходимо найти признаки дефектов. Главным таким признаком является неправильное положение структурных элементов органов артикуляции звука, являющие маркёром нарушенных мышц и мышечных групп. Затем логопед, стимулируя вводную беседу ребёнка, осматривает движения мышц артикуляционной моторики, сопоставляя это с теоретическими знаниями, что позволяет выделить направления дальнейшего детального исследования. Также в процессе диалога важно обратить внимание на звукопроизношение ребёнка, учитывая, что за каждым неправильно произнесённым звуком находится нарушенная мышца/группа мышц артикуляционного аппарата.

Визуальный осмотр артикуляционной моторики. Главным образом следует сосредоточить внимание на осмотре ротовой полости, для этого логопед просит ребёнка максимально широко открыть рот и произнести звук «а». Во время этого процесса логопед анализирует движения всех артикуляционных органов: языка, нёба, губ и др. Для повышения диагностического эффекта используется шпатель, которым в момент произнесения звука производится небольшое давление на среднюю часть языка, при этом осуществляется наблюдение за процессом небо-глоточного смыкания, оценивая его качественное состояние. Также можно попросить ребёнка выполнить несложное упражнение из разряда артикуляционной гимнастики, например, сделать чашечку из языка. Во время этого рекомендуется оценивать следующие аспекты функционирования органов артикуляционного аппарата: подвижность мягкого неба, функционирование небо-глоточного рефлекса, особенности движений губ, языка, нижней челюсти, анализ характеристик движений (сила и объём движений, переключаемость с одной артикуляционной позы на другую, умение держать позу, истощаемость).

Для оценки наблюдения используются следующие уровни:

Низкий уровень (1 баллов) – невозможность движения органами артикуляционного аппарата или наличие визуально заметных значительных нарушений функционирования органов артикуляционного аппарата и мимических мышц.

Средний уровень (2 балла) – наличие незначительных визуальных отклонений в функционировании органов артикуляционного аппарата и мимических мышц.

Высокий уровень (3 балла) – визуально не отмечается нарушений в функционировании органов артикуляционного аппарата и мимических мышц.

Для более детального исследования различных аспектов артикуляционной моторики предлагаются следующие группы упражнений. При этом в качестве доработки этой методики были разработаны новые критерии балловой оценки и при необходимости допускается использование наглядного стимульного материала. При этом методика включает в себя следующие задания:

2. Обследование двигательного потенциала губ, челюстей, языка, мягкого нёба.

Цель: изучение двигательного потенциала губ, челюстей, языка, мягкого нёба.

Оборудование: отсутствует.

2.1 Двигательная функция губ.

Инструкция: «Я буду называть тебе задание на движение, а тебе необходимо его выполнить». Ребёнок выполняет указания логопеда, который просит его выполнить определённые движения. За каждое правильно выполненное движение начисляется по 1 баллу. Затем эти баллы суммируются и определяется общий результат.

1. Сомкни губы (1 балл);

2. Округли губы, как при произнесении звука [О], удерживать позу под счет до 10 (1 балл);
3. Вытяни губы в трубочку, как при произнесении звука [У], удержи позу под счет до 10 (1 балл);
4. Вытяни губы, сомкни их «хоботком», удержи позу под счет до 10 (1 балл);
5. Растяни губы в улыбке, удержи их в таком положении под счет до 5 (1 балл);
6. Максимально растяни губы в улыбке, удержи под счет до 10 (1 балл);
7. Подними верхнюю губу, видны верхние зубы (1 балл);
8. Опусть нижнюю губу, видны нижние зубы (1 балл);
9. Многократно произноси губные звуки [Б-Б-Б], [П-П-П] (1 балл).

Применялись следующие оценочные критерии:

Низкий уровень (0-2 баллов) – невозможность выполнения движений губами или выполнена незначительная часть движений губами с наличием множества ошибок.

Средний уровень (3-8 балла) – выполнена половина движений губами, имеется некоторая часть ошибок.

Высокий уровень (9 баллов) – все движения губ выполнены правильно, ошибок нет.

2.2 Двигательная функция челюсти.

Инструкция: «Я буду называть тебе задание на движение, а тебе необходимо его выполнить». Ребёнок выполняет указания логопеда, который просит его выполнить определённые движения. За каждое правильно выполненное движение начисляется по 1 баллу. Затем эти баллы суммируются и определяется общий результат.

1. Широко раскрой рот, как при произнесении звука [А], и закрыть (1 балл);
2. Сделай движение нижней челюстью вправо, влево, вперед (1 балл).

Применялись следующие оценочные критерии:

Низкий уровень (0-1 баллов) – невозможность выполнения движений челюстью либо выполнена часть движений челюстью из задания, при этом задание не выполнено.

Средний уровень (2-3 балл) – правильно выполнено 1 задание на движение челюстью, при этом 2 задание нет возможности выполнить, также могут отмечаться незначительные ошибки при выполнении движениями челюстью.

Высокий уровень (4 балла) – правильно выполнены оба задания.

2.3. Двигательные функции языка.

Инструкция: «Я буду называть тебе задание на движение, а тебе необходимо его выполнить». Ребёнок выполняет указания логопеда, который просит его выполнить определённые движения. За каждое правильно выполненное движение начисляется по 1 баллу. Затем эти баллы суммируются и определяется общий результат.

1. Положи широкий язык на нижнюю губу и удерживать под счет до 5 (1 балл);
2. Положи широкий язык на верхнюю губу и удерживать под счет до 5 (1 балл);
3. Переводи кончик языка из правого угла рта в левый, не касаясь губ (1 балл);
4. Высуни язык (лопаточкой, иголкой) (1 балл);
5. Приблизь кончик языка по очереди к верхним и нижним зубам с внутренней стороны (рот приоткрыт) (1 балл);
6. Подними кончик языка к верхним зубам, подержать под счет до 5, опустить к нижним зубам (1 балл);
7. Упереть язык в правую, затем в левую щеку (1 балл);
8. Закрой глаза, вытяни руки вперед, кончик языка положи на нижнюю губу (1 балл);
9. Произведи движение языком вперед-назад при открытом рте (1 балл).

Применялись следующие оценочные критерии:

Низкий уровень (0-2 баллов) – невозможность выполнения движений языком или выполнена правильно незначительная часть движений языка, допускается множество ошибок.

Средний уровень (3-8 балла) – выполнена половина движений языком, имеется некоторая часть ошибок или с незначительными ошибками выполнены все движения языком.

Высокий уровень (9 балла) – все движения языком выполнены правильно, ошибок нет.

2.4. Двигательная функция мягкого нёба.

Инструкция: «Я буду называть тебе задание на движение, а тебе необходимо его выполнить». Ребёнок выполняет указания логопеда, который просит его выполнить определённые движения. За каждое правильно выполненное движение начисляется по 1 баллу. Затем эти баллы суммируются и определяется общий результат.

1. Широко открой рот и четко произнеси звук [А] (на твердой атаке) (1 балл);
2. Логопед проводил шпателем или зондом по мягкому нёбу (1 балл);
3. При зажатом между зубами языке надуй щеки и сильно подуй так, как будто задувается пламя свечи (1 балл).

Низкий уровень (0-1 баллов) – невозможность выполнения движений мягким нёбом или выполнена часть движений мягким нёбом из 1 задания, при этом задание не выполнено.

Средний уровень (2-3 балла) – правильно выполнено 1 задание на движение мягким нёбом, при этом 3 задание нет возможности выполнить или отмечаются незначительные ошибки.

Высокий уровень (4 балла) – правильно выполнены 3 задания.

При анализе результатов следует обратить внимание на следующие моменты:

- Особенности выполнения ребёнком задания: наличие затруднений; мотивации; возможность осуществления определённых движений;
- Характеристика движений при выполнении заданий (сохранение объема движения, возможность фиксации той или иной позы, четкость и точность выполнения, инертность, истощаемость, скованность, вялость, расторможенность, недифференцированность движений);
- Характеристика возможности переключаемости: возможность смены движений; плавность, скорость переключений, наличие/отсутствие персевераций, застревание на одной позе;
- Особенности переключаемости: доступность переключения с одного движения на другое, плавность переключения, его скорость, наличие персевераций, застревание на одной позе;
- Функционирование двигательной памяти, внимания, самоконтроля;
- Анализ количества попыток выполнения заданных движений, анализ потенциала освоения движений;
- Темп выполнения (нормальный, замедленный, ускоренный); наличие способности сознательного изменения темпа; качество движений, выполненных быстрой скоростью;
- Наличие способности сознательной смены скорости выполнения движения; качественные свойства такого движения;
- Особенности пространственной организации движений: ошибки; несформированность пространственных представлений; неумелая ориентировка в пространстве;
- Характеристика процесса удержания позы (спокойное или напряженное, раскачивание из стороны в сторону, балансирование туловищем, руками, головой, сход с места или рывки в стороны и т.п.);
- Невозможность выполнить двигательное действие по сигналу;
- Наличие сопутствующих, насильственных движений;

– Наличие саливации (в обследовании артикуляционного аппарата).

Все эти задания оцениваются по 3-х уровневой системе:

Низкий уровень (0-10 баллов) – невозможность выполнения заданий, полное отсутствие движений органами артикуляционной моторики. Также могут иметься сильные нарушения, которые проявляются следующими диагностическими признаками:

Губы: значительные затруднения при выполнении основных движений губами: сомкнуть, вытянуть в трубочку, хоботком, растягивание, движение вверх и вниз. Отсутствие произношения губных звуков.

Челюсть: значительные затруднения при выполнении основных движений челюстью.

Язык: сниженный двигательный потенциал движений языком.

Мягкое нёбо: значительные затруднения при выполнении основных движений мягким нёбом.

Все движения выполняются медленно с затруднениями; значительные затруднения при смене движений; невозможность смены скорости выполнения заданий; некоторые задания не выполняются; выраженные трудности при удержании двигательной позы; наличие сопутствующих, насильственных движений; наличие саливации.

Средний уровень (11-23 баллов) – подразумевает частичное выполнение все представленных заданий, что означает наличие умеренных нарушений функционирования артикуляционной моторики, ухудшающих звукопроизношение. При этом дефекты могут отмечаться как во всех органах артикуляционной моторики, так и в отдельных органах, ухудшая произношение соответствующих звуков. Данный уровень соответствует средней и выраженной степени дизартрии.

Губы: наличие затруднений при выполнении основных движений губами: сомкнуть, вытянуть в трубочку, хоботком, растягивание, движение вверх и вниз. Частичное произнесение губных звуков.

Челюсть: наличие затруднений при выполнении основных движений челюстью.

Язык: ограничение двигательного потенциала движения языком.

Мягкое нёбо: затруднения при выполнении основных движений мягким нёбом.

Упражнения выполняются средней скоростью с тенденцией к торможению; при выполнении некоторых движений отмечаются сложности при переключаемости с одного движения на другое; большинство заданий выполнено; удержание позы доступно только для некоторых движений; среднее число ошибок; отмечаются единичные насильственные движения; наличие истощаемости.

Также могут иметь место незначительные ошибки при выполнении заданий, это характеризует незначительное снижение функциональности органов артикуляционной моторики.

Губы: утрата плавности движений при наличии их сохранности.

Челюсть: отмечается незначительное снижение амплитуды движения челюстью.

Язык: несмотря на возможность выполнять все основные движения языком, в некоторых движениях отмечаются ошибки.

Мягкое нёба: снижена подвижность мягкого нёба.

Упражнения выполняются с оптимальной скоростью с наличием незначительного утомления, особенно при сложных движениях. Переключаемость движений в норме или отмечаются единичные ошибки; все задания выполнены; ребёнку полностью доступно удержание позы, незначительное число ошибок, насильственных движений нет, истощаемость незначительная.

Высокий уровень (37+ баллов) – правильное выполнение всех упражнений, что характеризует отсутствие дизартрии и полную сформированность функционального потенциала артикуляционного

аппарата. Полноценная реализация всех движений губ, челюсти, языка и мягкого нёба. Движения выполняются в правильном темпе с возможностью его сознательного регулирования. Задания все выполнены правильно без ошибок.

3. Обследование мимической моторики.

Цель: изучение состояния мимической моторики.

Оборудование: отсутствует.

При этом анализируется объём и качество мимических движений. Суть этих заданий заключается в том, что логопед просит ребёнка выполнить определённые движения органами артикуляционного аппарата.

3.1. Мышцы лба.

Инструкция: «Я буду называть тебе задание на движение, а тебе необходимо его выполнить». Ребёнок выполняет указания логопеда, который просит его выполнить определённые движения. За каждое правильно выполненное движение начисляется по 1 баллу. Затем эти баллы суммируются и определяется общий результат.

1. Подними брови, нахмурь брови (1 балл);
2. Наморщи лоб (1 балл).

Применялись следующие оценочные критерии:

Низкий уровень (0-1 баллов) – невозможность выполнения движений лбом или выполнена часть движений лбом из задания, при этом задание не выполнено.

Средний уровень (1-2 балла) – правильно выполнено 1 задание на движение лбом, при этом 2 задание нет возможности выполнить или выполнены 2 задания с незначительными ошибками.

Высокий уровень (3 балла) – правильно выполнены оба задания.

3.2. Мышцы глаз.

Инструкция: «Я буду называть тебе задание на движение, а тебе необходимо его выполнить». Ребёнок выполняет указания логопеда, который

просит его выполнить определённые движения. За каждое правильно выполненное движение начисляется по 1 баллу. Затем эти баллы суммируются и определяется общий результат.

1. Легко сомкни веки, плотно сомкнуть веки (1 балл);
2. Закрой правый глаз, затем левый (1 балл);
3. Подмигни (1 балл).

Низкий уровень (0-1 баллов) – невозможность выполнения движений глазами или выполнена часть движений глазами из 1 задания, при этом задание не выполнено.

Средний уровень (2-3 балла) – правильно выполнено 1 задание движений глазами, при этом 3 задание нет возможности выполнить или выполнены 3 задания с незначительными ошибками.

Высокий уровень (4 балла) – правильно выполнены 3 задания.

3.3. Мышцы щек.

Инструкция: «Я буду называть тебе задание на движение, а тебе необходимо его выполнить». Ребёнок выполняет указания логопеда, который просит его выполнить определённые движения. За каждое правильно выполненное движение начисляется по 1 баллу. Затем эти баллы суммируются и определяется общий результат.

1. Надуть левую, затем правую щеку (1 балл);
2. Надуй обе щеки одновременно (1 балл);
3. Перекачивай воздух из одной щеки в другую (1 балл).

Низкий уровень (0-1 баллов) – невозможность выполнения движений щеками или выполнена часть движений щеками из 1 задания, при этом задание не выполнено.

Средний уровень (2-3 балла) – правильно выполнено 1 задание на движения щеками, при этом 3 задание нет возможности выполнить или выполнены 3 задания с незначительными ошибками.

Высокий уровень (4 балла) – правильно выполнены 3 задания.

3.4. Мимика лицевых мышц.

Инструкция: «Я буду называть тебе название эмоции, а тебе необходимо её изобразить выражением лица». Ребёнок выполняет указания логопеда, который просит его выполнить определённые движения. За каждое правильно выполненное движение начисляется по 1 баллу. Затем эти баллы суммируются и определяется общий результат.

1. Изобрази следующие эмоциональные состояния: удивление, радость, испуг, грусть, недовольство (1 балл).

Применялись следующие оценочные критерии:

Низкий уровень (0 баллов) – невозможность выполнения мимических реакций или выполнена 1 мимическая реакция.

Средний уровень (1 балл) – выполнены 2-3 мимические реакции или выполнены 4 мимические реакции.

Высокий уровень (1 бал) – выполнены 5 мимических реакций.

3.5. Праксис лицевой мускулатуры.

Инструкция: «Я буду называть тебе задание на действие, а тебе необходимо его выполнить». Ребёнок выполняет указания логопеда, который просит его выполнить определённые движения. За каждое правильно выполненное движение начисляется по 1 баллу. Затем эти баллы суммируются и определяется общий результат.

1. Символический свист, символический поцелуй, улыбка, оскал, цоканье (1 балл).

Применялись следующие оценочные критерии:

Низкий уровень (0 баллов) – невозможность выполнения мимического действия или выполнены 1-2 мимических действия.

Средний уровень (0-1 балл) – выполнены 2-3 мимических действия или выполнены 4 мимических действия.

Высокий уровень (1 бал) – выполнены 5 мимических действия.

При проведении упражнений акцент делается на следующие диагностические признаки: правильность, темп, соблюдение образца выполнения мимических движений; отмечается наличие сглаженности носогубных складок, плотность смыкания губ.

Для оценки этих заданий используется 3-х бальная система:

Низкий уровень (0-5 баллов) – невозможность выполнения заданий, полное отсутствие движений органами артикуляционной моторики или наличие сильных нарушений, что не позволяет ребёнку выполнить эти задания. Присутствует значительная дисфункция мимических мышц, что не позволяет реализовать их двигательный потенциал. Представлены следующие диагностические признаки:

1. Значительные затруднения при выполнении движений мышцами лба, глаз, щёк, лица.

2. Значительные затруднения при осуществлении праксиса лицевой мускулатуры.

3. Сниженный темп выполнения заданий, неправильное выполнение представленных ребёнку образов движения, наличие ошибок во всех заданиях.

Средний уровень (6-13 баллов) – подразумевает частичное выполнение всех представленных заданий, что означает наличие умеренных нарушений качественного состояния мимических движений. Сюда входят следующие диагностические признаки: наличие затруднений при выполнении движений мышцами лба, глаз, щёк, лица и при осуществлении праксиса лицевой мускулатуры; средний темп выполнения заданий с тенденцией к торможению; некоторые движения доступны для правильного выполнения, а другие нет; большинство заданий доступны для выполнения с ошибками.

Высокий уровень (14 баллов) – правильное выполнение всех упражнений, что означает сохранность двигательного потенциала мимических мышц: отсутствие затруднений при выполнении движений

мышцами лба, глаз, щёк, лица и при осуществлении праксиса лицевой мускулатуры; ускоренный темп выполнения заданий; все движения выполняются правильно; все задания выполнены правильно.

В результате суммирования полученных баллов формируется итоговый результат, который может соответствовать следующим уровням:

Низкий уровень (0-17 баллов) – невозможность выполнения заданий, полное отсутствие движений артикуляционными и мимическими мышцам или значительные визуальные, артикуляционные и мимические нарушения.

Средний уровень (18-45 баллов) – умеренные визуальные, артикуляционные и мимические нарушения или незначительные визуальные, артикуляционные и мимические нарушения.

Высокий уровень (46+ баллов) – отсутствие визуальные, артикуляционные и мимические нарушения.

4. Диагностика звукопроизношения (Н.В. Нищева). Для определения особенностей звукопроизношения ребёнок должен повторять за логопедом звуки, а специалист его внимательно слушает, определяя качество произнесения звука. При этом в качестве зрительной опоры использовались изображения звуков, слогов и звуков. При этом обследуется произнесение звука изолированно; в слогах; в словах и в фразах.

Инструкция: «повторяй звуки (слоги, слова, фразы) за мной, смотря на картинки».

Таблица 1

Стимульный материал данной методики

	Звук и	Характер произношения звуков		
		В слогах	В словах	Во фразах
1	[м]	Ма, мо, мы	Мышь, пума, дом.	У мамы и Маши малина.
2	[м']	Ме, ми, мь	Медведь, гурами, семья.	У мишки мед.
3	[п]	По, пу, па	Помидор, попугай, суп.	У Поли и Павлика поезд.
4	[п']	Пе, пи, пь	Перец, копилка, голубь.	Петя пел.
5	[б]	Ба, бо, бэ	Банан, яблоко, колобок.	У Бори и Бэллы баранки.
6	[б']	Бе, би, бь	Белка, воробей, голуби.	У белки бельчонок.

7	[т]	Та ту, то	Тапки, петух, букет.	У Толи букет.
8	[т']	Те, ть, тю	Телефон, котенок, сеть.	У Тины уют.
9	[д]	Ду, до, да	Дуб, подосиновик, помидор.	У Дани и Даши домик.
10	[д']	Ди, де, ды	Диван, желуди, смородина.	Дина у дивана.
11	[н]	Но, на ну	Носки, малина, каштан.	Носок на стуле.
12	[н']	Ни, ня, нь	Нитки, вишня, окунь.	Ника и Нина едут на пикник.
13	[в]	Во, ва, в	Волк, слива, кровать.	Вовочку купают в ванне.
14	[в']	Ве, ви, вь	Ведро, винт, телевизор.	У Вики и Вити вишни.

Окончание таблицы 2

15	[ф]	Фу, фо, фы	Футболист, телефон, шарф.	У Марфы муфта.
16	[ф']	Фи, фе, фь	Фиалка, кефир, кофе.	Федя пил кефир.
17	[к]	Ко, ка, к	Кот, стакан, мак.	У кошки котенок.
18	[к']	Ки, ке, кь	Кит, ракета, носки.	Никита надевает носки.
19	[г]	Гр, га, гл	Груша, гусь, попугай.	Галя и Гоша гусей стерегут.
20	[г']	Ге, ги, гь	Гиря, гитара, сапоги.	У Гены гитара.
21	[х]	Хв, ха, х	Хвост, сахарница, горох.	Под дубом мох.
22	[х']	Хе, хи, хь	Хек, петухи, лопухи.	Петухи боятся хитрой лисы.
23	[й]	-	Лай, майка, сарай.	Яша играет на балалайке.
24	[с]	Са, су, со	Самолет, лиса, ананас.	Киска ест «Вискас».
25	[с']	Си, се, сь	Синица, персик, гусь.	Сема и Сеня тянут сети.
26	[з]	За, зо, зу	Зайка, мимоза, динозавр.	За забором коза и козлята.
27	[з']	Зе, зи, зь	Земляника, корзина, паровозик.	У обезьяны зеленый бантик.
28	[ш]	Ша, шо, шу	Шапка, груша, мышь.	Лягушка в мышином горошке.
29	[ж]	Жи, жа, жо	Желудь, баклажан, ножи.	У Жанны и Жени желуди.
30	[ч]	Ча, чо, чу	Чайник, кабачок, мяч.	У Ванечки булочки с черемухой.
31	[щ]	Ще, щи, щ	Щегол, овощи, плащ.	В ящике три щенка.
32	[р]	Ро, ру, ра	Ромашки, торт, помидор.	В траве корзина.
33	[р']	Ре, рь, ри	Редис, перец, букварь.	У Риммы репа и редиска.
34	[л]	Ло, ла, л	Лодка, кукла, стол.	Володя и Мила в лодке.
35	[л']	Ли, ле, ля	Лимон, коляска, медаль.	Лебеди летят над по

1) Оценивание изолированного произнесения звуков.

Низкий уровень (0-2 баллов) – нарушены 3 звука или 3 групп схожих по артикуляции звуков и более.

Средний уровень (2-4 балла) – нарушены 1-2 звука или две группы схожих по артикуляции звуков.

Высокий уровень (5 баллов) – правильное произнесение звуков.

2) Оценивание произнесения звука в составе слога.

Низкий уровень (0-2 баллов) – нарушены 3 звука или 3 групп схожих по артикуляции звуков и более.

Средний уровень (2-4 балла) – нарушены 1-2 звука или две группы схожих по артикуляции звуков.

Высокий уровень (5 баллов) – правильное произнесение звуков.

3) Оценивание произнесения звука в составе слова.

Низкий уровень (0-2 баллов) – нарушены 3 звука или 3 групп схожих по артикуляции звуков и более.

Средний уровень (2-4 балла) – нарушены 1-2 звука или две группы схожих по артикуляции звуков.

Высокий уровень (5 баллов) – правильное произнесение звуков.

4) Оценивание произнесение звука в составе фразы.

Низкий уровень (0-2 баллов) – нарушены 3 звука или 3 групп схожих по артикуляции звуков и более.

Средний уровень (2-4 балла) – нарушены 1-2 звука или две группы схожих по артикуляции звуков.

Высокий уровень (5 баллов) – правильное произнесение звуков.

Итоговый показатель:

13-20 баллов (высокий уровень) – правильное произнесение звуков в изолированной позиции, в слогах, в словах и предложениях или имеется нарушение произношения одного звука либо произнесение звуков одной артикуляционной группы.

5-12 баллов (средний уровень) – нарушено произнесение 2 звуков или двух групп и 3 звуков или 3 групп схожих по артикуляции звуков.

4 балла – (низкий) – невозможность произношения звуков, отмечаются частые искажения или замены.

2.2 Анализ результатов констатирующего эксперимента

Нами было проведено обследование артикуляционной моторики. Были получены следующие данные:

1. При анализе результатов раздела «Наблюдения и визуальный осмотр артикуляционной моторики и мимической мускулатуры в состоянии покоя, и в движении» выявлено:

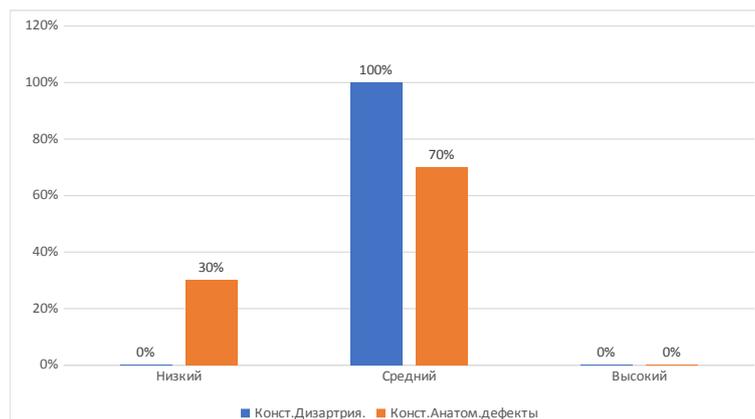


Рисунок 1 – Результаты исследования визуальных признаков нарушений артикуляционных органов у обеих групп детей.

На рисунке представлены следующие данные:

70% (7) детей с дизартрией и 100 (10) детей с нарушениями артикуляционной моторики имеют средний уровень, что означает наличие визуальных отклонений в функционировании органов артикуляционного аппарата и мимических мышц. Отмечаются неправильные движения, двигательная неловкость и явное нежелание, выраженное двигательной пассивностью, выполнять артикуляционные движения. К примеру, из выборки дошкольников с дизартрией ребёнок 1 имеет неправильное положение структурных элементов органов артикуляции звука; недостаточный тонус языка; медленный темп речи. Из выборки дошкольников у ребёнка 2 отмечается наличие признаков проведённого стоматологического лечения; исправленный прикус.

30% (3) детей с дизартрией имеют высокий уровень, т.е. визуально не отмечается нарушений в функционировании органов артикуляционного аппарата и мимических мышц.

2. При анализе результатов раздела «Обследование двигательного потенциала губ, челюстей, языка, мягкого нёба» (инструкция на все упражнения из данного раздела подавалась устно, ребёнок получал указания логопеда по выполнению определённых движений) выявлено:

1. Двигательная функция губ:

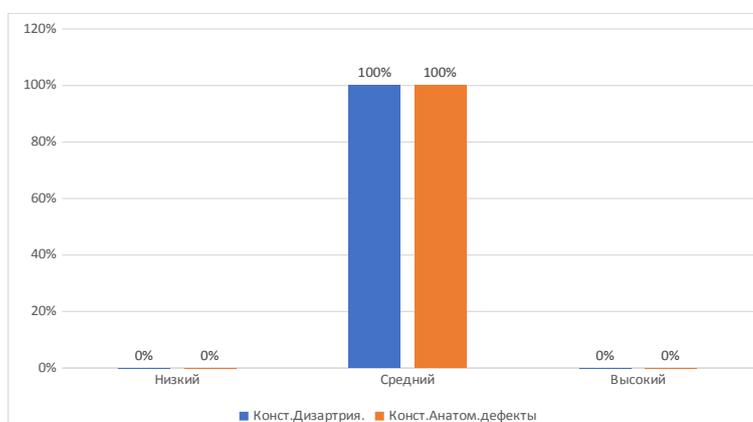


Рисунок 2 – Результаты исследования двигательной функции губ у обеих групп детей.

На рисунке представлены следующие данные:

100% детей с дизартрией и анатомическими нарушениями артикуляционной моторики имеют средний уровень – выполнена половина движений губами, имеется некоторая часть ошибок. Отмечается наличие затруднений при выполнении основных движений губами: сомкнуть, вытянуть в трубочку, хоботком, растягивание, движение вверх и вниз. Частичное произнесение губных звуков. Данные результаты занесены в гистограмму.

2. Двигательная функция челюсти:

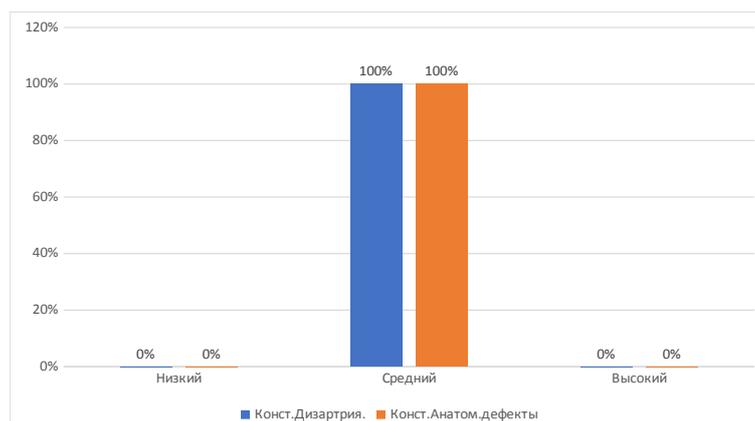


Рисунок 3 – Результаты исследования двигательной функции челюсти у
обоих групп детей.

На рисунке представлены следующие данные:

100% детей с дизартрией и анатомическими нарушениями артикуляционной моторики имеют средний уровень – правильно выполнена 1 задание на движение челюстью, при этом 2 задание нет возможности выполнить. Отмечается наличие затруднений при выполнении основных движений челюстью. Данные результаты занесены в гистограмму.

3. Двигательные функции языка:

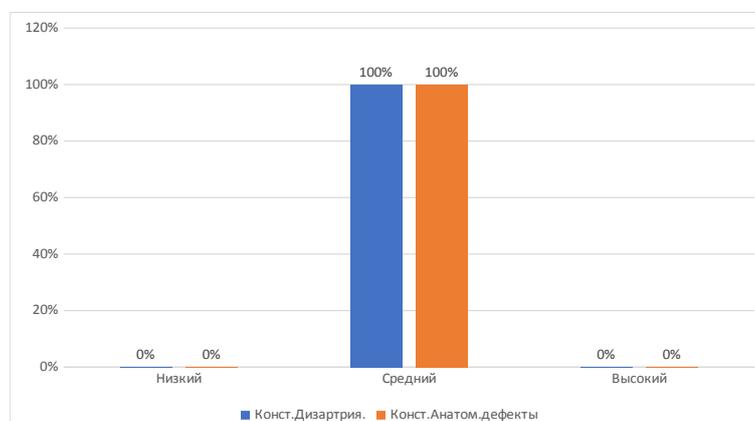


Рисунок 4 – Результаты исследования двигательной функции языка у
обоих групп детей.

На рисунке представлены следующие данные:

100% детей с дизартрией и анатомическими нарушениями артикуляционной моторики имеют средний уровень – выполнена половина движений языком, имеется некоторая часть ошибок. Ограничение

двигательного потенциала движения языком. Данные результаты занесены в гистограмму.

4. Двигательная функция мягкого нёба:

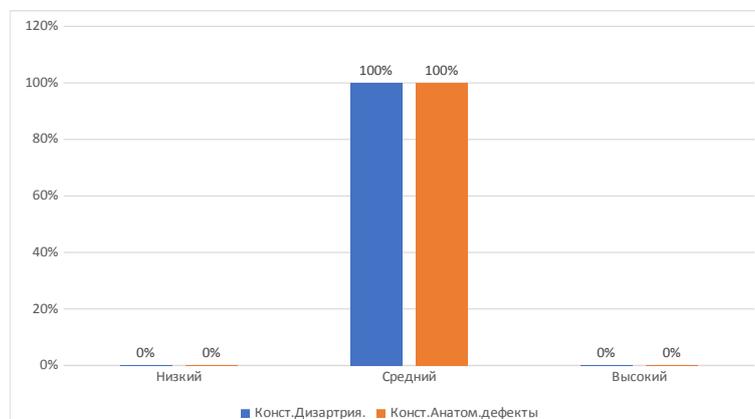


Рисунок 5 – Результаты исследования двигательной функции мягкого нёба у обеих групп детей.

На рисунке представлены следующие данные:

100% детей с дизартрией и анатомическими нарушениями артикуляционной моторики имеют средний уровень – правильно выполнено 1 задание на движения мягким нёбом, при этом 3 задание нет возможности выполнить. Затруднения при выполнении основных движений мягким нёбом.

Общий результат по разделу:

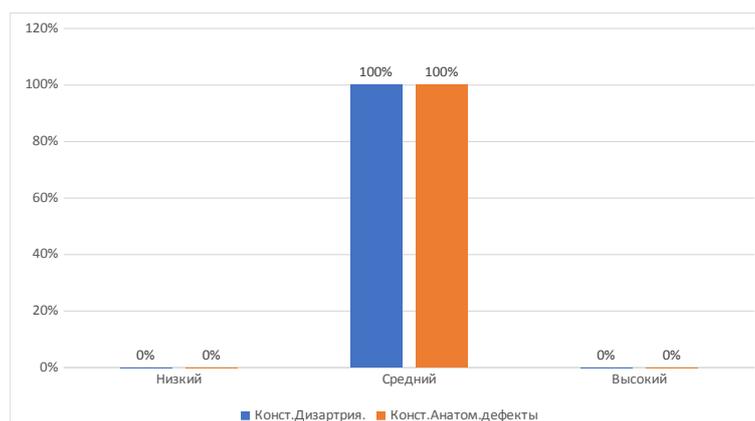


Рисунок 6 – Результаты исследования функционирования артикуляционной моторики у обеих групп детей.

На рисунке представлены следующие данные:

100% (20) детей с дизартрией и анатомическими нарушениями артикуляционной моторики имеют средний уровень, подразумевающий

частичное выполнение все представленных заданий, что означает наличие умеренных нарушений функционирования артикуляционной моторики, ухудшающих звукопроизношение. При этом дефекты могут отмечаться как во всех органах артикуляционной моторики, так и в отдельных органах, ухудшая произношение соответствующих звуков. Данный уровень соответствует средней и выраженной степени дизартрии.

Упражнения выполняются со средней скоростью с тенденцией к торможению; при выполнении некоторых движений отмечаются сложности при переключаемости с одного движения на другое; большинство заданий выполнено; удержание позы доступно только для некоторых движений; среднее число ошибок; отмечаются единичные насильственные движения; наличие истощаемости. К примеру, 1 дошкольник с дизартрией имеет недостаточный тонус мышц языка, часть диагностических движений не выполнены или выполнены неправильно; неполная амплитуда движений челюстью; мягкое нёбо движется недостаточно подвижно. У дошкольника 4 с нарушением артикуляционной моторики отмечается наличие неправильных движений, возникших из-за необходимости адаптации к дефекту; снижена подвижность языка при сохранном тонусе мышц; верхняя и нижняя челюсти смыкаются не до конца, патологическая привычка; снижена амплитуда движения мягким нёбом. Отмечается наличие патологических привычек, вызванных адаптацией к нарушению прикуса.

При обследовании детей с дизартрией отмечаются следующие моменты: общая смазанность звукопроизношения; нарушения артикуляции различных фонетических групп, особенно у тех звуков, располагающихся в конце слова; нарушение силы (тихий) и тембра (хриплый) голоса; голос намоделированный, а речь монотонная; нарушения тонуса язычной, губной и лицевой мускулатуры; артикуляционные движения языка и губ замедлены, строго ограничены, неточные; отмечаются трудности при удержании языка в определенном положении и переключение от одного движения к другому.

При обследовании детей с анатомическими нарушениями было определено, что несмотря на исправление имеющего дефекта, отмечается наличие патологических моторных стереотипов, при этом движения выполняются неправильно, это приводит к наличию ошибок при звукопроизношении. Тонус мышц нормальный. Некоторые движения выполняются в недостаточном темпе.

При анализе результатов раздела «Обследование мимической моторики» (Инструкция на все упражнения из данного раздела подавалась устно, ребёнок получал указания логопеда по выполнению определённых движений) выявлено:

1. Исследование мышц лба посредством методики Л.С. Волковой:

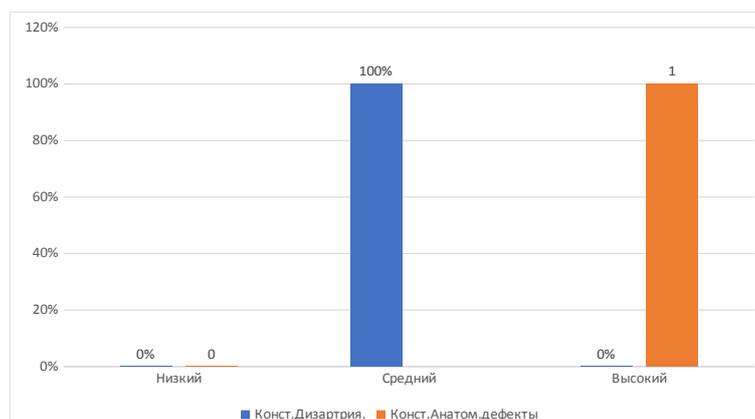


Рисунок 7 – Результаты исследования движений мышц лба у обеих групп детей.

На рисунке представлены следующие данные:

100% детей с дизартрией имеют средний уровень – правильно выполнено 1 задание на движение лбом, при этом 2 задание нет возможности выполнить.

100% детей с анатомическими нарушениями артикуляционного аппарата имеют высокий уровень – все задания на движения мышцами лба выполнены правильно, нарушения отсутствуют.

2. Исследование мышц глаз посредством методики Л.С. Волковой:

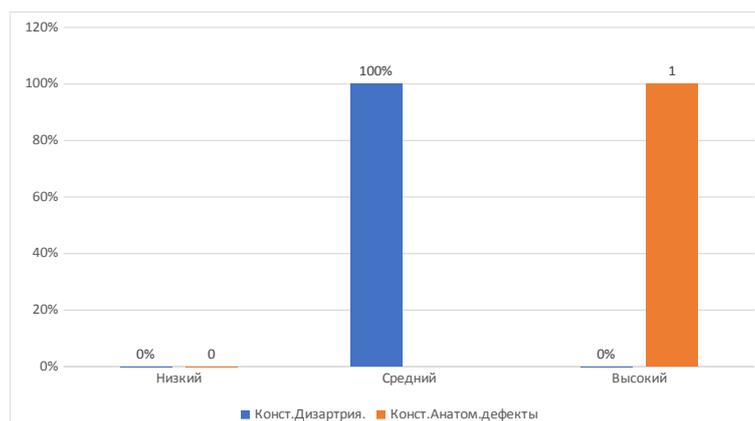


Рисунок 8 – Результаты исследования движений мышц глаз у обеих групп детей.

На рисунке представлены следующие данные:

100% детей с дизартрией имеют средний уровень – правильно выполнено 1 задание движений глазами, при этом 3 задание нет возможности выполнить.

100% детей с анатомическими нарушениями артикуляционного аппарата имеют высокий уровень – все задания на движения мышцами глаз выполнены правильно, нарушения отсутствуют. Результаты занесены в гистограмму.

3. Исследование мышц щёк посредством методики Л.С. Волковой:

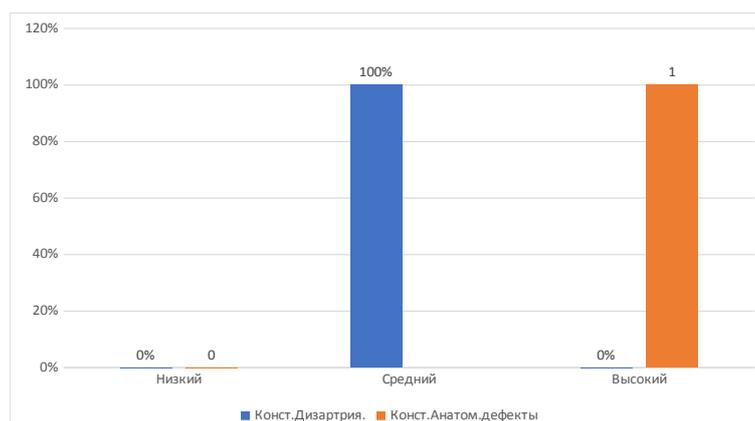


Рисунок 9 – Результаты исследования движений мышц щек у обеих групп детей.

На рисунке представлены следующие данные:

100% детей с дизартрией имеют средний уровень – правильно выполнено 1 задание на движения щеками, при этом 3 задание нет возможности выполнить.

100% детей с анатомическими нарушениями артикуляционного аппарата имеют высокий уровень – все задания на движения мышцами щёк выполнены правильно, нарушения отсутствуют. Результаты занесены в гистограмму.

4. Исследование мимики лицевых мышц посредством методики Л. С. Волковой:

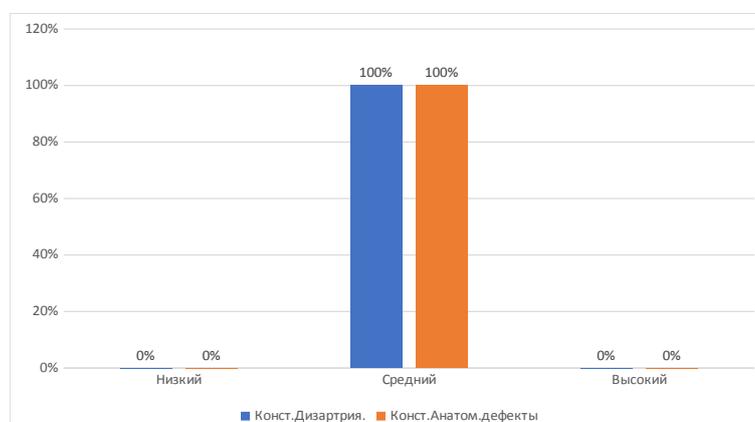


Рисунок 10 – Результаты исследования мимики лицевых мышц у обеих групп детей.

На рисунке представлены следующие данные:

100% детей с дизартрией с анатомическими нарушениями артикуляционного аппарата имеют средний уровень – выполнены 2 мимические реакции.

5. Исследование праксиса лицевой мускулатуры посредством методики Л. С. Волковой:

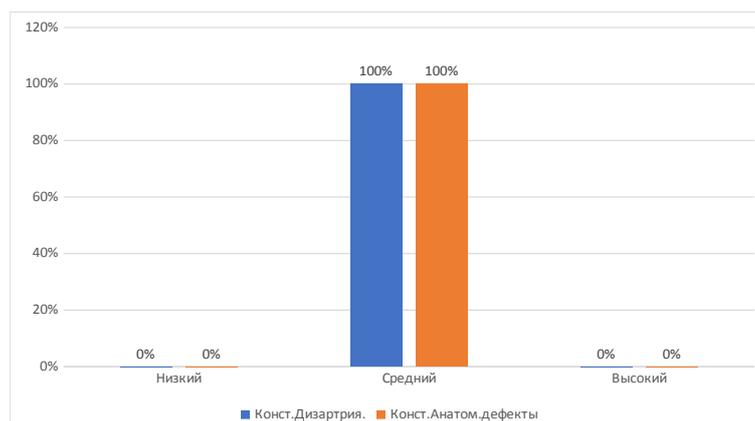


Рисунок 11 – Результаты исследования праксиса лицевых мышц у
обоих групп детей.

На рисунке представлены следующие данные:

100% (20) детей с дизартрией и с антонимическими нарушениями артикуляционного аппарата имеют средний уровень – выполнены 2 мимического действия.

2. Общие результаты:

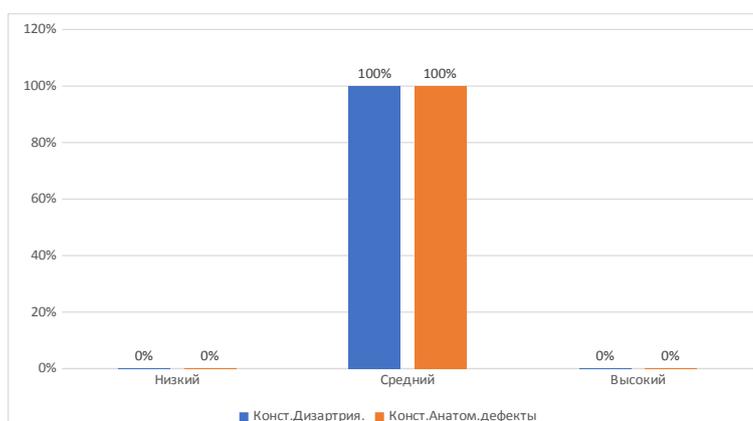


Рисунок 12 – Результаты исследования мимических мышц у обеих групп
детей.

На рисунке представлены следующие данные:

100% (10) детей с дизартрией набрали средний уровень, что означает частичное выполнение всех представленных заданий, что означает наличие умеренных нарушений качественного состояния мимических движений. Сюда входят следующие диагностические признаки: наличие затруднений при выполнении движений мышцами лба, глаз, щёк, лица и при осуществлении праксиса лицевой мускулатуры; средний темп выполнения

заданий с тенденцией к торможению; некоторые движения доступны для правильного выполнения, а другие нет; большинство заданий доступны для выполнения с ошибками. Были определены следующие моменты: неловкие движения мимических мышц, требующие значительных усилий; недостаточные движения; невозможности воспроизвести некоторых сложные мимические реакции (удивление, восхищение). К примеру, дошкольник 5 имеет недостаточный тонус мимической моторики; невозможность воспроизведения сложных движений; тенденция к торможению.

100% (10) детей с анатомическими нарушениями артикуляционного аппарата набрали средний уровень, у них отмечается наличие искажённых мимических движений и праксиса лицевой мускулатуры, обусловленные дефектом ротового аппарата. Например, у дошкольника 2 отмечаются неправильные движения мимической моторики, наличие патологических привычек, вызванных нарушением прикуса.

Итоговые результаты по всему тестированию:

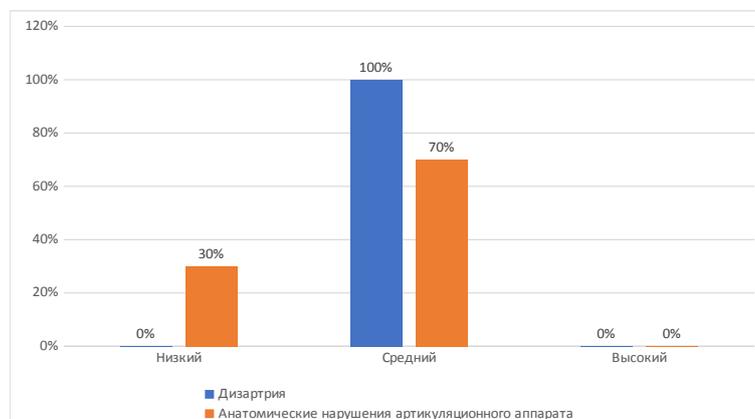


Рисунок 13 – Состояние артикуляционных и мимических мышц у обеих групп детей.

На рисунке представлены следующие данные:

100% (10) детей с дизартрией имеют умеренные визуальные, артикуляционные и мимические нарушения функционирования мышц. Что означает наличие средней степени дизартрии. При этом отмечается нарушение произношения многих звуков, в особенности губных звуков.

Учитывая особенности нарушений, можно сказать, что речь идёт о наличии псевдобульбарной дизартрии.

У 70% детей с анатомическими нарушениями артикуляционного аппарата имеют средний уровень нарушений артикуляционной и мимической моторики, у 30%, имеющих низкий уровень, отмечаются более серьёзные нарушения артикуляционной и мимической моторики.

Обследование звукопроизношения.

100% детей с дизартрией и с анатомическими нарушениями артикуляционного аппарата имеют средний уровень – нарушено произнесение 2 звуков или двух групп и 3 звуков или 3 групп схожих по артикуляции звуков.

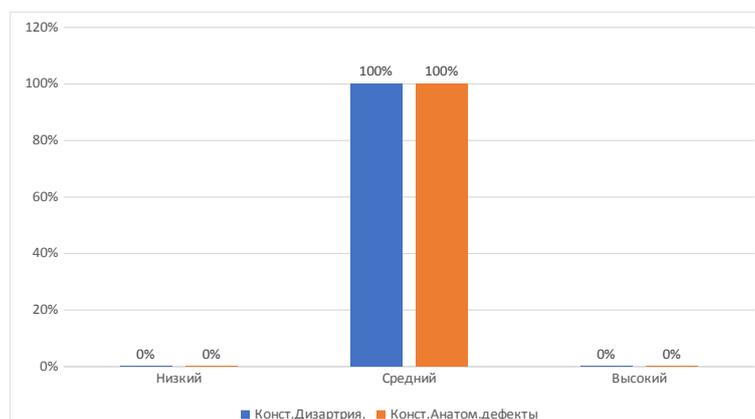


Рисунок 14 – Нарушение звукопроизношения у обеих групп детей.

Таким образом, у дошкольников, участвующих в эксперименте, нарушение проявлялось в дефектах артикуляционной моторики. У них имеются нарушения артикуляции различных фонетических групп, особенно у тех звуков, располагающихся в конце слова; нарушение силы (тихий) и тембра (хриплый) голоса; голос немодулированный, а речь монотонная; нарушения тонуса язычной, губной и лицевой мускулатуры, что характеризует среднюю степень выраженности данного нарушения по типу псевдобульбарной дизартрии.

Выводы по II главе

Для изучения состояния артикуляционной моторики проводился констатирующий эксперимент, для которого подбирались 20 детей из детского сада, имеющих дизартрию и анатомические нарушения артикуляционного аппарата. Для проведения эксперимента создавалась диагностическая программа, состоящей из 3-х разделов: визуальный осмотр органов артикуляции – наблюдение и фиксация наиболее типичных внешних признаков нарушений артикуляционной моторики; обследование двигательного потенциала губ, челюстей, языка, мягкого нёба – совокупность упражнений, позволяющих оценить функционального состояния перечисленных органов; обследование мимической моторики – обследование состояния мимических мышц. Все эти разделы/критерии оцениваются по 4-х бальной системе: 0 – визуальное или функциональное значительное нарушение работы мышц артикуляционной моторики; 1 балл – наличие визуальных или функциональных нарушений работы мышц артикуляционной моторики; 2 балла – наличие незначительных функциональных нарушений работы мышц артикуляционной моторики, которые мало проявляются визуально; 3 балла – отсутствие нарушений мышц артикуляционной моторики.

После проведения обследования проводился анализ его результатов. Было определено, что значительная часть детей, составляющих обе группы, имеют средний уровень по критерию визуальные признаки нарушений артикуляционной моторики; средний уровень, а именно умеренные нарушения двигательного потенциала губ, челюстей, языка, мягкого нёба; средний уровень, подразумевающий снижение функционального потенциала мимических мышц.

Глава III. Формирующий эксперимент и его анализ

3.1 Комплекс упражнений по коррекции дизартрии и анатомических нарушений артикуляционной моторики

Анализируя данные диагностики, можно сделать вывод, что у принимающих участие в исследовании детей имеются либо функциональные нарушения артикуляционной моторики, либо анатомические дефекты, мешающие произносить звуки правильно. Функциональные нарушения обусловлены неправильным функционированием мышц артикуляционной моторики, это снижает двигательный потенциал данных органов. Анатомические нарушения обусловлены разными причинами, как правило, травмами и вредными привычками. В результате обследования определено, что у обеих групп детей выявлены соответствующие нарушения артикуляционной моторики. В обоих случаях дети проходят лечение у соответствующих специалистов (анатомические нарушения – стоматолог-ортодонт, дизартрия – невролог), при этом логопедические мероприятия начинаются при наличии разрешения на это у врача, т.е. в этой ситуации логопедическая коррекция выступает вторичным направлением после излечения патологии. Исходя из полученных рекомендаций для достижения коррекционного результата применяются следующие методы:

Использование зеркала и шпателя. При наличии антонимических нарушений часто возникает ситуация, когда в результате адаптации органов артикуляционной моторики к неправильной структуре ротовой полости возникают неправильные движения, которые проще всего обнаружить через использование зеркала и скорректировать шпателем, придав ему нужное значение. Особенно это касается языка, через использование шпателя можно придать ему нужное положение, показав ребёнку правильный двигательный стереотип.

Артикуляционная гимнастика – в эту группу входят основные коррекционные упражнения, основанные на движениях артикуляционными

структурами, позволяющие восстановить их двигательный потенциал. Все эти упражнения проводятся в игровой или творческой форме, где каждое движение имеет символический смысл, а их сочетание обусловлено сюжетом или концепцией.

1. «Улыбка». Цель: стимулирование работы мышц губ и некоторых мимических мышц. Оборудование: изображения мимических реакций. Повторения: 3-4. Ход работы: логопед показывает ребёнку изображение и просит имитировать улыбку, разводя до определённой степени уголки губ, при этом должны быть видны зубы, которые ребёнок должен сжать. После того как ребёнок изображает улыбку губы необходимо вернуть в исходное положение. Важно, чтобы у ребёнка было время для отдыха, во время которого ему необходимо напомнить сглотнуть слюну.

2. «Хоботок». Цель: стимулирование работы мышц губ и некоторых мимических мышц. Повторения: 3-4. Ход работы: ребёнок, посмотрев на показанную логопедом картинку, должен, имитируя поцелуй, вытянуть губы, создав образ трубочки (или хоботка). После этого необходимо расслабить мышцы губ, вернув их в исходное положение. Ребёнок должен немного отдохнуть, после этого ему необходимо напомнить сглотнуть слюну.

3. «Хомячок». Цель: стимулирование работы мышц различного типа. Повторения: 3-4. Ход работы: логопед, показав ребёнку соответствующую картинку, просит ребёнка надуть щёки, при этом рот должен быть плотно закрыт. Надутые щёки необходимо поддерживать в течении 3-5 секунд, после чего ребёнок должен расслабить все мышцы, вернув щёки в исходное состояние, и выдохнуть. Во время отдыха логопед просит ребёнка сглотнуть слюну.

4. «Лопата». Цель: стимулирование работы мышц языка. Повторения: 3-4. Ход работы: логопед, показав ребёнку соответствующую картинку, просит ребёнка широко открыть рот, после чего он должен высунуть язык за пределы губ, положив его на нижнюю губу, оставив в спокойном положении

без напряжения. Так необходимо его оставить на 3-5 секунд, а затем язык возвращается в ротовую полость. После выполнения упражнения ребёнок должен немного отдохнуть, а логопед просит ребёнка сглотнуть слюну.

5. «Котенок лакает молоко». Цель: стимулирование работы мышц языка. Повторения: 3-4. Ход работы: логопед показывает ребёнку образ лакающего молоко котёнка. После этого ребёнку предлагается симитировать эти движения языком, для этого ребёнок должен широко открыть рот, вытащить за пределы губ язык, а затем им проделать 4-5 ритмичных движений, как это делает котёнок. Оканчивается упражнение тем, что язык убирается обратно в ротовую полость, а рот необходимо закрыть. Мышцы расслабляются, ребёнок отдыхает, во время этого логопед просит сглотнуть слюну.

6. «Чашечка». Цель: стимулирование работы мышц языка. Оборудование: картинки. Повторения: 3-4. Ход работы: логопед показывает ребёнку наглядный образ выполнения упражнения, затем просит повторить его. Он должен широко открыть рот, вытащив язык, положив его на нижнюю губу, затем для имитации формы «чашечки» ему необходимо загнуть края язык, создав выпуклое пространство. Логопед следит за тем, чтобы ребёнок соблюдал форму чашечки, а затем, сохраняя эту форму, ему необходимо выдвинуть язык.

7. «Иголочка». Цель: стимулирование работы мышц языка. Оборудование: картинки. Повторения: 3-4. Ход работы: логопед вместе с ребёнком зачитывают стихотворение, в котором упоминается похожая на клювик птицы форма языка.

У птички клювик очень колкий

И тонкий, острый, как иголка.

Взгляни-ка рядом на страницу:

Мой язычок — как клюв у птицы.

Затем, подкрепив изображением стихотворный образ, логопед просит ребёнка широко открыть рот, высунув язык, поднимая и вытягивая его

вперёд и немного вверх, сжимая его, делая максимально тонким. Необходимо удерживать язык в таком положении 3-5 секунд, после чего язык убирает обратно в рот, а сами зубы смыкаются.

8. «Маятник». Цель: стимулирование работы мышц языка. Оборудование: картинки. Повторения: 6-8. Ход работы: перед выполнением упражнения ребёнок вместе с логопедом повторяют небольшое стихотворение, смотря на картинку с котёнком.

Язык, как маятник часов,
Качаться вновь и вновь готов.
Котенок улыбается,
Он, как и ты, старается.

Ребёнок должен выполнить похожие движения. Сначала он должен открыть рот, вывести язык за пределы ротовой полости, уголки губ отодвинуть, имитируя улыбку, после этого язык необходимо вытянуть, напрячь мышцы, а затем выполнять движения языком вправо и влево до уголков губ, имитируя движение маятника. Логопед должен контролировать, чтобы язык не касался во время движения губ, без сложения, перемещаясь по воздуху, при этом челюсть должна находиться в фиксированном положении. В конце упражнения ребёнок убирает язык в ротовую полость, смыкая зубы.

9. «Позёвывание». Цель: стимулирование работы мышц мягкого нёба. Ход работы: для стимулирования зевоты логопед с ребёнком читают стихотворение.

Зевота говорила:
кто спать скорее ляжет,
Тому она, Зевота,
спокойной ночи скажет!
А если кто не ляжет
Сейчас же на кровать,
Тому она прикажет

Зевать, зевать, зевать!

После этого логопед просит ребёнка имитировать зевание, добиваясь наиболее полного задействования мышц мягкого нёба. При этом желательно выполнять это упражнение после других более сложных заданий, когда ребёнок утомился, это позволяет сделать зевание наиболее естественным.

10. «Покашливание». Цель: стимулирование работы мышц мягкого нёба. Ход работы: логопед просит ребёнка имитировать покашливание. Если необходимо, то можно этот процесс стимулировать, используя пыльные предметы.

3. Мимическая гимнастика.

3.1. Мышцы лба.

1. «Покажи эмоцию». Цель: совершенствование движений мышц лба. Ход работы: логопед, показывая соответствующую картинку, просит ребёнка, используя только брови, показывать определённые эмоции, например, раздражение или удивление. Инструкция и стимульный материал подаются вербально.

2. «Нахмурь, расслабь лоб». Цель: совершенствование движений мышцами лба. Оборудование: звуковоспроизводящее устройство. Ход работы: ребёнок должен, смотря на показанную логопедом картинку, последовательно, напрягая мышцы лба, сморщивать его, и расслаблять. Для стимуляции этого процесса используется детская музыка, при этом движения мышцами лба рекомендуется делать под музыкальный ритм.

3. «Покажи морщинки». Цель: совершенствование движений мышцами лба. Ход работы: ребёнок должен, смотря на показанную логопедом картинку, сначала максимально сморщивать лоб, чтобы возникли складки кожи, а затем до упора расслаблять эти мимические мышцы, напротив делая кожу гладкой.

3.2. Мышцы глаз.

4. «Мы подмигиваем». Цель: совершенствование движений мышцами глаз. Ход работы: логопед, показывая соответствующую картинку, просит ребёнка поочерёдно раскрывать и закрывать глаза, иногда выполняя подмигивание.

5. «Жмурки». Цель: совершенствование движений мышцами глаз. Ход работы: суть упражнения заключается в том, что ребёнок должен по указанию логопеда либо сужать глаза, не закрывая их, либо прищуриться, имитируя чтение мелкого текста.

6. «Круглые глаза». Цель: совершенствование движений мышцами глаз. Ход работы: ребёнок должен, используя движения глаз, показать различные эмоции, которые ему покажет на картинках логопед. Были показаны картинки с следующим перечнем эмоций: удивление, шок, радость.

3.3. Мышцы щёк.

7. «Шарик». Цель: совершенствование движений мышцами щёк. Ход работы: суть упражнения заключается в надувании и выпускании воздуха в ротовой полости, повторяя эти движения с картинки, таким образом, чтобы были задействованы щёки. Например, при вдувании воздуха при закрытом рте щёки становятся выпуклыми, при выдувании воздуха, наоборот впалыми, имитируя шарик. Такие движения ребёнку необходимо проделать несколько раз, после этого упражнение усложняется, ему необходимо при надутых щеках перемещать воздух из одной щеки в другую, не теряя его, не открывая рта. Также необходимо максимально выпустить воздух из ротовой полости, выдавливая его через сжатие щёк.

8. «Покажи, как ты кушаешь». Цель: совершенствование движений мышцами щёк. Ход работы: суть упражнения заключается в имитации движений пережёвывания пищи, главным образом за счёт щёк. Ребёнок старается выполнять минимум движению челюстью и языком, однако, применяя мышцы щёк, необходимо показывать процесс воображаемого

приёма пищи. Логопед уточняет характер пищи, от которого зависит использование ребёнком определённых движений щеками.

3.4. Праксис лицевой мускулатуры.

9. «В огороде». Цель: исправление нарушений праксиса лицевой мускулатуры. Ход работы: логопед зачитывает ребёнку ситуации, показывая соответствующие картинки, на которые он должен, представив, отреагировать, изобразив на лице определённую эмоцию, применяя для этого любые мимические мышцы.

В огороде много грядок.

Гордость

Вот стоит кто-то незнакомый.

Испуг

Да это пугало. Какое оно смешное!

Оно нам подмигивает.

Поочерёдное подмигивание

А у этой репки кто-то отгрыз бок.

Злость

Помидоры-толстячки,

Надуть щёки

Огурцы – худышки,

Втянуть щёки

К осени у нас будет хороший урожай.

Радость

10. «Снеговик». Цель: исправление нарушений праксиса лицевой мускулатуры. Инструменты: изображения с эмоциями снеговика. Ход работы: логопед показывает ребёнку картинки с изображением лица снеговика, на котором могут быть разные эмоции. Ребёнок должен, смотря на картинки, воспроизвести на своём лице аналогичные эмоции.

11. «Два Мороза». Цель: исправление нарушений праксиса лицевой мускулатуры. Инструменты: сказка «Два Мороза». Ход работы: ребёнок, слушая сказку, анализируя поведение и эмоциональное состояние персонажей, должен на своём лице изобразить, применяя все мимические мышцы, их эмоции. Логопед контролирует этот процесс, добиваясь наиболее точного изображения этих эмоций.

Данные упражнения дифференцировались, исходя из степени выраженности нарушений, они были занесены в таблицу 2.

Таблица 2 – Дифференциация упражнений, исходя из степени выраженности нарушений.

Направление работы	Средний	Низкий
Артикуляционная гимнастика.	-	+
1. «Улыбка».		
2. «Хоботок».	+	+
3. «Хомячок».	+	+
4. «Лопата».	+	+
5. «Котенок лакает молоко».	-	+
6. «Чашечка».	+	+
7. «Иголочка».	+	+
8. «Маятник».	+	+
9. «Позёвывание».	+	+
10. «Покашливание».	+	+
3. Мимическая гимнастика.	+	+
3.1. Мышцы лба.		
1. «Покажи эмоцию».		
2. «Нахмурь, расслабь лоб».	+	+
3. «Покажи морщинки».	+	+
3.2. Мышцы глаз.		
4. «Мы подмигиваем».	+	+
5. «Жмурки».	+	+
6. «Круглые глаза».	+	+
3.3. Мышцы щек.		
7. «Шарик».	+	+
8. «Покажи, как ты кушаешь».	+	+
3.4. Праксис лицевой мускулатуры.		
9. «В огороде».	+	+
10. «Снеговик».	+	+
11. «Два Мороза».	+	+

Упражнения, исправляющие нарушения звукопроизношения:

Мозаика. Цель: формирование произношения звука в изолированной позиции. Оборудование: пазлы, мозаика или какой-то сборный из деталей конструктор. Ход работы: все детали находятся в руках логопеда, для их получения ребёнок должен добиться правильного произнесения определённого звука. Как только звук произнесён правильно ребёнок получает деталь, необходимую для сбора мозаики.

Часы. Цель: формирование произношения слогов. Оборудование: простые детские часы, показывающие время стрелками; таблица слогов. Ход работы: перед проведением занятия логопед устанавливает стрелки часов на определённое место. Затем часы останавливаются до проведения упражнения с ребёнком. После того перед ребёнком ставится рисунок, на котором буквами написаны слоги, вызывающие у него затруднения. После включения часов стрелка будет двигаться, а ребёнок должен повторить этот слог определённое число раз, сколько указывает стрелка.

Построй домик. Цель: формирование произношения автоматизируемого звука в словах. Оборудование: кубики, на которых изображены звуки. Ход работы: ребёнку предоставляется несколько кубиков, на которых изображены звуки. Он должен из них собрать домик, чтобы получилось слово. Затем полученное слово требуется произнести.

Таким образом, артикуляционная гимнастика позволяет улучшить функционирование органов артикуляционного аппарата, тем самым скорректировать симптомы дизартрии и анатомических нарушений органов артикуляционного аппарата (после лечения), это позволяет восстановить звукопроизношение ребёнка.

3.2 Контрольный эксперимент и его анализ.

После проведения формирующего эксперимента проводилось повторное тестирование, суть которого заключается в установлении эффективности проведённого комплекса упражнений. В первую очередь необходимо проанализировать результаты наблюдения за детьми, выполняющими коррекционные упражнения. У детей с дизартрией отмечается постепенно улучшение функционирования мышц артикуляционной моторики, это проявляется в совершенствовании движений. Если сначала упражнения из раздела артикуляционной гимнастики вызывали у них затруднения, то постепенно техника выполнения соответствующих движений улучшалась. При работе с детьми, имеющими вылеченные анатомические дефекты органов артикуляционного аппарата, отмечается позитивный результат использования артикуляционной гимнастики, многие движения дети осваивали без значительных затруднений. Однако некоторые трудности, вызванные патологическими привычками, сохранялись.

Для наиболее точного доказательства эффективности комплекса коррекционных упражнений проводилось повторное обследование:

1. При анализе результатов раздела «Обследование двигательного потенциала губ, челюстей, языка, мягкого нёба» (инструкция на все упражнения из данного раздела подавалась устно, ребёнок получал указания логопеда по выполнению определённых движений) выявлено:

На рисунке представлены следующие данные:

У детей с дизартрией:

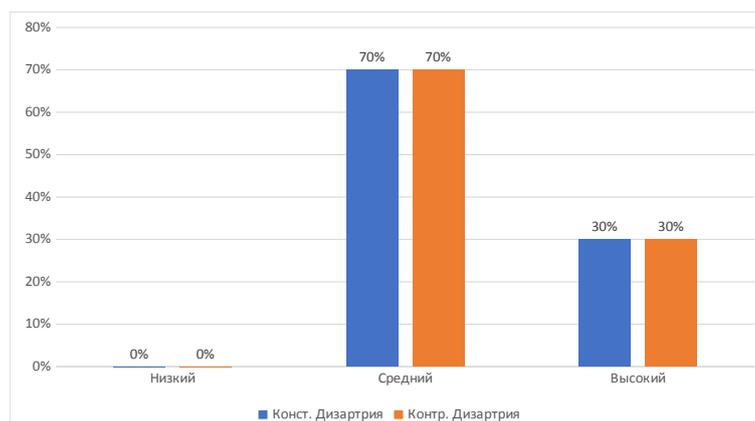


Рисунок 15 – Сравнение результатов констатирующего и контрольного эксперимента по обследованию двигательного потенциала губ, челюстей, языка, мягкого нёба у детей с дизартрией.

На рисунке представлены следующие данные:

70% (7) средний уровень – подразумевает частичное выполнение все представленных заданий, что означает наличие умеренных нарушений функционирования артикуляционной моторики, ухудшающих звукопроизношение. При этом дефекты могут отмечаться как во всех органах артикуляционной моторики, так и в отдельных органах, ухудшая произношение соответствующих звуков.

Губы: наличие затруднений при выполнении основных движений губами: сомкнуть, вытянуть в трубочку, хоботком, растягивание, движение вверх и вниз. Частичное произнесение губных звуков.

Челюсть: наличие затруднений при выполнении основных движений челюстью.

Язык: ограничение двигательного потенциала движения языком.

Мягкое нёбо: затруднения при выполнении основных движений мягким нёбом.

Упражнения выполняются средней скоростью с тенденцией к торможению; при выполнении некоторых движений отмечаются сложности при переключаемости с одного движения на другое; большинство заданий выполнено; удержание позы доступно только для некоторых движений;

среднее число ошибок; отмечаются единичные насильственные движения; наличие истощаемости.

30% (3) высокий уровень – правильное выполнение всех упражнений, что характеризует отсутствие дизартрии и полную сформированность функционального потенциала артикуляционного аппарата. Полноценная реализация всех движений губ, челюсти, языка и мягкого нёба. Движения выполняются в правильном темпе с возможностью его сознательного регулирования. Задания все выполнены правильно без ошибок.

Таким образом, исходя из сравнения результатов констатирующего и контрольного экспериментов, можно сделать вывод, что отмечается улучшение функционального состояния мышц органов артикуляционной моторики. Учитывая, что дизартрия приводит к серьёзным нарушениям работы артикуляционных мышц, более прогрессивные результаты можно получить при длительной коррекции. Полученные на данный момент результаты вполне могут демонстрировать эффективность созданного комплекса логопедических упражнений.

У детей с анатомическими дефектами артикуляционной моторики:

На рисунке представлены следующие данные:

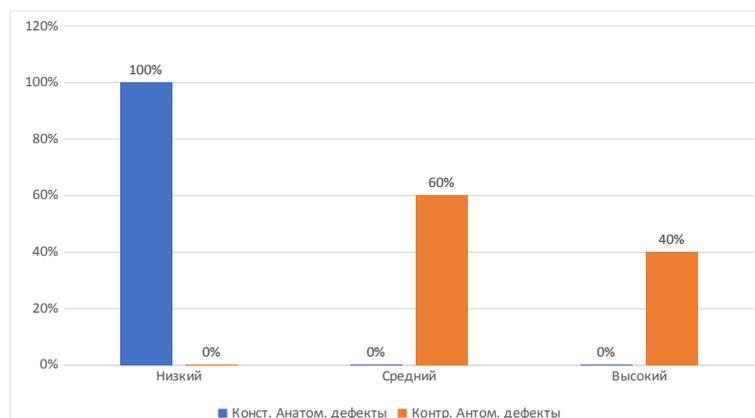


Рисунок 16 – Сравнение результатов констатирующего и контрольного эксперимента по обследованию двигательного потенциала губ, челюстей, языка, мягкого нёба у детей с анатомическими дефектами артикуляционной моторики.

60% (6) средний уровень – подразумевает частичное выполнение все представленных заданий, что означает наличие умеренных нарушений функционирования артикуляционной моторики, ухудшающих звукопроизношение. При этом дефекты могут отмечаться как во всех органах артикуляционной моторики, так и в отдельных органах, ухудшая произношение соответствующих звуков.

Губы: наличие затруднений при выполнении основных движений губами: сомкнуть, вытянуть в трубочку, хоботком, растягивание, движение вверх и вниз. Частичное произнесение губных звуков.

Челюсть: наличие затруднений при выполнении основных движений челюстью.

Язык: ограничение двигательного потенциала движения языком.

Мягкое нёбо: затруднения при выполнении основных движений мягким нёбом.

Упражнения выполняются средней скоростью с тенденцией к торможению; при выполнении некоторых движений отмечаются сложности при переключаемости с одного движения на другое; большинство заданий выполнено; удержание позы доступно только для некоторых движений; среднее число ошибок; отмечаются единичные насильственные движения; наличие истощаемости.

40% (4) высокий уровень – правильное выполнение всех упражнений, что характеризует отсутствие дизартрии и полную сформированность функционального потенциала артикуляционного аппарата. Полноценная реализация всех движений губ, челюсти, языка и мягкого нёба. Движения выполняются в правильном темпе с возможностью его сознательного регулирования. Задания все выполнены правильно без ошибок.

Интерпретируя результаты, можно сделать вывод, что отмечаются улучшения функционирования артикуляционной моторики. Проблема в том, что анатомические дефекты, как правило, сильнее ухудшают

функционирование органов артикуляционной моторики, поэтому даже после лечения ребёнку требуется длительная работа с логопедом. Удалось убрать некоторые патологические привычки, восстановить правильные движения, улучшив их амплитуду. В целом данные результаты характеризуют наличие эффективности созданного комплекса упражнений в рамках кратковременной логопедической программы.

При анализе результатов раздела «Обследование мимической моторики» (Инструкция на все упражнения из данного раздела подавалась устно, ребёнок получал указания логопеда по выполнению определённых движений) выявлено:

У детей с дизартрией:

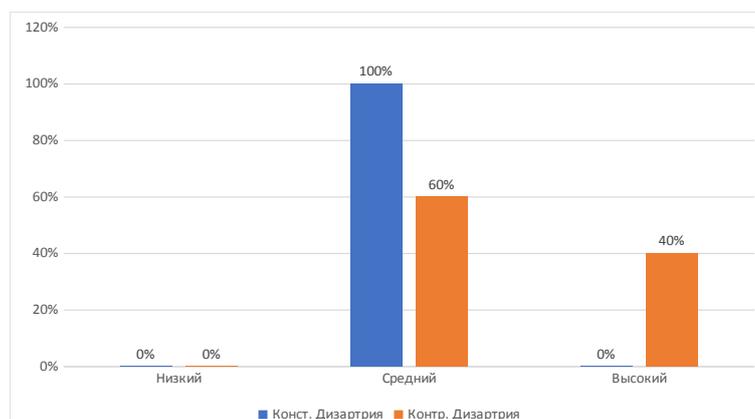


Рисунок 17 – Сравнение результатов обследования функционирования мимической мускулатуры по констатирующему и контрольному экспериментам по обследованию мимической моторики у детей с дизартрией.

На рисунке представлены следующие данные:

60% детей имеют средний уровень – подразумевает частичное выполнение все представленных заданий, что означает наличие умеренных нарушений качественного состояния мимических движений. Сюда входят следующие диагностические признаки: наличие затруднений при выполнении движений мышцами лба, глаз, щёк, лица и при осуществлении праксиса лицевой мускулатуры; средний темп выполнения заданий с

тенденцией к торможению; некоторые движения доступны для правильного выполнения, а другие нет; большинство заданий доступны для выполнения с ошибками.

40% детей имеют высокий уровень – правильное выполнение всех упражнений, что означает сохранность двигательного потенциала мимических мышц: отсутствие затруднений при выполнении движений мышцами лба, глаз, щёк, лица и при осуществлении праксиса лицевой мускулатуры; ускоренный темп выполнения заданий; все движения выполняются правильно; все задания выполнены правильно.

Сравнивая результаты обследования мимической моторики, можно определить, что у детей с дизартрией отмечаются выраженные улучшения её функционирования, многие движения удалось восстановить, поэтому делается вывод о эффективности созданного комплекса коррекционных упражнений. Результаты были занесены в гистограмму:

У детей с анатомическими дефектами артикуляционной моторики:

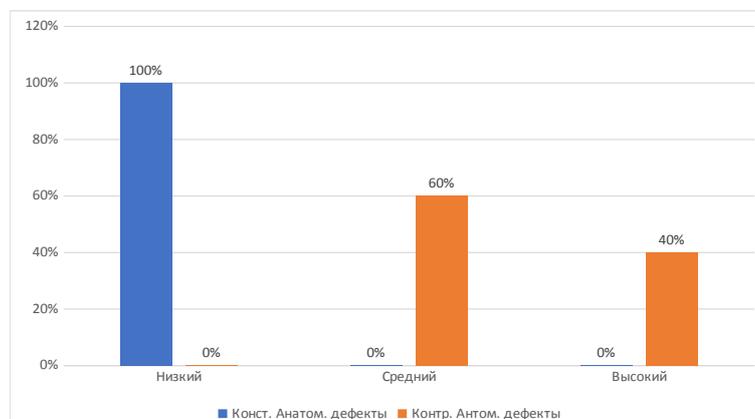


Рисунок 18 – Сравнение результатов обследования функционирования мимической мускулатуры у детей с анатомическим нарушением артикуляционной моторики по констатирующему и контрольному экспериментам.

На рисунке представлены следующие данные:

60% средний уровень – частичное выполнение все представленных заданий, что означает наличие умеренных нарушений качественного

состояния мимических движений. Сюда входят следующие диагностические признаки: наличие затруднений при выполнении движений мышцами лба, глаз, щёк, лица и при осуществлении праксиса лицевой мускулатуры; средний темп выполнения заданий с тенденцией к торможению; некоторые движения доступны для правильного выполнения, а другие нет; большинство заданий доступны для выполнения с ошибками.

40% детей имеют высокий уровень – правильное выполнение всех упражнений, что означает сохранность двигательного потенциала мимических мышц: отсутствие затруднений при выполнении движений мышцами лба, глаз, щёк, лица и при осуществлении праксиса лицевой мускулатуры; ускоренный темп выполнения заданий; все движения выполняются правильно; все задания выполнены правильно.

В результате сравнения можно отметить, что имеются улучшения в функционировании мимической мускулатуры у детей с анатомическими нарушениями артикуляционного аппарата. При этом важно уточнить, что с такими нарушениями мимическая моторика нарушается меньше всего, т.к. нет негативных факторов, оказывающих влияние на состояние этих мышц, однако особенности стоматологического нарушения часто оказывают небольшое влияние на мимику ребёнка, она искажается. Эти нарушения не вызывают сложностей в коррекции, поэтому посредством созданного комплекса упражнений удалось значительно улучшить состояние мимической мускулатуры. Данные были занесены в гистограмму.

Итоговые значения.

У детей с дизартрией:

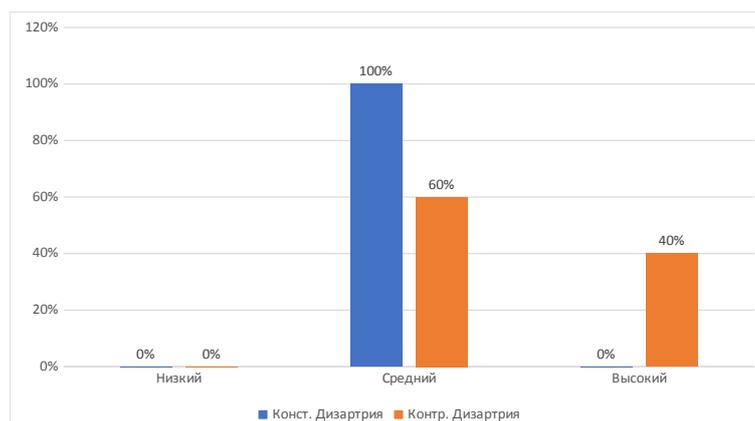


Рисунок 19 – Сравнение результатов по итоговым показателям обследования у детей с дизартрией.

На рисунке представлены следующие данные:

60% детей с дизартрией имеют средний уровень – умеренные визуальные, артикуляционные и мимические нарушения.

40% детей с дизартрией имеют высокий уровень – отсутствие визуальные, артикуляционные и мимические нарушения.

В результате сравнения показателей до и после проведения комплекса коррекционных упражнений можно сделать вывод, что отмечаются улучшения функционирования артикуляционной и мимической моторики у детей с дизартрией. Это следует считать показателем эффективности этих упражнений.

У детей с анатомическими нарушениями артикуляционной моторики:

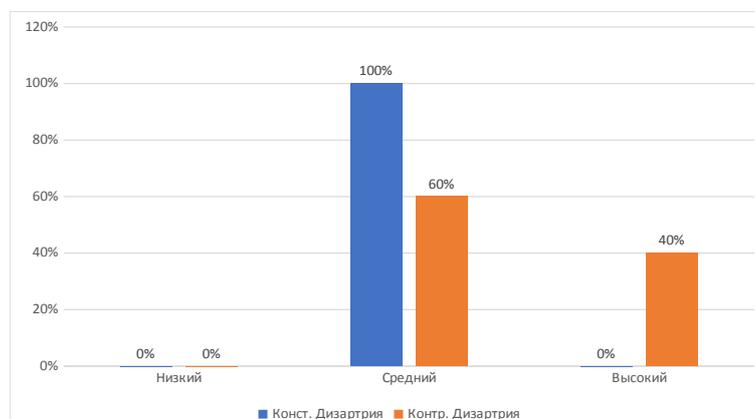


Рисунок 20 – Сравнение результатов по итоговым показателям обследования у детей с анатомическими нарушениями артикуляционной моторики.

На рисунке представлены следующие данные:

60% (6) детей с анатомическими нарушениями артикуляционной моторики имеют средний уровень – умеренные визуальные, артикуляционные и мимические нарушения. По сравнению с прошлым тестированием у этих детей отмечаются улучшения функционирования артикуляционной моторики, при выполнении заданий они совершали меньше ошибок, это означает, что созданный комплекс упражнений является эффективным для решения данной коррекционной задачи.

40% (4) детей с анатомическими нарушениями артикуляционной моторики имеют высокий уровень – отсутствие визуальные, артикуляционные и мимические нарушения.

Обследование звукопроизношения:

У детей с дизартрией:

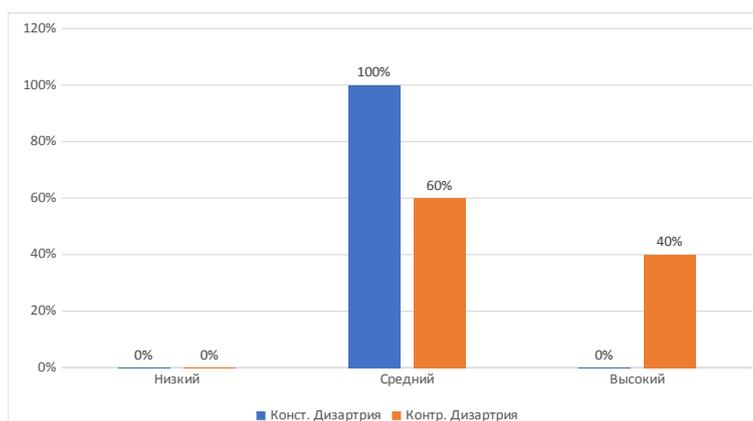


Рисунок 21 – Сравнение результатов обследования звукопроизношения по констатирующему и контрольному экспериментам у детей с дизартрией.

60% детей имеют средний уровень – нарушено произнесение 2 звуков или двух групп и 3 звуков или 3 групп схожих по артикуляции звуков.

40% детей имеют высокий уровень – правильное произнесение звуков в изолированной позиции, в слогах, в словах и предложениях или имеется нарушение произношения одного звука либо произнесение звуков одной артикуляционной группы.

у детей с анатомическими нарушениями артикуляционной моторики:

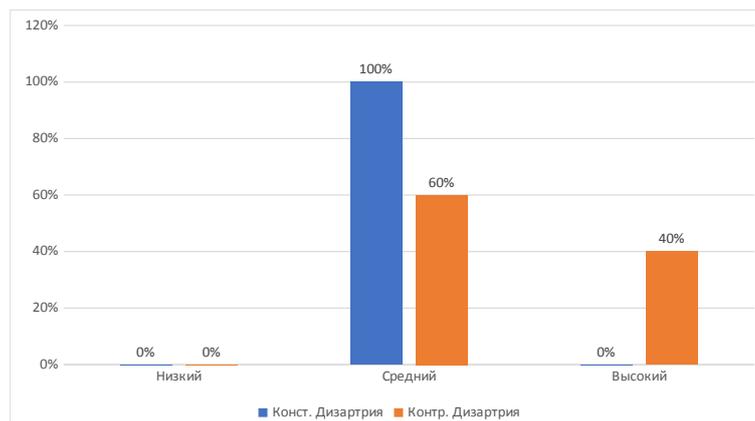


Рисунок 22 – Сравнение результатов обследования звукопроизношения по констатирующему и контрольному экспериментам у детей с анатомическими нарушениями артикуляционной моторики.

60% детей имеют средний уровень – нарушено произнесение 2 звуков или двух групп и 3 звуков или 3 групп схожих по артикуляции звуков.

40% детей имеют высокий уровень – правильное произнесение звуков в изолированной позиции, в слогах, в словах и предложениях или имеется нарушение произношения одного звука либо произнесение звуков одной артикуляционной группы.

Таким образом, созданный комплекс коррекционных упражнений способствует исправлению нарушений функционирования артикуляционной моторики, как у детей с дизартрией, так и у дошкольников с анатомическими нарушениями артикуляционного аппарата. Гипотеза доказана и нашла свое подтверждение в данной работе.

Выводы по III главе

Для исправления таких нарушений был составлен комплекс логопедических упражнений, направленный на улучшение функционирования артикуляционной моторики. Кроме классических общепедагогических методов, логопед применял специальные методы, а именно артикуляционную и мимическую гимнастику. Все составляющие комплекс упражнения имеют либо игровые, либо творческие элементы, необходимые для поддержания оптимального уровня мотивации ребёнка к логопедической работе.

По окончании коррекционной работы проводилось повторное обследование, позволяющее доказать эффективность созданного комплекса коррекционных упражнений. В результате, сравнивая результаты констатирующего и контрольного этапов логопедического эксперимента, установлено, что результаты участвующих в исследовании детей улучшились, поэтому можно считать данную работу эффективной, для достижения более прогрессивных результатов её необходимо продолжать.

Заключение

Во-первых, рассматривалась характеристика дизартрии у старших дошкольников. Учитывая, что артикуляция звуков осуществляется в результате согласованной работы мышц артикуляционного аппарата, которую обеспечивают различные отделы нервной системы, их функционирование влияет на качественные свойства произносимых звуков. При наличии нарушения функционирования определённых отделов нервной системы ухудшаются качественные свойства дизартрии. Дизартрия – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное нарушением правильной иннервации речевого аппарата, т.е. нарушением координированной работы артикуляционных мышц, просвещается различными речевыми нарушениями, вызванными дефектом их взаимодействия с соответствующими отделами центральными нервными системами.

В неврологии в зависимости от локализации патологического очага представлена следующая классификация дизартрии у старших дошкольников: бульбарной дизартрии – парез, снижение тонуса мышц артикуляционного аппарата, невозможность выговорить отдельные звуки, замена их на новые звуки; псевдобульбарная (спастико-паретическая форма дизартрии) – сочетание спастичности, пареза и гиперкинеза, что приводит к различным речевым нарушениям; подкорковая (экстрапирамидная, гиперкинетическая) дизартрия – гиперкинезы, нестабильный тонус мышц речевого аппарата, что проявляется нарушением звукопроизношения и голоса; мозжечковая (атонически-астатическая) форма – мышечная гипотония, неправильная координация движений органов артикуляции, проявляется нарушением звукопроизношения; корковая дизартрия – артикуляционная апраксия, замена некоторых звуков.

Во-вторых, были рассмотрены особенности артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрией. Наличие внутримозговых

повреждений в моторных нервных центрах приводит к неправильному функционированию различных аспектов моторики: общей моторики, а именно наличию неврологических двигательных синдромов, мелкой моторики, т.е. неправильной работе движений пальцами рук, артикуляционной моторики, что подразумевает нарушение различных свойств мышц, обеспечивающих произношение звуков. Рассматривая детально артикуляционную моторику, можно выделить следующие её нарушения: дистония; нарушение подвижности артикуляционных мышц; гиперкинезы; тремор; атаксия; дисметрия; апраксия; девиация, парез. Все описанные нарушения приводят к либо к замене звука, который ребёнок не может произнести, либо к его искажённому произношению.

В-третьих, были рассмотрены анатомические нарушения артикуляционного аппарата. При дизартрии отсутствуют анатомические дефекты органов артикуляционного аппарата. Такие дефекты обозначают структурные повреждения, мешающие полноценной артикуляции звука, образовавшихся в результате действия внутренних и внешних патологических факторов. Чаще всего они возникают в результате неправильного развития структур ротовой полости, могут быть вызваны травмами, а также генетическими и хромосомными заболеваниями и иными причинами. Лечение таких нарушений занимается стоматолог, а логопед начинает работать с ребёнком после восстановления структуры ротовой полости. Особой коррекционной проблемой являются патологические моторные стереотипы, сформировавшиеся в результате компенсации анатомических нарушений артикуляционной моторики. Часто на их исправление требуется значительное время.

В-четвёртых, для исследования особенностей артикуляционной моторики у старших школьников с дизартрией проводился констатирующий эксперимент. База проведения Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 46 компенсирующего вида

«Лучик» для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата города Красноярска. Выборка была составлена из дошкольников, имеющих дизартрию, туда входят 5 детей, возраст которых равен 6 лет. Для проведения исследования была использована диагностическая методика, состоящая из следующих разделов: визуальный осмотр органов артикуляции; обследование двигательного потенциала губ, челюстей, языка, мягкого нёба; обследование мимической моторики.

В-пятых, проводился анализ результатов обследования. Было определено, что у старших дошкольников имеются нарушения артикуляционной моторики. Были получены следующие результаты: по критерию визуального осмотра: 70% детей с дизартрией – средний уровень, что подразумевает наличие некоторых отклонений в функционировании органов артикуляционного аппарата и мимических мышц; у 30% высокий уровень, характеризующийся наличием подозрений в отсутствии нарушений в функционировании органов артикуляционного аппарата и мимических мышц. 100% детей с наличием повреждений артикуляционного аппарата имеют низкий уровень, обозначающий наличие выраженных визуальных нарушений. По критерию обследование двигательного потенциала губ, челюстей, языка, мягкого нёба: 100% детей с дизартрией имеют умеренные нарушения функционирования артикуляционной моторики, ухудшающих звукопроизношение; 100% детей с повреждениями артикуляционного аппарата имеют низкий уровень, обозначающий наличие серьезных нарушений функционирования артикуляционной моторики. По критерию обследование мимической моторики: 100% детей с дизартрией и повреждениями артикуляционного аппарата – средний уровень, наличие умеренных нарушений качественного состояния мимических движений.

В-шестых, для исправления нарушений артикуляционной моторики был создан комплекс логопедических упражнений, основанный на сочетании методов артикуляционной и мимической гимнастики. Все упражнения

содержали игровые или творческие элементы, они подходят под возраст детей. Всего было проведено 10 упражнений артикуляционной гимнастики, 11 упражнений на формирование мимической моторики.

В-седьмых, по окончании коррекционной работы проводилось повторное обследование, позволяющее доказать эффективность созданного комплекса коррекционных упражнений. В результате, сравнивая результаты констатирующего и контрольного этапов логопедического эксперимента, установлено, что результаты участвующих в исследовании детей улучшились, поэтому можно считать данную работу эффективной, для достижения более прогрессивных результатов её необходимо продолжать. Гипотеза доказана и нашла свое подтверждение в данной работе.

Список использованных источников

1. Абрамова А.Н. Рекомендации по коррекции нарушений моторики артикуляционного аппарата у старших дошкольников с общим недоразвитием речи [Текст] / А.Н. Абрамова // В сборнике: Здоровьесберегающие и коррекционные технологии в современном образовательном пространстве. Сборник научных трудов по результатам международной научно-практической онлайн конференции, посвященной 75-летию ООН. 2020. С. 139-142.
2. Алиев Т. Современные методы профилактики диастемы зубов у детей [Текст]/ Т. Алиев, Г. Джалилова, Р. Аббасова, Р. Пириев // International Independent Scientific Journal. 2022. № 37. С. 11-13.
3. Альминова Л.В. Применение кинезиологии при коррекции артикуляционной моторики при дизартрии [Текст] / Л. В. Альминова // В сборнике: Современные тенденции и инновации в области гуманитарных и социальных наук. Сборник материалов VII Международной научно-практической конференции. Йошкар-Ола, 2021. С. 223-226.
4. Бабий Т.В. Развитие артикуляционной моторики у дошкольников с тяжелыми нарушениями речи посредством дидактического пособия «Волшебные ягодки» [Текст] / Т.В. Бабий // В сборнике: Молодежные исследования и инициативы в науке, образовании, культуре, политике. Сборник материалов XIV Всероссийской молодёжной научно-практической конференции. 2019. С. 521-524.
5. Бабина Г. В. Логопедия. Дизартрия: Учебно-методическое пособие [Текст] / Г. В. Бабина, Л. И. Белякова, Р. Е. Идес. – Москва: МПГУ, 2016. – 104 с.
6. Баландина К.А. Формирование артикуляционной моторики детей раннего возраста с отклонениями в речевом развитии [Текст] / К.А. Баландина, Е.В. Шереметьева // В сборнике: Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза. Материалы межрегиональной научно-практической конференции студентов, аспирантов, магистрантов и

- слушателей. Научные редакторы И.А. Филатова, О.Г. Нугаева. 2009. С. 109-111.
7. Барина А.Л. К вопросу о дизартрии как логопедической проблеме [Текст] / А.Л. Барина // В сборнике: Актуальные проблемы современного общего и профессионального образования. Сборник статей по материалам Всероссийской заочной научно-практической конференции. 2015. С. 126-129.
 8. Белякова Л.И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи [Текст] / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Т.Г. Шишкова. – М.: Книголюб, 2004. – 56с.
 9. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. Логопедия. Дизартрия [Текст]. / Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова – М.: Просвещение: Владос, 2009. 320 с.
 10. Веснина А.С. Организация логопедической работы с детьми дошкольного возраста, имеющими нарушение артикуляционной моторики при дизартрии [Текст] / А.С. Веснина // В сборнике: Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза. Материалы всероссийской научно-практической конференции студентов, магистрантов, аспирантов и слушателей. Научные редакторы И. А. Филатова, О. Г. Нугаева. 2014. С. 186-188.
 11. Вилисова Ю.К. К вопросу системно-функционального анализа в диагностике дизартрии [Текст] / Ю.К. Вилисова / В сборнике: Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза. Материалы всероссийской научно-практической конференции студентов, магистрантов, аспирантов и слушателей. 2015. С. 234-236.
 12. Винарская Е.Н. Дизартрия [Текст]. / Е.Н. Винарская – М.: Астрель, 2006. 141 с.
 13. Водолацкого М. Л. Ортодонтия. Учебное пособие/ Под общей редакцией профессора М. Л. Водолацкого. – Ставрополь. СГМА, 2005. – 200 с.

14. Волкова, Л.С. Логопедия: учебник для студ. Дефект. фак. Пед. высш. учеб. Заведений / под ред. Л.С. Волковой. – 5-е изд., перераб. И доп. [Текст] – М.: Гуманитар, изд. Центр ВЛАДОС, 2006. – 703 с.: ил. – (Коррекционная педагогика).
15. Волосатова Е.Л. Комплексная дифференциация стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста / Волосатова Е.Л., Шереметьева Е.В. // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. 2016. № 8. С. 20-27.
16. Волосатова Е.Л. Комплексная дифференциация стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста [Текст] / Е.Л. Волосатова, Е.В. Шереметьева // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. 2016. № 8. С. 20-27.
17. Гребнева Е.А. К проблеме изучения стертой формы дизартрии у дошкольников [Текст] / Е.А. Гребнева // Гуманитарные научные исследования. 2021. № 5 (117).
18. Григорьева Л.П. Прикус у детей. / Л. П. Григорьева – Полтава, 1995. — 232 с.
19. Гуровец Г.В. Клинико-педагогическая характеристика детей, страдающих стертой дизартрией и ринофонией и методы коррекционного воздействия [Текст] / Г.В. Гуровец, С.И. Маевская // Преодоление речевых нарушений у детей и взрослых. – М.: МГПИ им. Ленина, 1981. – С. 103-114.
20. Гусева П.В. Развитие мелкой и артикуляционной моторики у детей 5-6 лет со стертой дизартрией [Текст] / П.В. Гусева // Международный студенческий научный вестник. 2020. № 3. С. 80.
21. Дудник Д.А. Выявление особенностей артикуляционной и мимической моторики у детей дошкольного возраста со стёртой формой дизартрии [Текст] / Д.А. Дудник // В сборнике: Молодежные исследования и инициативы в науке, образовании, культуре, политике. Сборник

- материалов XVII Всероссийской молодежной научно-практической конференции. Биробиджан, 2022. С. 352-355.
22. Дымочка М.А. Медико-социальная экспертиза детей с челюстно-лицевыми мальформациями [Текст] / М.А. Дымочка, Л.Л. Науменко, Е.С. Красновская, Е.И. Дубынина // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2015. № 2. С. 29-33.
23. Елизарова С.В. Особенности артикуляционной моторики у дошкольников со стертой дизартрией [Текст] / С.В. Елизарова // В сборнике: Наука и образование в современных условиях. Материалы Международной (заочной) научно-практической конференции. Под общей редакцией А.И. Вострецова. 2017. С. 520-527.
24. Ермолова Ж.А. Развитие артикуляционной моторики в онтогенезе [Текст] / Ж.А. Ермолова // В сборнике: Педагогический опыт: от теории к практике. Сборник материалов II Международной научно-практической конференции. Редколлегия: О.Н. Широков [и др.]. 2017. С. 105-107.
25. Жукова, Н.С. Логопедия. Основы теории и практики [Текст]/ Н.С. Жукова, Е.М, Мастюкова, Т.Б. Филичева. – М.: Эксмо, 2017. – 288 с.
26. Жулина Е.В. Персонифицированный подход в логопедической работе с детьми раннего возраста с дизартрией [Текст] / Е.В. Жулина, М.В. Ботина // Проблемы современного педагогического образования. 2020. № 69-1. С. 201-204.
27. Зайцева Л.А. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция [Электрон. Ресурс]./ Л.А. Зайцева, И.С. Зайцев, С.Ф. Левяш, И.Н. Ясова – URL: <http://pedlib.ru>. – 10.04.2021 (Дата обращения: 15.08.2022)
28. Иванова О.П. Альтернативное лечение рецидива диастемы на верхней челюсти [Текст] / О.П. Иванова, Г.К. Карапетян, А.И. Гасанова, Е.Н. Абоугхаля // В сборнике: Наука в современном информационном обществе. Материалы XXII международной научно-практической конференции. Н.-и. ц. «Академический». 2020. С. 3-7.

29. Киреенко М.В. Особенности общей, мелкой и артикуляционной моторики у дошкольников со стертой дизартрией [Текст] / М.В. Киреенко // В сборнике: Материалы 70-й научно-практической конференции преподавателей и студентов. Материалы конференции. Благовещенск, 2021. С. 514-519.
30. Киселева В.А. Диагностика и коррекция стертой формы дизартрии: пособие для логопедов [Текст] / В.А. Киселёва, – М.: Школьная пресса, 2007 – 48 с.
31. Киселева В.А. Комплексное исследование детей со стертой дизартрией [Текст] / В.А. Киселева // Логопедия: Методические традиции и новаторство / Под ред. С.Н. Шаховской, Т.В. Волосовец. – М. – Воронеж, 2003. С. 39-50
32. Ключников О.В. Ортопедическое лечение больных с использованием дентальных имплантатов [Текст] / О.В. Ключников, Ю.М. Подкорытов, О.Н. Никитин // В книге: Вопросы. Гипотезы. Ответы: наука XXI века. Коллективная монография. Краснодар, 2013. С. 242-279.
33. Кольцова М.М. Ребенок учится говорить [Текст]./ М.М. Кольцова – М.: Советская Россия, 1973.
34. Корсак А. К. Хирургическая стоматология детского возраста: учеб. – метод. Пособие / А. К. Корсак [и др.]. – Минск: БГМУ, 2010. – 115 с.
35. Кудрявцева С.В. Развитие артикуляционной моторики у детей раннего возраста [Текст] / С.В. Кудрявцева, Л.В. Смирнова // В сборнике: Специальное образование. Материалы VIII Международной научной конференции. Под общей редакцией профессора В.Н. Скворцова. 2012. С. 106-109.
36. Куликова Е.В. Современные дидактические игры в процессе автоматизации звуков при дизартрии [Текст] / Е.В. Куликова, С.А. Артемова // Студенческий электронный журнал СтРИЖ. 2022. № 2 (43). С. 82-85.

37. Курушина О.В. Основные направления коррекционно-логопедической работы по развитию артикуляционной моторики у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией [Текст] / О.В. Курушина // Новая наука: Стратегии и векторы развития. 2015. № 4. С. 24-27.
38. Курякина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста. / Н. В. Курякина – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2001. – 744 с.: илл.
39. Кутькова А.А. Констатирующий эксперимент по формированию интонационной выразительности речи у дошкольников с дизартрией / Кутькова А.А. // В сборнике: Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза. Материалы всероссийской научно-практической конференции студентов, магистрантов, аспирантов и слушателей. 2018. С. 450-453.
40. Лещенко С.Г. Развитие артикуляционной и мелкой моторики старших дошкольников нетрадиционными средствами СУ-ДЖОК и биоэнергопластики [Текст] / С.Г. Лещенко, А.В. Крючкова // Символ науки: международный научный журнал. 2016. № 4-2 (16). С. 140-142.
41. Лопатина Л.В. Развитие моторной функции у дошкольников со стертой формой дизартрии [Текст]. / Л.В. Лопатина – СПб., 1992.
42. Мамедов Ад.А. Структура и механизм произносительных расстройств у детей с аномалиями строения зубочелюстной системы [Текст] / Ад.А. Мамедов, О.Г. Приходько, Н.Ю. Григоренко, М.Л. Синяева, В.В. Харке, Е.Г. Роговина // Стоматология детского возраста и профилактика. 2007. Т. 6. № 3 (22). С. 57-64.
43. Мертвищева К.З. Нарушение моторных функций у дошкольников со стертой формой дизартрии [Текст] / К.З. Мертвищева // В сборнике: Современные тенденции развития системы образования. Сборник статей. Чувашский республиканский институт образования. Чебоксары, 2018. С. 237-240.

44. Мершина С.А. Взаимовлияние развития общей, мелкой и артикуляционной моторики у дошкольников с дизартрией и состояния их здоровья [Текст] / С.А. Мершина, А.В. Спирина // В сборнике: Здоровая среда – здоровое поколение. Сборник материалов Всероссийской научно-практической (очно-заочной) конференции с международным участием, посвященной 100-летию со дня рождения В. А. Сухомлинского. Под ред. Н.Н. Малярчук, А.В. Спириной, Т.В. Семеновских; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации; Тюменский государственный университет; Институт психологии и педагогики. 2018. С. 56-59.
45. Миронова В.В. Аномалии развития языка и его заболевания. [Текст]/ В.В. Миронова, Н.Н. Соломатина, Ульяновск, 2015г.
46. Мишина Ю.С. Особенности речевой моторики старших дошкольников с дизартрией [Текст] / Ю.С. Мишина, Д.В. Солдатов // В сборнике: Психология и педагогика XXI века: актуальные вопросы, достижения и инновации. Сборник статей II Всероссийской студенческой научно-практической конференции. Орехово-Зуево, 2021. С. 400-403.
47. Мустафаев Маг.Ш. Хирургическая стоматология детского возраста. / Маг.Ш. Мустафаев, Ф. Р. Батырбекова, Дж.Т. Кужонов – Нальчик: Каб. – Балк. Ун. – т, 2005. – 1 15 с.
48. Назаренко Е.В. Анализ научных исследований по вопросу этиологии зубочелюстных аномалий у детей [Текст] / Е.В. Назаренко // В сборнике: Инновационные технологии в науке и образовании. Сборник статей IX Международной научно-практической конференции. 2018. С. 169-171.
49. Насибуллина А.Д. Особенности логопедической коррекции нарушений психомоторных функций у младших школьников со стертой дизартрией [Текст] / А.Д. Насибуллина // В сборнике: Проблемы речевого онтогенеза и дизонтогенеза. Сборник научных статей по материалам Всероссийской

- научно-практической конференции. Научный редактор В.П. Крючков. Редакторы-составители Т.А. Бочкарева, О.В. Кошечева. 2017. С. 290-295.
50. Негматова Д.У. Ортопедическое лечение больных с использованием дентальных имплантатов [Текст] / Д.У. Негматова, С.С. Зайниев, М.К. Камариддинзода // Academy. 2020. № 4 (55). С. 113-119.
51. Немов Р.С. Психология: Учебник для студентов высш. Пед. Учеб. Заведений: В 3 кн.: Кн. 3. [Текст] / Р.С. Немов – М., 1995.
52. Орлова Т.Е. Коррекция звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией [Текст] / Т.Е. Орлова // В сборнике: Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза. Материалы всероссийской научно-практической конференции студентов, магистрантов, аспирантов и слушателей. 2018. С. 220-222.
53. Оськина Ю.С. Развитие артикуляционной моторики у детей с дизартрией на логопедических занятиях [Текст] / Ю.С. Оськина // В сборнике: Молодежь и будущее: профессиональная и личностная самореализация. Материалы X Международной научно-практической конференции. Под общей ред. Е.В. Прониной. Владимир, 2021. С. 288-290.
54. Парфенова В.В. Особенности произносительной стороны речи у детей дошкольного возраста со стертой формой дизартрии [Текст] / В.В. Парфенова // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2022. № 1-1 (64). С. 161-164.
55. Приходько О.Г. Дизартрические нарушения речи у детей раннего и дошкольного возраста [Текст] / О.Г. Приходько // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2009. № 6. С. 49-54.
56. Спирина А.В. Особенности крупной, мелкой и артикуляционной моторики у детей дошкольного возраста с дизартрией / А.В. Спирина // Вестник Курганского государственного университета. 2018. № 4 (51). С. 71-73.

57. Стрельченко М.А. Проблема выявления органической дислалии у детей дошкольного возраста [Текст] / М.А. Стрельченко, Н.П. Рудакова // В сборнике: Голос и коммуникации в современном мире. Материалы научно-образовательной конференции, посвященной Международному дню логопеда. Под ред. Н. А. Калугиной, Е. А. Лариной. Хабаровск, 2020. С. 116-120.
58. Терехова Т. Н. Стоматология. Челюстно-лицевая хирургия: учеб. Пособие / Т. Н. Терехова [и др.]; под ред. Т.Н. Тереховой. – Минск: БГМУ, 2007. – 205с.
59. Уклонская Д.В. Основные направления логопедической коррекции произносительной стороны речи при врожденных и приобретенных дефектах и деформациях челюстно-лицевой области [Текст] / Д.В. Уклонская, В.Е. Агаева // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2016. Т. 22. № 3. С. 218-221.
60. Фадеева Е.С. Особенности развития общей и артикуляционной моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой формой дизартрии средствами игровых упражнений [Текст] / Е.С. Фадеева / Аллея науки. 2022. Т. 1. № 2 (65). С. 729-733.
61. Хватцев М.Е. Логопедия [Текст] / Под ред. С.Н. Шаховской, Р.И. Лалаевой. – М.: Владос, 2009.
62. Чиркина Г.В. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений [Текст]. / Г.В. Чиркина – М., 2005
63. Эшман С.А. Коррекция прикуса у детей с использованием артикуляционных упражнений и миогимнастики / С.А. Эшман // Альманах мировой науки. 2019. № 5 (31). С. 85-86.

Таблица 3 – Результаты исследований. Констатирующий этап

№ испытуемог о	Диагноз	1		2		3		Итог	
1	Д	2	С	11	С	6	С	19	С
2	Д	2	С	12	С	8	С	22	С
3	Д	2	С	12	С	6	С	20	С
4	Д	3	В	11	С	6	С	20	С
5	Д	3	В	12	С	7	С	22	С
6	Д	2	С	11	С	6	С	19	С
7	Д	3	В	12	С	7	С	22	С
8	Д	2	С	12	С	7	С	21	С
9	Д	2	С	11	С	8	С	21	С
10	Д	2	С	12	С	8	С	22	С
11	АНАА	1	Н	6	Н	10	С	17	Н
12	АНАА	1	Н	7	Н	10	С	18	С
13	АНАА	1	Н	7	Н	9	С	17	Н
14	АНАА	1	Н	8	Н	9	С	18	С
15	АНАА	1	Н	6	Н	9	С	16	Н
16	АНАА	1	Н	8	Н	10	С	19	С
17	АНАА	1	Н	7	Н	10	С	18	С
18	АНАА	1	Н	9	Н	10	С	20	С
19	АНАА	1	Н	9	Н	10	С	20	С
20	АНАА	1	Н	8	Н	10	С	19	С

*Н – низкий уровень, С – средний уровень, В – высокий уровень,

*Д – дизартрия; АНАА – Анатомические нарушения артикуляционного аппарата

Таблица 4 – Результаты исследований. Контрольный этап

№ испытуемог о	Диагноз	1		2		3		Итог	
1	Д	2	С	20	С	10	С	32	С
2	Д	2	С	12	С	8	С	22	С
3	Д	2	С	12	С	10	С	24	С
4	Д	3	В	24	В	14	В	41	В
5	Д	3	В	24	В	14	В	41	В
6	Д	2	С	11	С	6	С	19	С

7	Д	3	В	24	В	14	В	41	В
8	Д	2	С	12	С	7	С	21	С

Окончание таблицы 2

9	Д	2	С	24	В	14	В	40	В
10	Д	2	С	12	С	8	С	22	С
11	АНАА	2	С	11	С	10	С	23	С
12	АНАА	3	В	12	С	10	С	25	С
13	АНАА	3	В	24	В	14	В	41	В
14	АНАА	2	С	24	В	14	В	40	В
15	АНАА	2	С	24	В	14	В	40	В
16	АНАА	2	С	13	С	10	С	25	С
17	АНАА	3	В	11	С	10	С	24	С
18	АНАА	3	В	24	В	14	В	41	В
19	АНАА	2	С	13	С	10	С	25	С
20	АНАА	2	С	12	С	10	С	24	С

*Н – низкий уровень, С – средний уровень, В – высокий уровень,

*Д – дизартрия; АНАА – Анатомические нарушения артикуляционного аппарата

Таблица 5 – Полный анамнез испытуемых

Ребёнок	Возраст	Логопедическое заключение	DS Невролога	Результаты осмотра ортодонта
1	6	Дизартрия нарушение звукопроизношения	– Псевдобульбарная дизартрия	
2	7	Дизартрия нарушение звукопроизношения	– Псевдобульбарная дизартрия	
3	7	Дизартрия нарушение звукопроизношения	– Псевдобульбарная дизартрия	
4	7	Дизартрия нарушение звукопроизношения	– Псевдобульбарная дизартрия	
5	7	Дизартрия нарушение звукопроизношения	– Псевдобульбарная дизартрия	
6	6	Дизартрия нарушение звукопроизношения	– Псевдобульбарная дизартрия	
7	7	Дизартрия нарушение звукопроизношения	– Псевдобульбарная дизартрия	

8	7	Дизартрия нарушение звукопроизношения	–	Псевдобульбарная дизартрия	
---	---	---	---	-------------------------------	--

Окончание таблицы 2

9	7	Дизартрия нарушение звукопроизношения	–	Псевдобульбарная дизартрия	
10	6	Дизартрия нарушение звукопроизношения	–	Псевдобульбарная дизартрия	
11	6	Лёгкая механическая дислалия			Диагноз: нарушение прикуса Лечение проведено
12	7	Лёгкая механическая дислалия			Диагноз: нарушение прикуса Лечение проведено
13	7	Лёгкая механическая дислалия			Диагноз: нарушение прикуса Лечение проведено
14	6	Лёгкая механическая дислалия			Диагноз: нарушение прикуса Лечение проведено
15	6	Лёгкая механическая дислалия			Диагноз: нарушение прикуса Лечение проведено
16	7	Лёгкая механическая дислалия			Диагноз: нарушение прикуса Лечение проведено
17	7	Лёгкая механическая дислалия			Диагноз: нарушение прикуса Лечение проведено
18	7	Лёгкая механическая дислалия			Диагноз: нарушение прикуса Лечение проведено
19	7	Лёгкая механическая дислалия			Диагноз: нарушение прикуса Лечение проведено
20	7	Лёгкая механическая дислалия			Диагноз: нарушение прикуса Лечение проведено

Наглядный стимульный материал для исследования мимики лица

Рисунок 1



Рисунок 2

10. «Снеговик».



11. «Два Мороза»

«Гуляли по чистому полю два Мороза, два родных брата, с ноги на ногу поскакивали, рукой об руку поколачивали. Говорит один Мороз другому:

— Братец Мороз — Багровый нос! Как бы нам позабавиться — людей поморозить?

Отвечает ему другой:

— Братец Мороз — Синий нос! Коль людей морозить — не по чистому нам полю гулять. Поле все снегом занесло, все проезжие дороги замело; никто не пройдет, не проедет. Побежим-ка лучше к чистому бору! Там хоть и меньше простору, да зато забавы будет больше. Все нет-нет, да кто-нибудь и встретится по дороге».