

Государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования города Москвы
«Московский городской педагогический университет»

На правах рукописи



Агаева
Виктория Евгеньевна

**ФОРМИРОВАНИЕ ПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ
С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЁБА
В ПРОЦЕССЕ ЭТАПНОЙ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ**

5.8.3 – коррекционная педагогика (логопедия)

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата педагогических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук,
профессор Левченко И.Ю.

Москва – 2021

Оглавление

Введение	4
Глава 1. Проблема комплексной помощи детям с врожденными расщелинами губы и нёба	16
1.1. Соматические и функциональные особенности развития детей с врожденными расщелинами губы и нёба	16
1.2. Составляющие процесса абилитации детей с врожденными расщелинами губы и нёба	29
1.3. Семейно-центрированный подход как система оказания помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью	40
1.4. Компетентность современного логопеда в сфере работы с ребенком с врожденной расщелиной губы и нёба и его семьей	51
Выводы по 1 главе	59
Глава 2. Изучение показателей реабилитационного/абилитационного потенциала детей с врожденными расщелинами губы и нёба	61
2.1. Организация и методика проведения пилотной части исследования	61
2.2. Результаты пилотной части исследования	70
2.3 Организация и методика проведения констатирующего этапа основной части исследования	76
Выводы по 2 главе	80
Глава 3. Формирование произношения у детей с врожденными расщелинами губы и нёба в процессе этапной логопедической работы ...	82
3.1 Профилактический этап ранней логопедической помощи детям с врожденными расщелинами губы и нёба	82
3.2 Основной этап логопедической работы по формированию произношения детей с врожденными расщелинами губы и нёба	111
3.2.1 Организация и методика изучения речи детей экспериментальной и контрольной групп	112

3.2.2 Дифференцированная логопедическая работа по формированию произношения детей экспериментальной и контрольной групп	128
Выводы по 3 главе	139
Заключение	144
Список литературы	149
Приложения	176
Приложение 1	176
Приложение 2	179
Приложение 3	181
Приложение 4	184
Приложение 5	187
Приложение 6	191
Приложение 7	194

Введение

Актуальность исследования. Врожденные расщелины губы и нёба (ВРГН) являются одним из наиболее распространенных черепно-лицевых пороков. В разных регионах мира частота рождения детей с данной аномалией составляет 1-2 ребенка на 1000 новорожденных (Н.А. Касимовская, Ад.А. Мамедов, С.В. Чуйкин, F. Hoffmann, L. Perillo и др.). Грубый анатомический дефект артикуляционного аппарата провоцирует стойкие функциональные нарушения дыхания, сосания, глотания, жевания, обоняния, слуха. У детей с ВРГН специфически искажается тембр голоса и звукопроизношение – возникает открытая органическая ринолалия. Она обусловлена патологическими стереотипами дыхания, голосооформления и артикулирования (Е.С. Алмазова, А.С. Балакирева, Л.И. Вансовская, Т.В. Волосовец, Т.Н. Воронцова, И.И. Ермакова, А.Г. Ипполитова, М. Зеeman, А. Митринович-Моджеевска, О.С. Орлова, Г.Н. Соломатина, С.Л. Таптапова, Г.В. Чиркина, L. Albery, K.R. Vzych, C. Ramplona и др.). С возрастом возможен риск формирования вторичных расстройств эмоционально-личностной, поведенческой и коммуникативной сфер (В.А. Зеленский, Е.С. Набойченко, И.А. Чистогрдова, G.P. Priyono, D. Chattopadhyay и др.).

Абилитация, включающая современные медицинские технологии и квалифицированное психолого-педагогическое сопровождение, необходима не только детям с ВРГН с самого рождения, но и их семьям. Развитие полноценных функций питания, дыхания, речи, а также снижение негативного психоэмоционального фона в семье и адаптация ребенка в социуме является единой целью комплексной помощи (С.И. Блохина, Г.В. Гончаков, М.Д. Дубов, С.В. Дьякова, Ад.А. Мамедов, Л.Е. Фролова, N. Alonso, A. Hemprichs, L. Sommer и др.).

Анализ актуальных научных исследований показывает, что направления и содержание лечебного и социально-абилитационного процесса целесообразно рассматривать как с позиции Международной классификации

болезней (МКБ-10), определяющей этиологическую структуру изменений здоровья, так и со стороны функционирования и ограничений жизнедеятельности, представленных в Международной классификации функционирования (МКФ). МКБ-10 и МКФ дополняют друг друга: первая определяет диагноз, вторая – научную основу для изучения и анализа показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем (видов, качества и результатов вмешательств), т.е. сочетания биологических и социальных факторов, определяющих эффективность социализации (Я.К. Бесстрашнова, Е.В. Мельникова, А.А. Шмонин, А.В. Шошмин, S. Geyh, R. Müller и др.). Подчеркнем, что в контексте МКФ показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем, как по отношению ко взрослым, так и по отношению к детям объединяются в понятие реабилитационный потенциал. Реабилитационный потенциал – это комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности (А.А. Баранов, В.П. Белов, И.Н. Денисов, И. Н. Ефимов, М.В. Коробов, И.Ю. Левченко, Т.Н. Симонова, Е.И. Холостова, Н.Б. Шабалина, С.М. Allan, W.J. Rejeski, G. Stucki и др.). Учитывая включение в настоящее исследование участников в возрасте до 3-х лет, а также современные тенденции развития системы ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и возникшие в связи с этим изменения в терминологии, в рамках данной научной работы по отношению к детям с ВРГН мы будем пользоваться обобщенным понятием реабилитационный/абилитационный потенциал.

В реабилитационном/абилитационном потенциале ребенка с ВРГН к биологическим факторам относятся тяжесть нарушения челюстно-лицевой области, результаты хирургического вмешательства, соматический, ортодонтический и неврологический статусы, формирующиеся патологические стереотипы дыхания, голосообразования и артикуляции.

Социальные факторы определяются сроками операции, качеством медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка и семьи, а также особенностями социальной ситуации развития.

Современные медицинские технологии позволяют проводить хирургическое устранение расщелин в первый год жизни ребенка (доречевой период), что создает условия для полноценного формирования произношения (А.С. Балакирева, Е.П. Васильева и др.). Однако клинические наблюдения за развитием речи рано прооперированных детей указывают на наличие анатомической специфики артикуляционного аппарата и стойкость патологических функциональных стереотипов, приводящих к ринолалии (Г.В. Гончаков, Н.В. Обухова, Н.В. Старикова, Е.Е. Халюта и др.). Кроме того, ряд исследователей отмечает невозможность оперативного вмешательства в младенческом возрасте. Это вызвано особенностями соматического статуса и социальной ситуации развития детей (Н.А. Давлетшин, О.Л. Курбатова, О.З. Топольницкий, С.В. Чуйкин и др.).

Анализ современных тенденций абилитации и данных о формировании произносительной стороны речи детей с ВРГН выявляет потребность в совершенствовании системы оказываемой им логопедической помощи. Это обусловлено тем, что традиционные отечественные методики преодоления ринолалии предполагают работу с детьми дошкольного возраста (Л.И. Вансовская, И.И. Ермакова, А.Г. Ипполитова, Г.В. Чиркина). Исследования Т.В. Волосовец (1995), Т.Ю. Деруновой (2003), А.С. Балакиревой (2005) описывают особенности речи детей старше одного года и логопедическую работу в речевой период. Н.В. Обуховой (2006) изучено психомоторное развитие младенцев с ВРГН и описана педагогическая помощь родителям. Однако программа коррекционно-развивающих мероприятий, независимых от срока хирургического вмешательства и нацеленных на профилактику возникновения ринолалии является неразработанным направлением. Проведение профилактического этапа, как этапа ранней логопедической

помощи, позволит снизить негативные проявления дыхательных, голосовых и артикуляционных стереотипов и послужит основой для дальнейшего воздействия. Работа с детьми раннего возраста потребует включения семьи в коррекционный процесс и соответствующей квалификации специалиста.

Все вышеизложенное позволяет констатировать наличие **противоречий** между:

- потребностью детей с ВРГН в профилактических коррекционно-развивающих мероприятиях с периода новорожденности и малым числом научно-практических и методических разработок, ориентированных на их психолого-педагогическое сопровождение в младенческом и раннем возрасте;
- необходимостью активного включения родителей детей с ВРГН в коррекционно-педагогический процесс и их низкой информационной, мотивационной и методической компетенцией;
- недостаточным уровнем профессиональной компетентности логопедов в вопросах, касающихся особенностей развития детей с расщелинами и логопедической работы с ними и недостатком специальных обучающих программ по оказанию им профилактической помощи.

Данные противоречия определяют **проблему** исследования: оптимизация логопедической работы с детьми с ВРГН путем разработки и апробации программы ранней логопедической помощи, основанной на семейно-центрированном подходе, учитывающей возможности реабилитационного/абилитационного потенциала ребенка и структуру профессиональной компетентности логопеда.

В рамках этой проблемы определена **тема** исследования: *«Формирование произношения у детей с врожденными расщелинами губы и нёба в процессе этапной логопедической работы».*

Цель исследования – совершенствование коррекционной работы по формированию произношения у детей с ВРГН за счет включения

профилактического этапа ранней логопедической помощи, основанного на семейно-центрированном подходе, как базиса для последующего воздействия.

Объект исследования – процесс этапной логопедической работы по формированию произношения детей с ВРГН.

Предмет исследования – особенности коррекционно-развивающего воздействия на произношение детей с ВРГН на разных этапах логопедической помощи.

Гипотеза исследования состоит в предположении о том, что эффективность логопедической работы с детьми с ВРГН, критерием которой является сформированное произношение, зависит не только от биологических факторов – показателей здоровья, определяющих потенциал развития ребенка. Существенным является качество социальных факторов – показателей, связанных со здоровьем, среди которых поэтапное квалифицированное логопедическое сопровождение с периода младенчества, осознанное участие родителей и сформированность их компетенции, позволяющей предупредить некоторые патологические особенности, влияющие на речевое развитие детей с ВРГН.

В соответствии с целью и гипотезой исследования были поставлены следующие **задачи**:

1. Проанализировать и обобщить научную и методическую литературу по изучаемой проблеме с целью определения стратегии и тактики исследования.
2. Подобрать и апробировать диагностический инструментарий для выявления потребности ребенка с ВРГН в логопедической помощи.
3. Определить качество произношения детей, прооперированных в возрасте до и после 3х лет и проанализировать влияние на него показателей реабилитационного/абилитационного потенциала.
4. Обосновать необходимость включения профилактического этапа в логопедическую работу с детьми с ВРГН разработкой и апробацией

программы ранней логопедической помощи, основанной на семейно-центрированном подходе.

5. Доказать эффективность разработанной программы ранней логопедической помощи в совершенствовании произношения у детей с ВРГН.

6. Выделить компоненты профессиональной компетентности логопеда в свете профилактики и устранения ринолалии у детей с ВРГН.

Теоретико-методологическую основу исследования составляют: системный подход к организации коррекционно-педагогического процесса (Л.С. Выготский, Е.А. Екжанова, Р.Е. Левина, В.И. Лубовский, Н.М. Назарова, Ф.Ф. Рау, Т.Б. Филичева и др.); комплексный подход к изучению и развитию ребенка (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Р.Е. Левина, Е.М. Мастюкова, О.Г. Приходько, Е.А. Стребелева и др.); личностно-ориентированный подход (Е.М. Мастюкова, С.А. Миронова, В.И. Селиверстов, Т.Б. Филичева и др.); семейно-центрированный подход (Г. Вебер, К. Витакер, И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева, Н.Ш. Тюрина, О.В. Югова и др.); компетентностный подход в профессиональном образовании (В.И. Байденко, В.А. Болотов, И.А. Зимняя, В.В. Мануйлова, А.В. Хуторской, И.М. Яковлева и др.); единство и сложное динамическое взаимодействие биологических и социальных факторов в развитии ребенка (Л.С. Выготский, В.И. Лубовский, У.В. Ульяновская и др.); концепция реабилитации / абилитации (А.А. Баранов, Р.Ж. Мухамедрахимов, О.И. Пальмов, Т.Н. Симонова, Е.И. Холостова, Н.Б. Шабалина и др.); концепция ранней комплексной помощи детям с ОВЗ (Л.И. Аксенова, Е.Р. Баенская, Н.Ю. Григоренко, И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева, Н.Ш. Тюрина, Н.Д. Шматко и др.); положения о необходимости проведения всестороннего медико-психолого-педагогического анализа речевого расстройства для определения его природы (Р.Е. Левина, С.С. Ляпидевский, М.Е. Хватцев, Г.В. Чиркина и др.); современные представления о врожденных дефектах челюстно-лицевой области (С.И. Блохина, Г.В. Гончаков, С.В. Дьякова, Ад.А. Мамедов и др.) и

об особенностях логопедической работы с детьми с ринолалией (Е.С. Алмазова, А.С. Балакирева, Л.И. Вансовская, Т.В. Волосовец, И.И. Ермакова, А.Г. Ипполитова, М. Зеeman, А. Митринович-Моджеевска, О.С. Орлова, Г.Н. Соломатина, Г.В. Чиркина и др.).

В соответствии с целью и задачами исследования, с учетом специфики его предмета и объекта были выбраны **методы**: анализ и обобщение литературы по изучаемой теме; эмпирические методы: анализ педагогической и медицинской документации (амбулаторные и стационарные карты, рентгеновские исследования, эндоназофарингоскопия), аудио- и видеозаписей; беседы с родителями, врачами; анкетирование; логопедическое обследование; педагогический эксперимент (констатирующий, обучающий и контрольный); методы статистической обработки результатов (корреляционный анализ Пирсона, угловое преобразование Фишера).

Организация и основные этапы исследования. В исследовательской работе, которая проводилась с 2005 по 2020 годы на базе Клинического центра челюстно-лицевой, пластической хирургии и стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России и кафедры логопедии ИСОиП МГПУ и состояла из *двух частей*, участвовало 212 детей с ВРГН, 178 их родителей (законных представителей), 60 логопедов образовательных организаций.

Участниками *пилотной части* исследования стали 104 ребенка 7-9 лет с различными видами ВРГН, 100 их родителей (законных представителей), 60 логопедов. В этой части работы на основе обобщения научных данных были определены биологические и социальные показатели реабилитационного/абилитационного потенциала детей с ВРГН, установлена их взаимосвязь с качеством произносительной стороны речи.

Участниками *основной части* исследования стали 108 детей с различными видами ВРГН и 78 их родителей (законных представителей). Она состояла из:

- профилактического этапа ранней логопедической помощи, в котором участвовало 58 детей первых трех лет жизни и 58 их родителей (законных представителей) – экспериментальная группа (ЭГ);

- основного этапа логопедической работы по коррекции произношения. В нем приняли участие 58 детей ЭГ и 35 их родителей (законных представителей) и 50 детей контрольной группы (КГ) и 20 их родителей (законных представителей), не задействованных в профилактическом этапе. Возраст детей составил 4,6 - 5 лет. Выбор возраста обусловлен целесообразностью коррекции звукопроизношения и тембра голоса именно в этот период.

Научная новизна исследования:

- представлены показатели реабилитационного/абилитационного потенциала (биологических и социальных факторов), позволяющие прогнозировать состояние произносительной стороны речи ребенка с ВРГН;

- получены статистически достоверные данные об отсутствии прямой зависимости между сроком операции (факторным признаком) и качеством речи (результативным признаком) детей с ВРГН;

- получены статистически достоверные данные о повышении эффективности логопедической работы по коррекции произношения детей с ВРГН, прооперированных до 3-х лет и получивших раннюю логопедическую помощь;

- проанализированы данные об осведомленности логопедов в вопросах, касающихся особенностей развития детей с ВРГН и коррекционной работы с ними;

- описана этапная система логопедической работы с учетом возможностей реабилитационного/абилитационного потенциала ребенка с ВРГН.

Теоретическая значимость исследования:

- обобщены современные представления об абилитации детей с ВРГН;

- определены показатели, влияющие на успешную коррекцию речи детей с ВРГН, и выявлена их взаимосвязь;
- обосновано содержание профилактического этапа работы с детьми с ВРГН и необходимость активного включения родителей в коррекционный процесс;
- теоретически обоснована и разработана, с учетом современных представлений о раннем включении ребенка с ОВЗ в систему коррекционно-развивающей работы, программа ранней логопедической помощи детям с ВРГН, основанная на семейно-центрированном подходе и независимая от сроков хирургического лечения;
- апробирована программа ранней логопедической помощи детям с ВРГН и экспериментально доказана ее эффективность;
- определены требования к профессиональной деятельности и блокам профессионально значимых компетенций логопеда, необходимых для эффективной коррекционной работы с детьми с ВРГН.

Практическая значимость исследования:

- программа ранней логопедической помощи детям с ВРГН, основанная на семейно-центрированном подходе, может быть реализована в организациях образования, здравоохранения и социальной защиты, службах ранней помощи;
- результаты исследования могут использоваться в практике специалистов психолого-педагогического сопровождения, в учебном процессе профильных вузов, в системе повышения квалификации логопедов, в методических пособиях для родителей детей с ВРГН;
- обозначенные требования к профессиональной деятельности и блокам профессионально значимых компетенций, необходимых для эффективной логопедической работы с детьми с ВРГН могут быть внесены в проект профессионального стандарта логопеда;

- по материалам исследования создана база данных «Технологии медико-психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с врожденной расщелиной губы и неба» (RU 2019622084, 14.11.2019 г.).

Положения, выносимые на защиту:

1. Сложное соотношение биологических и социальных факторов в реабилитационном/абилитационном потенциале ребенка с ВРГН влияет на вариативность развития произносительной стороны речи. Учет данного соотношения предполагает уточнение содержания этапной логопедической работы как ведущего инструмента формирования нормативной речи.

2. Необходимым и приоритетным этапом коррекционно-развивающего воздействия является профилактический этап, на котором реализуется программа ранней логопедической помощи детям с ВРГН, основанная на семейно-центрированном подходе. Данный этап должен начинаться в первый год жизни ребенка, не зависеть от сроков хирургического лечения и предшествовать основному этапу логопедической работы.

3. Эффективность логопедического воздействия по нормализации произношения детей с ВРГН зависит от совокупности показателей социальных факторов, среди которых проведение профилактического этапа ранней логопедической помощи, срок хирургического вмешательства, родительская компетенция и профессиональная компетентность логопеда, которая складывается из коррекционно-развивающего и диагностического блоков, умения организовать работу с семьей, знаний о специфике оказания комплексной помощи и навыков проведения этапной логопедической работы.

Обоснованность и достоверность результатов исследования обеспечены его теоретико-методологической основой, опирающейся на современные научные представления об особенностях развития детей с ВРГН и специфике их абилитации; основными общепедагогическими и методологическими принципами логопедии; применением совокупности

методов исследования, адекватных его цели, объекту, предмету и задачам; масштабностью эксперимента и личным участием автора в его проведении; статистической обработкой полученных данных, сочетанием количественного и качественного анализа результатов.

Апробация работы и внедрение результатов исследования.

Результаты исследования были внедрены в содержание комплексной помощи детям с ВРГН Клинического центра челюстно-лицевой, пластической хирургии и стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России. Основные положения исследования докладывались на Международной научно-практической конференции «Раннее развитие и коррекция: теория и практика» (07-09 апреля 2016 г.); конкурсе научно-практических проектов магистрантов и аспирантов «Технологии психолого-педагогического сопровождения детей с особыми образовательными потребностями на разных уровнях образования» (08 октября 2016 г.); Международной научно-практической конференции «Раннее и дошкольное образование в системе непрерывного сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья» (22-23 марта 2017 г.); IV Международной научно-практической конференции «Логопедия вчера, сегодня, завтра: традиции и инновации» (02 марта 2018 г.); межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы современного раннего и дошкольного образования детей с ОВЗ и инвалидностью» (11-12 апреля 2018 г.); 2ом Российском конгрессе с международным участием «Физическая и реабилитационная медицина» (13-14 декабря 2018 г.); Межрегиональной научно-практической конференции «Логопедическая помощь в условиях специального и инклюзивного образования: традиции и инновации» (21-22 марта 2019 г.); Международной научно-практической конференции «Социальная психология семьи» (28-29 марта 2019 г.); II Общероссийской конференции с международным участием «Flores vitae. Неонатология и педиатрия» (11-13 апреля 2019 г.); Первой Московской Областной

междисциплинарной конференции «Комплексный медико-педагогический подход в реабилитации детей с нарушением речи» (13 ноября 2019 г.); VIII Всероссийской научно-практической конференции «Неотложная детская хирургия и травматология» (19-23 февраля 2020 г.); Первом Съезде детских врачей Московской области с международным участием (20-21 ноября 2020 г.); научно-практической конференции с международным участием «Современные технологии логопедической помощи различным категориям детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях специального и инклюзивного образования» (27 апреля 2021 г.).

Материалы исследования использовались при проведении курсов повышения квалификации, лекционных и практических занятий со студентами ИСОиП ГАОУ ВО МГПУ.

Ключевые идеи и научные результаты исследования отражены в 18 публикациях общим объемом 8,3 п.л.

Структура и объем диссертации. Текст диссертация изложен на 197 страницах. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы, включающего 218 источников, в том числе 37 на иностранном языке, 7 приложений, 10 таблиц, 11 рисунков.

ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМА КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЁБА

1.1 Соматические и функциональные особенности развития детей с врожденными расщелинами губы и нёба

Распространенность врожденных аномалий развития является одной из важных характеристик состояния здоровья населения. Мировая статистика показывает, что 30% от всех пороков развития человека и 87% от возможных видов челюстно-лицевой патологии составляют расщелины губы и нёба. ВРГН фиксируются у 1:1000 – 1:460 новорожденных, и это число выросло в три раза за последнее столетие. В России ежегодно рождается тридцать тысяч таких детей, что составляет 1,6–3,1 случая на тысячу новорожденных (Л.С. Балева, С.В. Белякова, М.Ю. Герасименко, Б.Н. Давыдов, Д.И. Зелинская, И.А. Козин, И.П. Минков, Е.С. Набойченко, Б.Я. Резник, Л.Е. Фролова, С.В. Чуйкин и др.) [35, 51, 102, 128, 144, 165]. По сведениям Всемирной организации здравоохранения, в ближайшие годы тенденции к уменьшению встречаемости врожденных аномалий развития челюстно-лицевой области наблюдаться не будет. Причиной этого является накопление воздействий неблагоприятных экзогенных факторов (Р.А. Аманулаев, Ю.В. Андрианова, Е.А. Баландина, В.М. Безруков, С.В. Белякова, С.И. Блохина, О.Ю. Калпакьянц, В.П. Козлова, Л.В. Харьков, С.В. Чуйкин, S. David, K. Gundlach, M. Peterka, A.P.Vanderas и др.) [4, 35, 51, 102, 128, 144, 165, 196, 208, 218].

ВРГН – один из самых тяжелых пороков развития человека. Грубая анатомическая челюстно-лицевая патология, сопутствующие соматические нарушения и возникающие функциональные изменения негативно отражаются на общем психофизическом статусе ребенка и становятся сильным психотравмирующим фактором для его ближайшего окружения. Дети с расщелинами и их семьи требуют большого внимания специалистов

медицинского и психолого-педагогического профиля на всех этапах многоуровневого процесса абилитации. Поэтому при рассмотрении любой проблемы, касающейся помощи детям данной категории, необходимо принимать во внимание клинический, речевой и социальный аспекты.

Становление комплексной помощи лицам с ВРГН начинается во второй половине XIX в. с оценки хирургами результатов оперативного восстановления нёбного свода и его влияния на качество речи (Н.И. Пирогов, Н.В. Воронцовский, А.А. Лимберг, Б. Лангбэк, К.Кез и др.) [13, 29, 38, 89, 128, 165]. Вывод о значимости логопедических приемов, как инструмента формирования нормативного произношения, определил развитие педагогических методов исправления ринолалии (Г. Гуцман, В.А. Каретникова, М.Е. Хватцев; С. Борель-Мезони, В. Ведю, Ф.А. Рау, З.Г. Нелюбова и др.) [7, 10, 19, 29, 31, 47, 52, 55, 57, 99, 113, 123, 124, 135, 147, 160]. Обобщение постепенно накапливаемых научных и эмпирических данных об анатомических, физиологических и психических особенностях лиц с ВРГН позволило выстроить систему их абилитации (С.И. Блохина, Б.Я. Булатовская, Г.В. Гончаков, С.В. Дьякова, Ад.А. Мамедов, С.В. Чуйкин и др.) [4, 13, 38, 89, 128, 144, 165].

Современная абилитация детей с ВРГН учитывает не только причины изменения их здоровья, что отражено в МКБ-10, но и особенности функционирования и ограничений жизнедеятельности, представленные в МКФ. Эффективность социализации ребенка с врожденной расщелиной определяется сочетанием показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем (биологических и социальных факторов), объединенных в понятие реабилитационный/абилитационный потенциал. К показателям биологических факторов реабилитационного/абилитационного потенциала ребенка с ВРГН относятся тяжесть нарушения челюстно-лицевой области, результаты хирургического вмешательства, соматический, ортодонтический и неврологический статусы, формирующиеся патологические стереотипы

дыхания, голосооформления и артикуляции. Показатели социальных факторов – сроки операции, качество медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка и семьи, особенности социальной ситуации развития.

ВРГН сопровождаются рядом тяжелых соматических расстройств, приводящих к нарушению роста и развития детского организма, функций дыхания, питания, слуха, речи и мимики.

Причины возникновения. ВРГН – мультифакторная патология, которую вызывают экзогенные и эндогенные факторы риска, действующие на эмбрион в первом триместре беременности (Л.Г. Варфоломеева, С.В. Дьякова, Т.В. Хлобыстова и др.) [13, 23, 140]. К группе экзогенных факторов риска относятся антропогенное воздействие среды обитания; профессиональные вредности у родителей; неблагоприятные материальные, социальные и бытовые факторы: медико-биологические, социально-гигиенические и медико-организационные. Неблагоприятным образом сказывается психоэмоциональное напряжение матери в первом триместре беременности, ее социальный статус, качество питания (редкое употребление мяса и фруктов, т.е. нерациональное питание). Есть данные, что большинство детей с ВРГН рождается в теплое весеннее и осеннее время. В группе эндогенных факторов можно выделить: наследственные/генетические факторы (14,7% случаев); соматические и инфекционные болезни родителей (сомато-висцеральные и хронические заболевания; острая инфекция – грипп, ОРЗ, ОРВИ, ангина, тонзиллит; вирусы – краснуха, сифилис, ВИЧ; нервно-психические травмы); резус-конфликт; нарушение репродуктивной функции (возраст матери, гинекологические заболевания, неблагоприятный акушерский анамнез); вредные привычки (курение, алкоголь, наркомания) [2, 38, 55, 58, 125].

Виды врожденных расщелин. Существуют различные классификации видов ВРГН [13, 37, 51, 88, 151, 160]. В обобщенном формате можно говорить о возможных вариантах расщелин в зависимости от их степени тяжести:

- расщелина верхней губы, встречаемость которой составляет 10-12% от всех видов;

- расщелина мягкого неба – 5-7%;

- расщелина мягкого и твердого неба – 20-25%;

- расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и неба – 54-76%.

Сопутствующие заболевания. Известно, что у детей с ВРГН в связи с особенностями патогенеза основного и сопутствующих анатомо-физиологических нарушений в 3-4 раза чаще, чем у детей в популяции без патологии челюстно-лицевой области, отмечаются заболевания органов дыхания, в 5-6 раз чаще – воспалительные процессы других органов. Это может быть причиной значительной антигенной нагрузки на организм детей, а также нарушениями в их иммунной системе [13, 14, 18, 23, 50, 55, 88, 126, 131].

По данным А.С. Герасимовой, 80% лиц с небно-глоточной недостаточностью имеют кондуктивную или нейро-сенсорную тугоухость. В историях их болезни распространены аденоиды, хронические риниты и тонзиллиты [35].

Неблагоприятные условия для физического развития ребенка значительно снижают защитные силы его иммунитета, что статистически отражается в виде повышенного уровня заболеваемости. С.В. Чуйкин указывает, что у 79% детей с ВРГН отмечаются болезни лор-органов, 74% часто подвергаются простудам, 40% имеют проблемы с дыхательной системой, 29% страдают заболеваниями ЦНС, 17% - сердечно-сосудистой системы, 12% желудочно-кишечного тракта, 100% шестилетних детей подвержены кариесу [160, 162].

Для нарушений зубочелюстной системы детей с ВРГН характерно сужение верхней челюсти, недоразвитие альвеолярных отростков, деформация верхних резцов и изменение наклона нижних резцов, несоответствие соотношения базиса челюстей, аномалии свода твердого нёба.

В целом, аномалии зубного ряда отмечаются у 80-90% детей с челюстно-лицевой патологией [2, 4, 13, 88, 112, 125].

В.М. Водолацкий и соавторы описывают фенотипические стигмы дизэмбриогенеза, характерные для детей с ВРГН: астенический тип конституции, повышенная растяжимость кожи, врожденная деформация грудной клетки, признак большого пальца, признак запястья, гипермобильность суставов, плоскостопие, патология зрения [23].

В специальной литературе есть сведения об отставании детей с расщелинами в физическом развитии с младенческого возраста [4, 13, 18, 29, 38, 50, 89, 128, 158, 165, 184, 186, 206]. Исследователи фиксируют поздние сроки в овладении умением удерживать голову, самостоятельно сидеть, ходить без помощи взрослого. Кроме того, задерживается прорезывание первых молочных зубов, распространен дефицит массы тела и роста. Так, в частности, А.Ф. Коваленко отмечает, что 3% из обследованных им детей начали сидеть после одного года, 5% освоили самостоятельную ходьбу к двум-трем годам.

Состояние центральной нервной системы. Наличие врожденных расщелин предполагает неоднократное хирургическое вмешательство, сопровождаемое наркозом. Данный факт и сопутствующая ему послеоперационная анатомическая и психологическая травма становятся для ребенка стрессовой ситуацией, которая провоцирует обострение возможной неврологической симптоматики или демонстративное проявление скрытой патологии нервной системы. Возникающее энергодефицитное состояние ЦНС подкрепляется искусственно вызванной вторичной гипоксией головного мозга [13, 18, 55, 99, 103, 131, 138].

А.И. Уракова отмечает, что для большинства детей с ВРГН характерна эмоциональная лабильность, а также слабость активного торможения [149]. По ее наблюдениям, частота заболеваний нервной системы у данной категории детей в двадцать раз превышает их встречаемость в детской популяции без

расщелин. В целом, у 30% детей ею замечены особенности психического развития. Наиболее часто в анамнезе наблюдались астено-невротический, гипертензионно-гидроцефальный, аффективный, гиперкинетический и гипердинамический синдромы, астеническая субдепрессия и внутричерепная гипертензия.

Исследователи указывают на наличие в анамнезе детей с ВРГН резидуальной неврологической микросимптоматики, которая характерна для микроорганического поражения головного мозга. Также встречаются признаки дисфункции центральной и вегетативной нервной системы. К первым относятся оральная и артикуляторная апраксия, гемипарезы артикуляционных органов, снижение функциональных возможностей кистей и пальцев рук, общемоторная неловкость, которая выражается нарушением координации и точности движений. Для вторых характерны головные боли, снижение памяти, нарушение сна и глубокой чувствительности. При неврологическом обследовании наблюдается повышенная возбудимость, гиперактивность, нервные тики. Кроме того, у детей с ВРГН часто встречаются депрессивные типы настроения, страхи, плаксивость, снижение мотивации [55, 99, 100, 159].

Особенности состояния психических функций. Для психического развития детей с расщелинами характерна полиморфность. Исследователями выявлен различный уровень развития познавательных процессов: мышления, памяти, внимания, восприятия. Более частотным явилось наличие дефицита внимания.

А.И. Ураковой выделены следующие варианты задержек психического развития у детей с расщелинами:

- обусловленный снижением физического слуха и, спровоцированным им, системным недоразвитием речи и нарушением фонематического восприятия;

- обусловленный психическим инфантилизмом, который вызван нарушением питания в раннем возрасте и анемией.

При адекватных условиях обучения, воспитания и социальной ситуации развития указанные задержки психического развития носят обратимый характер [149].

В.К. Мушинский и Н.В. Петрищенко указывают на такие клинические проявления у лиц с ВРГН как задержка психофизического и/или речевого развития, микро/гидроцефалия, астенические проявления, вегетососудистая дистония, энурез, невротические и неврозоподобные реакции, к которым относятся повышенная утомляемость, раздражительность, снижение концентрации внимания, нарушения сна, капризность, различные вегетативные нарушения [99].

Нарушение внятности и разборчивости произношения у детей с ВРГН ограничивает коммуникативную функцию их речи. Данный факт, а также длительные и частые периоды госпитализаций, особенности внешности, неправильная модель семейного воспитания негативно влияют на *социализацию* ребенка. Становление его личности проходит в неблагоприятных социальных условиях. Формируются такие черты как застенчивость, замкнутость, раздражительность. Итогом является снижение мотивации к общению в целом. Иногда в качестве гиперкомпенсации возникает агрессивность по отношению к окружающим, демонстративное поведение. Справиться с подобной ситуацией возможно с помощью психолога, психотерапевта, психиатра, социального педагога. Следует учитывать, что работа должна проводиться не только с ребенком, но и его микросоциальным окружением [21, 29, 57, 100, 153, 159, 194, 202, 214].

К *функциональным нарушениям* при врожденных расщелинах относят проблемы с дыханием, сосанием, глотанием, питанием; ограничение подвижности рубцово измененной верхней губы, нарушение смыкания губ; неправильное положение языка.

Процесс питания у детей с небной патологией нарушен. Ранее младенцев переводили на зондовое вскармливание, что негативно сказывалось на их соматическом состоянии: врожденный рефлекс глотания подавляется, возникает дистрофия тканей ротовой полости и мягкого нёба, усиливается недоразвитие не только верхней, но и нижней челюсти. В настоящее время кормление детей проводится с помощью специально разработанных сосок, бутылочек, поильника Хаббермана, шприца или пипетки. Но сопутствующий этому отказ от грудного вскармливания приводит к анемии, гипотрофии [19, 24, 52, 56].

При наличии расщелины у детей снижается тонус дыхательных мышц, отмечается их вялость. Формируется поверхностный характер дыхания, уменьшается его объем, нарушается носовой и ротовой тип дыхания.

Изменение дыхания, условно-рефлекторной деятельности небных и глоточных мышц вызывает задержку физического развития, способствует дальнейшей деформации зубной дуги верхней челюсти, может привести к появлению сопутствующих движений мимической мускулатуры [3, 19, 52, 97, 140].

Для детей с небной патологией характерно своеобразное положение языка в ротовой полости: тело сдвинуто назад, корень гипертрофирован, спинка приподнята и напряжена, кончик вялый и малоподвижный. Эта патологическая мышечная взаимосвязь закрепляется и влияет на формирование звукопроизношения и фонационное дыхание [7, 29, 103, 121, 130, 139].

Из-за снижения давления в ротовой полости у ребенка с расщелиной во время речи может наблюдаться патологическая активность мышц лица (напряжение в области крыльев носа и лба, нахмуривание, надувание щек), сопровождаемая носовой эмиссией [61, 108, 132, 155].

Психолого-педагогическая характеристика. Анализ данных научных исследований показывает, что наглядно-образное мышление у старших

дошкольников с ВРГН по своим характеристикам не отличается от нормы. Но показатели словесно-логического мышления, вербальной памяти, логического запоминания и определения понятий о предметах ниже нормативных, что связано с недостаточным словарным запасом детей [149].

З.А. Репина, Н.В. Обухова, Е.П. Васильева выявили связь между состоянием речи детей с ВРГН и сформированностью их мотивационной сферы, когнитивной активности, внимания, самоконтроля, а также от особенностей социальной ситуации развития и речевого окружения [21, 105, 124].

По данным зарубежных ученых для детей с ВРГН свойственны неадекватно заниженные представления о себе (G. Abrahams, J. Brust, B. Leonard, B. Sielaff), поведенческие проблемы (S. Clarren, D. Ende, E. Goodell, V. Johnson, B. Kendall-Grove, K. Morton, D. Patterson, M. Speltz), депрессия (M. Gavaghan-Jones, T. Millard, L. Rasnake, L. Smith, K. Tarnowski). Для девочек характерен перевод переживаний о своей внешности и речи во внутренний план, мальчики же больше склонны к внешним агрессивным проявлениям (K. Dodge, N. Quiggle, J. Garber, W. Panak, E. Walters). Достаточно часто сверстники игнорируют детей с ВРГН, подвергают их буллингу (J.C. Cadogan, M.P. Emerson, L.H. Maddern). L. Murray и соавт. указывают на большую вероятность возникновения у младших школьников и подростков с расщелинами психологических проблем [185, 186, 202, 206, 218].

С.П. Кондрашов, А.Н. Николаев указывают, что речевое нарушение приводит к ограничению коммуникативных возможностей и социальной депривации подростков с ВРГН, а изменения внешности обуславливают неприязнь, избегание в общении, негативное отношение со стороны сверстников. Это приводит к формированию стойких изменений в личностной самооценке. Авторами обследовано 45 детей 12-16 лет с ВРГН. Высокий уровень самооценки отмечен лишь у двух подростков (4,4%), средний уровень у 14 (31,3%), низкий уровень у 23 (51%), и у шести подростков (13,3%) – очень

низкий уровень самооценки. Снижение самооценки приводит к изменению самокритики, требовательности к себе, отношения к успехам и неудачам. Частое расхождение между притязаниями подростка с ВРГН и реальными возможностями ведет к тому, что он начинает неправильно себя оценивать. Вследствие этого его поведение становится не всегда адекватным – возникают эмоциональные сдвиги, ситуативная и личностная требовательность. К семилетнему возрасту усиливается оценка себя в сравнении с другими сверстниками. В этот возрастной период ребенок с ВРГН получает довольно выраженное негативное отношение от окружающих его сверстников [144].

Особенности речи. Имеющиеся у детей с ВРГН анатомо-физиологические нарушения со стороны органов артикуляционного аппарата и вторично возникающие функциональные изменения в энергетической, генераторной и резонаторной системах речепроизводства, приводят к тяжелому и стойкому нарушению произносительной стороны речи – ринолалии. Для ринолалии характерно специфическое нарушение всех групп звуков и изменение тембра голоса по типу гиперназализации.

А.Г. Ипполитова выделяет пять групп симптомов, характерных для детей с расщелинами: нефизиологичное положения языка и снижение его активности; дискоординация в деятельности мышц мягкого неба; нарушение согласованности работы артикуляторных и мимических мышц; нарушение согласованности фонации и речевого дыхания; тотальное нарушение звукопроизношения [57].

Причины и характер нарушений произношения гласных и согласных звуков подробно описаны в работах А.С. Балакиревой [7], К.П. Беккер, М. Совак [10], Л.И. Вансовской [19], Т.В. Волосовец [29], Т.Н. Воронцовой [31], А.В. Доросинской [49], И.И. Ермаковой [52], М. Зеемана [55], А.Г. Ипполитовой [57], О.В. Правдиной [113], Е.Ф. Рау [123], З.А. Репиной [124], Е.А. Соболевой [133], Г.Н. Соломатиной [135], М.Е. Хватцева [157], Г.В. Чиркиной [160], и др.

Авторы указывают, что нарушение мышечной взаимосвязи всего артикуляционного аппарата, дискоординация артикуляторных и мимических мышц, снижение кинестезий, патологическая позиция языка, ослабление направленного ротового выдоха, рубцы верхней губы и ее плотное прикрепление к альвеолярному отростку, различные нарушения прикуса провоцируют формирование ларингиального и фарингиального способа как компенсаторного варианта артикулирования. Для них характерна активная работа корня языка и мышц глотки и гортани.

Г.Н. Соломатина [135, 136] подразделяет нарушения звукопроизношения при открытой ринолалии на дефекты звукопроизношения без атипичных компенсаторных артикуляций (замена фрикативных звуков велярными, фрикативными боковыми звуками, межзубными фрикативами) и дефекты произношения с атипичными компенсаторными артикуляциями (использование глоточных и фарингиальных реализаций). Ряд зарубежных авторов включает в перечень первой группы палатализацию согласных, возникающую вследствие дополнительного подъема спинки языка, дополнительный фокус артикуляции, замену группы звуков носовым выдохом. К дефектам второй группы относят нарушение взаимодействия мышц всего периферического конца речедвигательного анализатора, проявляющееся как мимические движения, развившиеся вследствие попыток уменьшить носовую эмиссию [182, 188, 190, 191].

Причины и характер нарушения физиологического и речевого дыхания и акустических характеристик голоса представлены в трудах Е.С. Алмазовой [3], Л.И. Вансовской [19], Е.П. Васильевой [21], Д.К. Вильсон [22], Т.Н. Воронцовой [31], А.С. Доросинской [49], И.И. Ермаковой [52], А. Митринович-Моджеевской [99], О.С. Орловой [108], С.Л. Таптаповой [147] и др.

Несбалансированный носовой резонанс, приводящий к гиперназализации, возникает у детей с ВРГН из-за изменений в работе небно-

глоточного смыкания, нарушений взаимосвязи объемов полостей рта, зева и носа, отсутствия дифференциации носового и ротового дыхания.

Есть данные, свидетельствующие о недостаточном развитии интонационной стороны речи детей с ринолалией (Е.С. Алмазова [3], Е.П. Васильева [21], Т.Н. Воронцова [31]).

В исследованиях некоторых авторов (Т.Ю. Дерунова [47], Е.А. Соболева [133], Г.В. Чиркина [162]) отмечается, что структура речевого дефекта при ринолалии может осложняться моторной недостаточностью мышц артикуляционного аппарата, обусловленной нарушением их иннервации.

Отечественная система логопедической помощи детям с ВРГН начала складываться с 30-х годов XX в. Исследователи, изучающие этиологию и патогенез ринолалии, предлагают общие направления логопедической работы по коррекции специфических нарушений произносительной стороны речи [7, 19, 52, 54, 56, 75, 97, 111, 120, 121, 130, 132, 157]:

- развитие орального праксиса – восстановление полноценного небно-глоточного смыкания, нормализация положения языка, расширение функциональных возможностей мышц артикуляционных органов;
- развитие физиологического и речевого дыхания;
- обучение нормативному голосооформлению – восстановление баланса резонирования и, как следствие, устранение гиперназализации в тембре голоса;
- развитие фонематического восприятия;
- коррекция звукопроизношения.

Этапы коррекционной работы по устранению ринолалии – дооперационный и послеоперационный – впервые были обозначены А.Г. Ипполитовой [57]. И.И. Ермакова выделила четыре этапа: дооперационный подготовительный; послеоперационный; этап коррекции звукопроизношения, координации дыхания, фонации и артикуляции; этап полной автоматизации новых навыков [52].

Коррекционно-развивающие приемы, предложенные авторами, предусматривали работу с детьми дошкольного возраста. Дальнейшее развитие направлений логопедической работы с дошкольниками с ВРГН нашло отражение в исследованиях Л.И. Вансовской [19], Е.П. Васильевой [21], Н.Б. Геллер [62], Г.Н. Соломатиной [135], Г.В. Чиркиной [160].

Отечественные методики, затрагивающие работу с детьми раннего возраста с ВРГН, фрагментарны (А.С. Балакирева [7], Т.В. Волосовец [29], Т.Ю. Дерунова [47]). В научной статье Обуховой Н.В., Рогожиной Ю.С. описана логопедическая помощь детям с ВРГН первых лет жизни, которая обусловлена алгоритмом хирургического лечения и может проводиться только в специализированных реабилитационных центрах [106]. Не разработанными являются организационно-методические аспекты профилактического этапа ранней логопедической помощи, которая не зависит от оперативного вмешательства.

Восстановление нормальных анатомо-физиологических условий в периферическом отделе речедвигательного аппарата создает основу для формирования и/или коррекции речи детей с ВРГН. Поэтому одним из важнейших вопросов медицинской реабилитации остается определение оптимальных сроков хирургической пластики неба.

В современных отечественных и зарубежных публикациях встречаются указания на разный возрастной период проведения уранопластики: Г.В. Гончаков [37], Ад.А. Мамедов [91] – до 1 года, Э.У. Махкамов [165] – 2 года, Б.Н. Давыдов [38] – 2,5 - 4 года, А. De-Mey, К.D. Wolf [208] – 18 месяцев, W. Kroger [204] – до 1 года.

В работе А.С. Балакиревой [7], посвященной влиянию раннего оперативного вмешательства на качество речи детей с расщелинами, указывается, что речь всех детей, прооперированных до 1 года 1 мес., развивается без признаков ринолалии. При операции же, выполненной в возрасте 3х лет, частота ринолалии достигает 100%. В то же время данные,

полученные И.Г. Базиной [36], Н.Б. Геллер [62], С.Г. Гончаковой, Г.В. Гончаковым [38], А.П. Поляковой [112] и других исследователей показывают, что последствия существования органического дефекта неба могут проявляться и после ранней пластики неба: порядка 5-50% детей нуждаются в длительной логопедической работе, для остальных сохраняется необходимость консультативных и обучающих занятий. Очевидно, что раннее хирургическое лечение расщелин неба целесообразно для улучшения качества жизни детей с расщелинами, но не отменяет необходимости включения ребенка с ВРГН в систему психолого-педагогического сопровождения с периода новорожденности и до момента завершения коррекции речи.

Таким образом, ВРГН являются тяжелым пороком, который приводит к инвалидизации ребёнка с первых дней жизни и до максимально возможного восстановления соматических, эстетических и социальных функций.

1.2 Составляющие процесса абилитации детей с врожденной нёбной патологией

Необходимость комплексной помощи детям с ВРГН возникает с момента рождения и продолжается до 17 лет и старше. Ее целью является устранение анатомического дефекта челюстно-лицевой области, функциональных нарушений процессов питания и дыхания, достижение эстетики лица, разборчивой речи, адаптации в социуме. Этим, в частности, определяется качество жизни человека, которое зависит от объективных условий (материальное положение, образование, здоровье, работа, политические права, социальные связи, условия окружающей среды, экономическая и физическая безопасность), реализации имеющихся у него возможностей и субъективного благополучия (удовлетворенность жизнью, включающая совокупную характеристику физического, социального и психического функционирования) [64].

В настоящее время наряду с международной классификацией болезней (МКБ) практический интерес представляет применение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). В МКФ выделены составляющие здоровья (показатели нарушений в функциях и структурах) и связанные со здоровьем человека составляющие благополучия (активность и участие в реальной жизненной ситуации). Совокупное изучение показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, позволяет увидеть полную картину нарушения жизнедеятельности, определить приоритетные проблемы комплексной помощи, улучшить взаимодействие всех участников реабилитационного процесса [95, 96].

В 2016 году ВОЗ и Федеральным бюро медико-социальной экспертизы Министерства труда и социальной защиты РФ (ФГБУ ФБ МСЭ) представлена версия МКФ для детей и подростков (МКФ-ДП). В ней указаны специфические и дополнительные подробности, уточняющие характеристики функций и структур организма, активности и участия, факторов окружающей среды в отношении к детям 1-го года жизни, раннего, дошкольного и школьного возрастов, а также к подросткам. Целью МКФ-ДП является описание структуры и степени выраженности нарушений (ограничений) функционирования ребенка и влияние факторов окружающей среды на его функционирование. МКФ-ДП дает определения составляющих здоровья и связанными со здоровьем составляющих благополучия (активность и участие). У детей и подростков эти составляющие включают умственные функции внимания, памяти и восприятия, «активность и участие» включают игровую деятельность, формирование навыков, семейную жизнь и образование в различных «доменах» [95, 96].

Эффективность лечебных и социально-адаптационных мероприятий, способствующих нормализации некоторых индикаторов качества жизни детей с ВРГН, зависит от согласованной работы междисциплинарной команды,

основанной на объединенных знаниях каждого специалиста, определении общего плана помощи, направленного на реализацию реабилитационного/абилитационного потенциала ребенка и комплаентности микросоциального окружения [2].

Реабилитационный/абилитационный потенциал – комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности (А.А. Баранов, В.П. Белов, И.Н. Денисов, И.Н. Ефимов, М.В. Коробов, И.Ю. Левченко, Е.И. Холостова, Н.Б. Шабалина и др.) [95, 96, 172, 173]. Эффективность абилитации ребенка с ВРГН определяется совокупностью биологических факторов (показателей здоровья), определяемых как потенциал развития (Т.Н. Симонова [130]), и социальных факторов (показателей, связанных со здоровьем), что является отражением закона о единстве биологического и социального в развитии (Л.С. Выготский, В.И. Лубовский, А.Р. Лурия и др.) [34, 81, 84, 97].

В данном контексте к биологическим факторам относятся тяжесть порока развития челюстно-лицевой области, сроки и результаты хирургического устранения расщелины, соматический, неврологический и ортодонтический статус ребенка, формирующиеся патологические стереотипы дыхания, голосооформления и артикуляции. Социальные факторы определяются качеством психолого-педагогического сопровождения ребенка с ВРГН и его семьи, а также особенностями социальной ситуации развития.

Составляющие реабилитационного/абилитационного потенциала ребенка с ВРГН, от которых зависит эффективность комплексной помощи представлены в *таблице 1*.

В настоящее время существует международная консолидация сил, направленных на лечение детей с расщелинами. Ей является благотворительный фонд «International Cleft Palate Foundation (ICPF)». Это гуманитарная организация, которая создана для помощи лицам с врожденной

небной патологией. Фонд основан 23 октября 1997 г. в Киото (Япония) при участии более 20 стран. В отличии от профессиональной организации ICRF объединяет не только хирургов, ортодонтонтов, логопедов, генетиков, педиатров, анестезиологов, но и пациентов и членов их семей [<http://www.icpfweb.org/>].

Табл. 1. Составляющие реабилитационного/абилитационного потенциала ребенка с ВРГН

Составляющие	Реабилитационный / абилитационный потенциал ребенка с ВРГН					
	Биологические факторы (показатели здоровья)	Социальные факторы (показатели, связанные со здоровьем)			Микросоциальное окружение	
		Психолого-педагогическое сопровождение				
		объективные	субъективные	объективные	Субъективные	
	Сроки и результаты хирургического вмешательства	Наличие служб ранней помощи	Компетентность специалиста	Социальный статус	Информированность об особенностях развития ребенка, алгоритме абилитации	
Соматический статус	Кадровый потенциал	Профессиональное выгорание	Материальный статус	Комплаентность (мотивация)		
Неврологический статус	Методическая обеспеченность		Жилищные условия	Методическая готовность		
Ортодонтический статус	Время начала логопедической работы		Психологические портреты родителей	Уровень эмоционального выгорания		
Патологические стереотипы дыхания, голо-сооформления, артикуляции				Внутрисемейная атмосфера		

Целями ICRF является оказание содействия усилиям по комплексной абилитации лиц с ВРГН во всем мире; расширение волонтерской деятельности и сбора средств для благотворительных миссий; проведение мультидисциплинарных международных конгрессов (1-й всемирный конгресс по проблеме ВРГН прошел в Цюрихе (2000 г.).., 9-й в России (2015 г.).., 13-й в Японии (2019 г.)); установление сетевой системы обмена информацией. Предполагается, что в дальнейшем каждая страна должна создать

неправительственную организацию и/или бесплатный национальный фонд помощи лицам с ВРГН.

В современном мире реализуется множество системных протоколов абилитации детей с врожденной небной патологией. Их содержание зависит от уровня экономики страны, политического строя, организации здравоохранения, религиозных факторов и т.д. Несмотря на всесторонние биомедицинские исследования, не существует единого плана лечения пациентов с ВРГН, предложенного на интернациональном или государственном уровне. Поэтому большинство стран пытаются систематизировать накопленный опыт и создать единый государственный протокол лечения [174].

Некоторые варианты междисциплинарных протоколов абилитации лиц с небной патологией представлены в *таблице 2*, из которой видно, что, несмотря на незначительные расхождения в сроках оперативного лечения, наблюдаются общие тенденции в оказании комплексной помощи.

В России первый консультативно-методический центр помощи детям с врожденной небной патологией был организован в Свердловске в 1956 г. Б.Я. Булатовской. Он послужил прообразом лечебно-консультативных центров, которые стали создаваться в различных областных центрах. Активное развитие диспансеризация детей с данным нарушением получила после IV Всесоюзного съезда стоматологов, посвященного проблеме врожденных расщелин губы и неба (1962 г.) [76].

Современные отечественные Центры диспансеризации нацелены на достижение полноценной медицинской, психолого-педагогической и социальной абилитации детей с ВРГН. Их кадровый состав должен быть представлен междисциплинарной командой специалистов (педиатр, отоларинголог, челюстно-лицевой хирург, ортодонт, стоматолог, логопед, окулист, психоневролог, генетик, психолог), которые следуют преемственности в лечении, единой тактике в достижении успешной помощи

детям, ведут научную, исследовательскую и методическую работу, организуют взаимосвязь с коллегами из других центров диспансеризации [4, 18, 23, 51, 88, 128, 151, 158, 165, 181, 186, 194, 199, 213].

Табл. 2. Варианты междисциплинарных протоколов абилитации лиц с ВРГН

Страна	Протокол абилитации
Норвегия	В 1933 г. принят закон о медицинской регистрации новорожденных с пороками лица. В 1968 г. установлен день клинической конференции для совместного осмотра детей от 6 до 15 лет пластическим хирургом, ортодонтом, логопедом, отоларингологом. В настоящее время протокол реабилитации включает предхирургическую ортодонтическую коррекцию (аналогично США, Великобритании, Австралии, Индии и др.); устранение расщелины губы и первичную пластику носа (хейлопластика или хейлориносептопластика) в 3 месяца; пластику неба (уранопластика) в 12 месяцев; пластику расщелины альвеолярного отростка в период сменного прикуса (аутоостеотрансплантация). Информация о проведенных вмешательствах и этапные фотографии их результатов вносятся в компьютерную карту
Франция	Детям с ВРГН младенческого возраста проводится пре- и перинатальная диагностика без ортопедического лечения; в течение первого года жизни проходит хейлоринопластика, с последующим ношением носовых стентов в течение четырех месяцев, и велопластика; уранопластика – в возрасте от 1 года до 3х лет; с 3х до 6ти лет ребенок находится на ортодонтическом лечении; на пятом году жизни проводят периостеопластику с трансплантацией кости, ринопластику по показаниям, логопедические занятия. Логопедия и ортодонтическое лечение продолжается и в возрасте с 7и до 11и лет; в более старшем возрасте - ортогнатические операции
США (г. Йова-Сити)	Хейлопластика проводится в первые шесть месяцев жизни ребенка; в случае экссудативного отита рекомендовано шунтирование; в возрасте от 9ти до 15ти месяцев делают уранопластику; в 7–9 лет – аутоостеопластику
Австралия	Наряду с этапным оперативным вмешательством обязательным является наблюдение сурдолога. Детям до 14ти лет ежегодно проводят аудиологическое исследование
Индия	В случае рождения ребенка с ВРГН организуется встреча семьи с командой специалистов; в возрасте 3х – 5и месяцев проводится хейлоринопластика; 12и – 18и месяцев – уранопластика. В течение первых четырех лет осуществляются регулярные осмотры, включающие проверку слуха. В период от 4х до 6и лет по показаниям устраняют небно-глоточную недостаточность. С 6и до 12и лет идет ортодонтическое лечение и аутоостеопластика. Подростки проходят через ортогнатическую хирургию и ринопластику. Также предусмотрено генетическое консультирование взрослых носителей порока

Все большее распространение в Центрах получают компьютерные программы, которые позволяют создать базы данных с результатами осмотров и указанием рекомендаций специалистов на всех этапах реабилитации. Диспансерное наблюдение предусматривает дополнительные медико-педагогические консилиумы, коррекцию плана комплексной помощи, привлечение специалистов по вопросам социальной безопасности, правового и психологического консультирования [13, 50, 57, 112, 204].

На *рисунке 1* представлены принципы работы лечебно-консультативных центров, осуществляющих реабилитацию детей с ВРГН.

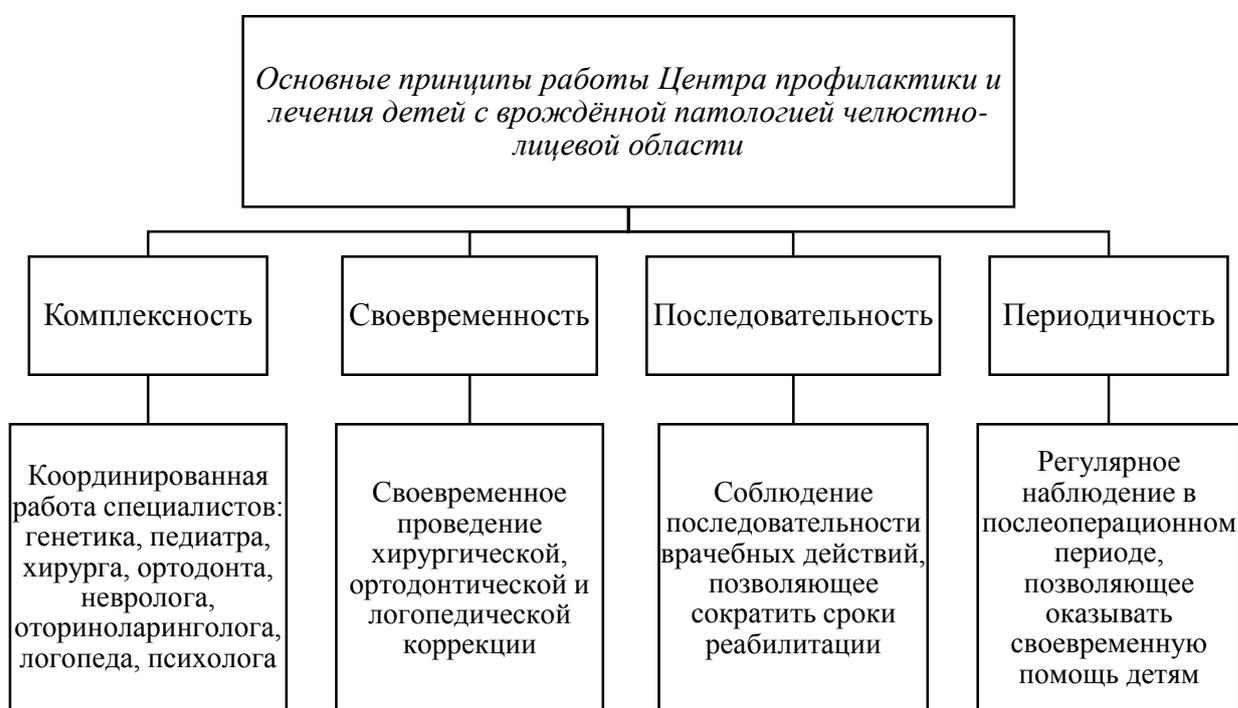


Рис. 1. Принципы работы лечебно-консультативных центров

Проанализировав современную тактику оказания помощи при рождении детей с ВРГН в ведущих стоматологических клиниках России (Москва – Г.В. Гончаков, Ад.А. Мамедов, В.В. Рогинский, О.З. Топольницкий; Екатеринбург – С.И. Блохина; Нижний Новгород – Е.А. Дурново; Казань – П.В. Токарев; Кемерово – Е.А. Булгакова; Краснодар – В.И. Шульженко; Уфа – О.С. Чуйкин; Чебоксары – О.В. Андреева и др.), можно вывести общий алгоритм комплексной реабилитации лиц с данной патологией [4, 13, 18, 38, 50, 91, 142, 151, 165, 174].

Начиная с 22-й недели гестации, проводят медико-генетическое консультирование и ультразвуковую диагностику по выявлению врожденного порока ЧЛЮ и сопутствующих грубых пороков развития сердца, желудочно-кишечного тракта. Возможно досрочное прерывание беременности или медико-психологическая подготовка семьи (генетик, психолог, челюстно-лицевой хирург, нейрохирург, неонатолог) к рождению ребенка с челюстно-лицевой патологией. За последние годы отношение к данной проблеме изменилось в связи с развитием диагностического комплекса лечебных учреждений и проведением профилактических работ по выявлению врожденных дефектов. Если раньше к детскому челюстно-лицевому хирургу обращались при рождении ребенка с расщелинами, то сейчас все чаще будущие родители консультируются на этапе выявления патологии при ультразвуковом обследовании. В рамках перинатального консилиума определяются план и ориентировочные сроки лечения, демонстрируются фотографии ранее прооперированных пациентов.

В период новорожденности осуществляется осмотр и наблюдение ребенка группой специалистов: генетик, челюстно-лицевой хирург, оториноларинголог, ортодонт. Идет оценка соматического и неврологического статуса, диагностика сопутствующих пороков развития, формируется индивидуальная комплексная программа реабилитации. При необходимости проводится индивидуальное консультирование медицинского психолога, специалиста по социальной работе, юриста.

При рождении ребенка с ВРГН в течение первых трех суток в Центр челюстно-лицевой хирургии направляют извещение. Руководитель Центра организует выезд хирурга-стоматолога и ортодонта для проведения детального осмотра, определения необходимых мер для осуществления адекватного вскармливания ребенка. Специалисты информируют маму о возможностях хирургического и восстановительного лечения, необходимости

диспансерного наблюдения в специализированном Центре, генетического консультирования.

Врач-ортодонт решает вопрос об изготовлении obtуратора по типу съемного протеза. Неонатолог осматривает новорожденного на предмет выявления других врожденных дефектов. В случае их обнаружения педиатр организует консультацию любого специалиста. Участковый педиатр и медсестра посещают младенца с ВРГН в первый день после выписки из роддома. Дальнейшее наблюдение педиатр осуществляет по индивидуальному плану, ведет дневник наблюдений. Ребенка с ВРГН также должен осмотреть заведующий поликлиническим педиатрическим отделением.

Программу абилитации в Центре челюстно-лицевой хирургии составляет группа специалистов с учетом характера дефекта и общего состояния ребенка. Она конкретизирует последовательность проводимого лечения у специалистов с указанием реально возможных сроков для каждого этапа. Сроки и методы лечения зависят от состояния здоровья ребенка, его физического и психомоторного развития, наличия сопутствующих заболеваний или других врожденных пороков развития, а также организационных причин. Специалист центра и участковый педиатр следят за выполнением родителями назначенных рекомендаций и эффективностью проведения различных занятий (логопедических, физических и т.д.) и лечебно-оздоровительных мероприятий.

В грудном возрасте осуществляется предоперационная подготовка, коррекция сопутствующих пороков при соматических заболеваниях, хирургическое лечение - хейлопластика (от 1-го месяца жизни). Вариантом раннего хирургического вмешательства является пластика мягкого неба (от 6 - 8 месяцев) и пластика твердого неба (12 - 14 месяцев). Проводится послеоперационное ортодонтическое лечение. Логопед осуществляет динамическое наблюдение за речевым развитием ребенка и консультирует маму по профилактике возникновения ринолалии. Ранняя логопедическая

помощь необходима для развития нормального речевого дыхания, правильной артикуляции, коррекции нарушений тембра голоса и звукопроизношения.

В ясельном возрасте (1–3 года) проводят уранопластику, осуществляют ортодонтическое лечение, санацию полости рта и ЛОР-органов. Логопед наблюдает за развитием речи и проводит консультативные коррекционные занятия.

В дошкольный период (3–6 лет) вариантами хирургического лечения являются реконструктивная хейлопластика и устранение дефектов после первичных операций. Продолжается ортодонтическое лечение, санация полости рта и ЛОР-органов. Занятия с логопедом должны носить систематический характер и проводиться в условиях поликлиники или профильного стационара. Тщательный контроль логопеда за общим речевым развитием ребенка и своевременное устранение проблем лексико-грамматического строя и фразовой речи готовит ребенка к обучению в школе. Психолог, педагог, специалист по социальной работе адаптируют ребенка к поступлению в дошкольную образовательную организацию, а затем в школу. По показаниям первичный осмотр проводит психиатр.

В младшем школьном возрасте (7–11 лет) проводится костная пластика альвеолярного отростка верхней челюсти, фарингопластика, устранение остаточных деформаций верхней губы и кожно-хрящевого отдела носа. Продолжается ортодонтическое лечение. При сохранении ринолалии или проблемах с письменной речью ведутся логопедические занятия и осуществляется психолого-педагогическое сопровождение.

В старшем школьном возрасте (12–18 лет) хирургическое лечение заключается в дистракционном остеосинтезе средней зоны лица, риносептопластике, контурной пластике. Завершается ортодонтическое лечение. Идет коррекция психосоматических нарушений.

Большое значение в комплексной помощи детям с ВРГН имеет профилактика послеоперационных осложнений местного и

общесоматического характера. Они проявляются частичным или полным расхождением швов, обострением хронических заболеваний со стороны лор-органов, дыхательной, сердечно-сосудистой и иммунной систем. Успех оперативного лечения у большинства детей с ВРГН зависит от своевременного проведения комплексной подготовки в условиях диспансерного наблюдения, поэтому решение вопроса об операции педиатр подкрепляет положительными заключениями кардиолога, нефролога, пульмонолога, эндокринолога и др.

Хирург-стоматолог, возглавляя и координируя работу врачей-консультантов, определяет сроки и объем хирургического лечения, контролирует своевременность направления детей на консультацию к узким специалистам и проведения профилактического лечения, совместно с ними определяет абсолютные и относительные противопоказания к операции.

Ребенок с ВРГН в возрасте до семи лет наблюдается в Центре челюстно-лицевой хирургии с периодичностью один раз в полгода. От семи до восемнадцати лет консультации проводят один раз в 1-2 года. Наряду с комплексным лечением осуществляют общеоздоровительные и профилактические мероприятия, обеспечивают максимально полную социальную и педагогическую абилитацию, после чего снимают с диспансерного учета.

Таким образом, основным принципом успешной абилитации ребенка с ВРГН является комплексный подход, включающий выполнение всех основных этапов хирургического лечения и диспансерное наблюдение в течение восемнадцати лет в условиях специализированного центра. В связи с этим должна быть четкая, поэтапная и скоординированная работа междисциплинарной команды под руководством специалистов отделения детской челюстно-лицевой хирургии.

Благодаря высокому уровню медицинских технологий и современным методикам хирургического, ортодонтического лечения и логопедического

обучения возможно в раннем возрасте осуществить полную абилитацию ребенка с ВРГН.

1.3 Семейно-центрированный подход как система оказания помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью

Возраст от рождения до трех лет является сензитивным к внешнему воздействию и благоприятным для возникновения психологических новообразований, определяющих формирование познавательной и личностной сферы каждого ребенка. Именно поэтому коррекция имеющихся нарушений развития наиболее продуктивна в этот возрастной период (Л.С. Выготский, Л.А. Венгер, А.В. Запорожец, В.И. Лубовский, Е.М. Мастюкова, О.Г. Приходько, Е.А. Стребелева и др.) [33, 81, 92, 116, 145, 153, 170, 175]. В современной отечественной науке и практике система мер, направленных на взаимодействие с ребенком раннего возраста с проблемами в развитии, обозначается как ранняя помощь. Ранняя помощь предполагает широкий спектр долгосрочных услуг, которые ориентированы на всю семью ребенка с отклонениями в развитии и осуществляются в процессе согласованной деятельности команды профильных специалистов [1, 87, 88, 121, 131, 138, 168, 171].

Исторические вопросы становления и развития системы ранней помощи детям в XX – XXI вв. как в странах Европы, США, Канады, так и в России раскрыты в исследованиях Н.М. Аксариной, Л.Н. Галигузовой, С.Ю. Мещеряковой, М.Ю. Кистяковской, И.М. Кононовой, Г.Б. Корнетова, Н.М. Назаровой, О.Г. Приходько. Представители отечественной научной школы, изучающие роль ранней помощи детям с отклонениями в развитии и их семьям, это последователи Л.С. Выготского, Л.И. Божович, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурии, М.И. Лисиной, Д.Б. Эльконина и др. В области специальной психологии ими являются Т.А. Власова, М.В. Ермолаева, И.Ю. Левченко, В.И.

Лубовский, В.В. Ткачева, Л.М. Шипицына и др.; специальной педагогики – Л.Б. Баряева, В.И. Бельтюков, Е.А. Екжанова, Н.Н. Малофеев, Н.М. Назарова, О.Г. Приходько и др. [131]. Отечественными учеными проведены теоретические и практические исследования по оказанию ранней помощи детям с различными отклонениями в развитии, представленные в *таблице 3*.

Табл. 3. Научно-методические исследования по оказанию ранней помощи детям

Категория детей с ОВЗ	Научные исследователи
Младенческий возраст	Е.Ф. Архипова, М.Л. Дунайкин, С.Б. Лазуренко, Ю.А. Разенкова, Т.В. Сохина и др.
Нарушения слуха	Л.А. Головчиц, Э.И. Леонгард, Т.В. Николаева, Т.В. Пельмская, Н.Д. Шматко и др.
Нарушения зрения	М.Э. Бернадская, О.В. Парамей, Л.И. Фильчикова и др.
Органическое поражение ЦНС	Е.А. Екжанова, А.В. Закрепина, Е.М. Ишмуратова, Г.А. Мишина, Е.А. Стребелева и др.
Двигательные нарушения	Е.В. Козлова, О.Г. Приходько, Е.В. Созонова и др.
Нарушения речевого развития	Е.Ф. Архипова, Ю.В. Герасименко, О.Е. Громова, Ю.А. Лисичкина, О.Г. Приходько, Г.В. Чиркина, Е.В. Шереметьева и др.
Нарушения раннего эмоционального развития	Е.Р. Баенская, Н.Н. Либлинг, О.С. Никольская и др.

Научным коллективом Института коррекционной педагогики РАО разработана и апробируется концепция развития образования детей с ОВЗ. Она предполагает реконструкцию отечественной системы специального образования и активное внедрение служб ранней помощи детям с различными нарушениями развития (Е.Р. Баенская, О.Е. Громова, А.В. Закрепина, Н.Н. Малофеев, Т.В. Николаева, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева, Л.И. Фильченко, Г.В. Чиркина, Н.Д. Шматко и др.) [87, 88].

В 2012 году Российская Федерация ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов. Согласно ее положениям, государства-участники должны принимать меры для обеспечения достижения максимальной независимости инвалидов с помощью укрепления и расширения комплексных реабилитационных и абилитационных услуг.

В 2016 году при Министерстве труда России была создана межведомственная рабочая группа, которая совместно с органами исполнительной власти субъектов РФ, Минобрнауки и Минздравом России, Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и экспертным сообществом разработала Концепцию развития ранней помощи в России. Согласно Концепции, ранняя помощь — это комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг на межведомственной основе (организации соцзащиты, здравоохранения и образования). Она направлена на раннее выявление детей целевой группы; содействие их оптимальному развитию, формированию физического и психического здоровья; включение в среду сверстников и интеграцию в общество; сопровождение и поддержку семьи; повышение компетентности родителей (законных представителей) [42, 87, 88, 98, 116, 121, 122].

Система ранней комплексной дифференцированной помощи детям с ОВЗ — это специально организованное образовательное пространство. Центральное место в нем занимает взаимодействие ребенка и взрослого в условиях коррекционно-развивающей среды. В результате создаются благоприятные условия для компенсации полиморфных нарушений различных функциональных систем (моторики, психики, речи), качественного изменения возрастных новообразований, образования и социальной адаптации, изменения отношений между ребенком и окружающим.

В настоящее время уже существуют учреждения, в которых оказывают диагностическую и коррекционно-педагогическую помощь семьям, имеющим детей раннего возраста с риском или выявленными отклонениями в развитии: Научный центр здоровья детей РАМН, Институт раннего вмешательства в Санкт-Петербурге, служба ранней педагогической помощи в Ассоциации Даун-синдром, службы ранней помощи и другие аналогичные структуры при ПМПК и дошкольных организациях центральных городов и в региональных центрах России. К сожалению, они не решают всех стоящих задач из-за их

малочисленности и разобщенности. Широкому распространению психолого-педагогической помощи детям раннего возраста препятствует отсутствие механизма включенности ранней помощи в общую систему образования.

Реализация проекта Концепции развития ранней помощи осуществлялась в три этапа в соответствии с планом госпрограммы «Доступная среда» на 2011-2020 гг.». В нем представлен комплекс мер для адаптации и социализации детей с ОВЗ в возрасте от рождения до трех лет. Если ребенок, достигший этого возраста, не сможет в полном объеме получать образовательные услуги (в соответствии с заключением ПМПК), то сохраняется возможность продолжения оказания ранней помощи до восьмилетнего возраста.

На первом этапе идет *выявление* ребенка и *направление его в программу ранней помощи* (РП). В целевую группу включают детей от 0 до 3-х лет с ОВЗ и инвалидностью, риском развития стойких нарушений функций организма, из групп социального риска, включая детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также семьи, осуществляющие воспитание и уход за детьми с ОВЗ.

На втором этапе ребенок и семья *входят* в целевую группу получателей РП. Осуществляется координация получения услуг и обслуживания ребенка и семьи в программе РП, информирование о программе и других региональных ресурсах, обследование развития ребенка и среды, разработка индивидуального плана РП и сопровождения ребенка и семьи.

На третьем этапе *реализуется* индивидуальный план РП и сопровождение ребенка и семьи, которые включают консультирование и обучение членов семьи, социально-психологические услуги, формирование и развитие социально-бытовых навыков ребенка, формирование и развитие речи, навыков общения, развитие двигательной активности, использование вспомогательных технологий и оборудования, поддержку развития детей с сенсорными нарушениями, поддержку развития ребенка по основным

областям, социально-педагогические услуги, направленные на формирование у детей позитивных интересов (досуг), медицинские и патронажные услуги по уходу за ребенком, подбору питания, сопровождение ребенка при переходе из программы РП в образовательное учреждение.

Концепция предусматривала формирование нормативно-правовой базы для организации межведомственного взаимодействия, а также актуализацию и разработку профессиональных стандартов для специалистов в сфере оказания ранней помощи и рекомендации по ее обеспечению. Итогом реализации Концепции должна стать система мер, направленных на создание во всех субъектах РФ условий для оказания услуг ранней помощи детям целевой группы.

Как показал сравнительный анализ данных о реализации Концепции РП, полученных из 85 субъектов Российской Федерации, одними из причин, препятствующих эффективной организации ранней помощи детям с ОВЗ и их семьям являются факторы информационного характера (низкая осведомленность родителей о возможностях получения данных услуг), и кадровые факторы (недостаточный уровень компетентности специалистов и руководителей; отсутствие единой для всех ведомств системы повышения квалификации) [143].

В современной России действует две модели ранней помощи детям с ОВЗ и инвалидностью. Одна из них центрирована на ребенке и используется специалистами в казенных учреждениях, где находится значительное число детей с нарушениями развития. Вторая – семейно-центрированная модель сопровождения семьи. Она стала актуальна по мере возникновения и развития ранней помощи семьям с детьми, имеющими особенности развития (конец 1990-х – начало 2000-х гг.). Соответственно, возник вопрос о содержании, методике работы и коррекционно-развивающих технологиях, ориентированных на семью.

Семейно-центрированный подход как система помощи детям раннего возраста возник в 60-е годы XX века в западной научной школе (J.Bowlby, D.Burlingham, T.Fild, S. Fraiberg и др.). В отечественной педагогике и психологии активное развитие данного научного направления представлено в работах Т.Г. Богдановой, В.З. Денискиной, М.Н. Елиашвили, И.Ю. Левченко, Н.В. Мазуровой, Е.М. Мастюковой, Г.А. Мишиной, В.В. Ткачевой, и других ученых. Основная цель семейно-центрированного подхода – активизация воспитательного потенциала семьи ребенка и ее собственных ресурсов. В результате создаются полноценные условия для социально-эмоционального развития детей [15, 26, 39, 67, 68, 100, 149, 191].

В рамках семейно-центрированного подхода развитие ребенка рассматривается в контексте семьи. Это позволяет учитывать особенности и детей, и микросоциального окружения в целом. Чтобы родитель стал активным и мотивированным участником коррекционного процесса, специалисту необходимо включать в коррекционно-развивающие технологии социально-психологическую поддержку семьи. Организация работы с системой «ребенок-родители» должна создавать условия для активного вовлечения родителей и повышения их психолого-педагогической компетентности [67, 69, 150].

Исследователи указывают, что семейно-центрированные технологии ранней педагогической помощи имеют ряд особенностей. Они обусловлены возрастом ребенка и условиями его проживания в семье. Во-первых, ранний возраст дает уникальную возможность создавать благоприятные условия для формирования навыков ребенка в сензитивные для них этапы. В отличие от симптоматического подхода, который используют в более позднем возрасте, появляется возможность воздействия на первичные нарушения развития, максимально предупреждая вторичные отклонения. Вторая особенность педагогической поддержки при семейно-центрированных технологиях – специализированная педагогическая программа осуществляется самими

родителями или с их помощью. При таком варианте реализуется не традиционная форма педагогической работы, а создаются условия для оптимального развития ребенка: организация развивающей среды, особые требования к уходу с момента рождения, включение необходимых заданий в быт и игру. Лишь небольшая часть обучающей программы отрабатывается на специально организованных занятиях.

П.Л. Жиянова указывает, что существует ряд требований, выполнение которых делает помощь семье высокоэффективной. К ним относятся: раннее начало работы с семьей; одновременная работа с матерью и ребенком с учетом особенностей каждого из членов диады; регулярность встреч в комфортной для родителей и ребенка обстановке; возможность длительного взаимодействия с семьей, постепенное снижение степени поддержки и активизация ресурсов семьи; активное вовлечение семьи в реализацию коррекционно-развивающей программы [54].

В работе с семьями детей с ОВЗ нужно учитывать следующие положения: формирование активной позиции родителей; взаимодействие с ребенком, а не воздействие на него - необходимо помочь ребенку занять активную позицию; встраивание процесса обучения в повседневную жизнь семьи; закономерности и последовательность развития детей раннего возраста; особенности развития детей с конкретной формой патологии; индивидуальные особенности ребенка и опора в работе на его сильные стороны – надо видеть ребенка и работать с ним, а не с проблемами; руководство принципом системного подхода к формированию навыков во всех сферах развития ребенка.

К направлениям деятельности ранней помощи детям с ОВЗ и инвалидностью при использовании семейно-центрированного подхода относят информационно-обучающее и психокоррекционное [17, 25, 42, 54, 69, 94, 100, 120, 131, 148, 150, 161, 175].

Первое направление включает консультирование семьи и разработку индивидуальной программы сопровождения ребенка и его микросоциального окружения. Родителей обучают способам ухода, приемам и методикам воспитания с целью создания коррекционно-развивающей среды в домашних условиях. У них формируют представления о специфических особенностях и индивидуальном маршруте развития ребенка, а также психолого-педагогическую компетентность по вопросам его воспитания и развития.

Цель психокоррекционной помощи заключается в социально-психологической поддержке членов семьи, так как осознание родителями особенностей своего ребенка является тяжелой психологической травмой. Им необходима нейтрализация последствий стресса и четкая ориентация на выполнение рекомендаций специалистов.

В настоящее время проведено достаточное количество экспериментальных исследований по изучению педагогических и организационных условий включения родителей в реализацию коррекционно-развивающих программ. На вовлечение семьи в коррекционный процесс, на переосмысление форм и усовершенствование методов психолого-педагогической работы с семьей, выделение особой роли матери в формировании личности и психики ребенка на ранних этапах развития указывают Е.Р. Баенская, Е.А. Екжанова, П.Л. Жиянова, А.В. Закрепина, И.Ю. Левченко, М.И. Лисина, Г.А. Мишина, О.Б. Половинкина, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева, В.В. Ткачева, Н.Ш. Тюрина, О.В. Югова и др. [54, 67, 69, 74, 100, 122, 146, 150, 177]

Для семей, в которых есть дети с тяжелыми нарушениями речи (одна из категорий детей с ОВЗ), характерны как общие черты детско-родительских отношений (стили семейного воспитания и типы родительского отношения), так и специфические, связанные с особенностями речевого развития ребенка. На процесс их адекватного формирования и развития направлена помощь специалиста психолого-педагогического сопровождения. Ее эффективность

именно в раннем возрасте ребенка объясняется тем, что отношения в диаде «мать – дитя» еще достаточно лабильные и гибкие [67, 69].

Разработка форм взаимодействия семьи и логопеда, определение условий для включения родителей в систему оказания ранней помощи является важным направлением работы с детьми с фактором риска в речевом развитии. В работах Л.А. Зайцевой, Е.М. Мастюковой, И.В. Филиппович акцентируется внимание на условиях осуществления ранней коррекционно-педагогической работы с детьми данной категории:

- обязательное участие родителей в деятельности ребенка на условиях сотрудничества;
- обеспечение комфортных условий ребенку в процессе педагогического взаимодействия;
- стимуляция активности ребенка с учетом создания условий для свободы в выборе и продолжительности деятельности [25, 43, 94].

Одной из причин низкой активности членов семьи в абилитации ребенка являются собственные, личностные установки родителей, которые в психотравмирующей ситуации, создают препятствие для установления гармоничного контакта с ними и с окружающим миром. К ним относятся: неприятие личности ребенка с нарушениями развития; злость и агрессия, направленная внутрь и вовне; ожидание быстрого и окончательного результата врачебного воздействия; отношение к факту рождения такого ребенка как к наказанию, поиск виноватых, рассуждения о несправедливости мира; нарушение взаимоотношений в семье [25, 42, 67, 94, 120, 138, 146, 148].

К проблеме семьи, воспитывающей ребенка с ВРГН, необходимо подходить со стороны комплексной помощи всех специалистов, в которых нуждается ребенок с ВРГН и его микросоциальное окружение. Воспитание родительской компетентности – информационной, мотивационной и психолого-педагогической – позволит сделать семью активным участником абилитации. Для родителей рождение ребенка с нежной патологией является

психологической травмой. Поддержка специалистов – врача, логопеда, психолога, дефектолога – поможет им его принять. На стадии принятия семья может сосредоточить свои усилия, и коррекционная работа становится конструктивной и продуктивной. Первостепенная задача логопеда состоит в том, чтобы окружить вниманием и заботой родителей и ребенка, помочь первым справиться с психологической травмой. Необходимо подвести родителей к пониманию того, что при современных технологиях медицинской помощи, психолого-педагогического сопровождения и активной работе семьи со всеми специалистами создаются все условия для полноценного физического, психического и речевого развития ребенка.

Сведения из отечественной и зарубежной психолого-педагогической литературы по вопросам коррекции речи детей с ВРГН указывают, что результат логопедической помощи во многом зависит от активности участия родителей в коррекционном процессе (А.С. Балакирева, Т.В. Волосовец, Н.В. Обухова, Г.Н. Соломатина, Г.В. Чиркина, R.S. Vickham, A. Cronin, C.I. Emeка, M.D.C. Ramplona и др.) [7, 29, 105, 137, 161, 187, 191, 194, 207].

Как показывает наш практический опыт, родители детей с ВРГН остаются недостаточно информированными о необходимости их раннего включения в коррекционно-развивающую работу. Их потенциал остается невостребованным из-за нехватки психолого-педагогических знаний и умений.

Семейно-центрированный подход, на основе которого должна осуществляться ранняя логопедическая помощь детям с ВРГН, позволит добиться наибольшей эффективности в достижении целевых результатов программы логопедического сопровождения. Условиями успешной реализации семейно-центрированного подхода являются: взаимодействие родителей и специалиста; организация совместных действий родителя и ребенка; активная психолого-педагогическая работа родителей; создание коррекционно-развивающей среды.

Специалист, работающий с семьей ребенка с ВРГН, должен учитывать, что родители представляют собой неоднородную группу в социокультурном отношении, поэтому возможности их участия в коррекционном процессе различны. Необходимо тактично выяснить индивидуальную семейную ситуацию и соответственно ей обсудить предполагаемый план коррекционно-развивающего воздействия.

Исследователи указывают, что родители должны быть осведомлены об отличительной черте ребенка с ВРГН – трудностях в коммуникации. Изменения внешности, невнятная, гиперназализованная, малоразборчивая речь не соответствуют требованиям общества. Эта проблема накладывает отпечаток на эмоционально-личностную сферу ребенка с первых дней жизни. Шоковое состояние родителей создает отчуждение, нарушает биогенетически определенную связь «мать – дитя». В результате потребность ребенка в общении с окружающим миром остается неудовлетворенной, переходит в пассивную форму, получает специфические и/или компенсаторные проявления. Необходимо знакомить родителей с естественным ходом развития детей, особенностями их общения, учить понимать специфику нарушения, определять и использовать компенсаторные механизмы развития. Кроме того, родители нуждаются в формировании эмоциональной готовности к различным видам медицинского и психолого-педагогического воздействия [13, 56, 102, 105, 137, 161, 164, 181, 191, 199, 202, 203].

Реализация семейно-центрированного подхода в оказании ранней помощи семьям детей с ОВЗ направлено на оптимизацию развития ребенка с момента рождения и предупреждение вторичных наслоений в структуре нарушения. Под руководством специалистов формируется информационная, мотивационная и психолого-педагогическая компетентность родителей, которая обеспечивает максимально благоприятные условия жизнедеятельности, воспитания и развития ребенка в условиях семьи.

1.4 Компетентность современного логопеда в сфере работы с детьми с врожденными расщелинами губы и неба и их семьями

Значимость логопедического воздействия на раннем этапе развития ребенка подтверждают современные тенденции образования детей с ОВЗ, повышение научно-практического и организационно-методического интереса к совершенствованию системы ранней помощи детям с особыми образовательными потребностями, результаты современных исследований в области специальной психологии и коррекционной педагогики, данные актуальных междисциплинарных исследований и научные представления о специфике современного детства. Качественному осуществлению коррекционно-педагогической работы способствует профессиональная компетенция логопеда.

Профессиональная компетенция логопеда – это способность сочетать и применять знания, умения, навыки, психологические и социальные качества личности для работы по преодолению речевых нарушений различной этиологии. Это личностная и профессиональная готовность решать различные задачи в области диагностики, экспертизы специальных условий обучения и воспитания лиц с нарушениями речи, консультирования родителей (законных представителей) и работников организаций здравоохранения, образования и социальной защиты (В.И. Байденко, И.А. Зимняя, Н.В. Кузьмина, И.Ю. Левченко, В.В. Мануйлова, А.К. Маркова, А.В. Хуторской, И.М. Яковлева и др.) [53, 75, 109, 179]. В настоящее время компетентностная модель представлена в ФГОС ВО по направлению «Специальное (дефектологическое) образование». В ней не конкретизированы компетенции логопеда, работающего с разными категориями нарушенного речевого развития, а содержатся только трудовые функции, знания, умения и навыки.

Разработка содержания и методических приемов логопедической работы с детьми с ВРГН началась с первых попыток оказания им комплексной

помощи во второй половине XIX в. и совершенствуется по сегодняшний день [7, 19, 29, 31, 35, 47, 49, 52, 55, 57, 99, 106, 123, 124, 133, 135, 162, 181, 184, 193, 200, 208, 212]. Они модифицируются под влиянием современных достижений в области медицинских и информационных технологий, оптимизации сроков оказания хирургической и ортодонтической помощи, возможности отдаленных оценок эффективности реабилитационного процесса, изменений представлений о роли микросоциального окружения ребенка, его социальной ситуации развития и позиций государства в отношении лиц с ограничениями жизнедеятельности. Современная концепция специального образования требует от логопеда осведомленности в вопросах медицинских, педагогических и психологических дисциплин, что позволит разработать адекватные технологии коррекционного воздействия в сфере ранней помощи детям с врожденной нёбной патологией и их семьям.

Научная и учебно-методическая литература, посвященная особенностям коррекционно-развивающей работы с детьми с ВРГН, и собственные исследования позволяют рассматривать структуру профессиональной компетентности логопеда в сфере помощи детям данной категории через совокупность непосредственно логопедической работы с ребенком и психолого-педагогического взаимодействия с его семьей.

Теоретико-методологический уровень профессиональной компетентности современного логопеда, работающего с ребёнком с ВРГН и его семьей, предполагает владение специалистом базовыми и специфическими психолого-педагогическими знаниями и умениями, соответствующими профессиональным требованиям. Коррекционное воздействие должно опираться на следующие принципы логопедического воздействия.

1. Комплексный подход к изучению нарушений развития. Полноценная реабилитация ребенка с ВРГН зависит от междисциплинарного взаимодействия в процессе оказания комплексной помощи и подразумевает совместное обсуждение данных обследования ребенка всеми специалистами

медицинского и психолого-педагогического профиля. Это позволяет точнее определить его состояние, выявить причины имеющихся отклонений в развитии и наметить оптимальный путь их преодоления.

2. Принцип раннего выявления отклонений в развитии. Он направлен на предупреждение нежелательных последствий, связанных с наслоениями социального характера на первичный дефект. В отношении детей с расщелинами вторичными проявлениями являются изменения в эмоционально-волевой, поведенческой и коммуникативной сферах, спровоцированные особенностями внешности и речи.

3. Принцип динамического изучения детей. Логопеду необходимо учитывать не только то, что ребенок знает и может выполнить в момент обследования, но и его возможности в обучении. В основе этого принципа лежит учение Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития и потенциальных возможностях в обучении.

4. Принцип системного подхода к изучению нарушения развития предусматривает исследование познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и поведения ребенка. Учитывается также физическое состояние детей, которое может существенно влиять на формирование умственных способностей и обучаемости. Необходимо помнить, что любое исследование ребенка, в том числе и психолого-педагогическое, важно не только для установления диагноза, причин и характера имеющихся особенностей развития, но и для оказания соответствующей помощи (определения условий обучения и воспитания, методов, приемов коррекционно-развивающей работы с ребенком).

5. Принцип дифференцированного подхода осуществляется на основе учета причин, вызывающих нарушение речи при врожденной нёбной патологии, патогенеза артикулирования, дыхания и голосообразования, основных проявлений произносительных расстройств, первичных нарушений

и их вторичных проявлений, возрастных и индивидуальных особенностей ребёнка, его социальной ситуации развития.

6. Принцип личностно-ориентированного подхода предполагает создание необходимых и достаточных условий для развития ребенка как в процессе проведения логопедической работы, так и в домашних условиях.

7. Принцип семейно-центрированного подхода подразумевает обязательное активное включение родителей в коррекционный процесс, реализацию реабилитационного потенциала семьи как основного субъекта социализации ребенка, удовлетворение особых образовательных потребностей членов микросоциального окружения.

8. Принцип деятельностного подхода учитывает ведущую деятельность возраста. В периоде раннего детства логопедическое воздействие осуществляется опосредованно через эмоционально близких ребенку взрослых. Для детей дошкольного возраста обучение проходит в процессе игровой деятельности, специальным образом организованной логопедом. Игра является средством развития аналитико-синтетической деятельности, сенсомоторной сферы, всех компонентов речи, формирования личности ребенка.

Профессиональная компетентность логопеда в ранней помощи детям с ВРГН предполагает консолидацию знаний в области специальной педагогики и специальной психологии. Знание основных подходов к организации коррекционного процесса и специфического содержания методических приемов позволяет определить тактику логопедического воздействия на разных возрастных этапах. Принципы специальной психологии определяют организацию и содержание психолого-педагогической помощи как самому ребенку, так и его родителям. Использование психокоррекционных технологий повышает мотивацию родителей на активное участие в реабилитационном процессе, создание коррекционно-развивающей среды в

домашних условиях, нормализует межличностные взаимоотношения и внутрисемейную атмосферу.

Практический уровень профессиональной компетентности логопеда в помощи детям с ВРГН и их семьям предполагает владение профессионально-педагогическими умениями, которые выражаются в освоении способов выполнения профессионально-педагогических действий и реализации следующих функций.

1. Диагностическая – комплексное, всестороннее, динамическое обследование речевого развития ребенка; определение оптимальных сроков начала коррекционной работы; оценка социальной ситуации развития и вариантов мотивированного и активного включения родителей в реабилитационный процесс; составление междисциплинарного заключения о состоянии ребенка и рекомендаций по осуществлению комплексной помощи.

2. Консультативная – консультирование родителей/законных представителей по вопросам специфики физического и психического развития ребенка с врожденной небной патологией, содержанию этапов абилитации, профилактики формирования патологических стереотипов артикулирования, дыхания, голосообразования, начиная с момента выявления порока развития в эмбриональном периоде, младенчестве, раннем возрасте и т.д.; консультирование педагогических, медицинских и социальных работников учреждений по созданию специальных условий обучения детей с ВРГН.

3. Сопровождения/супервизия – динамическое наблюдение за развитием речи детей; контроль за выполнением и эффективностью предложенных родителям рекомендаций.

4. Аналитическая – анализ и обобщение сведений о современных тенденциях медицинского и психолого-педагогического сопровождения детей с врожденной небной патологией и их семей; данных об учреждениях здравоохранения, образования и социальной защиты, оказывающих психолого-медико-педагогическую и социальную помощь.

5. Информационно-просветительская – информирование родителей детей с ВРГН об организации, содержании и этапах абилитации, деятельности специалистов психолого-педагогического сопровождения, социально-правовых гарантиях, закрепленных законодательством Российской Федерации для детей с ОВЗ и инвалидностью; информирование педагогов дошкольных и школьных образовательных организаций о физиологических, речевых и коммуникативных особенностях детей с врожденной нёбной патологией.

6. Организационно-методическая – координация содержания и формы проведения логопедических занятий, контроль за выполнением рекомендаций в домашних условиях; организация междисциплинарной и внутридисциплинарной команды для создания условий успешной социализации детей с ВРГН с учетом разнообразия их особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

Субъектно-деятельностный уровень профессиональной компетентности логопеда при работе с детьми с ВРГН и их семьями включает следующие компоненты.

1. Мотивационный – сохранение профессионального интереса и желания помочь ребенку с особыми потребностями, ответственности за качество оказываемой коррекционной помощи.

2. Коммуникативный – выстраивание правильных взаимоотношений с ребенком, его родителями (законными представителями), коллегами по внутридисциплинарной и междисциплинарной команде.

3. Рефлексивный – стремление к профессиональному росту, расширению информационной и методической осведомленности в вопросах помощи ребенку с ВРГН и его семье; воспитание эмоционального принятия ребенка с особенностями внешности; формирование доверительных отношений с микросоциальным окружением.

Развитие системы ранней помощи ребенку с ОВЗ, ее пропедевтическая и коррекционная направленность, оценка роли семьи как основного субъекта

его социализации, актуализация особых образовательных потребностей микросоциального окружения, тесное сотрудничество специалистов медицинского и психолого-педагогического сопровождения свидетельствуют о необходимости формирования у логопеда новых профессиональных компетенций.

Как указано выше, потребность детей с ВРГН в ранней комплексной помощи очевидна с самого рождения. Реализация данной потребности требует создания профессионального кадрового потенциала, что должно отразиться в изменении подходов к подготовке специалистов. Самый экономичный, оптимальный и доступный путь решения данной проблемы – методическая поддержка, отражающая специфику соматических и функциональных особенностей детей с врожденной нёбной патологией, современные тенденции в медицинской реабилитации, необходимость раннего начала коррекционной работы, владение приемами профилактики артикуляционных, дыхательных и голосовых патологических стереотипов и умения организовать работу с семьей особого ребенка.

Структуру профессиональной компетентности логопеда в сфере помощи ребенку с ВРГН и его семье необходимо представить через совокупность организации и методического наполнения коррекционно-педагогической работы, а также этики и деонтологии отношений с микросоциальным окружением. Компетентность логопеда должна складываться из следующих компонентов.

Учебные компетенции (УК):

- способность анализировать, систематизировать и использовать современные знания о причинах и механизмах нарушений развития детей с ВРГН, роли семьи в социализации ребенка, способах ее включения в абилитационный процесс, отечественный и зарубежный опыт организации комплексной помощи;

- способность осуществлять социальное взаимодействие с детьми с врожденной нёбной патологией и их родителями, реализовывать свою роль в междисциплинарной команде.

Общепрофессиональные компетенции (ОПК):

- способность осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с нормативными правовыми актами в сфере образования и нормами профессиональной этики;

- способность контролировать и оценивать эффективность работы по коррекции речи у детей с ВРГН, модифицировать существующие методические приемы в зависимости от индивидуальных возможностей и потребностей ребенка и его семьи;

- способность использовать современные психолого-педагогические технологии, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания детей с врожденной нёбной патологией;

- способность взаимодействовать с участниками образовательных отношений в рамках реализации программы логопедического сопровождения;

- способность осуществлять педагогическую деятельность (диагностическую, коррекционно-развивающую, организационно-методическую, консультативно-просветительскую, профилактическую) на основе специальных научных знаний.

Профессиональные компетенции (ПК):

- способность осуществлять коррекционно-развивающую работу с детьми с ВРГН, в том числе работу по восстановлению и абилитации;

- способность осуществлять воспитательную работу в организациях образования, здравоохранения и социальной защиты с учетом нозологической группы;

- способность осуществлять психолого-педагогическое сопровождение и профилактику вторичных нарушений в развитии лиц с ВРГН, испытывающих трудности в социальной адаптации.

Выводы по первой главе

Основной целью комплексной помощи человеку с ВРГН является его максимально возможная социализация. Она обеспечивается, в первую очередь, удовлетворенностью собственной внешностью и речью. Достижение поставленной цели зависит от реализации индивидуального реабилитационного потенциала. Реабилитационный/абилитационный потенциал ребенка с ВРГН, опираясь на информацию, относящуюся и к диагнозу, и к функционированию, определяется сложным соотношением биологических факторов, характеризующих соматический и психоневрологический статусы ребенка (показателей здоровья), и социальных факторов, отражающих особенности комплексного сопровождения и микросоциального окружения (показателей, связанных со здоровьем).

Проведенное нами изучение специальной литературы по теме исследования позволяет утверждать, что описание показателей биологических факторов реабилитационного/абилитационного потенциала ребенка с ВРГН представлено достаточно полно. К ним относят соматические и функциональные особенности развития, причины возникновения врожденных расщелин и их виды, сопутствующие заболевания, этиологию и патогенез ринолалии как специфического речевого нарушения.

Анализ научных данных о влиянии показателей социальных факторов на эффективность абилитации детей с ВРГН выявил следующее. Современные возможности медицины позволяют оптимизировать сроки хирургической пластики нёба, что требует совершенствования технологий психолого-педагогического сопровождения ребенка и его семьи. В соответствии с актуальными тенденциями государственной политики по оказанию ранней помощи детям с ОВЗ и инвалидностью становится очевидной необходимость в разработке организационно-методических аспектов профилактического этапа ранней логопедической помощи детям с ВРГН. Данный этап должен

осуществляться в рамках семейно-центрированного подхода и являться базисом для последующей работы логопеда по формированию произношения у ребенка рассматриваемой категории.

Введение профилактического этапа ранней логопедической помощи детям с ВРГН определяет потребность в специально организованной психолого-педагогической работе с их семьями. Она обусловлена эмоциональным стрессом родителей, их трудностями в оценке соматического и неврологического состояния ребенка, а также недостаточной информационной, мотивационной и методической компетенцией. Задача данной работы – создать условия для психофизического развития ребенка и его социализации.

Значимым показателем социальных факторов реабилитационного/абилитационного потенциала детей с ВРГН становится компетентность логопеда, позволяющая вести непосредственно коррекционно-развивающую работу с ребенком, а также осуществлять психолого-педагогическое взаимодействие с его семьей.

Таким образом, анализ специальной литературы по проблеме исследования выявил, что среди показателей социальных факторов реабилитационного/абилитационного потенциала ребенка с ВРГН профилактический этап ранней логопедической помощи до настоящего времени не учитывался. Его включение в систему этапной логопедической работы с детьми данной категории потребует уточнения содержания коррекционно-развивающего воздействия. Кроме того, учет профилактического этапа в реабилитационном/абилитационном потенциале позволит определить его влияние на эффективность формирования произношения детей с ВРГН.

ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО / АБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЁБА

2.1 Организация и методика пилотной части исследования

Для подтверждения выдвигаемого нами предположения о том, что эффективность логопедической работы с детьми с ВРГН, критерием которой является сформированное произношение, зависит от совокупности биологических факторов – показателей здоровья, и социальных факторов – показателей, связанных со здоровьем, среди которых поэтапное квалифицированное логопедическое сопровождение с периода младенчества, осознанное участие родителей и сформированность их компетенции, позволяющей предупредить некоторые патологические особенности, влияющие на речевое развитие детей, нами была разработана следующая тактика исследования.

В пилотной части исследования проведено изучение взаимосвязи и взаимовлияния показателей биологических и социальных факторов реабилитационного/абилитационного потенциала детей с ВРГН, на качество произносительной стороны их речи. Все дети, участвующие в пилотной части, занимались с логопедом по традиционной системе и не получали ранней логопедической помощи.

В основной части исследования представлена апробация предлагаемой нами этапной логопедической работы по формированию произношения детей с ВРГН. На первом, профилактическом, этапе реализована инновационная программа ранней логопедической помощи ребенку с ВРГН, основанная на семейно-центрированном подходе. На втором этапе проведено изучение речевого развития детей экспериментальной и контрольной групп в возрасте

4,6-5 лет, осуществлена логопедическая работа по формированию произношения у участников исследования, и оценена ее эффективность.

Участниками пилотной части исследования стали 104 ребенка 7-9 лет, прооперированных по поводу различных видов ВРГН, 100 родителей (законных представителей) детей, 60 логопедов образовательных организаций. Выбор возрастной группы детей обусловлен тем, что, как правило, основная работа логопеда по коррекции произношения к этому периоду завершается. Все дети на момент исследования находились на учете в Клиническом центре челюстно-лицевой, пластической хирургии и стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России. Они проживали в разных регионах России. Каждый из них посещал коррекционные занятия с логопедом с дошкольного возраста и на момент обследования они были закончены.

Для установления взаимосвязи показателей биологических и социальных факторов реабилитационного/абилитационного потенциала детей с ВРГН с качеством произносительной стороны речи мы разработали и апробировали диагностическую программу выявления соматических и речевых особенностей ребенка рассматриваемой категории и оценки его социальной ситуации развития. Программа включила всестороннее изучение медицинских и психолого-педагогических данных каждого ребенка.

В диагностической программе пилотной части исследования были поставлены следующие задачи

1. Выделить на основе научных данных показатели биологических и социальных факторов, значимые для оценки речевого развития ребенка с ВРГН.
2. Определить имеющиеся соматические и речевые особенности детей с ВРГН, участвующих в пилотной части исследования, оценить их социальную ситуацию развития.

3. Провести анализ выявленных показателей и установить их взаимосвязь с успешностью речевого развития.

При проведении исследования использовались различные методы:

- анализ анамнестических данных и медицинских заключений педиатра, хирурга-стоматолога, генетика, ортодонта, невролога, результатов рентгеновских снимков и эндоназофарингоскопии;

- логопедическое обследование, основанное на традиционных методических приемах (Р.Е. Левина, О.Е. Грибова, Т.Н. Волковская, Г.В. Чиркина, Г.Н. Соломатина, А.С. Балакирева и др.), и адаптированное согласно цели и задачам нашего исследования;

- анкетирование и беседы с родителями (*приложение 1*);

- анкетирование логопедов (*приложение 2*);

- количественный и качественный анализ полученных результатов.

Диагностическая программа пилотной части исследования опиралась на следующие принципы.

Принцип комплексности нашел свое отражение в сопоставлении данных медицинского и психолого-педагогического обследования. Качество произносительной стороны речи при ВРГН зависит от восстановления анатомической целостности артикуляционного аппарата, неврологического статуса ребенка, коррекции функциональных расстройств дыхания, питания, слуха, речи. При проведении обследования необходимо проанализировать заключения педиатра, генетика, хирурга-стоматолога, ортодонта, невролога, оториноларинголога, офтальмолога, психолога, логопеда.

Принцип системного подхода реализовался в учете всех взаимосвязанных и взаимозависимых компонентов речевой функциональной системы. Изучалось строение и функции артикуляционного аппарата, состояние звукопроизношения, дыхательной и голосовой функции, фонематических процессов, лексико-грамматического строя. Анализ первичных нарушений и возможных вторичных и третичных проявлений в

структуре дефекта позволяет оценить уровень общего речевого развития ребенка.

Принцип индивидуального подхода в нашем исследовании предполагал выявление анатомо-физиологических особенностей каждого ребенка, определение качества произносительной стороны речи, характера его микросоциального окружения. Индивидуальным возможностям ребенка и его возрасту соответствовали продолжительность обследования и дозирование материала, его наглядность и доступность.

Принцип учета ведущей деятельности определял приемы и материал обследования. Соответственно основному занятию дошкольника подбирался игровой дидактический материал. Детям школьного возраста предлагались задания, имеющие учебную направленность, но не исключалось использование логопедических игр и соответствующего наглядного материала. Наглядность и эмоциональность обеспечивали более тесный контакт и снижали утомляемость ребенка во время обследования.

Изучение показателей *биологических* факторов реабилитационного/абилитационного потенциала включило регистрацию этиологии врожденного порока, тяжести челюстно-лицевой патологии (вид расщелины), состояния нёбно-глоточного смыкания, соматического, ортодонтического и неврологического статуса каждого ребенка с ВРГН.

Данные о наследственности, возможной причине возникновения врожденной патологии, течении беременности, родов, физическом и умственном развитии ребенка, перенесенных инфекциях, наличии хронических заболеваний и общем соматическом состоянии получены в результате анализа анамнестических данных, представленных в медицинской документации, и бесед с родителями (законными представителями) ребенка.

Качество проведенной операции, анатомо-физиологические особенности нёбно-глоточного смыкания, состояние зубочелюстной системы, ее структурные и функциональные нарушения определялись при совместном

визуальном осмотре с хирургом-стоматологом и ортодонтом, а также по результатам объективных методов обследования: эндоназофарингоскопии и рентгенографии.

Сведения о состоянии физического слуха и верхних дыхательных путей, неврологическом статусе ребенка, включающем характеристику возможных органических и функциональных нарушений ЦНС, определение неврологических синдромов (гипертензионно-гидроцефального, церебрастенического, астенического и др.) получены из заключений оториноларинголога и невролога, сделанных по месту жительства ребенка.

Каждый из представленных выше показателей биологических факторов реабилитационного/абилитационного потенциала ребенка получил цифровое обозначение, которое означает место его нахождения в сводной таблице.

1. Вид врожденной нёбной патологии: 1 - расщелина мягкого нёба; 2 - расщелина мягкого и твердого нёба; 3 – односторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба; 4 – двусторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба.

2. Этиология: 1 – тератогенез; 2 – наследственность; 3 – расщелина входит в симптомокомплекс врожденного генетического синдрома.

3. Результат операции: 1 – нёбно-глоточное смыкание в норме; 2 – нёбно-глоточная недостаточность; 3 – наличие послеоперационного дефекта.

4. Состояние зубочелюстной системы: 1 – норма; 2 - успешное ортодонтическое лечение; 3 - нарушенный прикус.

5. Неврологический статус: 1 – норма; 2 - нерезко выраженная неврологическая симптоматика; 3 – грубая неврологическая симптоматика.

Для определения речевого статуса детей с ВРГН проводилось логопедическое обследование, методика которого соответствовала основным общепедагогическим и методологическим принципам логопедии, разработанным ведущими отечественными логопедами (Н.А. Власова, Р.Е. Левина, О.В. Правдина, Т.Б. Филичева, М.Е. Хватцев) [39], и включала

приемы, предложенные Л.И. Вансовской, И.И. Ермаковой, Г.Н. Соломатиной, Г.В. Чиркиной и др. (*Приложение 3*).

В ходе логопедического обследования изучалось строение и функция органов артикуляционного аппарата; состояние дыхания (физиологическое дыхание (тип, глубина, сила) и фонационное дыхание (дифференциация носового и ротового выдоха, длительный ротовой выдох, наличие носовой эмиссии)); голоса (тембр (степень назализации), высота и сила голоса, голосовые модуляции, яркость, глухость или осиплость голоса; звукопроизношения. Результаты обследования заносились в индивидуальные речевые карты (*Приложение 4*).

Изучение строения органов артикуляции основывалось на заключении хирурга-стоматолога и ортодонта. Логопед дополнительно оценивал их функциональные возможности.

При описании губ отмечались их размер и форма, наличие рубцовой деформации, мышечная подвижность, умение удержать одну артикуляционную позу и переключиться на другую, истощаемость, наличие синкинезий. Для этого ребенку предлагали по подражанию и словесной инструкции выполнить упражнения «Улыбочка», «Трубочка», «Хоботок» в статическом и динамическом вариантах.

В состоянии предверия полости рта оценивалась его сформированность, наличие расщелины альвеолярного отростка и протрузии межчелюстной кости. В речевую карту ребенка вносились сведения о состоянии прикуса (сужение верхней челюсти, вид окклюзии и т.д.) и сформированности зубного ряда (размер, количество, форма и расположение зубов).

При обследовании языка описывался его размер, форма, положение в ротовой полости (норма, патологическое, межзубное, инфантильное), длина подъязычной связки. С помощью упражнений «Лопаточка», «Иголочка», «Часики», «Качели», «Лошадка» определялись сила и объем движений,

переключаемость, тонус (норма, гипертонус, гипотонус, дистония), наличие речедвигательных нарушений (тремор, девиация, саливация).

В состоянии твердого нёба указывалось наличие и расположение вторичного послеоперационного дефекта, форма нёбного свода (норма, узкий, высокий, готический, плоский, широкий). Длина и подвижность мягкого нёба, а, следовательно, и состоятельность нёбно-глоточного смыкания, визуально определялись при произнесении гласных [А-Э] широко открытым ртом на твердой атаке. Объективными методами оценки данной функции были эндоназофарингоскопия и рентгенограмма в боковой проекции.

Мимика ребенка оценивалась как живая или вялая. Отмечалось наличие/отсутствие компенсаторных движений мышц лба и носа, которые возникают в момент речи для сокращения носовой эмиссии.

Особенности дыхательной функции выявлялись при исследовании физиологического и фонационного дыхания. При оценке *физиологического дыхания* визуально, по движениям грудной клетки, брюшного пресса, плечевого пояса в процессе спокойного дыхания ребенка через нос и рот, определялся его тип (поверхностный, грудной, брюшной, смешанный) и характер (глубина, частота, ритмичность, сила). При обследовании сформированности *речевого дыхания* были использованы игры с дутьем на предмет («Свеча», «Футбол», «Погаси огонек» и т.п.). Во время их выполнения отмечалась возможность дифференциации ротового и носового выдоха, длительность ротового выдоха. Эффективность использования речевого дыхания оценивалась при выполнении упражнений на произнесение различного по объему речевого материала (гласных звуков, слогов, слов, фраз, чтения стихотворений). С помощью назометра и медицинского стетоскопа была получена объективная информация о наличии носовой эмиссии - слышимой утечки воздуха через нос во время речи.

Изучая *особенности голосовой функции*, мы обращали внимание на состояние тембра, высоты и силы голоса, голосовые модуляции, яркость,

глухость или осиплость голоса. Для выявления гиперназализации ребенку предлагалось произносить гласные звуки в последовательности увеличения степени назализации [А-Э-О-Ы-У-И]. При проверке силы звучания голоса дети произносили слова и фразы с разной громкостью голоса. Высота голоса определялась с помощью пения гамм и произнесения звуко сочетаний, слов и фраз с повышением и понижением голоса.

При обследовании *звукопроизношения* мы определяли место, способ образования и характер нарушения гласного и согласного звука. Каждый звук ребенок произносил изолированно, в слогах и в составе слова (позиции начала, середины, конца слова, стечения согласных). Для наглядности детям предлагались предметные и сюжетные картинки. При затруднении в произношении слова, предлагался вариант его отраженного проговаривания. Сформированность звукопроизношения изучалась на уровне слога, слова, словосочетания, предложения, связной речи.

По результатам обследования мы оценивали качество произносительной стороны речи, которое определялось как *ринолалия, нарушения звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации (НЗ), норма*. Критериями оценки являлись:

1. Состояние дыхания: наличие рационального типа физиологического дыхания; дифференциация ротового и носового выдоха; сформированность длительного ротового выдоха.

2. Состояние голоса: сбалансированный носоротовой резонанс; отсутствие носовой эмиссии.

3. Качество функционирования артикуляционного аппарата: полноценная активность органов артикуляции, отсутствие компенсаторного образования согласных звуков (ларингиального и фарингиального способов).

Каждый из перечисленных критериев оценивался в 0, 1 или 2 балла. Логопедическое заключение «ринолалия» ставилось при наличии в речи ребенка гиперназализации и/или носовой эмиссии и нарушения

артикулирования (8-14 баллов). «Нарушения звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации» сохранялись у детей с несформированной артикуляционной базой (1-7 баллов). Причиной этого являются анатомические и функциональные особенности органов и мышц речевого аппарата. Речевое заключение «норма» ребенок получал при условии полноценно сформированных и скоординированных функций дыхания, голосообразования и артикулирования (0 баллов).

Каждый речевой показатель получил цифровое обозначение, которое означает место его нахождения в сводной таблице: 1 – норма; 2 – нарушения звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации; 3 – ринолалия.

Изучение показателей *социальных* факторов реабилитационного/абилитационного потенциала включило регистрацию сроков хирургического вмешательства, социальной ситуации развития и анализ данных об осведомленности логопедов в специфике коррекционной работы с ребенком с ВРГН. Информация была получена из медицинской документации каждого ребенка, бесед с родителями (законными представителями), анкетирования родителей (законных представителей) детей и логопедов образовательных организаций.

Социальные показатели реабилитационного/абилитационного потенциала получили цифровое обозначение, которое вносилось в сводную таблицу:

1. *Срок хирургического вмешательства*: 1 – до 3-х лет; 2 – после 3х лет.
2. *Тип семьи*: 1 – полная семья; 2 – неполная семья; 3 – приемная семья; 4 – ребенок воспитывается в интернате; 5 – многодетная семья.

2.2 Результаты пилотной части исследования

Дети, участвующие в пилотной части исследования, были распределены на две группы в зависимости от срока хирургического вмешательства. В пилотную группу I (ПГ I) вошел 21 ребенок, прооперированный по поводу врожденной нёбной патологии до трехлетнего возраста. Пилотная группа II (ПГ II) включила 83 ребенка, уранопластика которым проведена в возрасте после трех лет. Результаты логопедической диагностики, представленные в *таблице 4*, показали вариативность состояния произносительной стороны речи детей пилотных групп.

Табл. 4. Состояние произносительной стороны речи детей пилотных групп

Речевой статус \ Группы	Норма	НЗ различной этиологии при отсутствии назализации	Ринолалия
ПГ I	13 (62%)	5 (24%)	3(14%)
ПГ II	35 (42%)	30 (36%)	18 (22%)

Из *таблицы 4* видно, что среди детей, прооперированных до трехлетнего возраста ринолалия сохраняется у трех человек (14%). В то же время среди детей, перенесших хирургическое вмешательство после трех лет, ринолалия остается у 18 (22%). НЗ различной этиологии при отсутствии назализации отмечаются в 24% и 36% случаев соответственно. Полной нормализации речи удалось добиться в 62% случаев в ПГ I и в 42% в ПГ II.

По результатам статистического анализа данных, приведенных в *таблице 4*, значение критерия χ^2 Пирсона составляет 2.627 (при критическом значении 5.991), $p > 0.05$. Таким образом, значимых различий по состоянию речи у детей двух групп не обнаружено. Связь между факторным признаком (временем операции) и результативным (качеством речи) отсутствует. Отсутствие прямой зависимости между временем операции и качеством речи не опровергает целесообразности раннего хирургического лечения, но

доказывает необходимость включения ребенка с ВРГН с периода новорожденности не только в систему медицинского, но и психолого-педагогического сопровождения. Всем детям, независимо от сроков проведения уранопластики, должна оказываться логопедическая помощь. Специалистам, участвующим в абилитации, и родителям ребенка с врожденной нёбной патологией должно быть известно, что раннее оперативное вмешательство не может гарантировать нормативного произношения.

Соответственно полученным по итогам логопедического обследования результатам, мы смогли выделить по три подгруппы (а, б, с) в каждой из пилотных групп. В первые подгруппы (Iа, IIа) вошли дети, речь которых соответствовала норме. Вторые подгруппы (Iб, IIб) объединили детей с нарушениями звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации. Логопедическая работа с ними не привела к полной нормализации речи – в речи сохраняются звукопроизносительные нарушения. Третьи подгруппы (Iс, IIс) составили дети, нарушение речи которых характеризовалось назализованным тембром голоса и специфическим нарушением звукопроизношения (ринолалия).

Для установления взаимовлияния выделенных показателей биологических и социальных факторов реабилитационного/абилитационного потенциала на качество речи детей с ВРГН мы провели сравнительное исследование полученных данных, исходя из основного определяющего показателя – состояния произношения. Протоколы представлены в *приложении 5*.

Анализ данных, в полученных соотношениях выделенных показателей биологических факторов реабилитационного/абилитационного потенциала по ПГ I, позволяет сделать следующие выводы:

- тяжесть врожденной патологии (вид расщелины) не оказывает влияния на качество произносительной стороны речи;

- по анамнестическим данным преобладающим этиологическим фактором является тератогенез. Среди детей ПГ I нет ни одного ребенка, расщелина которого входит в симптомокомплекс генетического синдрома;

- по результатам операции нормативная речь возможна только при полноценно восстановленном нёбно-глоточном смыкании, при его анатомическом нарушении сохраняется ринолалия (100% детей из подгруппы Ic); при наличии нерезко выраженной неврологической симптоматики и полноценном нёбно-глоточном смыкании формируются нарушения звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации (2 ребенка из подгруппы Ib);

- успешность ортодонтического лечения связана с тяжестью врожденной патологии (видом расщелины), но не оказывает влияния на результат речевой коррекции;

- грубая неврологическая симптоматика отмечается у одного ребенка с ринолалией; нерезко выраженные неврологические нарушения встречаются у одного ребенка, речь которого удалось скорректировать до нормы, и у трех детей с нарушениями звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации. Именно этот показатель не позволил получить речевую норму у двух детей из подгруппы Ib.

Проанализировав соотношение показателей биологических факторов реабилитационного/абилитационного потенциала детей, прооперированных после трех лет (ПГ II), мы можем сделать следующие выводы:

- тяжесть врожденной патологии (вид расщелины) не оказывает влияния на качество произносительной стороны речи;

- по анамнестическим данным преобладающим этиологическим фактором является тератогенез (64%). У 20 детей (24%) расщелина входит в симптомокомплекс генетического синдрома;

- по результатам операции речь без признаков ринолалии возможна только при полноценно восстановленном нёбно-глоточном смыкании;

ринолалия сохраняется у двух детей при нормальном нёбно-глоточном смыкании, что, возможно, связано с тяжестью врожденной патологии (двусторонняя полная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба); у четырех детей сохраняется послеоперационный дефект нёба, чего не встречается в группе детей, прооперированных до трех лет; нарушения звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации сохраняются у 14-ти детей с анатомически восстановленным нёбно-глоточным смыканием, причем у трех из них отмечается нерезко выраженная неврологическая симптоматика, что и повлияло на успешность речевой коррекции;

- результативность ортодонтического лечения не влияет на полное восстановление речи, но у большинства детей с ринолалией (83%) и с НЗ различной этиологии при отсутствии назализации (20%) оно не закончено;

- грубая неврологическая симптоматика отмечается у одного ребенка с ринолалией (Пс); нерезко выраженные неврологические нарушения встречаются у 11 детей подгруппы Пс, у 10 детей, речь которых полностью восстановлена (Па) и у 6 с НЗ различной этиологии при отсутствии назализации (Пб).

Проанализировав данные, полученные по изучению показателей социальных факторов реабилитационного/абилитационного потенциала, т.е. определению условий жизни ребенка и типа семьи, мы сделали общие выводы по ПГ I и ПГ II.

Среди 104 детей, принимавших участие в пилотной части исследования, 59 детей (57%) из 104 воспитываются в полной семье; 30 (29%) – в неполной; 8 (8%) – в многодетной; 3 (3%) – в приемной; 4 (4%) – в школе-интернате. Все дети из многодетных семей и дети из школ-интернатов прооперированы после трехлетнего возраста. До трех лет прооперирован только один из 3-х детей, воспитывающихся в приемных семьях, 4 ребенка из 30, воспитывающихся в

неполных семьях. Таким образом, получается, что в более раннем возрасте прооперированы в основном дети из полных семей (16 из 59).

Благоприятная речевая ситуация отмечается среди детей, воспитывающихся в полных семьях: речь в норме в 53% случаев, ринолалия в 13%. В неполных семьях речь полностью восстановлена в 43% случаев, ринолалия сохраняется в 17%. Среди детей, находящихся в школах-интернатах, нет ни одного ребенка с речевой нормой. Из трех детей, воспитывающихся в приемных семьях, речь одного ребенка соответствует норме, у двух отмечается ринолалия. У трех детей из многодетных семей речь полностью восстановлена. Ринолалия сохраняется в трех случаях. У двух детей – нарушения звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации.

В *таблице 5* представлены обобщенные данные о социальной ситуации развития и качестве речи детей пилотных групп.

Табл. 5. Результаты изучения социальной ситуации развития и качества речи детей пилотных групп

Тип семьи	Количество семей	Сроки операции (количество детей)		Речевое развитие (количество детей)		
		до 3-х лет	после 3-х лет	Норма	НЗ	Ринолалия
полная	59	16 (27%)	43 (73%)	31 (53%)	20 (34%)	8 (13%)
неполная	30	4 (13%)	26 (87%)	13 (43%)	12 (40%)	5 (17%)
многодетная	8	-	8 (8%)	3 (3%)	2 (2%)	3 (3%)
приемная	3	1 (1%)	2 (2%)	1 (1%)	-	2 (2%)
нет семьи	4	-	4 (4%)	-	1 (1%)	3 (3%)

Статистически полученное значение $\phi_{\text{эмп}}^*$ (критерий Фишера) = 2.047, отвергает случайность результата. Это позволяет сделать вывод о том, что дети с благоприятной социальной ситуацией развития (полная семья) чаще оперируются в ранние сроки и достигают нормативной речи.

Информационный срез о компетентности логопедов в вопросах, касающихся особенностей развития детей с ВРГН и организационно-методических аспектов коррекционной работы получен с помощью анкетирования. Оно предполагало как самооценку готовности к работе с

данной речевой патологией и стремления к профессиональному росту, так и экспертную оценку.

В исследовании участвовало 60 логопедов образовательных организаций, имеющих высшее профессиональное образование и стаж профессиональной деятельности свыше 5 лет. 24 респондента (40%) не смогли описать первичные нарушения при открытой органической ринолалии; 30 (50%) – обозначить направления коррекционной работы; 34 (57%) – затруднились назвать соответствующую учебно-методическую литературу. Трудности практического/теоретического характера при работе с детьми с ВРГН возникали у 26 (43%) / 6 (10%) специалистов соответственно. Заинтересованность родителей в логопедической работе отметили 12 специалистов (20%), 18 (30%) указали на их пассивную позицию. Среди форм организации работы с семьей отмечено лишь участие в выполнении домашних заданий. Вопросы психокоррекционной помощи семье оказались для опрошенных не актуальными. 32 респондента (53%) не считают необходимым повышать и расширять свою профессиональную компетенцию в данной области, так как не видят в этом практической значимости.

Обобщенный анализ результатов пилотной части исследования позволяет сделать следующие выводы:

- преобладающим этиологическим фактором возникновения ВРГН является тератогенез;
- вид расщелины влияет на ортодонтический статус и сроки лечения: у большинства детей с ринолалией и нарушениями звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации ПГ II оно не закончено;
- нормативное звукопроизношение и тембр голоса зависят от полноценности небно-глоточного смыкания. При его анатомическом нарушении сохраняется ринолалия. Заметим, что и при успешном хирургическом лечении у детей ПГ II (16 %) речь полностью не восстановлена. Также у детей этой группы встречаются послеоперационные дефекты нёба;

- выраженная неврологическая симптоматика является причиной сохранения ринолалии. Нерезко выраженные неврологические нарушения ухудшают речевой прогноз, что более выражено у детей ПГ II (14% и 20% соответственно);

- значимость социальных условий развития подтверждена тем, что дети, воспитывающиеся в полных семьях, в более ранние сроки включаются в систему оказания комплексной помощи, получают хирургическое лечение и достигают разборчивой речи;

- результаты изучения осведомленности логопедов указывают на целесообразность ее повышения в вопросах абилитации детей с ВРГН. Это обеспечит качественное оказание коррекционной помощи и опосредованно улучшит мотивированность включения родителей в процесс социализации ребенка.

2.3 Организация и методика проведения констатирующего этапа основной части исследования

Согласно основным положениям учения Л.С. Выготского о сложном, системном строении дефекта, чем дальше от первопричины отдалено нарушение, тем легче оно поддается коррекции. Следовательно, при раннем начале коррекционной работы можно ослабить проявление первичного дефекта и предупредить проявления вторичных нарушений [34]. Обобщая практический опыт отечественных логопедов в области коррекции ринолалии (А.С. Балакирева, Л.И. Вансовская, Т.В. Волосовец, И.И. Ермакова, А.Г. Ипполитова, Н.В. Обухова, Г.Н. Соломатина, Г.В. Чиркина и др.), можно утверждать, что ребенок с ВРГН нуждается в медицинском и психолого-педагогическом сопровождении с момента рождения.

Ранняя логопедическая помощь обеспечивает достижение максимально возможного уровня речевого развития. Дети с ВРГН помимо общих

закономерностей имеют специфические психолого-педагогические особенности, поэтому специалисты, участвующие в абилитации ребенка данной категории, должны владеть определенными знаниями и уметь ориентироваться в методиках коррекционной работы с ним.

На учете в Клиническом центре челюстно-лицевой, пластической хирургии и стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России находилось около 3500 тысяч детей и подростков с различными врожденными и приобретенными пороками лица и шеи. Они проживают в Российской Федерации, автономных республиках, странах Ближнего и Дальнего Зарубежья. Детей консультируют педиатр, генетик, хирург-стоматолог, ортодонт, логопед. При необходимости организуются консультации и назначается соответствующее лечение невролога, оториноларинголога, окулиста. В зависимости от возраста ребенка, его психосоматического статуса, алгоритма хирургического лечения составляется индивидуальный план абилитационных мероприятий.

На базе Клинического Центра нами проводилась диагностическая, консультативная, коррекционно-развивающая работа и осуществлялось диспансерное наблюдение за детьми с различными видами ВРГН с периода младенчества и до окончания абилитационного периода.

В экспериментальную группу (ЭГ) вошли 58 детей раннего возраста с ВРГН (35 мальчиков (60%), 23 девочки (40%)) и 58 их родителей (законных представителей). По диагностической программе, апробированной в пилотной части исследования, проведено констатирующее исследование показателей биологических и социальных факторов реабилитационного/абилитационного потенциала каждого ребенка, представленное в *таблице 6*.

Доречевое развитие оценивалось в конце первого и второго полугодия жизни каждого ребенка с помощью метода наблюдения за его голосовыми, доречевыми и первыми вербальными реакциями в процессе взаимодействия со взрослыми, анализа сведений из бесед с родителями (законными

представителями) и предоставленных видеоматериалов. В соответствии с критериями, разработанными О.Г. Приходько (2009, 2018), задержка доречевого развития определялась по позднему появлению голосовых реакций, их малой активности, звуковому однообразию, фрагментарности и слабой интонационной выразительности гуления и лепета.

Табл.6. Показатели реабилитационного/абилитационного потенциала детей ЭГ

Показатель реабилитационного потенциала		Количество детей	
Вид расщелины	изолированная расщелина нёба	20	34%
	односторонняя расщелина губы и нёба	27	47%
	двусторонняя расщелина губы и нёба	11	19%
Соматический статус	не отягощен	19	33%
	Отягощен	39	67%
Ортодонтический статус	не нуждаются в лечении	20	34%
	предхирургическая ортодонтия	15	26%
	не получали лечения	23	40%
Неврологический статус	не отягощен	17	29%
	Отягощен	41	71%
Начало занятий	первый год жизни	58	100%
Тип семьи	Полная	49	85%
	Неполная	6	10%
	Многодетная	3	5%
Количество занятий	6	58	100%

Раннее речевое развитие ребенка оценивалось во втором полугодии второго года и в конце третьего года жизни с помощью метода наблюдения за его спонтанной речевой активностью в процессе игровой деятельности и вербальной коммуникации с родителями и другими взрослыми, анализа сведений из бесед и предоставленных видеоматериалов. В соответствии с критериями, разработанными О.Г. Приходько (2009, 2018), задержка речевого развития определялась по более позднему началу речи и/или замедлению темпов и качества ее формирования, медленному расширению активного словаря, трудностям усвоения грамматических категорий, более позднему появлению фразовой речи. Данные представлены в *таблице 7*.

Табл. 7. До- и речевое развитие детей ЭГ

Речевой статус Возраст	Нормативное развитие		Задержка доречевого развития		Задержка речевого развития	
6 месяцев	9	16%	49	84%	--	--
Первый год жизни	11	19%	47	71%	--	--
18 месяцев	8	14%	--	--	50	86%
Третий год жизни	19	33%	--	--	39	67%

Таким образом, для детей ЭГ учтены показатели факторов реабилитационного / абилитационного потенциала: биологические – вид расщелины, соматический, ортодонтический, неврологический статусы; социальные – срок хирургического вмешательства, социальная ситуация развития, профилактический этап ранней логопедической помощи.

Выводы по второй главе

Обследование по апробированной диагностической программе, направленной на изучение состояния речи и показателей реабилитационного/абилитационного потенциала детей с ВРГН, участвовавших в пилотной части исследования, выявило следующее.

Произношение детей, прооперированных по поводу ВРГН, может быть представлено тремя вариантами: норма, нарушения произношения различной этиологии при отсутствии назализации, ринолалия.

Ринолалия и нарушения произношения различной этиологии при отсутствии назализации с большей частотой встречаются у детей, прооперированных позже трех лет и не завершивших ортодонтическое лечение.

Нормативное звукопроизношение и тембр голоса зависят от полноценности нёбно-глоточного смыкания. При его анатомическом нарушении сохраняется ринолалия. В 16% случаев у детей, прооперированных позже трех лет, даже при успешном хирургическом лечении речь полностью не восстановлена. Кроме того, у детей этой группы встречаются послеоперационные дефекты нёба, чего не отмечено в группе ранооперированных участников пилотной части исследования.

Ринолалия сохраняется у детей с выраженной неврологической симптоматикой. Нерезко выраженные неврологические нарушения ухудшают речевой прогноз, что чаще отмечается у детей, прооперированных позже трех лет (14% и 20% соответственно).

В более ранние сроки в систему оказания комплексной помощи включаются дети, воспитывающиеся в полных семьях. Они получают хирургическое лечение в первые годы жизни и достигают разборчивой речи. Это подтверждает значимость социальных условий развития ребенка.

Данные об осведомленности логопедов в вопросах коррекционно-развивающей помощи детям с ВРГН указывают на целесообразность ее повышения. Это обеспечит качественное проведение логопедической работы и опосредованно улучшит мотивированность микросоциального окружения, включенного в процесс социализации ребенка.

Хирургическое лечение, проведенное детям с ВРГН до трех лет, безусловно способствует улучшению их соматического статуса, качества жизни и оптимизации абилитационного процесса в целом. Отсутствие прямой зависимости между временем операции и качеством речи, подтвержденное статистическим анализом данных, подчеркивает важность логопедической помощи и необходимость включения ребенка с ВРГН с периода новорожденности не только в медицинское, но и психолого-педагогическое сопровождение. Становится очевидным введение в традиционную систему коррекционно-развивающей работы с детьми с ВРГН профилактического этапа ранней логопедической помощи. Это потребует уточнения ее организационно-методических аспектов.

Кроме того, учет данного этапа как показателя социальных факторов реабилитационного/абилитационного потенциала ребенка с ВРГН позволит оценить его эффективность в формировании произношения детей рассматриваемой категории.

ГЛАВА 3. ФОРМИРОВАНИЕ ПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЁБА В ПРОЦЕССЕ ЭТАПНОЙ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

3.1 Профилактический этап ранней логопедической помощи детям с врожденными расщелинами губы и нёба

Традиционная система коррекционно-развивающего воздействия по формированию произношения детей с ВРГН предусматривает работу с детьми дошкольного возраста. Она базируется на этапах, предложенных А.Г. Ипполитовой (1963, 1983) и И.И. Ермаковой (1984,1996). В методике А.Г. Ипполитовой описаны дооперационный и послеоперационный этапы. И.И. Ермаковой выделены дооперационный подготовительный этап, послеоперационный этап (постановка гласных звуков и устранение избыточного носового резонанса), этап коррекции звукопроизношения, координации дыхания, фонации и артикуляции, этап полной автоматизации новых навыков.

Предлагаемая нами этапность логопедической работы по формированию произношения детей с ВРГН включает профилактический и основной этапы коррекционно-развивающего воздействия. Она разработана с учетом реабилитационного/абилитационного потенциала ребенка и современных тенденций его абилитации. *Профилактический этап* ранней логопедической помощи должен начинаться с периода новорожденности, основываться на семейно-центрированном подходе, не зависеть от сроков хирургического вмешательства и не требовать специальных условий для проведения. Кроме того, он является базисом для последующей коррекционной работы и подразумевает сформированность соответствующих компетенций логопеда. *Основной этап* логопедической работы по формированию произношения у детей с ВРГН предусматривает

дифференцированное коррекционное воздействие в зависимости от вариативности произносительного нарушения у ребенка.

На *рисунке 2* представлены цель, принципы и направления профилактического и основного этапов логопедической работы по формированию произношения детей с ВРГН.



Рис. 2. Этапы логопедической работы по формированию произношения детей с ВРГН

Профилактический этап ранней логопедической помощи реализовывался в ходе консультативно-обучающих занятий с родителями детей с ВРГН. Они были направлены на формирование их информационной и мотивационной компетентности, а также на овладение ими элементарными коррекционными приемами преодоления патологических стереотипов физиологического и фонационного дыхания, голосооформления и артикуляции, приводящих к ринолалии. Данная форма работы выбрана потому, что психофизические особенности детей раннего возраста, удаленность их проживания от центра диспансеризации, трудности материального и социального характера, краткий срок пребывания в стационаре не позволяют проводить структурированные занятия в течение длительного времени. Определяющим является и факт особой значимости для ребенка раннего возраста эмоционально близкого взрослого.

Консультативно-обучающие занятия проводились в рамках семейно-центрированного подхода. Цель данного организационно-методического аспекта – преобразование процесса коррекционно-развивающей работы. Родитель становится ее основным, активным проводником и сознательным участником. Коррекционные технологии включали в себя не только обучение родителей доступным приемам развивающего воздействия, но и социально-психологическую поддержку семьи.

С родителями (законными представителями) детей ЭГ (58 человек) проведено шесть консультативно-обучающих занятий в первые три года жизни ребенка (0-6, 6-12 месяцев, 1-1,6, 1,6-2, 2-2,6, 2,6-3 года). Структура и содержание занятий было обусловлено решением задач психокоррекционного и информационно-обучающего направлений (Т.Н. Волковская, И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, В.В. Ткачева, О.В. Югова и др.). Учитывая потребности ребенка с ВРГН младенческого и раннего возраста и специфику его развития, каждое занятие состояло из трех частей:

1. Беседа, направленная на формирование родительской компетенции.

2. Ознакомление с видами и формами взаимодействия с ребенком, способствующим его развитию по основным линиям – социальное, познавательное, доречевое/речевое, двигательное (Е.М. Мастюкова, О.Г. Приходько).

3. Обучение элементарным коррекционным приемам – стимулирующим, компенсаторным, тренировочным. Родители под руководством логопеда овладевали до/послеоперационным массажем верхней губы и нёба, упражнениями пассивной мимической и артикуляционной гимнастики, манипулятивными действиями в режимные моменты, выполнением артикуляционных, дыхательных и голосовых упражнений в игровой и подражательной форме, развивающими играми.

Родителям (законным представителям) детей с ВРГН – участникам ЭГ – предлагалось заполнять дневник ребенка. В него вносились анамнестические данные, сведения о социальной ситуации развития, достижения ребенка, трудности, с которыми сталкивались взрослые при выполнении предложенных заданий, вопросы к специалисту, комментарии логопеда (*приложение 4*). Работа с дневником организовывала родителей (законных представителей) ребенка и помогала логопеду отслеживать динамику проводимой работы.

Качество усвоения предложенной модели взаимодействия оценивалось по поведению родителей на консультативно-обучающих занятиях и на демонстрируемых ими видеоматериалах. В их действиях наблюдалось внесение новизны в занятия и игры с ребенком, самостоятельное объяснение ему задания или способа действия, управление его вниманием. Родители обращались за консультацией к специалисту по вопросам возрастных показателей развития, динамике коррекционного процесса, наполняемости занятий в домашних условиях и т.д.

На профилактическом этапе апробирована *программа ранней логопедической помощи детям с врожденными расщелинами губы и нёба,*

представленная на *рисунке 3*. Она составлена на основе анализа существующих теоретических и методических разработок в области коррекционно-развивающей помощи детям с ВРГН (Е.С. Алмазова, А.С. Балакирева, Л.И. Вансовская, Т.В. Волосовец, И.И. Ермакова, А.Г. Ипполитова, Н.В. Обухова, Г.Н. Соломатина, Г.В. Чиркиной и др.) и собственного практического опыта.



Рис. 3. Программа ранней логопедической помощи детям с ВРГН

Программа предусматривает начало коррекционного-развивающего воздействия с периода младенчества и активное участие в нем родителей под руководством компетентного специалиста. Необходимость такого воздействия обусловлена тем фактом, что имеющаяся тенденция к закреплению с возрастом патологических стереотипов дыхания, голосооформления и артикулирования отрицательно влияет на развитие произношения детей с врожденной нёбной патологией.

Программа включает прогнозирующие задачи, направления воздействия, коррекционные технологии, целевые ориентиры. Основная цель программы – обеспечение логопедом специализированной коррекционно-развивающей помощи детям с ВРГН первых трех лет жизни, основанной на семейно-центрированном подходе. Важнейшим условием качественной реализации коррекционных мероприятий, проводимых при активном участии родителей, является решение следующих задач:

1. Сформировать компетентность родителей (законных представителей) ребенка с ВРГН, которая способствует их активному и осознанному включению в процесс абилитации.
2. Создать условия для социального, познавательного, двигательного и речевого развития ребенка с врожденной нёбной патологией.
3. Стимулировать формирование нормативного произношения у ребенка с ВРГН с помощью применения коррекционных приемов, направленных на предупреждение или снижение степени проявления патологических дыхательных, голосооформительных и артикуляционных стереотипов.

Методологическим основанием осуществления коррекционно-развивающей работы служат принципы, определяющие отбор ее содержания, методов и приемов:

1. Принцип интеграции усилий ближайшего социального окружения – эффективность коррекционно-развивающей работы обеспечивается совместным воздействием специалистов и близкими ребенку взрослыми.

2. Принцип мотивации - наличие желания и стремления у родителей к выполнению рекомендаций, полученных от логопеда.

3. Принцип целостности – психолого-педагогическое взаимодействие в триаде «специалист – родитель – ребенок» подразумевает не только формирование у ребенка специальных умений, но и создание коррекционно-развивающей среды в домашних условиях.

4. Принцип развивающего характера – коррекционно-развивающая работа должна быть ориентирована на зону ближайшего развития ребенка.

5. Деятельностный принцип – коррекционно-развивающая работа осуществляется в контексте ведущей деятельности ребенка. Для детей первых лет жизни - это эмоциональное общение с близким взрослым, предметно-манипулятивная и игровая деятельность. Развитие и совершенствование всех функциональных систем ребенка первых лет жизни идет в процессе его совместной деятельности с эмоционально-значимыми взрослыми.

Программа предусматривает два коррекционно-развивающих направления – психокоррекционное и информационно-обучающее. Психокоррекционное направление нацелено на формирование информационной и мотивационной компетентности родителей (законных представителей) ребенка раннего возраста с ВРГН: формирование адекватных представлений о структуре нарушения; ознакомление с особенностями развития ребенка и системой абилитации; объяснение значимости активного и сознательного участия в процессе его социализации; формирование адекватных способов взаимодействия; гармоничных детско-родительских отношений и продуктивной модели семейного воспитания. Информационно-обучающее направление способствует повышению педагогического потенциала родителей. Это возможно с помощью поэтапного обучения

специальным технологиям, помогающим организовать в домашних условиях коррекционно-развивающую среду, которая стимулирует всестороннее развитие ребенка.

Для реализации принципов и направлений работы используются различные практические, наглядные и словесные методы и приемы обучения.

К практическим методам и приемам относятся массаж, пассивная мимическая и артикуляционная гимнастика, манипулятивные действия в режимные моменты, наглядно-действенный показ, игровая и подражательная формы артикуляционных, дыхательных и голосовых упражнений, игры.

Наглядные методы и приемы: рассматривание, прислушивание, наблюдение, действия, изучение предметов, качеств и явлений с помощью зрительных, тактильно-кинестетических, слуховых и комбинированных ощущений.

Словесные методы и приемы сопровождают любую форму взаимодействия взрослого и ребенка, формируют эмоциональный фон и развивают коммуникативную функцию речи. К ним относятся: разговор, повтор звука или звукокомплекса за ребенком и стимуляция ответной речевой реакции, игры с голосом, речевая инструкция.

Выполнение программы ранней логопедической помощи подразумевает ряд требований:

- взрослый специально организует взаимодействие только в игровой форме и в обстановке знакомой и комфортной для ребенка;
- ежедневное время коррекционно-развивающей работы и количество игровых приемов не фиксировано и зависит только от эмоционального и соматического состояния ребенка;
- коррекционно-развивающее воздействие должно быть систематичным и направленным на закрепление формируемых умений и навыков;
- активное вовлечение в процесс всего микросоциального окружения.

Содержание программы ранней логопедической помощи детям с ВРГН

Первое консультативно-обучающее занятие (0-6 месяцев).

Проводится при первичном обращении семьи в организацию, осуществляющую абилитацию ребенка с ВРГН. Как правило, это происходит в первые недели или месяцы жизни ребенка. В младенческом возрасте детям необходимо эмоциональное общение со взрослым, полноценное вскармливание и хороший гигиенический уход.

1. Беседа. Знакомясь с семьей, логопед устанавливает доверительные отношения с ее членами. Своим участием и заинтересованностью способствует смягчению стрессовой ситуации, связанной с рождением ребенка с ВРГН. Знакомит с содержанием и этапами абилитации, предполагаемыми сроками проведения оперативного лечения, сложностями кормления, сопутствующими и вторичными нарушениями развития, возможными проблемами социализации. Информировывает об особенностях познавательного и речевого развития ребенка. Демонстрируя видео- и аудиофрагменты индивидуальных занятий и речь детей, закончивших работу с логопедом, специалист формирует родительскую мотивацию на активное участие в абилитации, готовность самостоятельного, систематического выполнения рекомендаций по выработке и закреплению у ребенка необходимых умений и навыков. Логопед обучает родителей (как правило, маму) разным способам взаимодействия с ребенком и технологиям эмоционального общения.

2. Общие направления психолого-педагогической работы. Логопед объясняет родителям условия полноценного развития ребенка по основным линиям.

Социальное развитие: вызывание положительных эмоций ребенка в процессе общения с ним; улыбки в ответ на ласковое обращение близкого взрослого (матери); подражание мимике ребенка; развитие «комплекса оживления» при появлении взрослого, в ответ на ласковый тон голоса,

рассматривание игрушки. В общении с ребенком надо использовать все средства выразительности: голос, мимику, жесты. Родители должны позволять ребенку рассматривать и трогать свое лицо.

Познавательное развитие: зрительные ориентировочные реакции (фиксация и удержание взгляда на лице взрослого, на игрушке; прослеживание взглядом за движущейся игрушкой); слуховые ориентировочные реакции (прислушивание к разным по громкости звукам, поворачивание головы в сторону источника звука); действия с предметами (тянуть руки к игрушке, захватывать и удерживать ее, рассматривать предмет, зажатый в руке).

Доречевое развитие: эмоциональное озвучивание всех режимных моментов в течение дня; развитие понимания речи (показ и название предмета, стимуляция гуления (2-3 месяца) и лепета (5-6 месяцев) подкреплением и поощрением, подражательные эмоционально-выразительные речевые игры: длительное напевное произнесение гласных [а, у, о, и], ритмичные повторы одинаковых слогов *агу, гу, ку* и слогов сменяющимся гласным *га-гу, ка-ко, ма-му и т.п.*, повторение взрослым звука, произнесенного ребенком).

Двигательное развитие: общие двигательные навыки (поднимать и удерживать голову, поворачиваться); функциональные возможности кистей и пальцев рук (развивать направление руки к игрушке, приближение рук к лицу и их рассматривание; учить захвату игрушки и простым манипуляциям с ней; стимуляция тактильной чувствительности рук).

3. Обучение специальным коррекционным приемам.

Расщелина губы и нёба, рубцовые изменения после хирургического вмешательства, патологические функциональные стереотипы негативно влияют на естественный процесс формирования произносительной стороны речи детей с врожденной нёбной патологией. Предлагаемые родителям коррекционные приемы направлены на компенсацию имеющихся нарушений и стимуляцию движений органов артикуляции, дыхания и голосовых реакций.

А. Стимулирующие приемы: уход за полостью рта (гигиенические мероприятия); возможное сохранение и нормализация грудного вскармливания; манипуляции во время приема пищи (похлопывание по верхней и нижней губе ребенка во время кормления; поглаживание и пощипывание щек и подбородка для формирования кинестетической чувствительности в области лица; подтягивание груди/соски изо рта, активизирующее мышцы губ и кончика языка); манипуляции с соской (вызывание сосательного рефлекса, движение соски по губам и во рту: вытягивание, закладывание за щеки, касание языка, нёба); частое выкладывание ребенка в период бодрствования и между приемами пищи в позицию «лежа на животе или на боку» для предотвращения закрепления патологического положения языка.

Б. Компенсаторные приемы: возможный подбор/изготовление соски под вид расщелины; поддержание грудного отдела позвоночника во время кормления грудью; удерживание ребенка в вертикальном положении не менее 20-30 минут после приема пищи; исключение частых или быстрых изменений позиции тела вовремя или после кормления, избегание позиций, увеличивающих внутрибрюшное давление (детские сиденья, качели); определение оптимальной частоты кормления (2,5-3 часа); соблюдение консистенции пищи и норм введения прикорма в соответствии с педиатрическими нормативами для детей.

В. Тренировочные приемы: массаж верхней губы (дооперационный; послеоперационный в течение 6 месяцев): подушечками указательного или среднего пальцев проводим поглаживание, разминание (спиралевидное, надавливающее), растирание (спиралевидное, пилящее), вибрацию носогубных складок от крыльев носа к углам рта, всей области над верхней губой и ее рубцовой части; захватив верхнюю губу между подушечками большого и указательного пальцев проводим растирание, разминание, растяжение; массаж нёба (дооперационный; послеоперационный в течение 6

месяцев): подушечкой указательного пальца проводим поглаживание (прямое, круговое), разминание (надавливающее, пружинистое), растирание (прямое, спиралевидное), вибрацию области от альвеолярного отростка вглубь полости рта, от средней линии в стороны и по линии рубца (в течение дня рекомендовано 5-7 сеансов массажа общей продолжительностью 1-3 минуты); пассивные артикуляционные упражнения для губ: смыкание, вытягивание в трубочку, растягивание в улыбку; лакание, капельное питье и глотание тяжелых жидкостей (кисель, пудинг, пюре), облизывание ложек; облизывание губ и уголков рта (на основе вкусовых ощущений); мимические игры: открыть и закрыть глаза, нахмурить брови, улыбка, поцелуй и т.п.; развитие произносительных навыков: длительное напевное произнесение гласных [а, у, о, и] и их сочетаний; ритмичные повторы одинаковых слогов, доступных произнесению ребенка. Стимуляция артикулирования согласных раннего онтогенеза: взрослый смыкает и отпускает губы во время произнесения ребенком гласного - [п, б]; прижимает нижнюю губу к верхним зубам - [ф, в]; формирование ротового выдоха: взрослый во время выдоха или вокализации ребенка прикрывает его носовые ходы для формирования кинестезий от ротового выдоха на губах и резонирования ротовой полости.

Второе консультативно-обучающее занятие (6-12 месяцев)

1. Беседа. Специалист интересуется эмоциональным состоянием членов семьи, внутрисемейной атмосферой. Обсуждаются проблемы психологического и социального характера, ситуации, вызывающее напряжение, тревогу и другие негативные эмоции. Родителям предлагают переключиться с переживаний, вызванных особенностями ребенка на деятельность, направленную на их преодоление. Логопед интересуется достижениями ребенка, обязательно хвалит маму, выясняет трудности выполнения тех или иных коррекционных приемов, с которыми столкнулись родители в первые полгода жизни ребенка, объясняет выполнение новых.

2. Общие направления психолого-педагогической работы.

Социальное развитие. Учим дифференцировать знакомых и незнакомых людей, радоваться приходу близкого взрослого; узнавать свое имя; различать и адекватно реагировать на мимику и голос взрослого (интерес, удовольствие, радость, внимание, обида), знакомые мелодии и песенки; подражать мимике, жестам и игровым действиям («Ладушки», «Сорока-ворона», «Ку-ку!» и т.п.); проявлять интерес к детям и их игре. Учим тянуть руки к бутылочке, с помощью взрослого пить из чашки; держать в руке, подносить ко рту, сосать, грызть, откусывать и жевать твердую пищу (сушку, печенье, хлеб).

Познавательное развитие. Учим брать игрушку из рук взрослого, держать в кулачке, рассматривать; выполнять неспецифические действия с предметами (стучать игрушкой, трясти ее, переключать из одной руки в другую, размахивать, отодвигать, тянуть в рот, сосать, отпускать, бросать); специфические действия (сжатие-разжатие резиновой игрушки, потряхивание погремушкой, отталкивание подвешенных игрушек, бросание мяча).

Доречевое развитие. Понимание обращенной речи: учим реагировать на имена близких взрослых, названия знакомых предметов и игрушек, простые инструкции («на», «дай» и т.п.), слова «нельзя», «можно»; указывать на 1-2 части тела. Речевая активность: стимуляция лепета за счет самоподражания, подражания взрослому, лепетных слов «ма-ма», «ля-ля», «ко-ко», звукоподражаний (подражание знакомым звукам и крикам животных).

Двигательное развитие. Общая моторика: учим ползать; самостоятельно сидеть; вставать; переступать, держась за опору; ходить; залезать на возвышение и сползать. Функциональные возможности кистей и пальцев рук: учим брать и удерживать предмет, а также координированным движениям пальцев рук (захват щепотью).

3. Обучение специальным коррекционным приемам.

А. Стимулирующие приемы: те же.

Б. Компенсаторные приемы: те же.

В. Тренировочные приемы:

- Артикуляционные: массаж верхней губы и нёба выполняют по показаниям; массаж языка: детской зубной щеткой, щеткой или напальчником для массажа десен во время прорезывания зубов совершают поглаживающие, выметающие, похлопывающие и вибрационные движения от корня языка к кончику и по его боковым краям (2-3 сеанса в день по 1-3 минуты); пассивные и активные (подражание) упражнения для губ: смыкание, вытягивание в трубочку, растягивание в улыбку; удерживание губами соски при вытягивании ее изо рта; вибрация губами; выплевывание; упражнения для языка: по подражанию – «болтушка», цоканье кончиком языка; на основе вкусовых ощущений – лакание, облизывание тарелок, ложек; облизывание губ и уголков рта; упражнения для мышц мягкого нёба и стенок глотки: надувание щек; капельное питье и глотание тяжелых жидкостей (кисель, пудинг, пюре); мимические игры: открыть и закрыть глаза, нахмурить брови, улыбка, поцелуй и т.п.

- Дыхательные: задуть огонек свечи; понюхать ароматный предмет.
- Голосовые: длительное напевное произнесение гласных [а, у, о, и] и их сочетаний; пропевание гласных на разной высоте и с разной силой голоса.
- Произносительные: ритмичные повторы одинаковых слогов, доступных произнесению ребенка. Стимуляция артикулирования согласных раннего онтогенеза: взрослый смыкает и отпускает губы во время произнесения ребенком гласного - [и, ё]; прижимает нижнюю губу к верхним зубам - [ф, в]. Во время выдоха или вокализации прикрывают носовые ходы ребенка для формирования кинестезий от ротового выдоха на губах и резонирования ротовой полости.

Ведущей деятельностью ребенка одного – трех лет становится предметная деятельность: усвоение способов функционального использования предметов (например, есть ложкой, катать мяч, садиться на

стул, рисовать карандашом и т.п.). В этом возрасте идет интенсивное развитие речи и общения.

Третье консультативно-обучающее занятие (1 год – 1 год 6 месяцев)

1. Беседа. Специалист совместно с родителями определяет значимые для семьи на данный момент проблемы психологического, соматического и социального характера. Выясняет сформированность у членов семьи интереса к развитию ребенка. Обсуждает его достижения, подчеркивая компетентность мамы и подкрепляя ее чувство успешности. Выявляет возникшие сложности в овладении ребенком отработываемыми умениями и навыками, объясняет и показывает новые коррекционные приемы. В завершении совместно выстраиваются стратегии дальнейшей коррекционно-развивающей работы.

2. Общие направления психолого-педагогической работы.

Социальное развитие. Учим подражать невербальным средствам общения и социально значимым жестам и мимике; проявлять интерес к результату от предметных действий, совершенных самостоятельно, и к действиям и играм других детей. Учим пить из чашки, держать ложку; навыкам самообслуживания.

Познавательное развитие. Учим сравнивать предметы по цвету, форме, величине; собирать матрешку, пирамидку без учета величины; строить башню из кубиков; подражать бытовым действиям взрослого; рассматривать предметные картинки.

Речевое развитие. Понимание речи: учим показывать в реальности и на картинке игрушки, предметы обихода, части лица и тела, посуду, одежду; понимать слова, обозначающие действия и простые бытовые ситуации (гулять, умываться, катать и т.п.); понимать фразы, сопровождающие простые действия (машина гудит «би-би», мишка идет «топ-топ», молоток стучит «тук-тук» и т.п.); выполнять простые речевые инструкции («принеси», «найди», «пей» и т.д.); слушать стихотворения, песенки, потешки. Активная речь: учим звукоподражаниям, простым по звуковому составу словам; стимулируем

появление полноценных слов, двухсловной фразы; просим отвечать на вопросы по картинке и в реальности «кто это?», «что это?».

Двигательное развитие. Общая моторика: учим ходить, приседать, наклоняться, перешагивать через препятствия, подниматься по лесенке, садиться на стул. Функциональные возможности кистей и пальцев рук: учим движениям рук вверх, в стороны, вперед; шевелить пальцами и кистями рук; бросать мяч; захватывать предмет, используя большой палец.

3. Обучение специальным коррекционным приемам.

- Артикуляционные: массаж верхней губы и нёба выполняют по показаниям; массаж языка; пассивные и активные (подражание) упражнения для губ: смыкание, вытягивание в трубочку, растягивание в улыбку; удерживание в предверии полости рта ограничителя от соски при вытягивании ее изо рта; вибрация губами; выплевывание с губ мелких крошек, семечек; упражнения для языка: по подражанию – «болтушка», цоканье кончиком языка; на основе вкусовых ощущений – лакание, облизывание тарелок, ложек; облизывание губ и уголков рта; слизывание кончиком языка капель густой жидкости; выталкивание кончиком языка зубной щетки из-за щек; покусывать язык зубами; похлопывать язык губами; упражнения для мышц мягкого нёба и стенок глотки: надувание щек; капельное питье и глотание тяжелых жидкостей (кисель, пудинг, пюре); широкое открывание рта с высунутым языком; мимические игры: открыть и закрыть глаза, прищуриваться, подмигивать; нахмурить брови, улыбка, поцелуй и т.п.

- Дыхательные: глубокий вдох носом – понюхать ароматный предмет; несколько коротких вдохов-выдохов через нос – «пыхтим как ежик»; несколько коротких вдохов-выдохов через рот с высунутым языком – «дышим как собачка»; длительный выдох через рот – «греем ладошки»; задуть огонек свечи; сдувать ватку, перышки и т.п.; дуть в воду через трубочку; надувать мыльные пузыри.

- **Голосовые:** длительное пропевание на одном выдохе гласных [а, о, э, у, и] и различных их сочетаний; интонированное пропевание гласных: [а-а-а] – качаем куклу, [о-о-о] – плачет зайка; [э-э-э] – ворчит мишка; [у-у-у] – летит самолет; [и-и-и] – пищит птенец; [а-у] – заблудились в лесу; [и-а] – кричит ослик; [у-и] – гудит машина и т.п.

- **Произносительные:** ритмичные повторы одинаковых слогов, доступных произнесению ребенка. Стимуляция артикулирования согласных раннего онтогенеза: взрослый смыкает и отпускает губы во время произнесения ребенком гласного - [п, б]; прижимает нижнюю губу к верхним зубам - [ф, в]. Во время выдоха или вокализации прикрывают носовые ходы ребенка для формирования кинестезий от воздушной струи на губах и резонирования ротовой полости.

- **Развитие фонематического восприятия:** игры на распознавание звучащих предметов; установление ассоциаций между звуками/звукокомплексами и предметами или картинками.

Четвертое консультативно-обучающее занятие (1 год 6 месяцев – 2 года)

1. Беседа. В этот период родители часто сталкиваются с реакцией окружающих на внешность ребенка, так как он начинает больше контактировать в социуме (детские площадки, развивающие занятия и т.п.). В связи с этим специалист должен помочь выработать членам семьи адекватное ролевое поведение (модели отреагирования на различные ситуации). Совместно определяются значимые на данный момент проблемы и формулируются способы их преодоления. Логопед консультирует родителей по поводу возможностей и форм общеразвивающих занятий. Обучает использованию элементов психокоррекционных приемов: сказкотерапии, музыкотерапии, вокалотерапии, арттерапии, ауто-суггестии (навыки релаксации). Обсуждаются успехи ребенка в овладении артикуляционными,

голосовыми и дыхательными умениями и идет знакомство с новыми коррекционными приемами.

2. Общие направления психолого-педагогической работы.

Социальное развитие. Учим взаимодействию со взрослыми и ровесниками; сопровождению предметных и игровых действий невербально и вербально; адекватной реакции на просьбы «убери игрушки», «можно», «нельзя», «хорошо», «плохо»; воспроизводить бытовые действия (подмести, протереть и т.п.); самостоятельно пить из чашки, есть густую и полужидкую пищу; навыкам самообслуживания (раздеваться, умываться, вытираться, контролировать физиологические потребности).

Познавательное развитие. Учим различать цвет (красный, желтый, зеленый, синий), форму (шар, кубик, кирпич), величину (большой, маленький); собирать пирамидку из 2-3-х колец, матрешку и другие вкладыши); знакомим с функциональным назначением игровых и бытовых предметов и действием с ними; учим процессуальным действиям с сюжетными игрушками (кормить куклу; катать машину и т.п.); выполнять простые постройки из строительного материала; складывать разрезную картинку из 2-х частей; показывать предметы на картинке, используя указательный жест; понимать простой сюжет на картинке; отвечать на вопросы: «кто это?», «что это?», «где?», «что делает?».

Речевое развитие. Развитие понимания обращенной к ребенку речи: учим показывать на предметы и игрушки; называть цвет (красный, желтый, зеленый, синий), размер (большой, маленький), форму (кубик, шар, кирпичик, крыша-призма); учим понимать слова, обозначающие способы передвижения животных (летает, бежит, прыгает) и их голосовые реакции (мяукает, лает, гогочет), способы передвижения человека (идет, бежит) и его действия (стирает, моет, подметает); понимать смысл предложений; выполнять двухступенчатую инструкцию («возьми мячик и отнеси папе», «подними куклу и покачай ее» и т.п.) и инструкцию со словами, обозначающими

признаки предметов («дай маленький мяч», «возьми синий кубик», «принеси чистую ложку»; показывать на себя в ответ на вопрос: «где (имя ребенка)?»; понимать значение предлогов *на, под, в*; различать неречевые звуки (музыкальные инструменты).

Развитие активной речи: стимулируем замену звукоподражаний полными словами; учим называть предметы, их назначение, состояние людей, использовать существительные, глаголы, прилагательные; правильно употреблять местоимения (*я, ты, мне*), наречия (*там, туда*), предлоги (*в, на, под*); использовать 2-3словные фразы; отвечать на понятные вопросы: «кто это?», «что это?», «что делает?» (в реальной ситуации и по картинке); договаривать последние слова знакомых стихов и песенок.

Двигательное развитие. Развитие общей моторики: учим ходить прямо, по кругу, огибая предметы; подниматься и спускаться по лестнице; влезать на диван, стул, спускаться на пол; подпрыгивать на двух ногах.

Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук: учим удерживать мяч двумя руками, бросать его вверх и вперед, скатывать с горки; выполнять тонкие действия с предметами.

3. Обучение специальным коррекционным приемам.

- Артикуляционные: массаж верхней губы и нёба выполняют по показаниям; массаж языка; пассивные и активные (подражание) упражнения для губ: смыкание, «улыбка», «трубочка», их чередование; удерживание в предверии полости рта ограничителя от соски при вытягивании ее изо рта; вибрация губами; выплевывание с губ мелких крошек, семечек; упражнения для языка: по подражанию – «болтушка», цоканье кончиком языка; на основе вкусовых ощущений – лакание, облизывание тарелок, ложек; облизывание губ и уголков рта; слизывание кончиком языка капель густой жидкости; выталкивание кончиком языка зубной щетки из-за щек; покусывание языка зубами; похлопывание языка губами; выплевывание семечки с кончика языка; упражнения для мышц мягкого нёба и стенок глотки: одновременное и

попеременное надувание щек; капельное питье и глотание тяжелых жидкостей (кисель, пудинг, пюре); широкое открывание рта с высунутым языком; полоскание горла; мимические игры: открыть и закрыть глаза, прищуриваться, подмигивать; нахмурить брови, улыбка, поцелуй и т.п.

- Дыхательные: тренировка носового дыхания: глубокий вдох носом – понюхать ароматный предмет; несколько коротких вдохов-выдохов через нос – «пыхтим как ежик»; удерживать во рту жидкость; тренировка ротового выдоха: несколько коротких вдохов-выдохов через рот с высунутым языком – «дышим как собачка»; длительный выдох через рот – «греем ладошки»; задуть огонек свечи; сдувать ватку, перышки и т.п.; дуть в воду через трубочку; надувать мыльные пузыри.

- Голосовые (следим, чтобы ребенок широко открывал рот и удерживал язык у нижних резцов): длительное пропевание на одном выдохе гласных [а, о, э, у, и] и различных их сочетаний; интонированное пропевание гласных: [а-а-а] – качаем куклу, [о-о-о] – плачет зайка; [э-э-э] – ворчит мишка; [у-у-у] – летит самолёт; [и-и-и] – пищит птенец; [а-у] – заблудились в лесу; [и-а] – кричит ослик; [у-и] – гудит машина и т.п.; произнесение [а, э] на твердой атаке.

- Произносительные: уточняем артикуляцию доступных согласных звуков [м, н, ф, в, п, б, к, г, х, й], пропевая их в интервокальной позиции; повторы слогов с постепенным увеличением их количества: ма-ма, ма-ма-ма, ма-ма-ма-ма и т.п.; повторы слогов с разными гласными: ма-му, ма-мэ, ма-му-ми и т.п.; повторы слогов с разными согласными, доступными правильному произнесению ребёнка: ма-на, ма-ба, ба-на, па-ка и т.п.

- Развитие фонематического восприятия: игры на распознавание звучащих предметов; установление ассоциаций между звуками / звукокомплексами и предметами или картинками; учим ребенка показывать названный предмет на картинках со словами-паронимами; ребенок

договаривает последнее слово в строке знакомого стихотворения или песенки - «подскажи словечко».

Пятое консультативно-обучающее занятие (2 года – 2 года 6 месяцев)

1. Беседа. К этому периоду родители должны активно задавать вопросы, связанные с общим развитием ребенка, что говорит о их вовлеченности в коррекционный процесс. Определяются успехи ребенка в овладении приемами дыхания, голосооформления, артикулирования, обсуждаются новые задания. Мама приводит примеры взаимодействия ребенка с другими детьми, со взрослыми. Совместно обсуждаются имеющиеся трудности и определяется стратегия их преодоления.

2. Общие направления психолого-педагогической работы.

Социальное развитие. Учим различать свои эмоциональные ощущения («больно», «горячо», «холодно», «красиво»); играть рядом со сверстниками, отстаивать свою собственность (игрушки); помогать в работе по дому; самостоятельно пить из чашки, есть ложкой полужидкую и жидкую пищу; расстегивать одежду, обуваться; запоминать место хранения одежды, игрушек, книг; следить за своей чистотой.

Познавательное развитие. Учим различать 4-5 цветов, величины одного предмета (большой – маленький – поменьше – побольше), собирать пирамидки из 4-5-ти колец, 3-хместную матрешку и кубики-вкладыши, сортировать предметы по цвету, форме, величине; конструировать по образцу из 3-х элементов; складывать разрезную картинку из 3-х частей; выполнять процессуальные действия (в машину нагружать и разгружать кубики, в коляске катать куклу и т.п.); убирать предмет в нужное место; играть в лото (парные карточки); видеть отдельные элементы рисунка в книге.

Речевое развитие. Развитие понимания обращенной к ребенку речи: учим понимать слова-состояния (мокрый, сухой), слова-настроения (испугался, плачет, смеется), слова-местоположения (здесь, там, далеко, близко), временные (сейчас) и количественные (один и много) отношения;

способы питания (грызет, лакает, клюет); понимать короткий рассказ о знакомых событиях («что делали на улице»); выполнять по слову разные действия с предметами; имитировать действия людей и движения животных («походи как медвежонок», «попрыгай как зайчик»); выбирать одинаковые предметы; распознавать множественное число существительных; местоимения *его, ее, я, ты*; понимать предложно-падежные конструкции с предлогами *из, за, у, с*; различать голоса близких («кто тебя позвал?»).

Развитие активной речи: обогащаем словарь существительными (названия игрушек, предметов личной гигиены, одежды, обуви, посуды, мебели, спальных принадлежностей, транспорта, овощей, фруктов, домашних животных и их детенышей); глаголами (трудовые действия, действия, противоположные по значению, действия, характеризующие взаимоотношения людей и их эмоциональное состояние людей; прилагательными (цвет, форма, величина, вкус, температура); стимулируем речевое общение со сверстниками и взрослыми; учим задавать вопросы; договаривать четверостишия в знакомых стихах, подпевать.

Двигательное развитие. Развитие общей моторики: учим подниматься и спускаться по лестнице; удерживать равновесие при ходьбе по доске, лежащей на земле; менять ходьбу на бег; бегать семенящим шагом; перешагивать через препятствия, ходить на носочках.

Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук: учим ловить мяч, удерживать его одной рукой; развиваем координированные движения рук и тонкие движения кончиков пальцев.

3. Обучение специальным коррекционным приемам.

- Артикуляционные: массаж верхней губы и нёба выполняют по показаниям; массаж языка; пассивные и активные (подражание) упражнения для губ: смыкание, «улыбка», «трубочка», их чередование; удерживание в предверии полости рта ограничителя от соски при вытягивании ее изо рта; вибрация губами; выплевывание с губ мелких крошек, семечек; упражнения

для языка: по подражанию – «болтушка», цоканье кончиком языка; на основе вкусовых ощущений – лакание, облизывание тарелок, ложек; облизывание губ и уголков рта; слизывание кончиком языка капель густой жидкости; выталкивание кончиком языка зубной щетки из-за щек; покусывание языка зубами; похлопывание языка губами; выплевывание семечки с кончика языка; кончиком языка попеременно упираться в щеки; упражнения для мышц мягкого нёба и стенок глотки: одновременное и попеременное надувание щек; капельное питье и глотание тяжелых жидкостей (кисель, пудинг, пюре); широкое открывание рта с высунутым языком; полоскание горла; зевание с закрытым ртом; мимические игры: открыть - закрыть глаза, прищуриться, подмигивать; нахмурить брови, поднять - опустить брови; сморщить лицо; улыбнуться; изобразить поцелуй и т.п.

- Дыхательные: тренировка носового дыхания: глубокий вдох носом – понюхать ароматный предмет; несколько коротких вдохов-выдохов через нос – «пыхтим как ежик»; удерживать во рту жидкость; тренировка ротового выдоха: несколько коротких вдохов-выдохов через рот с высунутым языком – «дышим как собачка»; длительный выдох через рот – «греем ладошки»; задуть огонек свечи; сдувать ватку, перышки и т.п.; дуть в воду через трубочку; надувать мыльные пузыри.

- Голосовые (следим, чтобы ребенок широко открывал рот и удерживал язык у нижних резцов): длительное пропевание на одном выдохе гласных [а, о, э, у, и] и различных их сочетаний; интонированное пропевание гласных: [а-а-а] – качаем куклу, [о-о-о] – плачет зайка; [э-э-э] – ворчит мишка; [у-у-у] – летит самолёт; [и-и-и] – пищит птенец; [а-у] – заблудились в лесу; [и-а] – кричит ослик; [у-и] – гудит машина и т.п.; произнесение [а, э] на твердой атаке.

- Произносительные: уточняем артикуляцию доступных согласных звуков [м, н, ф, в, п, б, т, д, к, г, х, й], пропевая их в интервокальной позиции; повторы слогов с постепенным увеличением их количества: ма-ма, ма-ма-ма,

ма-ма-ма-ма и т.п.; повторы слогов с разными гласными: *ма-му, ма-мэ, ма-му-ми* и т.п.; повторы слогов с разными согласными, доступными правильному произнесению ребёнка: *ма-на, ма-ба, ба-на, па-ка* и т.п.

- Развитие фонематического восприятия: игры на распознавание звучащих предметов; установление ассоциаций между звуками / звукокомплексами и предметами или картинками; учим ребенка показывать названный предмет на картинках со словами-паронимами; ребенок договаривает последнее слово в строке знакомого стихотворения или песенки - «подскажи словечко».

Шестое консультативно-обучающее занятие (2 года 6 месяцев – 3 года)

1. Беседа. Эта встреча завершает программу ранней логопедической помощи. Родители описывают достижения ребенка, трудности, с которыми они сталкиваются в процессе его социализации, проблемы эмоционального характера, межличностных отношений и внутрисемейной атмосферы. Совместно со специалистом определяется стратегия дальнейшего коррекционно-развивающего воздействия, направленного на формирование произносительной стороны речи, общее развитие ребенка и его подготовку к посещению ДОО.

2. Общие направления психолого-педагогической работы.

Социальное развитие. Учим эмоциональному отношению к событиям; тактильно-эмоциональным и речевым способам выражения привязанности; сочувствию к плачущему ребенку, пожилому человеку; бережному отношению к животным и растениям; избегать опасности; помогать в бытовых делах; самостоятельно пить и есть любую пищу; раздеваться и одеваться; правилам опрятности.

Познавательное развитие. Учим сортировать предметы по цвету (4-6 вариантов), форме и размеру; собирать пирамидку из 4-5-ти колец, 4-хместную матрешку, кубики-вкладыши, «почтовый ящик»; выстраивать по росту однородные предметы; конструировать по образцу из 4-5-ти деталей

конструктора, складывать разрезную картинку из 3-4-х частей; видеть сюжет картинки («Что мальчик моет?» «Что девочка рисует?» «На чем девочка сидит?»); предметно-игровым действиям (кормить, причесывать, одевать куклу; строить гараж для машины и т.п.); распознавать вес, фактуру, температуру предметов; элементарным математическим представлениям «один – много – мало».

Речевое развитие. Развитие понимания обращенной к ребенку речи: учим слушать и понимать небольшой рассказ о знакомых событиях; выбирать из нескольких картинок необходимые («что к чему подходит»: игрушки, животные, одежда, мебель, посуда, фрукты); выполнять сложные речевые инструкции; различать единственное и множественное число глаголов; понимать значение глаголов с приставками; предложно-падежные конструкции (по, до, над, через, около, перед). Развитие активной речи: учим согласовано употреблять прилагательные, местоимения, предлоги, наречия; повторять несложные фразы, состоящие из 2-4-х слов; отвечать на вопросы и задавать их; сопровождать речь предметно-игровые и бытовые действия; рассказывать об изображенном на картинке, о новой игрушке, о событиях из личного опыта; договаривать и произносить целые четверостишия в знакомых стихах, подпевать.

Двигательное развитие. Развитие общей моторики: учим подпрыгивать на одной ноге; выполнять упражнения под читаемое стихотворение; играть в подвижные игры («догоню-догоню», футбол и т.п.). Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук: учим бросать мяч в горизонтальную цель; ловить мяч с близкого расстояния; нанизывать крупные бусины на шнурок.

3. Обучение специальным коррекционным приемам.

- Артикуляционные: массаж верхней губы, нёба (по показаниям) и языка; пассивные и активные (подражание) упражнения для губ: «улыбка», «трубочка», их чередование; удерживание в предверии полости рта

ограничителя от соски при вытягивании ее изо рта; вибрация губами; выплевывание с губ мелких крошек, семечек; упражнения для языка: по подражанию - «болтушка», «качели», «часики», «лошадка», «вкусное варенье»; облизывание тарелок, ложек, слизывание кончиком языка капель густой жидкости; выталкивание кончиком языка зубной щетки из-за щек; покусывание языка зубами; похлопывание языка губами; выплевывание семечки с кончика языка; кончиком языка попеременно упираться в щеки; упражнения для мышц мягкого нёба и стенок глотки: одновременное и попеременное надувание щек; капельное питье и глотание тяжелых жидкостей (кисель, пудинг, пюре); широкое открывание рта с высунутым языком; полоскание горла; зевание с закрытым ртом; мимические игры: открыть – закрыть глаза, прищуриться, подмигивать; нахмурить брови, поднять – опустить брови; сморщить лицо; улыбнуться; изобразить поцелуй и т.п.

- Дыхательные: тренировка носового дыхания: глубокий вдох носом - понюхать ароматный предмет; несколько коротких вдохов-выдохов через нос – «пыхтим как ежик»; удерживать во рту жидкость; тренировка ротового выдоха: несколько коротких вдохов-выдохов через рот с высунутым языком – «дышим как собачка»; длительный выдох через рот – «греем ладошки»; задуть огонек свечи; сдувать ватку, перышки и т.п.; дуть в воду через трубочку; надувать мыльные пузыри; дуть холодным ветерком в пузырек / трубочку губами, кончиком языка.

- Голосовые (следим, чтобы ребенок широко открывал рот и удерживал язык у нижних резцов): длительное пропевание на одном выдохе гласных [а, о, э, у, и] и различных их сочетаний; интонированное пропевание гласных: [а-а-а] – качаем куклу, [о-о-о] – плачет зайка; [э-э-э] – ворчит мишка; [у-у-у] – летит самолет; [и-и-и] – пищит птенец; [а-у] – заблудились в лесу; [и-а] – кричит ослик; [у-и] – гудит машина и т.п.; произнесение [а, э] на твердой атаке.

- Произносительные: уточняем артикуляцию доступных согласных звуков [м, н, ф, в, п, б, т, д, к, г, х, й], пропевая их в интервокальной позиции; на одном выдохе пропеваем серию слогов с правильно артикулируемыми согласными: *па-пэ-пы-по-пу; фа-фэ-фы-фо-фу; ма-мэ-мы-мо-му* и т.д.; повторы слогов с постепенным увеличением их количества: *ма-ма, ма-ма-ма, ма-ма-ма-ма* и т.п.; повторы слогов с разными гласными: *ма-му, ма-мэ, ма-му-ми* и т.п.; повторы слогов с разными согласными, доступными правильному произнесению ребенка: *ма-на, ма-ба, ба-на, па-ка* и т.п.
- Развитие фонематического восприятия: игры на распознавание звучащих предметов; установление ассоциаций между звуками/звукокомплексами и предметами или картинками; учим ребенка показывать названный предмет на картинках со словами-паронимами; ребенок договаривает последнее слово в строке знакомого стихотворения или песенки - «подскажи словечко».

Апробированная программа ранней логопедической помощи, которая осуществляется в системе абилитации детей с ВРГН на основе семейно-центрированного подхода, требует сформированности определенной компетентности логопеда, необходимой при данном виде его профессиональной деятельности. Основная цель специалиста состоит в умении организовать логопедическое воздействие, которое обеспечивается знаниями о специфике абилитации, этиологии и патогенезе речи детей с ВРГН, адекватных коррекционно-развивающих технологиях, навыками психокоррекционного и информационно-обучающего взаимодействия с микросоциальным окружением ребенка. Логопед должен владеть приемами оптимизации физиологического и речевого дыхания, нормализации баланса резонирования, улучшения функциональных возможностей мышц артикуляционного аппарата ребенка раннего возраста с ВРГН, а также осознанно-мотивированного включения родителей в коррекционный процесс, что способствует продуктивному сотрудничеству с семьей.

Компетенция логопеда в решении задач информационно-обучающего направления заключается:

- в информировании родителей о причинах возникновения анатомического дефекта, особенностях развития детей с расщелиной, этапах абилитации (предполагаемое время проведения хейлопластики, уранопластики и пр.);

- в рекомендациях по уходу за ребенком: кормление, подбор соски, уход за ротовой полостью, прогулки;

- в обучении приемам массажа верхней губы, твердого и мягкого нёба, языка, начальным артикуляционным упражнениям, дыхательной и голосовой гимнастики;

- в ознакомлении со способами развития сенсомоторной сферы: правильной организацией рабочего пространства, видами коррекционно-развивающей работы (дидактические игры и упражнения, создание развивающей среды, спонтанное обучение, занятие).

Компетенция логопеда в решении задач психокоррекционного направления реализуется в результате знакомства с семьей ребенка, помощи в смягчении или снятии стрессовой ситуации, снижении беспокойства и эмоционального напряжения из-за переживаний о будущем ребенка. Специалист помогает взрослым создать в семье комфортную для развития ребенка среду, выявляет, раскрывает и поддерживает положительные личностные качества родителей, необходимые для успешного сотрудничества с ребенком, формирует уверенный и спокойный стиль воспитания. В ходе беседы с родителями логопед демонстрирует им свою готовность к совместной работе, заинтересованность в успехе, уверенность в эффективности коррекционного процесса и в том, что существующая ситуация не является наказанием и приговором ребенку и его семье.

В рамках психокоррекционного направления членов семьи знакомят с оптимальной моделью взаимодействия с ребенком раннего возраста:

- безусловное принятие ребенка: поощрение, похвала, демонстрация положительных эмоций, отсутствие критики, осуждения, позитивное ограничение, удовлетворение потребностей, положительный образ будущего;
- совместность действий: следование за интересами ребенка, предоставление ему выбора, привлечение и поддержание внимания ребенка к игрушкам и занятиям.

По объему помощи программа предполагает систематическое сопровождение ребенка с ВРГН и его семьи, которое по форме может быть очным, очно-заочным и дистанционным. Программа может быть реализована в организациях здравоохранения, образования и социальной защиты, а также в условиях семьи. Предусмотрено использование следующих форм организации взаимодействия логопеда с семьей ребенка с ВРГН: очная (консультации, консультативно-обучающие занятия, тренинги, мастер-классы); заочная (дневники наблюдений за развитием ребенка (*приложение б*), тетради с заданиями для домашнего выполнения, специальная литература, оформление информационного стенда, интернет-ресурсы); дистанционная (телефонная связь, электронная почта, онлайн-консультирование). Все формы взаимодействия носят консультативно-рекомендательный, лекционно-просветительский или практический характер.

Программа ранней логопедической помощи детям с ВРГН и их семьям, которая реализуется на профилактическом этапе работы, направлена на достижение следующих целевых ориентиров:

- продуктивное взаимодействие родителей (законных представителей) ребенка с логопедом и их активное включение в абилитацию путем постепенного формирования системы необходимых теоретических знаний и практических умений и навыков общения, обучения и воспитания детей;

- подготовленность ребенка к основному этапу логопедической работы по формированию произношения, повышение ее эффективности и снижение длительности коррекционного периода;
- восстановление баланса резонирования в тембре голоса ребенка по результатам работы над дыханием и акустическими характеристиками голоса;
- нормативная артикуляция звуков раннего онтогенеза, вследствие активизации мышц артикуляционного аппарата и развития дифференцированных кинестетических ощущений.

3.2 Основной этап логопедической работы по формированию произношения детей с врожденными расщелинами губы и нёба

Для оценки эффективности апробированной программы ранней логопедической помощи детям с ВРГН и их семьям мы провели контрольное исследование, которое включило:

- оценку общего речевого развития участников экспериментальной группы (ЭГ – 58 детей), а также детей контрольной группы (КГ – 50 дошкольников), не прошедших профилактический этап ранней логопедической помощи. Возраст детей составил 4,6 - 5 лет, что обусловлено целесообразностью проведения коррекции звукопроизношения и тембра голоса именно в этот период;
- выделение на основе научных данных показателей дыхания, голоса, состояния мышц артикуляционного аппарата и звукопроизношения, определяющих особенности произношения детей, изучение и анализ их состояния у детей ЭГ и КГ;
- проведение основного этапа логопедической работы по формированию произношения детей ЭГ и КГ и оценка ее эффективности. Вариативность нарушений произношения детей определила выбор дифференцированного логопедического воздействия. Коррекционные приемы

были направлены на устранение выявленных патологических изменений дыхания, голоса и артикуляции.

По итогам проведенной работы сделан вывод о значении профилактического этапа ранней логопедической помощи на содержание и продолжительность основного этапа логопедической работы по формированию произношения детей с ВРГН.

3.2.1 Организация и методика изучения речи детей экспериментальной и контрольной групп

Для определения состояния речевого развития детей с различными видами ВРГН пятого года жизни, прооперированных в возрасте до 3-х лет, как участвующих в профилактическом этапе ранней логопедической помощи (ЭГ), так и не получавших раннюю логопедическую помощь (КГ) мы провели логопедическое экспресс-обследование. Технология его организации соответствовала методике, описанной О.Е. Грибовой (2005). Также мы пользовались отдельными приемами, предложенными Т.Н. Волковской (2009) и Г.Н. Соломатиной (2005).

Обследование проводилось в кабинете логопеда в первой половине дня, в индивидуальной форме и в присутствии родителей ребенка. В ходе процедуры мы ориентировались на следующие принципы и подходы:

- принцип индивидуального и дифференцированного подхода – отбор заданий, их формулировки и наполнение вербальным и невербальным материалом соотносились с уровнем реального психоречевого развития ребенка и учитывали специфику его социального окружения и личностного развития;

- коммуникативный подход;

- принцип наглядности.

Дидактический материал отбирался в рамках нормативов, характеризующих возрастной период (пятый год жизни) и социальное окружение. В его качестве использовались реальные объекты действительности, игрушки, сюжетные и предметные картинки, устно предъявляемый вербальный материал. Обследование проводилось таким образом, чтобы в рамках одного задания можно было оценить несколько компонентов речи (например, грамматический строй и словарный запас, звукопроизношение и слоговую структуру слова и т.п.).

После установления эмоционального контакта с ребенком ему предлагалось рассмотреть сюжетную картинку «Наша семья» и ответить на следующие вопросы:

1. Кто изображен на этой картине?
2. Как можно назвать их одним словом?
3. Как ты думаешь, какое время суток изображено на этой картине?
Почему?
4. Назови всех членов семьи.
5. Чем они занимались до того, как собрались вместе?
6. Чем заняты члены семьи сейчас?
7. Какое настроение у взрослых и детей?
8. Какая это семья? (большая, дружная, веселая...)
9. Что еще изображено на картине?
10. Какое название можно дать этой картине?

Далее ребенка просили составить рассказ по данной картинке.

Анализируя коммуникативные навыки ребенка и его высказывания в диалоге, мы обращали внимание на особенности общения и специфику использования лингвистических и паралингвистических средств. Изучая монологическую *связную речь*, мы фиксировали особенности построения текста и использование грамматических средств.

Наблюдая за *грамматическим оформлением* высказывания, мы оценивали правильность структуры предложения; характер использования падежных форм существительных и употребления рода различных частей речи; форм единственного и множественного числа; правильность согласования различных частей речи; степень владения навыками словообразования и словоизменения.

Определяя *словарный запас* ребенка, мы отмечали соответствие его объема возрастным нормам и потребностям высказывания, адекватность использования, смысловое наполнение и точность лексики.

Для определения сформированности *слоговой структуры* детям предлагалось отраженно повторить группу слов (*снег, танк, клей; веник, тыква, компот, кнопка, свисток; капуста, котенок; пуговица, простокваша*); предложения (*Дети лепили снеговика из снега. Велосипедисты едут на велосипедах*); а также ответить на вопросы: *Где живет скворец? Что продают в аптеке? На чем жарят котлеты?*

При обследовании *фонематического восприятия* мы просили детей выполнить следующие задания:

1. На картинках с изображением предметов, названия которых содержат оппозиционные звуки, показать названный: *уточка, удочка, уши, ужи, коса, коза, бочки, почки*;
2. Указать на одинаковые слова, произнесенные логопедом: *день-тень, палка-палка, балка-палка, балка-балка, майка-майка, бак-мак*;
3. Указать на разные слоги, произнесенные логопедом: *па-ба, па-па, ба-па, ба-ба; на-да, да-да, на-на, да-на; ма-ма, ма-ба, ба-ма, ба-ба; та-ка, ка-ка, ка-та, та-та; са-ша, ша-ша, ша-са, са-са*.

Изучая состояние *звукопроизношения*, мы оценивали сохранность артикуляции и степень назализации гласных звуков; способ образования согласных звуков. Для этого ребенка просили отраженно произносить гласные; слоги с интервокальным положением согласного; слова.

Описание изучения физиологического и речевого дыхания, тембра, силы и высоты голоса, строения и функциональных возможностей мышц артикуляционного аппарата, состояние звукопроизношения представлено в параграфе 2.1 нашего исследования.

Все данные, полученные в ходе обследования, вносились в индивидуальные речевые карты детей. На основании анализа результатов составлялось логопедическое заключение о состоянии речи каждого ребенка:

- речевое развитие соответствует возрастной норме;
- фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН);
- общее недоразвитие речи (ОНР).

В *таблице 8* наглядно показано состояние общего речевого развития детей ЭГ и КГ. Из 58 участников ЭГ 14 детей (24%) имели нормативное речевое развитие, у 35 (60%) зафиксировано фонетико-фонематическое недоразвитие, у 9 (16%) – общее недоразвитие речи (1 ребенок с I уровнем речевого развития, 2 - со II уровнем речевого развития, 6 детей - с III уровнем речевого развития). Анализ результатов логопедического обследования КГ показал, что 6 дошкольников (12%) имели нормативное речевое развитие, 36 (72%) – фонетико-фонематическое недоразвитие, 8 (16%) – общее недоразвитие речи (1 ребенок с I уровнем речевого развития, 3 со II уровнем речевого развития, 4 с III уровнем речевого развития).

Табл. 8. Уровень речевого развития детей ЭГ и КГ

Участники обследования Речевое Заключение	ЭГ (58 детей)			КГ (50 детей)		
	нормативная речь	14		24%	6	
ФФН	35		60%	36		72%
ОНР	9		16%	8		16%
	ОНР (I)	ОНР (II)	ОНР (III)	ОНР (I)	ОНР (II)	ОНР (III)
	1	2	6	1	3	4

Таким образом, мы видим, что детей, имеющих нормативное речевое развитие больше в ЭГ (24%), чем в КГ (12%). Детей с фонетико-фонематическим недоразвитием больше в КГ (72%), чем в ЭГ (60%). Дошкольники с общим недоразвитием речи составляют равное количество в ЭГ и КГ.

На основании полученных данных логопедического обследования мы отобрали детей, прооперированных по поводу различных видов ВРГН в возрасте до 3-х лет и имеющих фонетико-фонематическое недоразвитие.

ЭГ составили 35 из 58 детей, участвующих в профилактическом этапе ранней логопедической помощи (22 мальчика и 13 девочек; 7 детей с двусторонней расщелиной верхней губы и нёба, 16 – с односторонней расщелиной верхней губы и нёба, 12 – с изолированной расщелиной нёба). В КГ оказались 20 из 50 детей (12 мальчиков и 8 девочек; 5 детей с двусторонней расщелиной верхней губы и нёба, 8 – с односторонней расщелиной верхней губы и нёба, 7 – с изолированной расщелиной нёба), не получавших логопедическую помощь до 3-х летнего возраста. В анамнезе всех детей отсутствовали сведения о грубой неврологической симптоматике и нарушениях физического слуха. На момент проведения логопедического обследования и курса коррекционных занятий никто из детей ЭГ и КГ не находился под наблюдением невролога и сурдолога.

На рисунках 4а, б, 5а, б видно, что группы были уравновешены по полу и виду врожденной нёбной патологии.

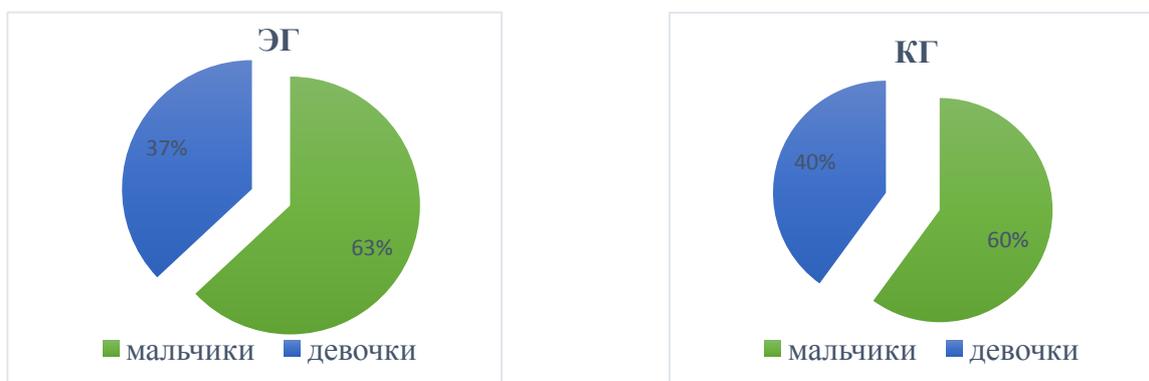


Рис. 4а, б Распределение детей ЭГ и КГ по полу

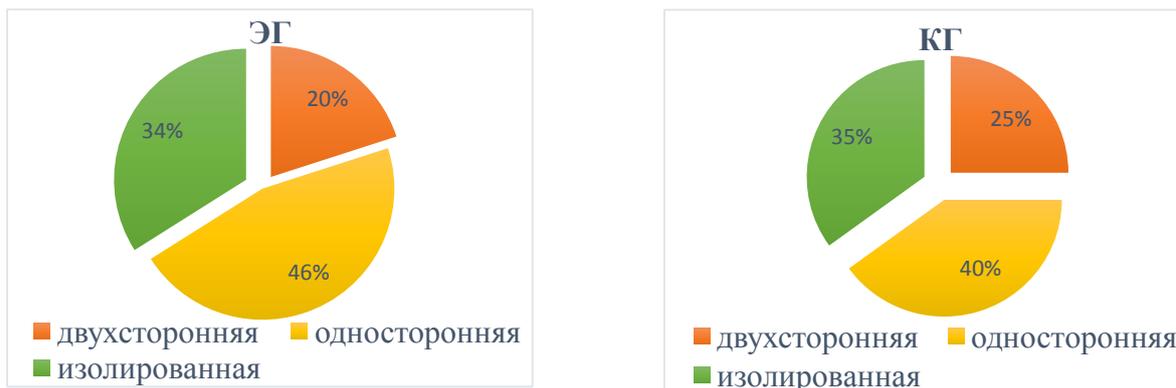


Рис. 5а, б. Распределение детей по виду ВРГН

Для сравнительного исследования произношения детей ЭГ и КГ мы, опираясь на данные научных исследований и учебно-методических разработок по изучению характера речевого нарушения у детей с ВРГН, выделили показатели дыхания, голоса, состояния мышц артикуляционного аппарата и звукопроизношения, определяющие его особенности. Каждый показатель получил цифровое обозначение, которое означает место его нахождения в сводной таблице.

К показателям дыхания относятся: тип дыхания (1 – верхнереберный; 2 – среднереберный; 3 – нижнереберный; 4 – смешанный); дифференциация носового и ротового выдоха (1 – есть; 2 – нет); длительный ротовой выдох (1 – есть; 2 – нет).

К показателям голоса относятся: баланс резонирования (1 – норма; 2 – назализация); модуляция по высоте и силе (1 – есть; 2 – нет).

К показателям состояния мышц артикуляционного аппарата относятся: положения языка в ротовой полости (1 – норма; 2 – патологическое); дизартрические проявления (1 – норма; 2 – есть); статические артикуляционные упражнения «улыбочка», «трубочка», «лопаточка», «иголочка» (1 – выполняет; 2 – не выполняет); динамические артикуляционные упражнения «часики», «качели», «лошадка», «плюём губками», «плюём языком» (1 – выполняет; 2 – не выполняет).

К показателям состояния звукопроизношения относится нормативное произношение звука (1) и его нарушение (0).

Также в таблице мы обозначили состояние фонематического восприятия (1 – норма; 2 – нарушено) и характеристику речевого нарушения (1 – нарушения звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации; 2 – ринолалия). Протоколы представлены в *приложении 7*.

Был проведен анализ состояния компонентов произносительной стороны речи детей ЭГ и КГ. Для определения статистической достоверности при сопоставлении двух выборок по частоте встречаемости интересующего нас признака применялся критерий ϕ^* - угловое преобразование Фишера. Критерий ϕ^* позволяет определить, действительно ли один из углов статистически достоверно превосходит другой при данных объемах выборок.

Оценивая состояние дыхания детей ЭГ и КГ, мы определяли тип физиологического дыхания (*рисунок ба, б*) и сравнивали наличие у детей дифференциации носового и ротового выдоха и длительного ротового выдоха (*рисунок 7*).

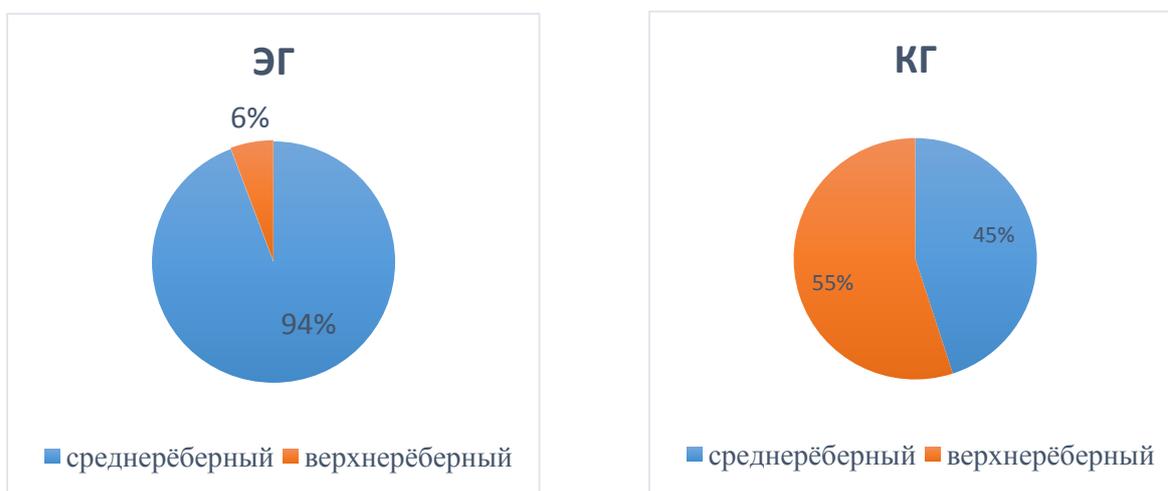


Рис. ба, б. Тип физиологического дыхания

Из *рисунка ба, б* видно, что среднерёберный тип физиологического дыхания характерен для большинства детей, участвующих в профилактическом этапе ранней логопедической помощи, - 33-х из 35-ти дошкольников (94%). В контрольной группе у детей чаще встречался

верхнереберный тип дыхания – у 11 из 20 (55%), среднереберный же отмечен нами у 9 детей (45%). Нижнереберный и смешанный тип дыхания мы не наблюдали ни у одного ребенка как из ЭГ, так и из КГ.

Сопоставляя показатели дыхания, мы обнаружили, что дифференциация ротового и носового выдоха была сформирована у детей со среднереберным типом дыхания. Дети с поверхностным (верхнереберным) типом дыхания выдох осуществляли одновременно носом и ртом.

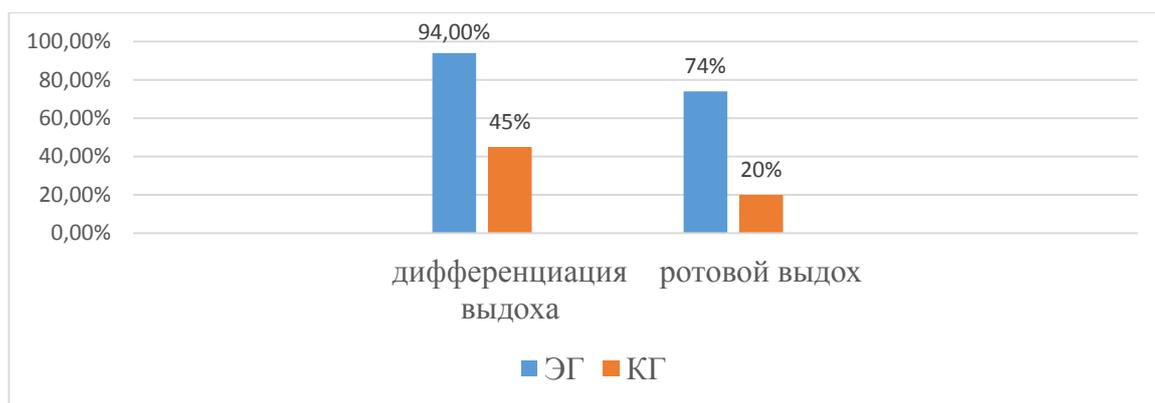


Рис. 7. Наличие длительного ротового выдоха

Используя критерий Фишера при сравнении данных детей ЭГ и КГ, для которых характерны среднереберный (грудной) тип физиологического дыхания и дифференциация ротового и носового выдоха, мы получили эмпирическое значение $\phi^* = 2,874$, находящееся в зоне значимости ($p < 0,01$). Длительный ротовой выдох, необходимый для правильного произношения звуков, сформирован у 26 детей ЭГ (74%) и у 4 дошкольников КГ (20%). Использование критерия Фишера показало, что в ЭГ наличие этого показателя встречалось чаще, чем в КГ. Полученное эмпирическое значение $\phi^* = 4,106$ находится в зоне значимости ($p < 0,01$). Таким образом, показатели качеств дыхания нормативны у большего числа детей ЭГ, что является статистически подтвержденным.

Сравнивая показатели, характеризующие состояние голоса, мы обращали внимание на баланс резонирования (наличие или отсутствие гиперназализации в тембре голоса) и умение детей модулировать голос по высоте и силе. Результаты представлены на *рисунке 8*.

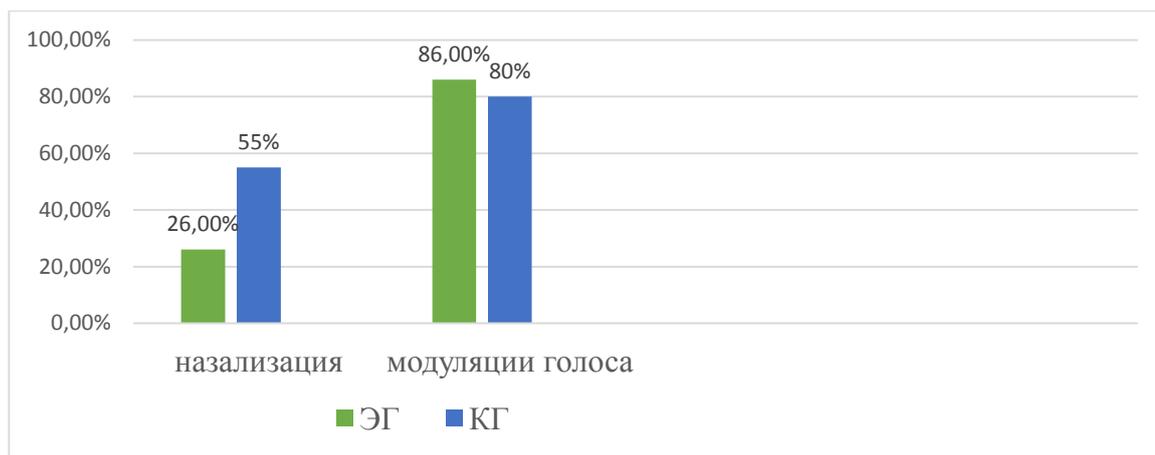


Рис. 8. Состояние голоса

Анализируя данные, представленные на *рисунке 8*, мы видим, что гиперназализация в тембре голоса сохраняется у 9 участников ЭГ (26%) и 11 детей из КГ (55%). Полученное эмпирическое значение $\varphi^* = 2.165$ находится в зоне значимости ($p < 0,01$), что подтверждает достоверность различий по состоянию тембра голоса детей ЭГ и КГ. По умению модулировать высоту и силу голоса полученное эмпирическое значение $\varphi^* = 0,542$ ($p < 0,01$) находится в зоне незначимости. Различий между группами по этому показателю нет. Следует отметить, что возможность изменять высоту и силу голоса у детей обеих групп находится на достаточно высоком уровне: 30 детей ЭГ (86%) и 16 детей КГ (80%) владеют этим навыком. С другой стороны, отсутствие 100% сформированности данного показателя требует дополнительного внимания к включению соответствующих игровых заданий в содержание программы ранней логопедической помощи детям с ВРГН и обучение им родителей.

На *рисунке 9* представлены данные о положении языка в ротовой полости и результаты выполнения детьми предложенных в обследовании артикуляционных упражнений. Мы сравнивали данные по упражнениям «Плюём губками», «Плюём язычком», «Качели», «Лошадка», так как с выполнением «Улыбочки», «Трубочки», «Лопаточки», «Игопочки», «Часиков» справились все дети из обеих групп.

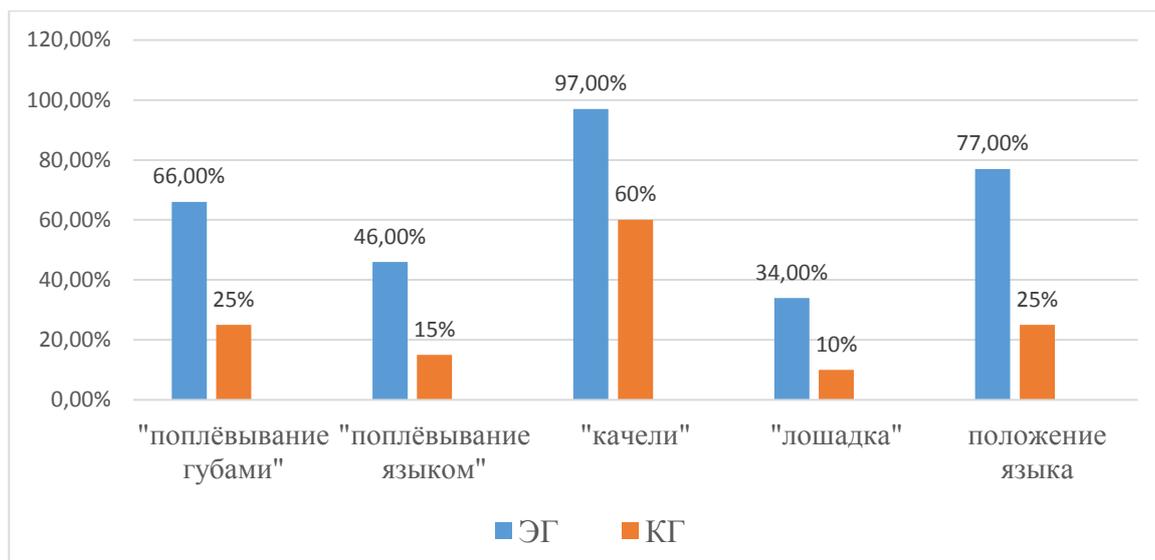


Рис.9. Выполнение артикуляционных упражнений и положение языка

Упражнение «Плюем губками» удовлетворительно выполнили 23 ребенка ЭГ (66%) и 5 детей КГ (25%). Полученное эмпирическое значение $\varphi^* = 3,007$ находится в зоне значимости ($p < 0,01$), что подтверждает достоверность различий по сформированности данного умения у участников ЭГ. Упражнение «Плюем языком» смогли сделать 16 дошкольников ЭГ (46%) и 3 ребенка КГ (15%). Полученное эмпирическое значение $\varphi^* = 2,462$ находится в зоне значимости ($p < 0,01$), что подтверждает достоверность различий по сформированности данного умения у участников ЭГ. Упражнение «Качели» не смог выполнить лишь один ребёнок из ЭГ, а в КГ с ним справились 60% (12 детей). Полученное эмпирическое значение $\varphi^* = 2,664$ находится в зоне значимости ($p < 0,01$), что подтверждает достоверность различий по сформированности данного умения у участников ЭГ. Упражнение «Лошадка» удовлетворительно выполнили 12 детей ЭГ (34%) и 2 ребенка КГ (10%). Полученное эмпирическое значение $\varphi^* = 2,165$ находится в зоне неопределенности ($0,01 < p < 0,05$), то есть статистическая достоверность близка к значимой и нулевая гипотеза о случайном характере распределения отвергается. Соответственно, можно говорить о том, в группе детей, получавших раннюю логопедическую помощь, умение выполнить данное артикуляционное упражнение встречается чаще, чем среди детей КГ.

Определяя положение языка в ротовой полости ребёнка, мы получили следующие результаты:

- в ЭГ 27 детей (77%) имеют физиологическое положение языка и у 8 дошкольников (23%) сохраняется его патологическое положение;

- в КГ физиологическое положение языка сформировано у 5 детей (25%) и у 15 (75%) сохраняется его патологическое положение.

Полученное эмпирическое значение $\varphi^* = 3,914$ находится в зоне значимости ($p < 0,01$), что подтверждает достоверность различий по частоте сформированности физиологического положения языка у участников ЭГ.

Речедвигательные нарушения у детей ЭГ отмечены нами в 55% случаев (15 детей) и в 57% (9 детей) КГ, т.е. по данному показателю выявлено практически равнозначное соотношение. К речедвигательным нарушениям мы относили тонусные изменения в артикуляционной моторике (паретичность, спастичность, дистонию); функциональную недостаточность статической и динамической организации артикуляционных движений (неполные объем и амплитуда движений губ и языка, трудность удержания позы и переключаемости движений); гиперсаливацию; синкинезии нижней челюстью. Перечисленные признаки отмечались нами при выполнении детьми артикуляционных, дыхательных и голосовых упражнений.

Следует отметить тот факт, что речедвигательные нарушения наблюдаются у всех детей из ЭГ и КГ, у которых выявлена невозможность модулировать голос по высоте и силе, т.е. страдает просодическая сторона речи. Данное соответствие подтверждается сведениями из специальной литературы, описывающими структуру речевого нарушения при дизартрии (Е.Ф. Архипова, И.Б. Карелина, Л.В. Лопатина, Е.М. Мастюкова, О.Г. Приходько и др.).

Фонематическое восприятие, согласно результатам нашего обследования, сохранно у 22 (63%) и нарушено у 13 детей ЭГ (37%). В КГ фонематическое восприятие в норме у 11 дошкольников (55%), нарушения

отмечены у 9 (45%). Показательно, что данные расстройства в основном наблюдаются у детей, имеющих речедвигательные нарушения:

- в ЭГ из 13 дошкольников с речедвигательными нарушениями фонематические расстройства отмечались у 11.

- в КГ из 9 детей с речедвигательными нарушениями расстройства фонематического восприятия зафиксированы у 8.

Участие в восприятии речи слухового и речедвигательного анализаторов обеспечивает связь между звуковым и двигательным образом фонемы. Благодаря этой связи мы можем различать и выделять даже очень похожие звуки. У детей с ВРГН специфическое артикулирование затрудняет формирование четких и правильных кинестезий, т.е. органическое нарушение периферического конца речедвигательного анализатора тормозит его влияние на слуховое восприятие звуков (И.И. Ермакова, 1996). Данные нашего исследования указывают, что, возможно, существует еще одна составляющая, приводящая к снижению фонематического восприятия детей рассматриваемой категории – функциональная недостаточность мышц артикуляционного аппарата, обусловленная нарушением иннервации.

Проанализировав полученные в результате обследования данные о состоянии звукопроизношения детей ЭГ и КГ, мы наблюдали следующую картину:

- артикуляция звуков [М, М', Н, Н', Х, Х', Й, Л'] сохранна у всех детей ЭГ и КГ;

- компенсаторным способом (ларингиальным или фарингиальным) детьми обеих групп артикулируются звуки [Ц, Ш, Ж, Р];

- звуки [Ф, Ф', В, В'] нормативны у всех детей ЭГ и у 17 детей КГ (85%);

- артикуляция звуков [П, П', Б, Б'] нормативна у 21 ребенка (60%) ЭГ и 4 детей (20%) КГ. Полученное эмпирическое значение $\varphi^* = 3.015$ находится в зоне значимости ($p < 0,01$), что подтверждает достоверность различий по сформированности данных звуков у участников ЭГ;

- заднеязычные взрывные [К, К', Г, Г'] правильно артикулируются 16 дошкольниками (46%) ЭГ и 3 детьми (15%) КГ. Полученное эмпирическое значение $\varphi^* = 2.462$ находится в зоне значимости ($p < 0,01$), что подтверждает достоверность различий по сформированности данных звуков у участников ЭГ;

- произношение переднеязычных взрывных [Т, Т', Д, Д'] соответствуют норме у 12 детей (34%) ЭГ и у 2 человек (10%) КГ. Полученное эмпирическое значение $\varphi^* = 2,165$ находится в зоне неопределенности ($0,01 < p < 0,05$), то есть статистическая достоверность близка к значимой и нулевая гипотеза о случайном характере распределения отвергается. Соответственно, можно говорить о том, в группе детей, получавших раннюю логопедическую помощь, нормативная артикуляция данных звуков встречается чаще, чем среди детей КГ;

- нормативное артикулирование переднеязычных фрикативных звуков [С, С', З, З'] не сформировано ни у одного из дошкольников КГ. Между тем, среди участников ЭГ этот навык отмечен у 6 (17%) и 2 (6%);

- звуки [Ч, Щ] правильно произносились соответственно 2 (6%) и 4 (11%) детьми ЭГ. В КГ такое умение не наблюдалось;

- нормативное произнесение сонорного [Л] отмечалось в одинаковом количестве случаев (15%) как в ЭГ, так и в КГ: у 5-ти и 3-х дошкольника соответственно;

- одноударный [Р'] наблюдался нами у 3-х детей ЭГ (9%) и у 1-го ребенка КГ (5%).

Сравнив варианты нарушения произносительной стороны речи детей ЭГ и КГ, мы получили результаты, представленные на *рисунке 10*.

По данным специальной научной и методической литературы об изучении речи при ВРГН, известно, что для детей с открытой органической ринолалией характерен преимущественно верхнереберный (поверхностный, ключичный) тип физиологического дыхания; отсутствие дифференциации

носового и ротового выдоха; несформированный длительный ротовой выдох; назализация; патологическое положение языка; компенсаторный способ образования артикулем согласных звуков.

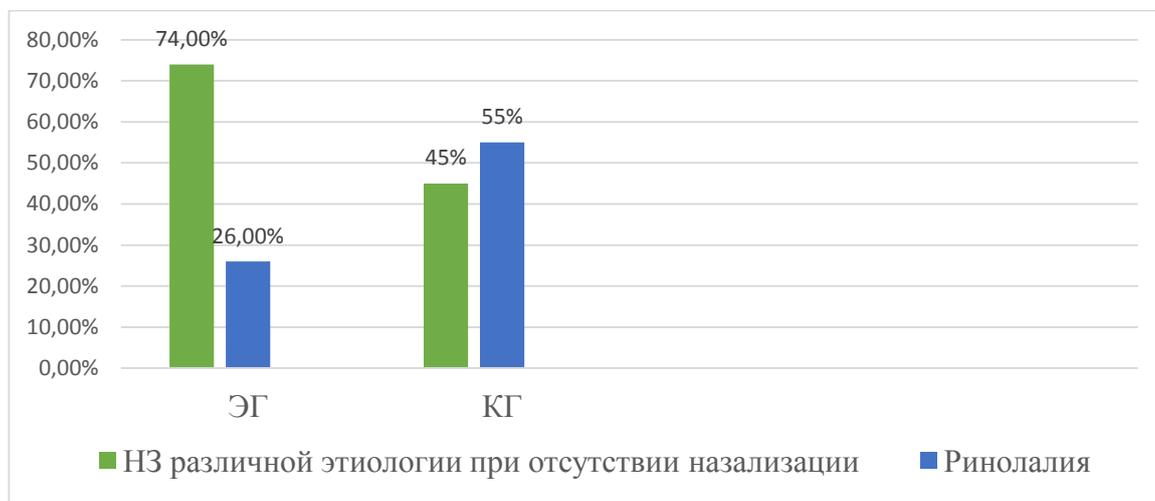


Рис. 10. Характеристика произносительного нарушения

У всех детей КГ с логопедическим заключением «ринолалия» мы наблюдали все отмеченные признаки. У детей же ЭГ, родители которых работали по рекомендациям, полученным на консультативно-обучающих занятиях с логопедом, при заключении «ринолалия» мы отметили следующее:

- верхнереберный тип физиологического дыхания из 9-ти дошкольников есть лишь у 2-ух. У 7-и детей сформирован среднереберный (грудной) тип;
- у этих же 2-ух детей отсутствует дифференциация носового и ротового выдоха;
- длительный ротовой выдох не сформирован у 6-ти из 9-ти детей;
- нарушение баланса резонирования по типу гиперназализации есть у всех 9-ти детей ЭГ;
- патологическое положение языка сохраняется у 8-ми из 9-ти детей ЭГ.

Для речи детей с логопедическим заключением «нарушения звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации» характерен среднереберный (грудной) тип физиологического дыхания; дифференциация носового и ротового выдоха; длительный ротовой выдох; отсутствие назализации в тембре голоса; физиологическое положение языка в

ротовой полости; компенсаторный способ образования артикулем согласных звуков. Очевидно, что при наличии перечисленных признаков, речь по своим характеристикам приближена к норме.

Основным дифференциальным показателем двух рассматриваемых нарушений произносительной стороны речи является наличие/отсутствие нарушений баланса резонирования (гиперназализации).

У всех детей ЭГ и КГ с заключением «нарушения звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации» мы наблюдали все отмеченные признаки, за исключением длительного ротового выдоха: им пользовались 23 из 26 детей ЭГ и 5 из 9 детей КГ. Кроме того, у 4 из 9 детей КГ сохраняется патологическое положение языка в ротовой полости.

Из *рисунка 10* видно, что среди детей ЭГ ринолалия сохраняется у 9 человек (26%). В то же время среди детей КГ ринолалия остается в 11 случаях (55%). Остаточные явления ринолалии отмечаются у 26 и 9 детей соответственно (74% и 45%). Используя критерий Фишера при сравнении данных детей ЭГ и КГ, в речи которых сохраняются нарушения звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации, мы получили эмпирическое значение $\varphi^* = 2.165$, которое находится в зоне неопределенности ($0,01 < p < 0,05$). Таким образом, статистическая достоверность близка к значимой и нулевая гипотеза о случайном характере распределения отвергается. Соответственно, можно говорить о том, в группе детей, получавших раннюю логопедическую помощь (ЭГ), произносительная сторона речи близка к нормативной чаще, чем среди детей КГ.

Целевыми ориентирами апробированной на профилактическом этапе программы ранней логопедической помощи детям с ВРГН являлись, в частности:

- уменьшение степени назализации в тембре голоса ребенка по результатам работы над дыханием и акустическими характеристиками голоса;

- приближение к норме артикуляции гласных и согласных звуков, вследствие активизации мышц артикуляционного аппарата и развития дифференцированных кинестетических ощущений.

Результаты логопедического обследования и, проведенный с помощью методов статистической обработки, сравнительный анализ показателей произносительной стороны речи детей ЭГ и КГ, достоверно подтвердил достижение представленных целевых ориентиров:

1. У детей ЭГ с большей частотой встречается тип физиологического дыхания, близкий к оптимальному, присутствует дифференциация носового и ротового выдоха и сформирован длительный ротовой выдох.

2. В тембре голоса детей ЭГ чаще встречается баланс резонирования, т.е. отсутствует гиперназализация, как один из основных признаков открытой органической ринолалии – речевого нарушения, характерного для детей с ВРГН.

3. У большего числа детей ЭГ, по сравнению с КГ, язык в полости рта занимает физиологичное положение. Они более успешны в выполнении важных для дальнейшей работы над звукопроизношением артикуляционных упражнений: «плюем губками», «плюем язычком», «лошадка».

4. По состоянию звукопроизношения ситуация в ЭГ также оказалась благоприятней, чем в КГ: подтверждена достоверность различий по сформированности артикулем согласных звуков [П, П', Б, Б', Т, Т', Д, Д', К, К', Г, Г',]. По данным Соломатиной Г.Н., Водолацкого В.М. нормативное произношение переднеязычных взрывных звуков значительно повышает разборчивость речи [24].

5. В целом, произносительная сторона речи детей ЭГ близка к нормативной чаще, чем среди детей КГ (74% и 45% соответственно).

Также нам хотелось бы обратить внимание на следующие факты, выявленные в результате анализа полученных в ходе логопедического обследования данных:

- показатели такой характеристики состояния голоса, как модуляции по высоте и силе, указывают на возможность ее полной нормализации. Следовательно, необходимо ориентировать родителей на более качественное выполнение соответствующих игровых заданий и приемов во время их работы с детьми;

- частая встречаемость речедвигательных нарушений в артикуляционной мускулатуре детей обеих групп (у 24 детей из 55 (44%)), требует более тщательного подбора коррекционных приемов, направленных на их максимально возможную нейтрализацию. Логопед должен объяснять родителям ребенка с ВРГН важность выполнения рекомендуемых массажных приемов и специфических артикуляционных упражнений, необходимость сознательного отношения к их проведению. Следует внимательно следить и за питанием ребенка: консистенцией пищи, временем введения прикорма и перехода на твердую пищу, качеством процесса жевания и т.п.;

- выявленный уровень развития фонематического восприятия у детей обеих групп указывает на необходимость подбора и включения в содержание программы ранней логопедической помощи соответствующих игровых приемов и заданий и обучение им родителей.

3.2.2 Дифференцированная логопедическая работа по формированию произношения детей экспериментальной и контрольной групп

Важным целевым ориентиром апробированной программы ранней логопедической помощи детям с ВРГН, реализуемой на профилактическом этапе, была готовность ребенка к последующим логопедическим занятиям, повышение их эффективности и снижение длительности коррекционного периода. Достижение этого целевого ориентира мы представим посредством раскрытия специфики содержания индивидуальных занятий, проводимых на

основном этапе логопедической работы по формированию произношения, и их результатов.

Логопедическая работа по формированию произношения детей с ВРГН, проводимая в рамках нашего исследования, была рассчитана на два курса индивидуальных коррекционных занятий. Каждый курс продолжался две недели и состоял из 20 занятий. Ребенок занимался 2 раза в день по 30 минут: в первой половине дня и в послеобеденное время. Присутствие родителя (законного представителя) на занятии было обязательным условием. После каждого занятия для самостоятельной отработки давалось 2-3 упражнения. Повторный курс проводился через 3-6 месяцев.

Общепринятыми направлениями логопедической работы по устранению нарушений речи при ВРГН является развитие физиологического и речевого дыхания, функциональных возможностей мышц артикуляционного аппарата (губ, языка, нижней челюсти, мягкого нёба и стенок глотки), устранение гиперназализации, развитие высоты, силы голоса и профилактика их возможных нарушений, развитие фонематического восприятия, коррекция звукопроизношения (А.С. Балакирева, Л.И. Вансовская, Т.В. Волосовец, И.И. Ермакова, А.Г. Ипполитова, Г.Н. Соломатина, Г.В. Чиркина и др.). Во время проведения занятий коррекционно-развивающая работа ведется одновременно по всем направлениям с учетом индивидуальных особенностей ребенка.

Результаты изучения произношения детей ЭГ и КГ показали вариативность его нарушения: ринолалия и нарушения звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации. Основным критерием отличия указанных вариантов является наличие/отсутствие баланса резонирования (гиперназализация). Следовательно, каждая группа была разделена на две подгруппы:

- в ЭГ1 включены 9 детей с ринолалией, в ЭГ2 – 26 дошкольников с нарушениями произношения различной этиологии при отсутствии назализации;

- в КГ 1 вошли 11 детей с ринолалией, в КГ2 – 9 с нарушениями произношения различной этиологии при отсутствии назализации.

В зависимости от вариативности клинических проявлений нарушений произношения для его формирования на индивидуальных занятиях подбирались дифференцированные логопедические приемы (*рисунок 11*). Анализ содержания занятий показывает следующее.

1. Развитие физиологического и речевого дыхания.

Игровые приемы, направленные на формирование оптимального типа физиологического дыхания (нижнереберного), на профилактическом этапе не проводились, но задания на дифференциацию носового и ротового выдоха и отработку длительного ротового выдоха способствовали развитию средне-реберного дыхания у большинства детей ЭГ. Кроме того, с меньшим количеством дошкольников данной группы требовалось проводить работу по обучению направленному ротовому выдоху.

Развитие речевого дыхания предусматривает его координацию с фонацией и артикуляцией, поэтому эта работа проводится непосредственно специалистом на логопедических занятиях.

2. Развитие функциональных возможностей мышц артикуляционного аппарата (губ, языка, нижней челюсти, мягкого нёба и стенок глотки).

Логопедический массаж лица и языка показан тем детям, у которых наблюдались речедвигательные нарушения и сохранялось патологическое положение языка (гипертрофированный корень, приподнятая и напряженная спинка, слабовыраженный кончик, находящийся на середине дна ротовой полости). Большое число дошкольников, которые нуждаются в осуществлении данного коррекционного приема, указывает на наличие у них неврологической симптоматики. Следовательно, специалисту необходимо на

профилактическом этапе ранней логопедической помощи обязательно включать задания и рекомендации для родителей по нормализации функциональных возможностей мышц артикуляционного аппарата.

Ринолалия		НЗ различной этиологии при отсутствии назализации	
ЭГ1 (9 детей)	КГ1 (11 детей)	ЭГ2 (26 детей)	КГ2 (9 детей)
1. Развитие физиологического и речевого дыхания			
<i>А. отработка нижнереберного диафрагмального типа дыхания: постановка и закрепление навыка комплексом физических упражнений (статических и динамических) необходимо всем детям:</i>			
верхнереберный тип отмечен у 2 (10%)	верхнереберный тип отмечен у всех 11 (55%)	у всех детей наблюдался среднереберный тип	
<i>Б. дифференциация носового и ротового выдоха: комплекс дыхательных упражнений необходимо</i>			
2 (10%)	11 (55%)	-----	
<i>В. формирование длительного ротового выдоха: постановка от «поплёвывания губами» и закрепление в игровых дыхательных упражнениях необходимо</i>			
6 (30%)	11 (55%)	3 (8%)	5 (14%)
<i>Г. развитие речевого/фонационного дыхания необходимо всем детям</i>			
2. Развитие функциональных возможностей мышц артикуляционного аппарата (губ, языка, нижней челюсти, мягкого нёба и стенок глотки)			
<i>А. логопедический массаж лица и языка необходим</i>			
8 (40%)	11 (55%)	9 (26%)	4 (11%)
<i>Б. специфические артикуляционные упражнения: губы / язык / нёбно-глоточное смыкание необходимы</i>			
6 (30%) / 8 (40%) / всем детям	11(55%) / 11(55%) / всем детям	6(17%) / 12 (34%) / -- -	4(11%) / 6 (17%) / ---
<i>В. подготовительные артикуляционные упражнения для постановки звуков необходимы всем детям</i>			
3. Развитие акустических характеристик голоса			
<i>А. нормализация баланса резонирования (устранение гиперназализации): вокальные упражнения необходимы</i>			
20 (100%)		-----	
<i>Б. упражнение на развитие высоты и силы голоса необходимы</i>			
4 (20%)	4 (20%)	1 (2,8%)	---
<i>В. профилактика дисфонии: фонопедические упражнения необходимы</i>			
20 (100%)		-----	
4. Коррекция звукопроизношения: звуки раннего / позднего онтогенеза необходима			
6 (30%) / всем	11 (55%) / всем	8 (22,8%) / всем	5 (14,3%) / всем

Рис. 11. Содержание дифференцированной логопедической работы

При исправлении речи детей с открытой органической ринолалией традиционно используются специфические артикуляционные упражнения, направленные на улучшение кинетических и кинестетических возможностей губ, языка, мягкого нёба и стенок глотки. К ним относится «поплевывание губами», «поплевывание языком», облизывание тарелок, внутренней стороны ложек, слизывание капель кончиком языка, полоскание горла, сухое проглатывание, зевание с закрытым ртом и т.п. Перечисленные упражнения не сложны в выполнении для детей раннего возраста (от 1 года), с удовольствием ими воспринимаются и легко осуществимы в домашних условиях. Важным фактом, является их роль в формировании длительного ротового выдоха, артикулем согласных звуков раннего речевого онтогенеза и на подготовительном этапе при постановке звуков позднего речевого онтогенеза. Описанные в игровой форме, они предлагались родителям на консультативно-обучающих занятиях профилактического этапа ранней логопедической помощи. При успешном освоении этих навыков, специалист использует их как опорные на основном этапе и может быстрее переходить к отработке более сложных дифференцированных артикуляционных движений, необходимых для нормативного произношения. Именно это мы и отмечали в работе с детьми ЭГ.

3. Развитие акустических характеристик голоса.

Нормализация баланса резонирования, т.е. устранение гиперназализации, возможна при состоятельном нёбно-глоточном смыкании и скоординированных речевом выдохе и фонации. Эти качества присутствуют в речи всех детей с нарушениями звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации ЭГ2. Таким образом, можно говорить об эффективности использования соответствующих упражнений на профилактическом этапе работы.

Развить подвижность и удлинить мышечный комплекс мягкого нёба возможно с помощью массажа в течение 6 месяцев после хирургического

устранения расщелины. Всем детям, участвующим в исследовании, уранопластика проводилась в первые годы жизни. Соответственно, родители, с которыми проводились консультативно-обучающие занятия владели необходимыми массажными приемами.

Если в речи сохраняется назализация, то на занятиях с логопедом, ребенок дополнительно осваивал комплекс упражнений для развития функциональных возможностей внутриглоточной мускулатуры, обучался придыхательной атаке голосообразования и фонации в грудном регистре (Е.С. Алмазова, Л.И. Вансовская, И.И. Ермакова и др.). Это, безусловно, удлиняет коррекционный процесс.

Возможность модулировать голос по высоте и силе придает речи необходимую интонационную окраску. Как отмечалось выше, это качество отсутствует у незначительного числа детей: в ЭГ у 5, в КГ у 4 дошкольников. Несмотря на это, данное направление коррекционной работы является обязательным, так как состояние акустических характеристик голоса влияет на внятность и разборчивость речи. Кроме того, вокальные упражнения повышают эмоциональный фон занятия, способствуют координации дыхания, фонации и артикуляции, автоматизации правильного произношения звуков.

Фонопедические упражнения рекомендованы при ринолалии как профилактика возможных дисфоний. Они были включены в содержание коррекционных занятий с детьми ЭГ1 и КГ1.

4. Коррекция звукопроизношения.

Данное направление включает постановку, автоматизацию, дифференциацию и введение поставленного звука в самостоятельную речь. Оно является необходимым при формировании произношения детей с ВРГН. Наиболее сложными на этапе вызывания звука являются переднеязычные смычно-взрывные звуки [П, Т] и переднеязычный щелевой звук [С]. По результатам логопедического обследования мы увидели, что эти звуки чаще являются нормативными у детей ЭГ, чем в КГ (60% - 20%; 34% - 10%; 17% -

0% соответственно). Данный факт подтверждает эффективность соответствующих коррекционных приемов, которым следовали родители (законные представители) детей из ЭГ. Сформированность у ребенка указанных звуков значительно оптимизирует весь процесс коррекционной работы.

При формировании нормативной артикуляции звуков у детей мы использовали различные способы их постановки: по подражанию, механический и смешанный. Наиболее результативным оказался третий способ. Обязательным при вызывании правильного звука является опора на зрительные, слуховые, тактильные, кинетические и кинестетические ощущения. Эффективным приемом является использование зрительного образа отрабатываемой артикулемы: ее рисунок или соотнесенный предмет, например, «забор» для звука [Ф], «парусная лодка» для звука [Ш] и т.п. У детей с ВРГН снижена мышечная чувствительность губ и кончика языка, поэтому мы использовали словесное описание кинестетических ощущений при произнесении звука, например:

- [П] – «плюем/хлопаем губками»;
- [Ф] – «ветерок дует через заборчик из верхних зубок и нижней губы»;
- [Т] – «плюем язычок зубками», «постучим язычком в сомкнутые зубки»;
- [С] – «холодный ветерок дует с кончика языка»;
- [З] – «дрожат нижние зубки и кончик языка»;
- [Ш] – «сделай во рту «грибок» и сдуй язычком ватку», ватка лежит на ладони под подбородком ребенка;
- [Р] – «видел, как флажок на ветру трепещет? Давай и язычок также за верхними зубками попробует».

Для облегчения процесса автоматизации, мы сразу после получения нормативной артикуляции звука тренировали его произнесение в обратных, прямых слогах и в интервокальной позиции, что в дальнейшем ускорило

введение поставленного звука в речь. Ребенку продолжали давать инструкцию, используя словесное описание кинестетических ощущений: «давай споем [А] и потом хлопнем губками»; «представь, что у тебя на губках сидит [А], давай его выплюнем губками»; «поем [А] и потом выплевываем его с губок» и т.п.

Завершается процесс коррекции произношения полной автоматизацией полученных навыков дыхания, фонации и произнесения нормативных звуков на постепенно усложняющемся речевом материале и с активным использованием вокальных упражнений.

Надо отметить, что на первых индивидуальных занятиях основного этапа логопедической работы с детьми КГ большое количество времени занимали беседы с их родителями (законными представителями). Требовалось обучить родителей и дать дополнительные разъяснения по выполнению дыхательных, голосовых, артикуляционных упражнений, их взаимосвязи и взаимовлиянию на качество произносительной стороны речи детей, значимости дополнительной самостоятельной отработки полученных на занятии умений и навыков, важности активного и осознанного участия близких ребенку взрослых в коррекционном процессе.

Таким образом, формирование информационной, мотивационной и методической компетенции родителей (законных представителей) ребенка проходило только лишь на основном этапе логопедической работы. С микросоциальным окружением детей ЭГ данный вопрос решался еще на этапе консультативно-обучающих занятий профилактического этапа ранней логопедической помощи, что способствовало рациональному проведению коррекционно-развивающего занятия.

Работа по развитию фонематического восприятия соответствовала общепринятой методике логопедической работы, которую возможно осуществить на индивидуальных логопедических занятиях.

Представленный анализ показывает, что дети ЭГ, участвующие в профилактическом этапе ранней логопедической помощи, в большей степени готовы к основному этапу работы на коррекционно-развивающих занятиях по формированию произношения.

После первого курса индивидуальных логопедических занятий мы отметили следующие изменения в состоянии произносительной речи детей.

У всех детей с ринолалией (ЭГ1 и КГ1) дифференцирован носовой и ротовой выдох, сформирован длительный ротовой выдох, освоено выполнение специфических артикуляционных упражнений «поплеывание губами» и «поплеывание языком»; уточнена артикуляция и поставлены звуки [П, П', Б, Б', Ф, Ф', В, В', Т, Т', Д, Д'].

Взрослому представителю каждого ребенка был предложен индивидуальный план работы в домашних условиях. Включенные туда упражнения были рассчитаны на закрепление навыков, полученных на занятиях.

К повторному курсу занятий, который проводился через 3-6 месяцев, в ЭГ1 у 7 детей из 9 был восстановлен баланс резонирования и нормализовано положение языка. В КГ1 отсутствие назализации и физиологическое положение языка было отмечено у 6 из 11 детей. Ранее сформированные дыхательные и артикуляционные навыки были автоматизированы у всех детей ЭГ1 и ЭГ2.

В группах детей с нарушениями звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации (ЭГ2, КГ2) приоритетными направлениями в содержании первого курса индивидуальных коррекционных занятий были коррекция звукопроизношения и координация дыхания, фонации и артикуляции. Из 26 детей ЭГ2 у 6 в ходе работы поставлены все звуки, кроме [Р, Р'], поэтому повторный курс коррекции им не был рекомендован. В дальнейшем, они занимались с логопедом по месту жительства и находились под нашим динамическим наблюдением. К шести

годам речь этих детей соответствовала норме. Следует отметить, что при логопедическом обследовании перед началом коррекционных занятий в их речевом статусе отсутствовали речедвигательные нарушения и фонематическое восприятие было не нарушено.

С остальными 20 детьми ЭГ2 и всеми дошкольниками КГ2 проводилась работа по постановке артикулем переднеязычных взрывных звуков, свистящих звуков и звука [Л]. По окончании первого курса коррекционных занятий для каждого ребенка был составлен индивидуальный план работы в домашних условиях, рассчитанный на дальнейшую автоматизацию полученных навыков.

В течение второго курса индивидуальных занятий с логопедом всем детям ЭГ1 и КГ1 были поставлены звуки [К, К', Г, Г', С, С', З, З', Ц, Л]. Дальнейшая коррекционная работа осуществлялась или по месту жительства ребенка, или на третьем дополнительном курсе индивидуальных коррекционных занятий. К шести годам речь 7 из 9 детей ЭГ1 и 6 из 11 детей КГ1 соответствовала норме.

С детьми ЭГ2 и КГ2 продолжалась работа по коррекции произношения звуков [К, К', Г, Г', Ш, Ж, Ч, Щ, Р, Р'], координации навыков дыхания, фонации, артикуляции и нормализации произносительной стороны речи.

По итогам второго курса коррекции у 18 детей ЭГ2 были поставлены все звуки. На контрольном визите их речь соответствовала возрастной норме. Двум детям было рекомендовано продолжать занятия по месту жительства или на дополнительном курсе коррекции.

В КГ2 у 7 детей была завершена работа над произносительной стороной речи. 8 детей продолжали занятия с логопедом.

Результаты основного этапа логопедической работы по формированию произношения детей с ВРГН представлены в *таблицах 9, 10*.

Табл. 9. Речевой статус детей ЭГ

Курс коррекции \ Речевой статус	Норма	Нарушения произношения различной этиологии при отсутствии назализации	Ринолалия
	общее количество детей – 35		
Первый	6 (17%)	27 (77%)	2 (6%)
Второй	18 (51%)	9 (26%)	2 (6%)
Дополнительный	9 (26%)	---	2 (6%)

Итак, после первого курса коррекционных занятий произносительная сторона речи была нормализована у 6-ти дошкольников ЭГ. После второго курса – у 18-ти детей. Общее количество составило 24 ребенка (68%). 9-ти детям (26%) были рекомендованы дополнительные занятия, после завершения которых их речь соответствовала норме. У 2-х детей ЭГ (6%) сохранилась гиперназализация и нарушения звукопроизношения.

Табл. 10. Речевой статус детей КГ

Курс коррекции \ Речевой статус	Норма	Нарушения звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации	Ринолалия
	общее количество детей – 20		
Первый	-	15 (75%)	5 (25%)
Второй	7 (35%)	8 (40%)	5 (25%)
Дополнительный	8 (40%)	-	5 (25%)

Среди детей КГ не было ни одного ребенка, речь которого соответствовала норме после первого курса коррекционных занятий. После второго курса формирование произношения завершилось у 7 детей (35%). Дополнительные логопедические занятия были рекомендованы 8 детям (40%). После их завершения речь дошкольников соответствовала норме. У 5 детей КГ (25%) сохранилась гиперназализация и нарушения звукопроизношения.

Для подтверждения эффективности коррекционной работы с детьми ЭГ на основном этапе логопедического воздействия мы использовали статистический метод «угловое преобразование Фишера». Он позволяет провести сопоставление выборок по частоте встречаемости признака. Полученное эмпирическое значение $\varphi^* = 2.447$ находится в зоне значимости ($p < 0,01$), т.е. доля лиц, у которых проявляется исследуемый эффект, в выборке

1 (ЭГ), больше, чем в выборке 2 (КГ). Этот факт подтверждает эффективность программы ранней логопедической помощи детям с ВРГН, реализуемой в рамках семейно-центрированного подхода на профилактическом этапе коррекционно-развивающего воздействия. Целевой ориентир по готовности ребенка к последующим индивидуальным логопедическим занятиям, повышению их эффективности и снижению длительности коррекционного периода оказался достигнутым.

Выводы по третьей главе

Предложенная этапность работы по формированию произношения детей с ВРГН включает профилактический этап ранней логопедической помощи и основной этап коррекционно-развивающего воздействия, которое осуществляется на индивидуальных логопедических занятиях с детьми дошкольного возраста.

На профилактическом этапе апробирована программа ранней логопедической помощи детям с ВРГН, основанная на семейно-центрированном подходе. Программа предполагает организацию сопровождения речевого развития ребенка с периода новорожденности и формирование родительской компетенции, позволяющей создать для этого оптимальные условия.

Программа рассчитана на шесть консультативно-обучающих занятий с родителями (законными представителями) ребенка с ВРГН, которые проводятся в первые три года его жизни. Каждое занятие содержит психокоррекционный и информационно-обучающий компонент и состоит из трех частей: беседы, направленной на формирование родительской компетенции; ознакомление с видами и формами взаимодействия с ребенком, способствующим его развитию по основным линиям – социальное, познавательное, доречевое/речевое, двигательное; обучение элементарным

коррекционным приемам – стимулирующим, компенсаторным, тренировочным.

Достижение целевых ориентиров программы ранней логопедической помощи представлено на сравнительном изучении состояния произношения детей экспериментальной группы в возрасте 4,6 – 5 лет и детей контрольной группы этого же возраста, не участвующих в профилактическом этапе логопедической работы.

С использованием критерия φ^* (угловое преобразование Фишера) проведен статистический анализ показателей дыхания, голоса, состояния мышц артикуляционного аппарата и звукопроизношения детей ЭГ и КГ. Результаты статистической обработки показали, что в речи дошкольников ЭГ с большей частотой отмечается:

- тип физиологического дыхания, близкий к оптимальному, дифференциация носового и ротового выдоха ($\varphi^*_{\text{эмп}}=2,874$, находящееся в зоне значимости ($p<0,01$)) и длительный ротовой выдох ($\varphi^*_{\text{эмп}} = 4.106$);
- отсутствие гиперназализации – баланс резонирования ($\varphi^*_{\text{эмп}}=2.165$);
- физиологичное положение языка ($\varphi^*_{\text{эмп}}=3.914$);
- успешность в выполнении важных для формирования звукопроизношения артикуляционных упражнений: «плюем губками» ($\varphi^*_{\text{эмп}}=3.007$), «плюем язычком» ($\varphi^*_{\text{эмп}}=2.462$), «лошадка» ($\varphi^*_{\text{эмп}}=2.165$);
- сформированность артикулем согласных звуков раннего онтогенеза.

Ринолалия сохраняется у 9 детей ЭГ (26%) и 11 дошкольников КГ (55%), нарушения звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации – у 26 (74%) и 9 (45%) соответственно. Статистически подтверждено, что произносительная сторона речи детей ЭГ близка к нормативной чаще, чем в КГ: $\varphi^*_{\text{эмп}} = 2.165$ находится в зоне неопределенности ($0,01<p<0,05$). Достоверность близка к значимой и нулевая гипотеза о случайном характере распределения отвергается.

Содержание индивидуальных занятий основного этапа логопедической работы по формированию произношения у детей с ВРГН было обусловлено вариативностью произносительных нарушений и готовностью дошкольников к коррекционно-развивающему воздействию.

Дети из ЭГ с помощью логопедических приемов, направленных на развитие носового/ротового дыхания и отработку ротового выдоха, применяемых на профилактическом этапе, овладели среднереберным типом физиологического дыхания и длительным ротовым выдохом. Развитие речевого дыхания осуществлялось непосредственно специалистом на логопедических занятиях, так как этот навык предусматривает координацию дыхания, фонации и артикуляции.

Логопедический массаж лица и языка проводился детям с речевыми нарушениями и патологическим положением языка. Значительное число дошкольников, которые нуждаются в применении данного коррекционного приема, указывает на распространенность неврологической симптоматики. Это подтверждает необходимость включения в профилактический этап работы упражнений по развитию функциональных возможностей мышц артикуляционного аппарата.

Специфические артикуляционные упражнения, направленные на улучшение кинетических и кинестетических возможностей губ, языка, мягкого нёба и стенок глотки значимы для формирования длительного ротового выдоха, артикулем согласных звуков раннего речевого онтогенеза и подготовки к постановке звуков позднего речевого онтогенеза. Дети ЭГ успешно овладели этими навыками на профилактическом этапе логопедической работы, что позволило использовать их как опорные и приступить к отработке сложных артикуляционных движений.

При сохранении в речи гиперназализации на занятиях ребенку необходимо освоить комплекс упражнений для развития функциональных возможностей внутриглоточной мускулатуры, овладения придыхательной

атакой голосоведения и фонации в грудном регистре. Это, безусловно, увеличивает длительность коррекционного процесса.

Возможность модулировать голос по высоте и силе придает речи необходимую интонационную окраску. Данное направление коррекционной работы является обязательным, так как состояние голосовых функций влияет на внятность и разборчивость речи. Кроме того, вокальные упражнения повышают эмоциональный фон занятия, способствуют координации дыхания, фонации и артикуляции, автоматизации звукопроизношения. Фонопедические упражнения рекомендованы при ринолалии как профилактика возможных дисфоний.

Коррекция звукопроизношения – обязательное направление логопедических занятий основного этапа. Владение детьми ЭГ нормативной артикуляцией переднеязычных смычно-взрывных звуков [П, Т] и переднеязычного щелевого звука [С] значительно оптимизировало весь процесс звукопостановки.

Результаты основного этапа логопедической работы по формированию произношения детей с ВРГН показали следующее. В ЭГ после первого курса коррекционных занятий произносительная сторона речи была нормализована у 6-ти дошкольников. После второго курса – у 18-ти детей. Общее количество составило 24 ребенка (68%). 9-ти детям (26%) были рекомендованы дополнительные занятия, после завершения которых их речь соответствовала норме. У 2-х детей (6%) сохранилась ринолалия. В КГ после первого курса коррекционных занятий не было ни одного ребенка, речь которого соответствовала норме. После второго курса коррекция произношения завершилась у 7 (35%) детей. Дополнительные логопедические занятия были рекомендованы 8 детям (40%). После их завершения речь дошкольников соответствовала норме. У 5 детей (25%) сохранилась ринолалия.

Полученные данные подтверждены статистически: речевой нормы достигло большее число детей ЭГ: $\varphi^*_{\text{эмп}} = 2.447$ находится в зоне значимости ($p < 0,01$).

Таким образом, введение в систему логопедической помощи детям с ВРГН профилактического этапа коррекционно-развивающего воздействия, основанного на семейно-центрированном подходе, подтвердило свою эффективность. Раннее включение ребенка в логопедическую работу способствует нормализации произносительной стороны речи, что расширяет возможности его социализации. Родительская компетенция повышается с помощью освоения эффективных способов эмоционально-развивающего общения с ребенком, а также элементарных коррекционных приемов развития функциональных возможностей мышц артикуляционного аппарата, дыхания и голоса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Врожденные расщелины губы и нёба – один из самых распространенных и тяжелых пороков развития челюстно-лицевой области человека. Его наличие и последствия негативно отражаются на общем психофизическом и речевом статусе, межличностных отношениях и внутрисемейной атмосфере, что, безусловно, влияет на процесс социализации ребенка. Соматические и функциональные особенности детей с ВРГН требуют пристального внимания и компетентного участия со стороны специалистов медицинского и психолого-педагогического сопровождения, а также микросоциального окружения на всех этапах многоуровневого процесса абилитации.

Анализ научной, методической, учебной и практической информации о состоянии помощи детям с врожденной нёбной патологией показал, что благодаря высокому уровню медицинских технологий, современным методам психолого-педагогического сопровождения и логопедического обучения возможно осуществить полную абилитацию ребенка с ВРГН и достичь его успешной социализации.

Экспериментальное исследование, представленное в нашей работе, направлено на выделение показателей биологических и социальных факторов реабилитационного/абилитационного потенциала детей с ВРГН, установление их взаимосвязи и взаимовлияния на качество произношения, обоснование этапности логопедической работы и определение эффективности профилактического этапа ранней логопедической помощи, основанного на семейно-центрированном подходе.

Как показал статистический анализ данных, полученных в результате пилотной части исследования, значимых различий по состоянию произносительной стороны речи у детей, прооперированных до и после трехлетнего возраста, не обнаружено. Это свидетельствует о том, что связь между качеством речи и временем хирургического устранения

анатомического дефекта отсутствует. Данный вывод, не отрицая значимости раннего оперативного вмешательства для улучшения соматического статуса ребенка и эмоционального благополучия родителей, подтверждает необходимость включения детей с ВРГН в целевую группу по оказанию ранней помощи и организации им не только медицинского, но и психолого-педагогического сопровождения с периода новорожденности. Специалист должен ориентировать сознание родителей на то, что оперативное лечение само по себе не обеспечивает нормальной речи, а только создает для нее анатомо-физиологические условия. Мотивация микросоциального окружения и его компетенция, сформированная специалистом, способствуют оптимизации развития нормативного произношения у ребенка.

Семейно-центрированный подход в системе ранней логопедической помощи детям с ВРГН предусматривает:

- расширение информированности родителей (законных представителей) в специфике онтогенеза ребенка с ВРГН, структуре и содержании коррекционно-развивающего процесса;
- ориентацию родителей на активную позицию в развитии своего ребенка;
- обучение взрослых способам взаимодействия с ребенком (эмоциональным, игровым, коррекционным) для создания, с одной стороны, гармоничной атмосферы в семье, с другой, домашней коррекционно-развивающей среды.

Эти составляющие учитывает апробированная на профилактическом этапе программа ранней логопедической помощи детям с ВРГН. Она предполагает проведение консультативно-обучающих занятий с родителями (законными представителями) ребенка и реализуется в двух направлениях: психокоррекционном и информационно-обучающем. Ее основная цель – обеспечение специализированной коррекционно-развивающей помощи детям с ВРГН первых трех лет жизни в результате формирования информационной,

мотивационной и методической компетенции родителей. Задачей специалиста является организации такой формы работы, которая, с одной стороны, показывает его способность анализировать и систематизировать современные знания о специфике комплексной помощи детям с ВРГН, этиологии и патогенезе их речи, использовать адекватные коррекционно-развивающие технологии, а с другой, учитывать необходимость осуществления взаимодействия с семьей и приобщение к абилитационной деятельности близких ребенку взрослых. Это позволит им переключиться с переживаний, связанных с наличием патологии, на процесс ее преодоления. Под контролем компетентного специалиста научиться продуктивному взаимодействию с ребенком, оптимизировать его общее и речевое развитие.

Итоги обследования компонентов произносительной стороны речи детей ЭГ в возрасте 4,6 – 5 лет и проведенный с помощью методов статистической обработки данных их сравнительный анализ, достоверно подтвердили восстановление баланса резонирования в тембре голоса и нормативное произношение звуков раннего онтогенеза у детей, участвующих в профилактическом этапе ранней логопедической помощи.

Анализ содержания основного этапа логопедической работы и оценка его результативности позволяют говорить об эффективности апробированной программы ранней логопедической помощи детям с ВРГН и необходимости включения профилактического этапа как базиса для дальнейшего коррекционно-развивающего воздействия на формирование произношения детей рассматриваемой категории.

Проведенное исследование позволяет сформулировать основные **выводы**, подтверждающие его гипотезу.

1. Теоретический анализ современного состояния проблемы абилитации детей с ВРГН выявил необходимость совершенствования организационно-методических аспектов логопедической работы введением

профилактического этапа ранней логопедической помощи детям рассматриваемой категории.

2. Традиционные логопедические методики изучения речи оценивают текущий речевой статус детей с ВРГН. Апробированная диагностическая программа направлена на определение значимых для речевого развития показателей реабилитационного/абилитационного потенциала ребенка. Выявленное взаимовлияние показателей биологических и социальных факторов позволяет прогнозировать развитие произношения детей с ВРГН.

3. Состояние произношения прооперированных детей с ВРГН может быть представлено тремя вариантами: норма, нарушения произношения различной этиологии при отсутствии назализации, ринолалия. Клинические проявления нарушений произносительной стороны речи второго и третьего вариантов предполагают дифференцированность логопедического воздействия на основном этапе логопедической работы.

4. Удовлетворение потребности ребенка с ВРГН в логопедической помощи обеспечивается предлагаемой этапностью: профилактическим этапом ранней логопедической помощи и основным этапом дифференцированного логопедического воздействия. Программа ранней логопедической помощи является инновационной. Она основана на семейно-центрированном подходе и направлена на формирование информационной, мотивационной и методической компетенции родителей, что позволяет снизить у ребенка проявления патологических функциональных стереотипов, приводящих к ринолалии.

5. Профилактический этап ранней логопедической помощи детям с ВРГН является основополагающим, снижает длительность логопедических занятий в дошкольном возрасте и повышает их эффективность.

6. Структура профессиональной компетентности логопеда в вопросах помощи детям с ВРГН и их семьям должна включать:

- в когнитивном компоненте – сформированность знаний о современных возможностях абилитации ребенка данной категории;
- в деятельностном компоненте – наличие профессиональных организационно-методических умений и опыта для осуществления взаимодействия с семьей и проведения этапной логопедической работы;
- в профессионально-личностном компоненте – стремление к профессиональному росту.

Материалы исследования могут стать основой для дальнейшего изучения реабилитационного/абилитационного потенциала детей с ВРГН и совершенствования оказываемой им логопедической помощи в соответствии с современными тенденциями абилитации детей данной категории. Организационно-методические аспекты работы на профилактическом этапе ранней логопедической помощи детям с ВРГН и их семьям могут быть внесены в содержание рабочей программы курса «Логопедия (Нарушение голоса. Ринолалия)», соответствующих дисциплин при обучении магистрантов, слушателей курсов повышения квалификации и профессиональной переподготовки по направлению «Специальное (дефектологическое) образование».

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова, Л.И. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии как одно из приоритетных направлений современной специальной (коррекционной) педагогики / Л.И. Аксенова // Дефектология. – 2002. - № 3. – С. 15-21.
2. Александрова, Л.И. Комплексная оценка результатов ранней предоперационной ортопедической терапии с учетом динамических стоматологических показателей качества жизни детей с врожденной расщелиной губы и нёба: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Александрова Лариса Игоревна. – Пермь, 2018. – 31 с.
3. Алмазова, Е.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей: практ. пособие / Е.С. Алмазова; под общ. ред. Г.В. Чиркиной. – М.: Айрис-пресс, 2005. – 192 с.
4. Андреева, О.В. Поэтапная реабилитация детей с врожденной расщелиной губы и неба / О.В. Андреева // Вестник Чувашского университета. – 2012 - № 3. - С. 269-275.
5. Архипова, Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учеб. пособие / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ, 2007. – 224 с.
6. Архипова, Е.Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год жизни ребенка / Е.Ф. Архипова. – М.: Мозаика-синтез, 2012. – 218 с.
7. Балакирева, А.С. Логопедия. Ринолалия / А.С. Балакирева. – М.: В. Секачев, 2014. – 208 с.
8. Баряева, Л.Б. Средства дополнительной и альтернативной коммуникации для детей с ограниченными возможностями здоровья / Л.Б. Баряева, Л.В. Лопатина // В сборнике: Специальное образование: методология, теория, практика. – Санкт-Петербург, 2017. – С. 56-60.

9. Бачина, О.В. Взаимодействие логопеда и семьи ребенка с недостатками речи / О.В. Бачина, Л.Н. Самородова. – М.: Сфера, 2010. – 64 с.
10. Беккер, К.П. Логопедия / К.П. Беккер, М. Совак. – М.: Медицина, 1981. – 288 с.
11. Бельтюков, В.И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи / В.И. Бельтюков. – М.: Педагогика, 1977. – 176 с.
12. Белякова, Л.И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Т.Г. Шишкова. – М.: Книголюб, 2004. – 56 с.
13. Блохина, С.И. Медико-социальная реабилитация больных с врожденными расщелинами лица и неба в условиях специализированного центра: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Блохина Светлана Ивановна. — Екатеринбург, 1992. – 50 с.
14. Бобрович, Т.Н. Принципы системной медико-психолого-педагогической реабилитации пациентов с небно-глоточной недостаточностью / Т.Н. Бобрович, Ад.А. Мамедов, Е.С. Набойченко // В сборнике: Современные реабилитационные технологии и качество здоровья. – Екатеринбург: Бонум, 1997. – С. 21-28.
15. Богданова, Т.Г. Проблемы отношений в семье, воспитывающей ребенка с нарушенным слухом / Т.Г. Богданова, Т.Н. Картукова // Образование и общество. – 2016. – № 3(98). – С. 86-90.
16. Богданова, Т.Г. Психологическая помощь в условиях инклюзивного обучения / Т.Г. Богданова // Мировые тенденции специального и инклюзивного образования: Сборник научных статей по материалам Международной научно-практической конференции. – Москва: ПАРАДИГМА, 2020. – С. 56-63.

17. Браткова, М.В. Психолого-педагогическое консультирование ребенка и его родителей: актуальные проблемы и пути их решения / М.В. Браткова // Здоровье дошкольника. – 2009. - № 1. – С. 45-48.
18. Булгакова, Е.А. Комплексная реабилитация пациентов с расщелинами губы и неба в условиях Кемеровского центра профилактики и лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области / Е.А. Булгакова, И.А. Тё, С.М. Ахапкин // Казанский медицинский журнал. – 2012. – №6 (93). – С. 891-895.
19. Вансовская, Л.И. Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах неба / Л.И. Вансовская. — СПб.: Гиппократ, 2000. – 136 с.
20. Васильева, Е.Е. Содержание программы профессиональной подготовки логопедов к работе с детьми с тяжелыми нарушениями речи (на примере ринолалии) / Е.Е. Васильева // Ярославский педагогический вестник. – 2009. – № 2(59). – С. 98-104.
21. Васильева, Е.П. Особенности речевых нарушений у детей при врожденной расщелине губы и неба / Е.П. Васильева // Детская больница. – 2011. – № 1(43). – С. 46-48.
22. Вильсон, Д.К. Нарушение голоса у детей / Д.К. Вильсон. – М.: Медицина, 1990. – 448 с.
23. Водолацкий, В.М. Комплексный подход к реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба / В.М. Водолацкий, М.П. Водолацкий, Б.Г. Бабанина, Г.Н. Соломатина // Теоретические и прикладные проблемы педагогической и детской антропологии: материалы международной науч.-практ. конф. (31 октября-2 ноября 2005). – Ставрополь: Бюро новостей, 2005. – С. 134-137.
24. Водолацкий, В.М. Влияние типа кормления грудного ребенка на формирование звукопроизношения / В.М. Водолацкий, Г.Н. Соломатина, К.А. Шахрамьян // Актуальные вопросы клинической стоматологии. – Ставрополь, 2019. – С. 193-197.

25. Волковская, Т.Н. Система психологической помощи детям с недостатками речи: автореф. дисс. ... докт. псих. наук: 19.00.10 / Волковская Татьяна Николаевна. – Москва, 2012. – 47 с.

26. Волковская, Т.Н. Психологическое сопровождение как компонент системы психолого-педагогической помощи детям с недостатками речи / Т.Н. Волковская // В сборнике: Теория, история и методология психолого-педагогического сопровождения детей с особыми образовательными потребностями. – М., 2016. – С. 118-123.

27. Волковская, Т.Н. Реализация междисциплинарного подхода в системе психолого-педагогического сопровождения детей с недостатками речи / Т.Н. Волковская // В сборнике: Междисциплинарный подход в исследованиях по специальной педагогике и специальной психологии. – М.: МГПУ, 2017. – С. 56-62.

28. Волковская, Т.Н. Коммуникативный подход в контексте современной методологии психолого-педагогической помощи детям с недостатками речевого развития / Т.Н. Волковская, И.Ю. Левченко // Дефектология. – 2020. – № 3. – С. 17-21.

29. Волосовец, Т.В. Логопедическая работа с детьми в возрасте 1-3 лет с врожденными расщелинами губы и неба: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Волосовец Татьяна Владимировна. – М., 1995. - 16 с.

30. Волосовец, Т.В. Основные положения стратегии развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года / Т.В. Волосовец // Инновационная деятельность в дошкольном образовании: Материалы IX Международной научно-практической конференции. – М.: Канцлер, 2016. – С. 51-56.

31. Воронцова, Т.Н. Логопедическая работа с больными с открытой ринолалией после уранопластики: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Воронцова Татьяна Николаевна. – М.- Л., 1966. – 18 с.

32. Выготский, Л.С. Педагогическая психология / Л.С. Выготский / Под ред. В.В. Давыдова. – М.: Педагогика, 1991. – 480 с.
33. Выготский, Л.С. Вопросы детской психологии / Л.С. Выготский. – СПб.: Союз, 1999. – 224 с.
34. Выготский, Л.С. Основы дефектологии / Л.С. Выготский. – СПб.: Лань, 2003. – 656 с.
35. Герасимова, А.С. Речевая терапия у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба / А.С. Герасимова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2002. – С. 55-60.
36. Гончаков, Г.В. К вопросу о тактике хирургического лечения детей с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и неба / Г.В. Гончаков // Врожденная наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2002. – С. 60-62.
37. Гончаков, Г.В. Хирургическое лечение детей с врожденными сквозными расщелинами верхней губы и неба / Г.В. Гончаков // Актуальные вопросы черепно-челюстно-лицевой хирургии и нейропатологии. – М.: Эликта-принт, 2005. – С. 23-27.
38. Гончаков, Г.В. Врождённые расщелины верхней губы и нёба / Г.В. Гончаков, А.Г. Притыко, С.Г. Гончакова // Практическая медицина. – Казань, 2009. – 87с.
39. Гончарова, Е.Л. К вопросу о субъекте психолого-педагогического сопровождения в формирующейся практике комплексной помощи детям раннего возраста / Е.Л. Гончарова // Дефектология. – 2009. – № 1. – С. 45-49.
40. Гончарова, Е.Л. Подбор образовательной среды, адекватной новым возможностям ребенка, и его дальнейшее сопровождение / Е.Л. Гончарова, О.И Кукушкина // Альманах Института коррекционной педагогики РАО, 2015. – № 21 -1 (21). – С. 38-41.

41. Грибова, О.Е. Технология организации логопедического обследования: методическое пособие / О.Е. Грибова. – Москва: АЙРИС ПРЕСС, 2008. – 90 с.
42. Григоренко, Н.Ю. Вариативная организация ранней психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья на основе междисциплинарного подхода / Н.Ю. Григоренко // Педагогическое образование в России. – 2017. – № 11. – С. 132-138.
43. Григоренко, Н.Ю. Специфика речевого развития детей раннего и дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья / Н.Ю. Григоренко // Педагогическое образование в России. – 2017. – № 2. – С. 88-93.
44. Григоренко, Н.Ю. Технологии формирования произносительных навыков у детей 2–6 лет с нарушениями строения и функций органов артикуляции. Практическое пособие для специалистов и родителей / Н.Ю. Григоренко, Л.Б. Астахова. – М.: ПАРАДИГМА, 2016. – 252 с.
45. Григоренко, Н.Ю. Формирование основ общения у детей первых лет жизни с нормальным и аномальным развитием. Монография / Н.Ю. Григоренко // под ред. Ю.Е. Вятлевой. – М.: Логомаг, 2020. – 336 с.
46. Громова, О.Е. Диагностика и развитие речи детей 2-4 лет. Методическое пособие / О.Е. Громова, Г.Н. Соломатина. – М.: Сфера, 2017. – 64 с.
47. Дерунова, Т.Ю. Дифференцированный подход к коррекции речи детей с врожденной расщелиной губы и неба: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Дерунова Татьяна Юльевна. – Москва, 2003. – 17 с.
48. Дмитриев, Л.Б. Фониатрия и фонопедия / Л.Б. Дмитриев, Л.М. Телелева, С.Л. Таптапова и др. – М.: Медицина, 1990. – 272 с.
49. Доросинская, А.В. Психолого-педагогическая технология коррекции нарушений голосовой функции у детей дошкольного возраста с врожденной расщелиной губы и неба в системе комплексной реабилитации:

автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Доросинская Анна Владимировна. – Екатеринбург, 2000. – 22 с.

50. Дурново, Е.А. Диагностические и лечебные аспекты реабилитации детей с врожденными пороками развития лица в Нижегородской области / Е.А. Дурново, И.А. Глявина, Н.Е. Монакова // Российский стоматологический журнал. - 2013. - № 5. - С. 46-48.

51. Дьякова, С.В. Современный подход к диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области / С.В. Дьякова // Материалы II Всероссийской научно-практической конференции «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения». - М., 2006. - С. 85-88.

52. Ермакова, И.И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков / И.И. Ермакова. – М.: Просвещение, 1996. – 143 с.

53. Жигорева, М.В. Профессиональные компетенции учителя-логопеда в современной системе высшего образования / М.В. Жигорева, Л.А. Пантелеева // Теория, история и методология психолого-педагогического сопровождения детей с особыми образовательными потребностями: материалы VIII международного теоретико-методологического семинара. – М.: Парадигма, 2016. – С. 192-198.

54. Жиянова, П.Л. Семейно-центрированная модель ранней помощи детям с синдромом Дауна / П.Л. Жиянова. – М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2014. – 248 с.

55. Зеeman, М. Расстройства речи в детском возрасте / М. Зеeman. – М.: Медицина, 1962. – 298 с.

56. Зеленский, В.А. Восстановительное лечение и медико-психологическая реабилитация детей с врожденной расщелиной лица: автореф. дис. ... доктора мед. наук: 14.00.51. – Пятигорск, 2005. - 35 с.

57. Ипполитова, А.Г. Открытая ринолалия / А.Г. Ипполитова. – М.: Просвещение, 1983. – 95 с.

58. Касимовская, Н.А. Поиск кадрового потенциала челюстно-лицевых отделений в решении проблем пациентов с врожденной расщелиной губы и неба и их семей на этапе реабилитации и ухода / Н.А. Касимовская, Е.А. Шатова // Научный диалог: Вопросы медицины: сборник научных трудов по материалам XVI международной научной конференции. – Санкт-Петербург: ЦНК МОАН, 2018. – С. 8-12. – DOI 10.18411/spc-15-11-2018-02.

59. Касимовская, Н.А. Врожденная расщелина губы и нёба у детей: распространенность в России и в мире, группы факторов риска / Н.А. Касимовская, Е.А. Шатова // Вопросы современной педиатрии. – 2020. – Т. 19. – № 2. – С. 142-145. – DOI 10.15690/vsp.v19i2.2107.

60. К

и
с
е

61. Кольцова, М.М. Ребенок учится говорить / М.М. Кольцова. – М.: Советская Россия, 1979. – 159 с.

62. Корнев, А.Н. Нарушения речевого развития, обусловленные анатомо-физиологическими аномалиями зубочелюстного аппарата / А.Н. Корнев, Н.Б. Геллер. – СПб.: Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 2019. – 80 с.

63. Лазуренко, С.Б. Психическое развитие детей с нарушениями здоровья в раннем возрасте: монография / С.Б. Лазуренко. – М.: ЛОГОМАГ, 2014. – 266 с.

64. Лебедева, Л.С. "Качество жизни": ключевые подходы и структура понятия // Мониторинг. – 2018. - №4 (146). URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-klyuchevye-podhody-i-struktura-ponyatiya> (дата обращения: 24.01.2021).

65. Левина, Р.Е. Основы теории и практики логопедии / Р.Е. Левина, Л.Ф. Спирова, Н.А. Никашина и др. – М.: Просвещение, 1967. – 367 с.

66. Левченко, И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учебное пособие / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. – М.: Академия, 2001. – 192 с.

67. Левченко, И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: методическое пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. – М.: Просвещение, 2008. - 239 с.

68. Левченко, И.Ю. Концепция системы психологической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья в условиях специального и инклюзивного образования / И.Ю. Левченко, Т.Н. Волковская, Г.А. Ковалева // Современные проблемы теории, истории, методологии инклюзивного образования. Сборник научных статей по материалам VII Международного теоретико-методологического семинара. – Москва, 2015. – С. 23-30.

69. Левченко, И.Ю. Психологическая помощь в специальном образовании / И.Ю. Левченко, Т.Н. Волковская, Г.А. Ковалева. – М.: ИНФРА-М, 2016. – 314 с.

70. Леонтьев, А.А. Язык, речь и речевая деятельность / А.А. Леонтьев. – М.: Просвещение, 1969. – 214 с.

71. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики / А.Н. Леонтьев. – 4-е изд. – М.: МГУ, 1981. – 584 с.

72. Лисина, М.И. Формирование личности ребенка в общении / М.И. Лисина. – СПб.: Питер, 2009. – 320 с.

73. Лисичкина, Ю.А. Ранняя диагностика и коррекция недостатков довербального развития детей с перинатальным поражением центральной нервной системы: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Лисичкина Юлия Александровна. - М., 2004. – 24 с.

74. Логинова, Е.Т. Педагогическая технология работы с семьей в рамках подготовки студентов-дефектологов / Е.Т. Логинова // Актуальные проблемы коррекционной педагогики и специальной психологии: Материалы

VIII всероссийской научно-практической конференции. – Череповец: Череповецкий государственный университет, 2014. – С. 25-32.

75. Логинова, Е.Т. Профессиональные компетенции студентов по группе специальностей "Образование и педагогика" / Е.Т. Логинова // Дефектологическая наука - практике: материалы I Всероссийского съезда дефектологов, Москва, 26–28 октября 2015 года. – Москва: Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина, 2016. – С. 166-171.

76. Логопедия. Теория и практика / Т.В. Туманова, Т.В. Волосовец, О.С. Орлова и др.; Под редакцией Т.Б. Филичевой. – Издание 2-е, исправленное и дополненное. – Москва: Эксмо, 2020. – 606 с.

77. Лопатина, Л.В. Логопедическая работа по коррекции стертой дизартрии у дошкольников / Л.В. Лопатина. – М.: Добрый мир, 2015. – 302 с.

78. Лопатина, Л.В. Этиопатогенез минимальных дизартрических расстройств / Л. В. Лопатина // Экология детства: особый ребенок и общество: материалы XXV Международной конференции Ребенок в современном мире. – Санкт-Петербург: Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, 2018. – С. 57-61.

79. Лопатина, Л.В. Дифференциальная диагностика нарушений звукопроизношения у детей со стертой дизартрией / Л.В. Лопатина // Специальное образование и социокультурная интеграция – 2019: формирование коммуникативно-речевой компетенции в условиях инклюзии: Сборник научных статей по материалам Международной научно-практической конференции. – Саратов: Саратовский источник, 2019. – С. 261-266.

80. Лубовский, В.И. Особые образовательные потребности как условие успешного развития детей с ограниченными возможностями / В.И. Лубовский // Вестник образования и науки. Педагогика. Психология. Медицина. – 2011. – № 1. – С. 47-52.

81. Лубовский, В.И. Современное понимание проблемы общих и специфических закономерностей нарушенного психического развития / В.И. Лубовский // *Коррекционная педагогика: теория и практика.* – 2014. – № 1(59). – С. 6-9.
82. Лубовский, В.И. Что такое "структура дефекта"? / В.И. Лубовский // *Специальное образование.* – 2018. – № 4(52). – С. 145-157.
83. Лурия, А.Р. Язык и сознание / А.Р. Лурия // под ред. Е.Д. Хомской. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. – 416 с.
84. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека / А.Р. Лурия. – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.
85. Ляпидевский, С.С. Анатомические механизмы речи / С.С. Ляпидевский, Л.В. Нейман, Б.М. Гриншпун // *Расстройства речи у детей и подростков.* – М.: Медицина, 1969. – С. 5-29.
86. Ляпидевский, С.С. О классификации речевых расстройств / С.С. Ляпидевский // *Логопедия сегодня.* – 2009. – № 2. – С. 6-10.
87. Малофеев, Н.Н. Развитие ранней помощи в образовании детям с ОВЗ и группы риска: основания, ориентиры и ожидаемые результаты / Н.Н. Малофеев, О.С. Никольская, О.И. Кукушкина, Е.Л. Гончарова // *Альманах Института коррекционной педагогики.* – 2019. – № 36. – С. 17-43.
88. Малофеев, Н.Н. Концепция развития образования детей с ОВЗ: основные положения / Н.Н. Малофеев // *Альманах Института коррекционной педагогики.* – 2019. – № 36. – С. 1-16.
89. Мамедов А.А. Комплексная реабилитация больных с небно-глоточной недостаточностью и нарушением речи после уранопластики: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.21 / Мамедов Адиль Аскерович. - Екатеринбург, 1997. - 50 с.
90. Мамедов, А.А. Пренатальная диагностика и ее значение в комплексном лечении детей с расщелиной губы и неба в периоде

новорожденности / А.А. Мамедов, А.Б. Макленнан // Dental Magazine. – 2017. – № 7(163). – С. 28-35.

91. Мамедов, А.А. Оказание хирургической помощи детям с расщелиной неба в периоде грудного возраста / А.А. Мамедов, Ю.В. Стебелева, А.Б. Макленнан и др. // Вопросы практической педиатрии. – 2019. – Т. 14. – № 6. – С. 89-93.

92. Мастюкова, Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция / Е.М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1992. – 94 с.

93. Мастюкова, Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е.М. Мастюкова. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 304 с.

94. Мастюкова, Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 407 с.

95. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья / Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 2001. – Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Министерства Труда и Социального развития РФ, 2003. – 342 с.

96. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП) / Всемирная организация здравоохранения. ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. – Москва, 2016. – 241 с.

97. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и культурно-деятельностный подход Л.С. Выготского – А.Н. Леонтьева – А.Р. Лурии / Н.А. Варако, Р.С. Шилко, М.С. Ковязина и др. // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8. – № 3. – С. 143-159.

98. Методические рекомендации по созданию системы ранней помощи в структуре доступного и непрерывного образования для детей с

ограниченными возможностями здоровья. — М.: Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов; Институт коррекционной педагогики Российской Академии образования, 2016. — 79 с.

99. Митринович-Моджеевска, А. Патология речи, голоса и слуха / А. Митринович-Моджеевска. – Варшава, 1965. – 365 с.

100. Мишина, Г.А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Мишина Галина Александровна. – М., 1998. – 18 с.

101. Мущинский, В.К. Особенности неврологических нарушений у больных с врожденными незаращениями верхней губы и неба и пути их реабилитации / В.К. Мущинский, Н.В. Петрищенко // Стоматология. – 1984. – С.77-83.

102. Набойченко, Е.С. Психологическое сопровождение развития детей и подростков с атипичными особенностями внешности: автореф. дис. ... докт. психолог. наук: 19.00.07 / Набойченко Евгения Сергеевна. – Екатеринбург, 2009. – 47 с.

103. Назарова, Н.М. Междисциплинарный подход в специальной педагогике: история вопроса / Н.М. Назарова // Междисциплинарный подход в исследованиях по специальной педагогике и специальной психологии: материалы IX Международного теоретико-методологического семинара. – М: Московский городской педагогический университет, 2017. – С. 10-17.

104. Назарова, Н.М. Особые образовательные потребности как основа выбора и использования образовательных технологий / Н.М. Назарова, Т.Г. Богданова // Понятийный аппарат педагогики и образования: коллективная монография. – Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2017. – С. 347-357.

105. Обухова, Н.В. Формирование психомоторной сферы у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба как педагогическое условие

предупреждения недоразвития речи: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Обухова Нина Владимировна. – Екатеринбург, 2006. – 23 с.

106. Обухова, Н.В. Профилактика речевых нарушений у детей с врожденной расщелиной губы и неба при ранних уранопластиках / Н.В. Обухова // Специальное образование. – 2017. – № 1(45). – С. 17-28.

107. Обухова, Н.В. Технология обследования детей младенческого возраста в условиях поликлинического приема у логопеда / Н.В. Обухова // Специальное образование. – 2018. – № 1(49). – С. 40-54.

108. Орлова, О.С. Нарушения голоса: учебное пособие для студентов педагогических вузов / О. С. Орлова. – Москва: Астрель, 2008. – 224 с.

109. Орлова, О.С. Вопросы содержания профессионального стандарта "педагог-дефектолог" / О.С. Орлова, И.Ю. Левченко, И.В. Евтушенко // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. – С. 405.

110. Орлова, О.С. Тактика ведения детей с разными формами ринофонии / А.В. Богородицкая, М.Е. Сарафанова, О.С. Орлова и др. // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2016. – № 2. – С. 37-40.

111. Орлова, О.С. Междисциплинарный персонифицированный подход в процессе реабилитации детей с нарушениями голоса / О.С. Орлова, П.А. Эстрова // Специфические языковые расстройства у детей: вопросы диагностики и коррекционно-развивающего воздействия: Методический сборник по материалам Международного симпозиума. – Москва: ЛОГОМАГ, 2018. – С. 234-237.

112. Пономарева, З.А. Значение раннего логопедического воздействия для воспитания правильной речи у детей, страдающих врожденными расщелинами неба / З.А. Пономарева // Дефектология. – 1978. - №5. - С.59-61.

113. Правдина, О.В. Логопедия: учеб. пособие для дефектол. фак. пед. ин-тов / О.В. Правдина. – М.: Просвещение, 1973. - 272 с.

114. Притыко, А.Г. Основные направления деятельности Научно-практического центра медицинской помощи детям по организации лечения детей первого года жизни / А.Г. Притыко, Т.А. Шароев, Г.В. Гончаков // Детская больница. – 2014. – № 3(57). – С. 3-8.

115. Приходько, О.Г. Как научить малыша говорить / О.Г. Приходько, О.В. Югова. – М.: Каисса, 2010. – 74 с.

116. Приходько, О.Г. Становление системы ранней помощи в России: монография / О.Г. Приходько, О.В. Югова. – М.: ПАРАДИГМА, 2015. – 126 с.

117. Приходько, О.Г. Современные аспекты ранней логопедической помощи детям первых лет жизни // В сб.: Специфические языковые расстройства у детей: вопросы диагностики и коррекционно-развивающего воздействия. Методический сборник по материалам Международного симпозиума. – Москва, 2018. – С. 252-256

118. Приходько, О.Г. Развитие ранних форм общения ребенка в онтогенезе // В сб.: Коммуникативный подход в системе специального и инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья. сборник научных статей по материалам Межрегиональной научно-практической конференции. – Москва, 2019. – С. 218-224.

119. Приходько, О.Г. Познавательное и речевое развитие в системе коррекционно-развивающей помощи детям раннего возраста / О.Г. Приходько, О.В. Югова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2019. – №1. – С. 49-56.

120. Приходько, О.Г. Особенности функционирования и консультирования семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья / О.Г. Приходько, О.В. Югова // В сб.: Образование лиц с особыми образовательными потребностями: методология, теория, практика. – Минск, 2020. – С. 325-329.

121. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в

Российской Федерации на период до 2020 года» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://rosmintrud.ru/docs/government/180> (дата обращения: 15.01.2019).

122. Разенкова, Ю.А. Отечественная система ранней помощи: от научных исследований к обновлению практики / Ю.А. Разенкова // Обучение и воспитание детей с ОВЗ: современная практика и взгляд в будущее: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. — Якутск: Межрегиональный центр инновационных технологий в образовании, 2017. — С. 149-153.

123. Рау, Е.Ф. Практическое руководство по исправлению речи при различных видах гнусавости / Е.Ф. Рау. — М., 1933. — 26 с.

124. Репина, З.А. Ринопалия / З.А. Репина. — Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2016. — 77 с.

125. Репина, З.А. Формирование фонематической системы языка у детей с ринопалией: учебное пособие / З.А. Репина, И.А. Филатова. — Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2020. — 80 с.

126. Самарина, Л.В. Построение программ раннего вмешательства на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья / Л.В. Самарина // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. — 2015. — № 6. — С. 49-60.

127. Самарина, Л.В. Использование "Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья" для определения нуждаемости ребенка и его семьи в услугах ранней помощи / Л.В. Самарина, Е.Е. Ермолаева, А.А. Самарина // Ананьевские чтения - 2019: Психология обществу, государству, политике: материалы международной научной конференции. — СПб: Скифия-принт, 2019. — С. 264-265.

128. Серегин, А.С. Врожденная расщелина верхней губы и неба: учебное пособие / А.С. Серегин, Г.Н. Беланов, Н.В. Ногина и др. – Самара: Слово, 2020. - 152 с.

129. Симановская, Е.Ю. Ограничение жизнедеятельности у детей, имеющих врожденные и приобретенные дефекты и деформации лица и челюстей / Е.Ю. Симановская, А.П. Щеглова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей. Актуальные вопросы комплексного лечения: материалы науч. -практич. конф. – М., 2002. – С. 233-235.

130. Симонова, Т.Н. Синергетическая модель психолого-педагогической помощи дошкольникам с тяжелыми двигательными нарушениями: автореф. дис. ... докт. пед. наук: 13.00.03 / Симонова Татьяна Николаевна. – Москва, 2011. – 42 с.

131. Система ранней комплексной помощи детям с ОВЗ и их родителям / О.Г. Приходько, И.Ю. Левченко, Е.А. Екжанова и др. – М.: Парадигма, 2018. – 378 с.

132. Сорочинская, Т.В. Оптимизация логопедической работы по формированию фонетической и просодической стороны речи у детей дошкольного возраста со стертой формой дизартрии: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Сорочинская Татьяна Владимировна. – Москва, 2000. – 16 с.

133. Соболева, Е.А. Ринолалия / Е.А. Соболева. – М.: АСТ: Астрель, 2006. – 126 с.

134. Содиков, Б.Р. Функциональные нарушения у детей с врождённой расщелиной губы и нёба (на примере собственных исследований) / Б.Р. Содиков, А.Ш. Иноятов, А.Н. Норова // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 1. – № 2 (13). – С. 24-28.

135. Соломатина, Г.Н. Устранение открытой ринолалии у детей: методы обследования и коррекции / Г.Н. Соломатина, В.М. Водолацкий. – М.: Сфера, 2005. – 109 с.

136. Соломатина, Г.Н. Разборчивость речи детей с врожденными расщелинами губы и нёба / Г.Н. Соломатина // Коррекционно-педагогическое образование. – 2019. – № 3(19). – С. 28-37.

137. Соломатина, Г.Н. Значение и направления работы помощи семьям, воспитывающим детей с врожденными расщелинами губы и нёба / Г.Н. Соломатина // Коррекционно-педагогическое образование. – 2020. – № 1(21). – С. 53-60.

138. Сопровождение проблемного ребенка и его семьи в системе ранней помощи / Н.А. Александрова, Е.Р. Баенская, Т.А. Басилова, М.Э. Бернадская и др.; под общ. ред. Ю.А. Разенковой. – М.: Школьная Пресса – 2012. – 319 с.

139. Специальная психология: учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по дефектологическим специальностям / под ред. В.И. Лубовского. – 6-е изд., испр. и доп. – Москва: Академия, 2009. – 557 с.

140. Старикова, Н.В. Возможности эхографического исследования структуры, положения и функции языка у пациентов с расщелиной губы и неба / Н.В. Старикова, А.Г. Надточий, Н.В. Удалова // Стоматология для всех. – 2018. – № 2. – С. 30-35.

141. Старикова, Н.В. Неврологические нарушения у детей с расщелиной губы и неба / Н.В. Старикова, А.Г. Надточий, Е. А. Ковражкина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116. – № 4-2. – С. 76-82.

142. Старикова, Н.В. Структурные особенности и дисфункция языка у пациентов с расщелиной губы и нёба: клиническое значение и выбор стратегии ортодонтического лечения: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.01.14 / Старикова Наталия Валерьевна. – Москва, 2014. – 48 с.

143. Старобина, Е.М. О развитии ранней помощи в Российской Федерации / Е.М. Старобина, В.В. Лорер // Педагогическое образование в России. – 2019. – № 2. – С. 110-115.

144. Стоматология детская. Хирургия / под ред. С.В. Дьяковой. – М.: Медицина. – 2009. – 384 с.
145. Стребелева, Е.А. Современные формы помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / Е.А. Стребелева, А.В. Закрепина // Дефектология. - 2005. - № 1. - С. 3 -11.
146. Стребелева, Е.А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии: пособие для педагога-дефектолога и родителей / Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина. - М.: Парадигма, 2010. – 72 с.
147. Таптапова, С.Л. Некоторые особенности логопедических занятий со взрослыми, перенесшими операции по поводу расщелин мягкого и твердого неба / С.Л. Таптапова // Труды расширенного пленума и I выездной сессии ЦНИИС. – М., 1964. – С. 188-277.
148. Ткачева, В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии: практикум по формированию адекватных отношений / В.В. Ткачева. - М.: Гном-Пресс, 1999 г. - 64 с.
149. Ткачева, В.В. Реализация семейно-центрированного подхода в условиях Службы ранней помощи / В.В. Ткачева // Раннее развитие и коррекция: теория и практика: Сборник научных статей по материалам научно-практической конференции. – М.: Юкод, 2016. – С. 259-266.
150. Ткачева, В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с ограниченными возможностями здоровья: учебник / В.В. Ткачева. – М.: Инфра-М, 2017. – 281 с.
151. Токарев, П.В. Комплексный подход в лечении детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в Республике Татарстан / П.В. Токарев, А.В. Шулаев, Л.В. Плаксина // Вестник современной клинической медицины. – 2015. - № 3 (8). - С. 52-56.

152. Указ Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/57425/> (дата обращения: 26.07.2018).

153. Ульенкова, У.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии / У.В. Ульенкова, О.В. Лебедева. - М.: Академия, 2011. - 173 с.

154. Уракова, А.И. Интеллектуальные нарушения у детей с врожденными расщелинами губы и неба: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.18 / Уракова Алевтина Ивановна. – Москва, 1977. – 23 с.

155. Фоменко, И.В. Оценка качества жизни детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в зависимости от метода пластики дефекта неба по результатам анкетирования родителей пациентов / И.В. Фоменко, Е.В. Филимонова, А.Л. Касаткина // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2016. – Т. 15. – № 1 (56). – С. 20-22.

156. Фролова, Л.Е. Лечение врожденных расщелин губы и неба / Л.Е. Фролова. – Ташкент: Медицина, 1967. – 158 с.

157. Хватцев, М.Е. Предупреждение и устранение недостатков речи: пособие для логопедов, студентов пед. вузов и родителей / М.Е. Хватцев. - СПб.: Дельта, 2004. – 266 с.

158. Цыплакова, М.С. Консервативные и профилактические мероприятия в алгоритме ранней медико-социальной реабилитации детей с расщелиной губы и неба / М.С. Цыплакова, Ю.В. Степанова, Е.А. Пономарева // Новые технологии в травматологии и ортопедии детского возраста: сборник научных статей, посвященный 125-летию Научно-исследовательского детского ортопедического института имени Г.И. Турнера. – Санкт-Петербург: ООО "Эко-Вектор", 2017. – С. 240-247.

159. Чиркина, Г.В. Преодоление носового оттенка речи у детей с ринолалией / Г.В. Чиркина // Дошкольное воспитание. – 1983. – №3. – С. 53
160. Чиркина, Г.В. Нарушения речи при ринолалии и пути их коррекции: дис. ... докт. пед. наук: 13.00.03 / Чиркина Галина Васильевна. – М., 1987. – 277 с.
161. Чиркина, Г.В. Роль семьи в коррекции врожденных нарушений развития у детей / Г.В. Чиркина // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2004. - № 8. – С. 5-9.
162. Чиркина, Г.В. Нарушения речи при ринолалии и пути их коррекции / Г. В. Чиркина // Дефектология. – 2013. – № 6. – С. 3-22.
163. Чистович, Л.А. Речь: артикуляция и восприятие / Л.А. Чистович, В.А. Кожевников, В.В. Алякринский. – Москва, Ленинград: Наука, 1965. – 241 с.
164. Чистоградова, И.А. Особенности становления Я-концепции и мнестической сферы у школьников с врожденной расщелиной губы и неба / И.А. Чистоградова // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – СПб, 2007. – № 9 (29). – С.128-131.
165. Чуйкин, С.В. Врожденная расщелина верхней губы и нёба: монография / С.В. Чуйкин, О.З. Топольницкий, Л.С. Персин. – М.: LAP Lambert Academic Publishing. – 2018. – 592 с.
166. Чуйкин, С.В. Анализ результатов и осложнений уранопластики у детей с врожденной расщелиной губы и неба / С.В. Чуйкин, Н.А. Давлетшин, К.Н. Кучук и др. // Проблемы стоматологии. – 2020. – Т. 16. – № 1. – С. 133-138.
167. Чуйкин, С.В. Послеоперационная реабилитация детей с врожденной расщелиной неба / С.В. Чуйкин, Т.В. Снеткова, О.С. Чуйкин и др. // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 9 (192). – С. 123-127.

168. Шапиро, И. Создание "службы ранней помощи" в муниципальных учреждениях / И. Шапиро // Вопросы социального обеспечения. - 2008. - № 10. - С. 7-9.

169. Шарова, О.Б. Ранняя логопедическая реабилитация при врожденной расщелине верхней губы и неба / О.Б. Шарова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - М., 2002. - С. 292-294.

170. Шипицына, Л.М. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка: пособие для учителя-дефектолога / Л.М. Шипицына, Е.И. Казакова, М.А. Жданова. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 527 с.

171. Шматко, Н.Д. Ранняя помощь детям с отклонениями в развитии: успехи и опасения / Н.Д. Шматко // Дефектология. — 2003. — № 4. - с. 11-17.

172. Шошмин, А.В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в системе ранней помощи / А.В. Шошмин, Я.К. Бесстрашнова // Ранняя помощь детям и их семьям: траектория профессионального роста: Сборник статей II Международной научно-практической конференции. – СПб: ЦИАЦАН, 2019. – С. 17-24.

173. Шошмин, А.В. Развитие ранней помощи в Российской Федерации в свете положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья / А.В. Шошмин, Я.К. Бесстрашнова // Реабилитация – XXI век: традиции и инновации: Материалы I национального конгресса с международным участием. – СПб, 2017. – С. 294-295.

174. Шульженко, В.И. Вариант изучения и анализа протоколов реабилитации детей с несращением губы и неба, применяемых в мире / В.И. Шульженко, М.Н. Митропанова, Н.И. Чечула // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. - № 2 (125). - С.196-199.

175. Югова, О.В. Вариативные стратегии раннего психолого-педагогического сопровождения ребёнка с отклонениями в развитии и его семьи: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Югова Олеся Вячеславовна. – М., 2012. – 26 с.

176. Югова, О.В. Коммуникации в триаде: дети с ограниченными возможностями здоровья - их семьи - специалисты сопровождения / О.В. Югова // Коммуникативный подход в системе специального и инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья: сборник научных статей по материалам Межрегиональной научно-практической конференции. – Москва: ПАРАДИГМА, 2019. – С. 284-290.

177. Югова, О.В. Консультирование семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ на современном этапе: проблемы и тенденции / О.В. Югова // Мировые тенденции специального и инклюзивного образования: Сборник научных статей по материалам Международной научно-практической конференции. – Москва: ПАРАДИГМА, 2020. – С. 272-276.

178. Юрова, Р.Л. Особенности связной речи детей с ринолалией (дошкольного возраста) / Л.Р. Юрова, О.И. Одинец // Дефектология. – 1990. - №1. - С. 81-84.

179. Яковлева, И.М. Личностная готовность педагогов к работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья / И.М. Яковлева // Коррекционная педагогика: теория и практика. – 2013. – № 3(49). – С. 17-21.

180. Яковлева, И.М. Междисциплинарный подход к содержанию подготовки специальных педагогов: исторический аспект и современность / И.М. Яковлева // Междисциплинарный подход в исследованиях по специальной педагогике и специальной психологии: материалы IX Международного теоретико-методологического семинара. – М.: МГПУ, 2017. – С. 83-90.

181. Abualfaraj, R. Cleft lip and palate in context: Learning from, and adding to, the sociological literature on long-term conditions / R. Abualfaraj, B.

Daly, F. McDonald, S. Scambler // Health (London). – 2017. DOI: 10.1177/1363459317693409. 119.

182. Ahmad, K. et al. An exploratory study on speech and hearing outcomes in children with cleft lip and palate // The Medical journal of Malaysia. – 2015. – T. 70. – №. 6. – C. 321-325.

183. Alighieri, C. et al. Parental perceptions and expectations concerning speech therapy-related cleft care-a qualitative study // Journal of Communication Disorders. – 2020. – T. 87. – C. 106028.

184. Bautzer, A.P. Verification of the therapeutic process in cleft patients / A.P. Bautzer, Z.C. Guedes // Cudas. – 2014. – Vol.26, № 6. – P.457-463.

185. Bergendal, B. Cleft lip and palate / B. Bergendal, A. Ekman, P. Nilsson // Int. J. Oral Maxillofac. Implants. – 2008. – Vol. 23, № 3. – P.520-524.

186. Berkowitz, S. Cleft Lip and Palate, Diagnosis and Management, Third edition, New York, DOI 10.100.1007/978-3-642-30770-6, 2018.

187. Bickham, R.S. et al. Speech perceptions and health-related quality of life among children with cleft lip and palate // Journal of Craniofacial Surgery. – 2017. – T. 28. – №. 5. – C. 1264-1268.

188. Bilinska, M. Cleft lip and palate-risk factors, prenatal diagnosis, and health consequences / M. Bilinska, K. Osmola // Ginekol Pol. – 2015. – № 86. – P. 862-866.

189. Cebron, U. The role of cleft lip and palate in global reconstructive surgery: a bibliometric analysis / U. Cebron, K. Zuo // 12th World Congress of the International Cleft Lip and Palate Foundation. – Leipzig, 2018. – P. 114.

190. Cronin, A., McLeod S., Verdon S. Applying the ICF-CY to specialist speech-language pathologists' practice with toddlers with cleft palate speech // The Cleft Palate-Craniofacial Journal. – 2020. – T. 57. – №. 9. – C. 1105-1116.

191. Cronin A., Verdon S., McLeod S. Clinical Insights Working with Toddlers with Cleft Palate: Learning from Clients and Families // Toddlers with

Cleft Palate: Enhancing Communication Through Holistic Child-and Family-Centred Practice. – 2020. – C. 195.

192. Dang, R. Full digital workflow of nasopalveolar molding treatment in infants with cleft lip and palate // X. Gong, R. Dang, T. Xu // *J Craniofac Surg.* – 2020. – № 31(2). – P. 367-371.

193. Derakhshandeh, F. et al. Speech characteristics after articulation therapy in children with cleft palate and velopharyngeal dysfunction – A single case experimental design // *International journal of pediatric otorhinolaryngology.* – 2016. – T. 86. – C. 104-113.

194. Emeka, C.I. A comparative study of quality of life of families with children born with cleft lip and/or palate before and after surgical treatment / Emeka C.I., Adeyemo W.L., Ladeinde A.L. // *A Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* – 2017. – № 43(4) – P. 247-255. DOI:10.5125/jkaoms.2017.43.4.247.

195. Fletcher, S.C. Diagnosing speech disorders from cleft palate. – N.Y., 1978. – 198 p.

196. Grunwell, P. *Analysing Cleft Palate Speech.* London. – Whurr Publishers, 1993. - 175 p.

197. Ha, S. Effectiveness of a parent-implemented intervention program for young children with cleft palate // *International journal of pediatric otorhinolaryngology.* – 2015. – T. 79. – №. 5. – C. 707-715.

198. Hardin-Jones, M.A., Jones, D. L. Speech production of preschoolers with cleft palate // *The Cleft palate-craniofacial journal.* – 2005. – T. 42. – №. 1. – C. 7-13.

199. Hardin-Jones, M. A., Chapman, K. L., & Scherer, N. J. (2015). *Children with cleft lip and palate: A parent's guide to early speech-language development and treatment.* Bethesda, MD: Woodbine House.

200. Hardin-Jones, M.A., Jones, D.L., Dolezal, R.C. Opinions of speech-language pathologists regarding speech management for children with cleft lip and palate // *The Cleft Palate-Craniofacial Journal.* – 2020. – T. 57. – №. 1. – C. 55-64.

201. He, L. et al. Automatic detection of glottal stop in cleft palate speech // *Biomedical Signal Processing and Control*. – 2018. – T. 39. – C. 230-236.
202. Kenneth, R. Bzoch. *Communicative disorders related to cleft lip and palate*. – Austin, Texas: Pro-ed, 1997. – 581 p.
203. Khanchezar, F. et al. The effect of teamwork on children with cleft lip and palate and their mother's quality of life // *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. – 2019. – T. 56. – №. 10. – C. 1353-1358.
204. Kummer, A.W. *Cleft Palate Craniofacial Anomalies Effects on Speech and Resonance*. – Delmar, 2014. – 748 p.
205. Lancaster, H.S. et al. Early speech and language development in children with nonsyndromic cleft lip and/or palate: A meta-analysis // *Journal of speech, language, and hearing research*. – 2020. – T. 63. – №. 1. – C. 14-31.
206. Murray J.J. Cleft lip and palate services. A review of developments five years after the csag report // *International Journal of Pediatric Dentistry*. – 2003; 13(6):395-402.
207. Pamplona, M.D.C. et al. Total immersion speech camps for patients with cleft palate // *Journal of cleft lip palate and craniofacial anomalies*. – 2017. – T. 4. – №. 3. – C. 132.
208. Peterson-Falzone, S.J., Hardin-Jones, M.A., Karnell, M.P. (2010). *Cleft Palate Speech (4th Edition)*. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
209. Peterson-Falzone, S.J. et al. *The Clinician's Guide to Treating Cleft Palate Speech-E-Book*. – Elsevier Health Sciences, 2016. – 336 p.
210. Reuß, A. *Analysis of Speech Disorders in Children with Cleft Lip and Palate*. – OmniScriptum Publishing KS, 2013. – 68 p.
211. Shaffer, A.D. et al. The association between age at palatoplasty and speech and language outcomes in children with cleft palate: an observational chart review study // *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. – 2020. – T. 57. – №. 2. – C. 148-160.

212. Sommer, C. (2016, May). English Cleft Palate Speech Therapy Word Lists. Retrieved from <http://www.leadersproject.org/2016/05/30/english-cleft-palate-speech-therapy- word-lists/>
213. Sommer, C., Crowley, C., Baigorri, M., & Acevedo, D. (2016, May). Cleft Palate Speech Therapy Hierarchy. Retrieved from <http://www.leadersproject.org/2016-/05/30/cleft-palate-speech-therapy-hierarchy/>
214. Stengelhofen, J. Cleft Palate, the Nature and Remediation of Communication Problems. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1989. - 125 p.
215. Suphawattjariyakul, R. Speech therapy for children with cleft lip and palate using a community-based speech therapy model with speech assistants // J Med Assoc Thai. – 2015. – T. 98. – №. 7. – C. S140-S150.
216. Sweeney, T. et al. Randomized controlled trial comparing Parent Led Therapist Supervised Articulation Therapy (PLAT) with routine intervention for children with speech disorders associated with cleft palate // International Journal of Language & Communication Disorders. – 2020. – T. 55. – №. 5. – C. 639-660.
217. Williams, C., Harding, S., Wren, Y. An Exploratory Study of Speech and Language Therapy Intervention for Children Born With Cleft Palate±Lip // The Cleft Palate-Craniofacial Journal. – 2020. – C. 1055665620954734.
218. 9th world congress of the international cleft lip and palate foundation. Book of abstracts; 2015.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Уважаемые родители!

Просим Вас ответить на несколько вопросов. Анкетирование является анонимным и не требует от вас предоставления своих персональных данных. Ваши ответы помогут улучшить работу по оказанию специализированной помощи семьям, имеющим детей с врожденной патологией развития челюстно-лицевой области.

Благодарим за Вашу помощь!

1	Ваше место жительства (населенный пункт)	
2	Состав семьи	
3	Когда Вы узнали, что у ребенка есть расщелина губы и/или нёба	1. до родов 2. в роддоме 3. через какое-то время
4	В какой клинике наблюдается / оперируется ребенок	
5	Где расположена клиника	1. город 2. район 3. область 4. другая область 5. Москва 6. другая страна
6	Когда Вы получили информацию о клинике / хирурге	1. до родов 2. в роддоме 3. через какое-то время
7	Откуда Вы узнали о клинике / хирурге	1. от наблюдающего врача 2. в роддоме 3. от знакомых 4. через интернет
8	Слышали ли раньше о такой патологии	
9	Какие врачи-специалисты	

	участвуют в реабилитации Вашего ребенка	
10	Консультацию какого специалиста Вы хотели бы получить дополнительно	
11	Комплексную помощь Вы получаете в одном лечебном учреждении?	
12	Удовлетворены ли Вы качеством и результатами оказания комплексной помощи?	
13	Имеет ли Ваш ребенок статус инвалида с детства?	
14	Получаете ли Вы помощь от организаций соцзащиты	
15	Какую образовательную организацию посещает Ваш ребенок?	
16	Столкнулись ли с трудностями при поступлении?	
17	Нуждались ли Вы в социальной и/или правовой поддержке?	
18	В каком возрасте Ваш ребенок впервые был у логопеда?	<ol style="list-style-type: none"> 1. до года 2. до трех лет 3. до пяти лет 4. после пяти лет
19	В течение какого времени продолжались логопедические занятия?	
20	Где проходили занятия?	
21	Логопедическую помощь ребенок получал от одного	

	или разных специалистов?	
22	Легко ли нашли специалиста?	
23	Отказывался ли логопед от занятий с Вашим ребенком?	
24	Чем логопед объяснял отказ заниматься?	
25	Как Вы оцениваете речь ребенка?	1. Отличная 2. Хорошая 3. Удовлетворительная 4. Неудовлетворительная
26	В каком возрасте ребенку проведена хирургическая пластика неба?	
27	Готовы ли Вы принимать активное участие в логопедических занятиях?	

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ!

АНКЕТА ДЛЯ ЛОГОПЕДОВ

Уважаемые коллеги!

Просим Вас ответить на несколько вопросов. Анкетирование является анонимным и не требует от вас предоставления своих персональных данных. Ваши ответы помогут проанализировать уровень осведомленности специалистов в вопросах оказания помощи ребенку с врожденной расщелиной губы и нёба и его семье.

Благодарим за Вашу помощь!

1. Какой вуз, по какой специализации и в каком году вы закончили: _____

2. По каким направлениям проходили повышение квалификации: _____

3. В какой организации и кем вы работаете: _____

4. Укажите стаж логопедической работы: _____
5. С какой категорией детей по психолого-педагогической классификации вы работали чаще:
 1. ОНР
 2. ФФН
6. С какой категорией детей по клинико-педагогической классификации приходилось работать чаще:
 1. Дислалия
 2. Дизартрия
 3. Нарушения голоса
 4. Ринопалия
 5. Алалия
 6. Заикание
 7. Нарушение письменной речи
7. Сколько детей с ринопалией вы встретили в своей практике: _____
8. Какое количество из них вы консультировали: _____
9. С каким количеством занимались: _____
10. Отказывались ли вы от занятий с ребенком, имеющим врожденную расщелину губы и/или неба (ВРГН)? _____ Если да, по какой причине:
 1. отсутствие достаточных теоретических знаний
 2. Недостаток практического опыта
 3. неуверенность в результативности логопедической коррекции
 4. Другое
11. В каком возрасте у ребенка с ВРГН была проведена пластика неба? _____
12. С ребенком какого возраста вы занимались и сколько продолжалась коррекционная работа? _____

13. Как вы можете оценить качество речи ребенка по окончании логовоздействия: _____

14. Какие трудности (теоретические и/или практические) вы встретили при организации работы с ребенком с ринолалией: _____

15. Насколько активно участвовали родители в процессе коррекции: _____

16. Опишите ринолалию как речевое нарушение: _____

17. Как вы считаете, почему у ребенка с ВРГН возникают именно такие нарушения речи? _____

18. Назовите направления логопедической работы по коррекции ринолалии: _____

19. Укажите, где и каким образом осуществляется комплексная реабилитация детей с ВРГН: _____

20. Назовите авторов известных вам пособий, в которых описана коррекция речи при ринолалии: _____

21. При каких известных вам речевых нарушениях возникают изменения тембра голоса: _____

22. При работе с какими речевыми нарушениями можно использовать приемы, предлагаемые при коррекции ринолалии _____

23. Каких знаний по ринолалии, на ваш взгляд, не хватает при обучении логопеда? _____

24. Хотели бы вы расширить профессиональный кругозор, принимая участие в круглых столах, курсах повышения квалификации и др. по проблеме нормализации тембра голоса и коррекции речи при ринолалии?

1. Да 2. Нет 3. Нет, так как считаю тему узкопрофессиональной

БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ!

ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЁБА

Обследование речи при врожденной расщелине губы и нёба (ВРГН) проводится с помощью традиционных логопедических приемов. В речевую карту вносят заключения специалистов медицинского и психолого-педагогического сопровождения, данные объективных методов исследования, особенности строения и функций органов периферического отдела речевого аппарата.

В *паспортной части* фиксируется дата обследования, фамилия, имя ребенка, дата рождения, место жительства и сведения о семье/микросоциальном окружении.

В *anamnestической части*, со слов родителя / законного представителя ребенка отмечаются особенности его раннего физического, доречевого и раннего речевого развития. Данные о соматическом, неврологическом, сурдологическом и ортодонтическом статусе, виде врожденной патологии и сроках хирургического лечения рекомендуется взять из истории болезни ребенка (выписки из заключений профильных специалистов, поликлиническая или стационарная карты). Необходимо уточнить информацию о проводимых ранее логопедических консультациях. Если ребенок посещал коррекционные занятия с логопедом, то в карту вносятся данные о их продолжительности и результативности.

Обследуя *анатомическое строение и функции органов артикуляции*, логопед отмечает внешний вид, выраженность рубцовых изменений, объем, характер движений и тонус губ; сформированность *преддверия полости рта* и наличие протрузии (чрезмерного выдвигания вперед верхних передних зубов вместе с альвеолярным отростком); состояние *прикуса и зубного ряда*; форму свода *твердого нёба* и возможное наличие дефектов; длину, подвижность и

наличие дефектов *мягкого нёба*. *Нёбно-глоточное смыкание* оценивается или объективно (по результатам эндоназофарингоскопии, которые могут быть указаны в истории болезни ребенка), или субъективно (ребенка просят широко открыть рот и на мягкой атаке длительно произнести А-А-А... Логопед визуально фиксирует смыкание мягкого нёба со стенками глотки).

В ходе логопедического обследования ребенка с ВРГН следует обратить внимание на размер и форму *языка*, его положение в ротовой полости, выраженность уздечки; определить объем и характер движений, тонус, речедвигательные нарушения (выявляются при выполнении артикуляционных проб и непосредственном наблюдении за ребенком: недостаточность кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате, гиперсаливация, оральные синкинезии, патологические рефлекс орального автоматизма, гиперкинезы, тремор).

Иногда у ребенка отмечается *патологическая активность мышц лица*: излишнее мимическое напряжение в области мышц лба и крыльев носа при речи.

При обследовании *дыхания* логопед определяет его тип: верхне-, средне-, нижнерёберный или смешанный (физиологическое дыхание), и умение ребенка дифференцировать носовой и ротовой выдох, а также длительность ротового выдоха (фонационное/речевое дыхание).

При изучении акустических характеристик *голоса* определяется баланс резонирования, наличие гиперназализации (носового оттенка) в тембре голоса и носовой эмиссии – слышимой утечки воздуха через нос во время речи. Обращается внимание на умение модулировать голос по высоте и силе. Фиксируются дисфонические нарушения.

При характеристике *звукопроизношения* отмечают качество звучания и артикулирования гласных звуков (А, Э, О, И, Ы, У); ларингиальное/фарингиальное произношение звонких/глухих согласных, при котором артикулирует корень языка, мышцы мягкого нёба и стенок

гортани/глотки; искажения, замены, смешения при произношении согласных звуков (М, М', Н, Н', Ф, Ф', В, В', П, П', Б, Б', Т, Т', Д, Д', К, К', Г, Г', Х, Х', Й, С, С', З, З', Ц, Ш, Ж, Ч, Щ, Л, Л', Р, Р').

Обследуя *фонематические процессы, слоговую структуру слов, словарь, грамматический строй и связную речь*, пользуются стандартными логопедическими приемами.

Полученные данные о состоянии произносительной и смысловой стороны речи позволяют определить *речевой статус* ребенка. Возможные варианты: ФФН (ринолалия); ФФН (ринолалия, речедвигательные (дизартрические) расстройства); ФФН (нарушения звукопроизношения из-за несформированной артикуляционной базы); ОНР II-IV (ринолалия); ОНР II-IV (ринолалия, речедвигательные (дизартрические) расстройства); ОНР II-IV (нарушения звукопроизношения из-за несформированной артикуляционной базы).

Анализ результатов проведенного обследования позволяет подобрать *направления логопедической работы*, которые и определяют дальнейший коррекционный процесс:

- развитие орального праксиса (развитие полноценного нёбно-глоточного смыкания, нормализация положения языка, развитие функциональных возможностей органов артикуляции);
- постановка нормального физиологического и речевого дыхания;
- устранение гиперназализации и работа над акустическими характеристиками голоса;
- формирование артикуляционных укладов и правильных артикуляционных движений, коррекция нарушений звукопроизношения;
- развитие фонематического восприятия и навыков звукового анализа и синтеза;
- устранение отставания в развитии лексико-грамматической стороны и фразовой речи.

**КАРТА ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА
С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЁБА**

_____ дата обследования

Ф.И. ребенка _____

Дата рождения _____

Место жительства _____

Сведения о семье _____

Особенности раннего физического развития¹ _____

Особенности раннего речевого развития¹ _____

Соматический статус² _____

Неврологический статус² _____

Сурдологический статус² _____

Вид врожденной патологии и сроки хирургического лечения² _____

Занятия с логопедом¹ _____

с какого возраста; продолжительность; результативность

Органы артикуляции

Губы _____

строение; объем и характер движений; тонус

Преддверие полости рта _____

сформировано/нет; наличие протрузии³

Прикус и зубной ряд² _____

Твердое небо _____

форма свода; наличие дефекта

Мягкое небо _____

длина; подвижность; наличие дефекта

Небно-глоточное смыкание⁴ _____

состоятельное/несостоятельное

Язык _____

результаты назофарингоскопии²

размер; форма; уздечка;

положение в ротовой полости;

объем и характер движений; тонус

Речедвигательные нарушения⁵

Патологическая активность мышц лица⁶

Дыхание

Физиологическое (тип)

верхне-, средне-, нижнерёберный, смешанный

Фонационное/речевое

дифференциация носового и ротового выдоха

наличие длительного ротового выдоха

Голос

Баланс резонирования⁷

Модуляции по высоте и силе

Звукопроизношение: норма; ларингиальное / фарингиальное произношение⁸;

искажение; замена; смешение

А	Э	О	И	Ы	У	М	М'	Н	Н'	Ф	Ф'	В	В'

П	П'	Б	Б'	Т	Т'	Д	Д'	К	К'	Г	Г'	Х	Х'	Й

С	С'	З	З'	Ц	Ш	Ж	Ч	Щ	Л	Л'	Р	Р'

Фонематические процессы

Слоговая структура

Смысловой компонент

словарь

грамматический строй

Логопедическое заключение	связная речь
	речевой статус ⁹
	направления коррекции

Логопед:

Примечание

¹ - информация со слов представителя ребёнка

² - информация из истории болезни ребёнка

³ - чрезмерное выдвижение вперед верхних передних зубов вместе с альвеолярным отростком

⁴ - смыкание мягкого нёба со стенками глотки. Оценивается визуально: ребёнка просят широко открыть рот и на мягкой атаке длительно произнести А-А-А

⁵ - выявляются при выполнении артикуляционных проб и непосредственном наблюдении за ребёнком: недостаточность кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате; гиперсаливация; оральные синкинезии; патологические рефлекс орального автоматизма; гиперкинезы; тремор

⁶ - излишнее мимическое напряжение в области мышц лба и крыльев носа при речи

⁷ - определяется наличие гиперназализации (носового оттенка) в тембре голоса и носовой эмиссии – слышимой утечки воздуха через нос во время речи

⁸ - произношение звонких / глухих согласных звуков, при котором артикуляция осуществляется корнем языка, мышцами мягкого нёба и стенок гортани / глотки

⁹ - возможные варианты: ФФН (ринолалия); ФФН (ринолалия, речедвигательные (дизартрические) расстройства); ФФН (нарушения звукопроизношения из-за несформированной артикуляционной базы); ОНР II-IV (ринолалия); ОНР II-IV (ринолалия, речедвигательные (дизартрические) расстройства); ОНР II-IV (нарушения звукопроизношения из-за несформированной артикуляционной базы).

Приложение 5**Протоколы пилотной части исследования**

Показатели реабилитационного/абилитационного потенциала детей
с нормативной речью (подгруппа Ia)

№	Вид расщелины	Этиология ВРГН	Результат операции	Ортодонтический статус	Неврологический Статус
P1	1	1	1	2	1
P2	1	1	1	1	1
P3	3	1	1	2	1
P4	4	1	1	2	1
P5	2	1	1	2	1
P6	4	1	1	2	1
P7	3	1	1	2	2
P8	3	1	1	2	1
P9	1	1	1	1	1
P10	1	1	1	2	1
P11	2	3	1	3	1
P12	4	1	1	2	1
P13	3	1	1	2	1

Показатели реабилитационного/абилитационного потенциала детей с нарушениями произношения различной этиологии при отсутствии назализации (подгруппа Ib)

№	Вид расщелины	Этиология ВРГН	Результат операции	Ортодонтический статус	Неврологический статус
P1	4	1	1	2	2
P2	1	1	2	1	1
P3	1	3	2	3	2
P4	4	1	2	2	1
P5	3	1	1	2	2

Показатели реабилитационного/абилитационного потенциала детей с ринолалией (подгруппа Ic)

№	Расщелины	Этиология ВРГН	Результат операции	Ортодонтический статус	Неврологический статус
P1	2	1	2	2	1
P2	3	1	2	3	3
P3	2	3	2	2	1

Показатели реабилитационного/абилитационного потенциала детей
с речевой нормой (подгруппа IIa)

№	Вид расщелины	Этиология ВРГН	Результат операции	Ортодонтический Статус	Неврологический статус
P1	2	1	1	1	2
P2	3	1	1	2	1
P3	2	1	1	3	1
P4	4	1	1	2	1
P5	2	1	1	1	1
P6	3	3	1	2	1
P7	3	3	1	3	2
P8	3	1	1	2	1
P9	4	1	1	2	1
P10	3	1	1	2	2
P11	3	1	1	2	1
P12	4	2	1	2	1
P13	2	1	1	1	1
P14	4	1	1	2	1
P15	4	1	1	2	2
P16	3	1	1	2	1
P17	1	1	1	1	2
P18	1	1	1	2	2
P19	1	1	1	1	1
P20	3	1	1	2	1
P21	2	1	1	1	1
P22	3	3	1	2	2
P23	1	1	1	2	2
P24	1	1	1	1	1
P25	2	1	1	2	1
P26	2	1	1	1	1
P27	3	3	1	2	1
P28	4	1	1	2	2
P29	4	1	1	2	1
P30	4	1	1	2	1
P31	2	3	1	2	1
P32	3	1	1	2	2
P33	3	1	1	2	1
P34	3	1	1	2	1
P35	2	1	1	1	1

Показатели реабилитационного/абилитационного потенциала детей
с нарушениями звукопроизношения различной этиологии при отсутствии
назализации (подгруппа IIb)

№	Вид расщелины	Этиология ВРГН	Результат операции	Ортодонтический Статус	Неврологический статус
P1	3	2	2	3	2
P2	3	3	2	2	1
P3	4	2	2	3	1
P4	4	1	2	2	1
P5	2	1	2	2	2
P6	2	2	2	2	1
P7	3	1	1	2	2
P8	3	1	1	2	1
P9	2	1	2	2	1
P10	1	3	2	2	2
P11	4	1	2	3	1
P12	4	1	1	2	1
P13	2	1	2	2	1
P14	4	3	1	2	1
P15	4	1	1	2	1
P16	4	3	2	2	1
P17	3	2	1	2	1
P18	2	1	1	2	1
P19	3	1	1	2	1
P20	3	1	1	2	1
P21	4	1	2	2	1
P22	4	1	1	2	1
P23	2	3	1	3	2
P24	4	2	1	3	1
P25	1	2	2	1	1
P26	3	1	2	2	1
P27	3	1	1	3	1
P28	2	3	1	2	2
P29	3	2	2	2	1
P30	2	1	2	2	1

Показатели реабилитационного/абилитационного потенциала детей
с ринолалией (подгруппа Пс)

№	Вид расщелины	Этиология ВРГН	Результат операции	Ортодонтический статус	Неврологический статус
P1	4	1	1	3	1
P2	2	3	3	3	2
P3	4	3	2	2	2
P4	3	2	2	2	2
P5	4	3	2	2	2
P6	4	3	2	3	2
P7	4	3	2	3	2
P8	4	1	2	3	2
P9	4	3	2	3	2
P10	4	1	2	3	2
P11	4	2	3	3	1
P12	2	3	3	3	3
P13	3	1	2	3	1
P14	4	1	2	3	1
P15	4	1	1	3	1
P16	4	1	2	3	1
P17	4	3	3	3	2
P18	2	3	2	3	2

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РАЗВИТИЕМ РЕБЕНКА

Фамилия имя ребенка _____

Дата рождения _____

Сведения о семье _____

Заключения специалистов _____

Виды и сроки хирургического лечения _____

Первое консультативно-обучающее занятие для родителей

Дата _____

Достижения ребенка _____

Трудности _____

Вопросы родителей _____

Комментарии логопеда _____

Второе консультативно-обучающее занятие для родителей

Дата _____

Достижения ребенка _____

Трудности _____

Вопросы родителей _____

Комментарии логопеда _____

Третье консультативно-обучающее занятие для родителей

Дата _____

Достижения ребенка _____

Трудности _____

Вопросы родителей _____

Комментарии логопеда _____

Четвертое консультативно-обучающее занятие для родителей

Дата _____

Достижения ребенка _____

Трудности _____

Вопросы родителей _____

Комментарии логопеда _____

Пятое консультативно-обучающее занятие для родителей

Дата _____

Достижения ребенка _____

Трудности _____

Вопросы родителей _____

Комментарии логопеда _____

Шестое консультативно-обучающее занятие для родителей

Дата _____

Достижения ребенка _____

Трудности _____

Вопросы родителей _____

Комментарии логопеда _____

Речевой статус (5-й год жизни) _____

Результаты первого курса интенсивных логопедических занятий _____

Результаты второго курса интенсивных логопедических занятий _____

Логопедическое заключение _____

Протоколы основной части исследования

Показатели состояния произносительной стороны речи детей ЭГ

№	Группа	Пол	вид расщ	тип дыхания	диф выдоха	ротовой выдох	Назализация	модуляции	полож языка	улыбочка	Трубочка	полл губами	Лопаточка	иглолочка	часики	качели	полл языком	лошадка	диз-проявл	фонем воспр	Речь
1	Э	М	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1
2	Э	М	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
3	Э	М	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
4	Э	Ж	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	Э	Ж	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1
6	Э	М	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
7	Э	М	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
8	Э	Ж	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	Э	М	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1
10	Э	Ж	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Э	Ж	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
12	Э	М	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	Э	М	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1
14	Э	Ж	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1
15	Э	М	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
16	Э	М	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
17	Э	Ж	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
18	Э	М	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1
19	Э	Ж	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
20	Э	М	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1
21	Э	Ж	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	Э	М	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
23	Э	М	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24	Э	Ж	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
25	Э	Ж	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	Э	М	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
27	Э	М	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2
28	Э	М	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
29	Э	Ж	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
30	Э	М	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	Э	М	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1
32	Э	Ж	3	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2
33	Э	М	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
34	Э	М	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
35	Э	М	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1

Данные о состоянии звукопроизношения детей ЭГ

№	Группа	Пол	вид расщ	П	Б	Ф	В	М	Н	К	Г	Х	Т	Д	Й	С	З	Ц	Ш	Ж	Ч	Щ	Л	Л'	Р	Р'	
1	Э	М	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
2	Э	М	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
3	Э	М	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
4	Э	Ж	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	
5	Э	Ж	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
6	Э	М	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
7	Э	М	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
8	Э	Ж	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
9	Э	М	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
10	Э	Ж	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	
11	Э	Ж	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
12	Э	М	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
13	Э	М	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
14	Э	Ж	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
15	Э	М	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
16	Э	М	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
17	Э	Ж	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
18	Э	М	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
19	Э	Ж	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
20	Э	М	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
21	Э	Ж	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	
22	Э	М	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
23	Э	М	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
24	Э	Ж	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
25	Э	Ж	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
26	Э	М	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
27	Э	М	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
28	Э	М	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
29	Э	Ж	3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
30	Э	М	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
31	Э	М	3	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
32	Э	Ж	3	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
33	Э	М	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
34	Э	М	3	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
35	Э	М	3	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	

Показатели состояния произносительной стороны речи детей КГ

№	Группа	Пол	вид расщ	тип дыхания	диф выдоха	возд струя	Назализация	модуляции	полож.языка	Улыбочка	трубочка	полл губами	Лопаточка	иглочка	часики	качели	полл языком	лошадка	диз.проявл	фонем воспр	Речь
1	К	Ж	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1
2	К	Ж	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1
3	К	Ж	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	К	М	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
5	К	М	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
6	К	М	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
7	К	М	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2
8	К	М	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
9	К	М	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
10	К	Ж	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2
11	К	М	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
12	К	Ж	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1
13	К	Ж	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1
14	К	М	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	К	М	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
16	К	Ж	3	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
17	К	М	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
18	К	М	3	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
19	К	М	3	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2
20	К	Ж	3	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1

Данные о состоянии звукопроизношения детей КГ

№	Группа	Пол	вид расщ	П	Б	Ф	В	М	Н	К	Г	Х	Т	Д	Й	С	З	Ц	Ш	Ж	Ч	Щ	Л	Л'	Р	Р'	
1	К	Ж	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
2	К	Ж	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
3	К	Ж	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
4	К	М	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
5	К	М	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
6	К	М	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
7	К	М	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
8	К	М	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
9	К	М	2	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
10	К	Ж	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
11	К	М	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
12	К	Ж	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
13	К	Ж	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
14	К	М	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
15	К	М	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
16	К	Ж	3	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
17	К	М	3	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
18	К	М	3	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
19	К	М	3	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
20	К	Ж	3	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	