дидактический процесс в вузе, чтобы использовать различные источники правовой информированности студентов.

В целом же проведенное научное исследование позволяет сделать вывод о том, что формирование правового сознания будущего специалиста в учреждениях высшего технического образования будет протекать гораздо эффективнее при реализации системного педагогического воздействия в ходе осуществления правовой подготовки студентов.

Таким образом, правовое сознание в контексте формирования у студентов знаний, умений и навыков данной сферы мы рассматриваем как интегрированную деятельность, которая может быть реализована в процессе правового образования.

Литература:

1. Гаджиева П.Д., Раджабова Р.В. Историко-педагогические основы гражданско-правового воспитания учащейся молодёжи // Мир науки, культуры, образования. 2018. № 6 (73). С. 197-198.
2. Гаджиева П.Д., Раджабова Р.В. О вопросах развития профессиональной компетентности студентов в условиях прохождения педагогической практики // Мир науки, культуры, образования. 2018. № 6 (73). С. 199-200
3. Гаджиева П.Д., Раджабова Р.В. Реализация возможности образовательного пространства вуза в воспитании будущего педагога // Мир науки, культуры, образования. 2018. № 6 (73). С. 200-201.
4. Лихачев, Б.Т. Педагогика: Курс лекций / Б.Т.Лихачев. – М.: Прометей, 2000. – 528 с.
5. Российский юридический журнал. - 2011. - № 1. Сибиряков, С.Л. Предупреждение девиантного поведения молодежи / С.Л. Сибиряков. - Волгоград, 1998. – 581 с.
6. Сандул Я. В. Соотношение объективных и субъективных факторов правового воспитания студенчества / Я. В. Сандул // Знание. Понимание. Умение. – №2. – С. 252-256.
7. Фирсова, Т.А. Проблема формирования правового сознания у школьников-подростков / Т.А. Фирсова // Материалы конференции «Проблемы социальной психологии XXI столетия». Т. 3 / под ред. В.В. Козлова. – Ярославль, 2001.

Педагогика

УДК: 376.2, 376.3

магистр специального (дефектологического) образования,
старший преподаватель Агаева Виктория Евгеньевна
Московский городской педагогический университет
Институт специального образования и комплексной реабилитации (г. Москва);
логопед, преподаватель-исследователь Мосьпан Татьяна Яковлевна
Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва)

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИЕМА ПИЩИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЕБА

Аннотация. Данное исследование посвящено изучению особенностей процесса приема пищи и его нормализации у детей с врожденными расщелинами губы и неба. В работе раскрыты особенности сосания, жевания и глотания у детей с расщелинами, описаны приемы коррекционно-логопедической работы, позволяющие опосредованно воздействовать на фазы глотания. Авторами актуализируется важность организации ранней комплексной помощи детям с врожденными расщелинами в рамках семейно-центрированного подхода, рассматриваются психокоррекционный и психолого-педагогический аспекты работы с родителями.

Ключевые слова: дети с врожденными расщелинами губы и неба, комплексная реабилитация, глотание, оральный праксис, семейно-центрированный подход, сопровождение семьи.

Annotation. This study is devoted to the problem of the peculiarities of the food intake process and its normalization in children with congenital cleft lip and palate. The article describes the features of sucking, chewing and swallowing in children with congenital cleft lip and palate, describes the methods of correctional and logopedic work, which can indirectly affect the phases of swallowing. The authors update the importance of organizing early comprehensive care for children with congenital clefts in the family-centered approach; consider the psychocorrectional and psychological-pedagogical aspects of working with parents.

Keywords: children with congenital cleft lip and palate, complex rehabilitation, swallowing, oral praxis, family-centered approach, family support.

Введение. Врожденные расщелины губы и неба (ВРГН) являются одним из распространенных и тяжелых пороков развития человека. Статистические исследования показывают, что они составляют 16,5% от общего числа врожденных аномалий. По данным разных источников, частота рождаемости детей с данным пороком челюстно-лицевой области достигает от 1:1000 до 1:460 новорожденных [3].

ВРГН провоцируют полиморфные нарушения в строении и функционировании разных органов и систем, ограничивают жизнедеятельность ребенка, как в физиологическом, так и в социальном аспектах, провоцируют возникновение вторичных нарушений со стороны психического здоровья. Следствием этого является инвалидизация носителя порока, которая требует своевременной и качественной комплексной реабилитации.

Целью медико-психолого-педагогической помощи ребенку с ВРГН является разработка технологий раннего вмешательства, направленных на воссоздание анатомо-физиологических условий и нормализацию витальных функций организма: сосания, глотания, жевания, дыхания; логопедическая коррекция речевых нарушений; психолого-педагогическое сопровождение ребенка и его семьи.

Анатомо-физиологические изменения мышц артикуляционного аппарата и нарушения дыхания вызывают патологию баланса резонирования (гиперназализацию) и компенсаторное артикулирование согласных звуков – ринолалию. Достижение разборчивой речи - основная задача логопеда в работе с детьми

рассматриваемой категории. Это является условием социальной адаптации ребенка за счет реализации ее коммуникативной функции.

При ВРГН анатомически и/или функционально страдают губы, зубочелюстная система, язык, твердое и мягкое небо, глотка. Это проявляется не только как внешний дефект, но и приводит к нарушениям и изменениям сосания, жевания, глотания. Эффективность логопедической коррекции повышается, если логопед учитывает эти особенности при выборе коррекционных технологий. Они должны включать упражнения, нормализующие акт приема пищи. В результате возникает качественное взаимовлияние функций органов артикуляции, отражающееся и на питании (сосание, глотание, жевание) и на состоянии произносительной стороны речи [9].

Вышеизложенное указывает, что специалист, включенный в реабилитацию детей с ВРГН, должен иметь представление о протекании процесса глотания, его физиологических особенностях и изменениях, возникающих при врожденной патологии челюстно-лицевой области.

Изложение основного материала статьи. Процесс глотания включает четыре фазы: орально-подготовительную, орально-трансферную, фарингиальную и эзофагальную. В орально-подготовительной стадии участвуют мышцы губ, языка, жевательные мышцы и мышцы лица. Во время нее происходит сосание, откусывание, жевание, смешивание пищи со слюной, удержание пищевого комка (болюса) и жидкости во рту. В орально-трансферной и фарингеальной стадии участвуют мышцы языка, мягкого неба, глотки, гортани и идет непосредственно процесс глотания. В эзофагальной стадии задействованы верхний и нижний пищеводный сфинктеры, мышцы пищевода и желудок. В этой фазе идет прохождение болюса по пищеводу и его попадание в желудок [2, 4].

Таким образом, для осуществления полноценного глотания необходимо нормальное анатомическое строение и функциональное состояние следующих органов артикуляционного аппарата, участвующих в акте приёма пищи.

Губы должны быть сомкнуты от момента попадания пищи в ротовую полость до окончания ее прохождения через глотку. При их несмыкании изменяется внутриротовое давление, необходимое для плотного контакта щёк и губ с языком; возникает недостаточное сокращение языка в продольном и дорсальном направлениях, что мешает продвижению пищи к глотке.

Язык участвует в перемещении, перемешивании, дополнительном измельчении пищи, подведении пищевого комка к глотке и проталкивании его. Движение основания языка кзади оказывает давление на болюс также как перистальтические движения.

Акт глотания требует стабилизации *нижней челюсти* с помощью передней части языка, которая обычно возникает из-за ее прижимания к небным складкам. При этом задняя часть языка собирает слюну и пищу и перемещает болюс ко входу в пищевод.

Круговые и боковые движения нижней челюсти помогают измельчению пищи, которая подается языком на жевательные поверхности зубов, и придают ей консистенцию для последующего проглатывания.

Участие *мягкого неба* в небно-фарингеальном смыкании предотвращает попадание пищи в полость носа. Мышцы, поднимающие и напрягающие нёбную занавеску, прижимают мягкое небо к задней стенке глотки при глотании, отделяя носовую полость от ротовой. Мышцы, опускающие небную занавеску, освобождают дыхательные пути для прохождения воздуха.

Закрытие дыхательных путей предотвращает аспирацию. Оно начинается с истинных голосовых складок, продолжается на уровне входа в дыхательные пути, то есть на ложных голосовых складках, черпаловидных хрящах и основании надгортанника. На этом уровне создается препятствие для проникновения пищи в дыхательные пути.

В специальной медицинской и педагогической литературе (Гончаков Г.В., Дьякова С.В., Мамедов А.А., Ермакова И.И., Балакирева А.С. и др.) описываются изменения процесса питания и его последствия на развитие детей с ВРГН. Из-за наличия послеоперационных рубцов, приводящих к вялости губ и снижению их чувствительности, отсутствия внутриротового давления младенец с расщелинами во время кормления сжимает соску корнем языка и фрагментами небного свода. Такое сосание способствует формированию патологического положения языка (гипертрофированный корень, напряженная спинка, вялый и паретичный кончик) и активизации лицевых мышц. Эта особенность сказывается на качестве лепета и негативно влияет на формирование звукопроизношения.

Иногда кормление ребенка с расщелиной возможно только через зонд. При длительном кормлении такого типа подавляется врожденный рефлекс глотания. Это приводит к дистрофическим процессам в тканях, усугубляет уже имеющееся недоразвитие челюстей и мышц мягкого нёба. Патологическое положение языка, рубцовая деформация твердого и мягкого неба, нарушение внутриротового давления осложняют данное состояние (Дерунова Т.Ю., Соболева Е.А., Чиркина Г.В. и др.). Результатом является неправильное прорезывание зубов, формирование их двойного ряда, асимметрия смыкания жевательных поверхностей и перенос нагрузки на мышцы щёк.

При жевании детей с ВРГН отмечается ограничение функции мышц, поднимающих мягкое небо и образующих разделение носовой и ротовой полости. Может нарушаться переплетение мышц мягкого неба по средней линии, их физиологическое натяжение. К 4-5 годам проявляется и с возрастом прогрессирует асимметрия мышц мягкого неба. Своевременное ортодонтическое лечение нормализует строение и функции зубочелюстной системы [3].

В специальной литературе приводятся сведения, что патологическое изменение положения мышц мягкого неба влияет на состояние голосовых складок. Следствием снижения в них функциональной нагрузки является развитие дистрофического процесса и в мышцах глотки (Митринович-Моджеевска А., Грачева М.С., Ермакова И.И., Вильсон Д.К., и др.).

Перечисленные анатомо-физиологические особенности органов периферического артикуляционного аппарата могут спровоцировать у детей с ВРГН затруднение процесса приема пищи в орально-подготовительной, орально-трансферной, фарингеальной фазах. Рассмотрим это подробнее.

В оральной и орально-трансферной фазах может возникать трудность захвата груди матери и/или соски из-за анатомического дефекта губы; невозможность смыкания губ во время питья и жевания, которая приводит к подтеканию жидкости и выпадению кусочков пищи изо рта; сложность снятия губами пищи с ложки, питья жидкости через соломинку; затруднения жевания в результате мышечной слабости; застой остатков пищи в “карманах” между щеками и зубами, на твёрдом небе, небных дужках, стенках глотки;

преждевременное непроизвольное попадание пищи/жидкости в глотку перед непосредственным актом глотания.

Для фарингеальной фазы характерны: проблема ощущения болюса во рту и начала процесса глотания; увеличение времени удерживания болюса во рту, задержка начала процесса глотания; трудности прохождения болюса по глотке к пищеводному сфинктеру, требующие повторного сглатывания; симптомы аспирации (попадание пищи в дыхательные пути из-за их недостаточной защиты) и регургитации (пища и/или жидкость выходят через нос).

Таким образом, логопеду в систему работы необходимо включать коррекционные приемы, опосредованно воздействующие на орально-подготовительную, орально-трансферную и фарингиальную фазы глотания. Это позволит урегулировать и нормализовать сосание, жевание и глотание у детей с расщелинами.

При нарушении в орально-подготовительной фазе целесообразно применять упражнения на активизацию мышц губ, языка, щек, жевательной мускулатуры. Для нормализации орально-трансферной фазы – мышц языка, мягкого неба, стенок глотки. При изменении фарингеальной фазы - на мышцы глотки.

Оптимальное время начала коррекционно-логопедической помощи ребенку с врожденными расщелинами – период новорожденности. Для полноценного развития младенца необходима нормализация питания, организация акта приема пищи, подбор вариантов вскармливания и их возможных сочетаний.

Так как психофизические особенности детей раннего возраста, удаленность их проживания от центров диспансеризации, краткий срок пребывания в стационаре не позволяют проводить структурированные занятия в течение длительного времени, целесообразно организовывать консультации в рамках семейно-центрированного подхода, т.е. обучать родителей доступным им приемам логопедического воздействия [1, 7].

Важнейшее условие качественной реализации коррекционных мероприятий, проводимых при активном участии родителей, - решение специалистом психокоррекционной и психолого-педагогической задач [5, 6].

Психокоррекционный аспект работы логопеда с семьей, воспитывающей ребенка с ВРГН, предусматривает:

- установление доверительных отношений с членами семьи;
- снятие или смягчение стрессовой ситуации, связанной с рождением ребенка;
- информирование об особенностях развития ребёнка с расщелинами;
- ознакомление с содержанием и этапами реабилитационного процесса, предполагаемыми сроками проведения оперативного лечения и возможными трудностями кормления;
- мотивацию на активное участие в реабилитации, готовность самостоятельного, систематического выполнения рекомендаций для выработки и закрепления у ребенка необходимых навыков.

Психолого-педагогический аспект заключается в обучении родителей конкретным коррекционным приемам и рекомендациям к их осуществлению. Условно приемы можно разделить на стимулирующие, компенсаторные и тренировочные.

К стимулирующим приемам относят:

- уход за полостью рта (гигиенические мероприятия);
- сохранение и нормализация грудного вскармливания;
- во время кормления - похлопывание по верхней и нижней губе ребенка, поглаживание, пощипывание его щек и подбородка (с целью формирования взаимосвязи ощущений насыщения и кинестетической чувствительности в области лица);
- для активизации мышц губ и кончика языка несколько раз надо подтягивать соску изо рта;
- использование подражательного и сосательного рефлекса для стимуляции высовывания языка, почмокивание губами, цоканье кончиком языка, для формирования новых кинестезий;
- выкладывание ребенка как можно чаще, в период бодрствования, между приемами пищи в позицию «лежа на животе или на боку» для предотвращения закрепления патологического положения языка;
- лечебная физкультура.

Компенсаторные приемы включают:

- подбор, изготовление соски под вид расщелины;
- во время кормления - поддержание грудного отдела позвоночника (нахождение и подстройка положения во время кормления грудью);
- после кормления - нахождение в вертикальном положении «столбиком» не менее 20-30 минут после приема пищи (при существующем риске аспирации и/или носовой и пищеводной регургитации);
- исключение частых или быстрых изменений позиции во время или после кормления (смена подгузника, подбор одежды на кнопках для гигиенического ухода нижней части);
- 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.

Тренировочные приемы направлены на:

- формирование кинестезий с помощью искусственной локальной контрастотермии (Приходько О.Г.);
- увеличение скорости сокращения мышц глотки, подъема гортани, сокращение инициации акта глотания с помощью дифференцированного логомассажа;
- восстановление глоточного рефлекса - капельное питьё и глотание тяжёлых жидкостей (кисель, пудинг, пюре);
- нормализацию скорости приема пищи для детей с компульсивным пищевым поведением;
- определение размера болюса, практическую наработку навыка от 1/4-1/2 кофейной, чайной, столовой ложки, стабилизацию навыка на одном уровне и возможность успешного достижения следующего;
- развитие орального праксиса (артикуляционная, жевательная гимнастика), активизацию мышц лица, шеи, плечевого пояса;
- миофункциональную коррекцию (вестибулярные пластины, зондозаменители) [8].

Выводы. При соблюдении правил кормления и учета позиционных модификаций можно улучшить осуществление акта приема пищи. Для этого важна систематическая отработка рекомендаций, предлагаемых

родителям логопедом. Дополнительной адаптации и специальной подготовки ребенка не требуется, поскольку практика происходит в естественной для него среде.

Предлагаемые технологии нормализации акта приема пищи у детей с врожденными расщелинами, направлены на активизацию и развитие движений губ, языка, щек, челюстей, мягкого неба и стенок глотки. Это является профилактическим этапом коррекционно-логопедической работы и будет способствовать подготовке органов периферического артикуляционного аппарата к правильному звукопроизношению, влиять на развитие речевого дыхания и голоса.

Литература:

1. Агаева В.Е. Направления логопедической работы с детьми раннего возраста с врожденными расщелинами губы и неба // в сб.: Раннее и дошкольное образование в системе непрерывного сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья. – Москва. - 2017. - С.6-10.

2. Бруно Е. Практическое пособие по диагностике и реабилитации нарушенного глотания (на основе исследований и практики в США) / под ред. И.А. Авдюниной. – Москва. – 2015. - 61 с.

3. Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения // сб. статей по материалам V Всероссийской научно-практической конференции. - Москва. - 2016. - 345 с.

4. Джоан Д. Педиатрическая дисфагия. Расстройства питания: системный взгляд на организм ребенка. – Москва. – 2016. – 44 с.

5. Левченко И. Ю. Психолого-педагогическое сопровождение детей раннего возраста в новых формах дошкольного образования // Коррекционная педагогика: теория и практика. – Москва. - 2010. - № 5.

6. Левченко И.Ю. Основные направления деятельности системы ранней помощи на современном этапе ее становления // в сб.: Раннее и дошкольное образование в системе непрерывного сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья. – Москва. - 2017. - С. 149-154.

7. Мосьпан Т.Я., Гинтер О.В. Современный подход к логопедическому сопровождению детей раннего возраста с врождённой расщелиной губы и нёба // Специальное образование. - 2017. - № 1. - С. 5-16.

8. Мосьпан Т.Я. Миофункциональные средства коррекции в работе логопеда с детьми, оперированными по поводу врождённой расщелины нёба / в сб.: Перспективы развития миофункциональной терапии в медицине. - 2018. - С. 91-96.

9. Уклонская Д.В., Агаева В.Е. Основные направления логопедической коррекции произносительной стороны речи при врожденных и приобретенных дефектах и деформациях челюстно-лицевой области // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. - 2016. - Т. 22. - № 3. - С. 218-221.

Педагогика

УДК:378.2

кандидат педагогических наук, доцент Аксенова Марина Владимировна
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный педагогический университет» (г. Оренбург);
кандидат педагогических наук, доцент Гороховцева Лилия Александровна
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный педагогический университет» (г. Оренбург)

К ВОПРОСУ О МАТЕМАТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ БУДУЩЕГО УЧИТЕЛЯ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ В ВУЗЕ

Аннотация. В статье раскрываются вопросы организации математической подготовки будущих учителей начальной школы в процессе освоения учебной дисциплины «Математика». Рассматриваются учебно-педагогические задачи как одно из эффективных средств математической профессионально направленной подготовки бакалавров профиля «Начальное образование». Описывается технология организация практических занятий по дисциплине «Математика» с использованием комплекса учебно-педагогических задач.

Ключевые слова: математика, математическая подготовка, учебно-педагогическая задача.

Annotation. The article deals with the organization of mathematical training of future primary school teachers in the process of mastering the discipline "Mathematics". Discusses educational objectives as one of the effective means of professionally oriented mathematical training of bachelors in the profile "Primary education". Describes how technology, the organization of practical lessons on the discipline "Mathematics" with the use of a complex of pedagogical tasks.

Keywords: mathematics, mathematical training, educational and pedagogical task.

Введение. Профессиональная компетентность педагога, согласно Сластенину В.А., это единство его теоретической и практической готовности к осуществлению педагогической деятельности, которая характеризует его профессионализм. Исследование по оценке профессиональной компетентности учителей начальной школы проведенное Денищевой Л.О., Ковалевой Г.С., Рыдзе О.А, Стойловой Л.П., Шевелевой Н.В. [3] позволило выделить сильные стороны, а также обозначить ряд проблем в подготовке учителей на которые необходимо обратить внимание в процессе профессиональной подготовки бакалавров по профилю «Начальное образование». Среди проблем, которые были выявлены в процессе исследования - проблема математической подготовки учителей, заключающаяся в недостатке знаний и умений по курсу математики начальной школы и в отсутствии взаимосвязи знаний получаемых будущими учителями начальной школы в процессе освоения дисциплин «Математика» и «Методика преподавания математики в начальной школе».

Изложение основного материала статьи. Согласно А.Б. Василевскому [1] математическая подготовка будущего учителя начальных классов представляет собой процесс приобретения бакалаврами математических знаний, умений и навыков, их получения и применения, развития мотивации учения, обеспечения самостоятельности в применении полученных знаний и умений и в получении новых знаний.