



Государственное бюджетное образовательное учреждение, осуществляющее обучение детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции «РостОК»
356800 г. Буденновск, Ставропольского края, пр. Буденного, 71
Тел. (86559) 7-29-26 E-mail: Rost-psi@mail.ru
ИНН/КПП 2624024648 / 262401001

ПРИНЯТО

на заседании НМС ГБОУ ЦППРК «РостОК»
протокол № 3
« 29 » августа 2019 г.



УТВЕРЖДАЮ

директор ГБОУ ЦППРК «РостОК»

С.С. Салахутдинова

Приказ № 91/1 от 30 августа 2019 г.

СОСТАВИТЕЛЬСКАЯ РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

«Коррекция открытой формы ринолалии
в послеоперационный период»

Составители:

Шиянова М.В., учитель-логопед ГБОУ
ЦППРК «РостОК» высшей квалификацион-
ной категории,

Соляр Т.В., учитель-логопед ГБОУ ЦППРК
«РостОК» высшей квалификационной кате-
гории

АННОТАЦИЯ

Название программы: «Коррекция открытой формы ринолалии в послеоперационный период»

Направленность: психолого-педагогическая коррекция

Срок реализации: 3 года

Целевая аудитория: дети дошкольного возраста

Авторство: составительская

Редакция: Соляр Т.В., учитель-логопед ГБОУ ЦППРК «РостОК» высшей квалификационной категории; Шиянова М.В., учитель-логопед ГБОУ ЦППРК «РостОК» высшей квалификационной категории

Цель: формирование фонетически правильной речи у детей дошкольного возраста, имеющих врожденную расщелину нёба

Краткое содержание: в результате логопедической работы ребенок, страдающий открытой ринолалией, должен правильно артикулировать, произносить звуки в различных формах речи и быть готовым к школьному обучению; активизация позитивного опыта, полученного ребенком на коррекционных занятиях, привлечение ближайшего социального окружения к работе с ребенком, перенос нового в практику возможны лишь при условии готовности ближайших партнеров ребенка принять и реализовать новые способы общения и взаимодействия с ним, поддержать в его саморазвитии и самоутверждении

Реализаторы: учителя-логопеды ГБОУ ЦППРК «РостОК», образовательных организаций

1. Паспорт программы

Наименование программы	«Коррекция открытой формы ринолалии в послеоперационный период»
Нормативно-правовая основа разработки программы	<ul style="list-style-type: none"> – Конвенция о правах ребенка; – Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»; – Семейный кодекс РФ; – Письмо Минобразования РФ от 27.06.2003 № 28-51-513/16 «О методических рекомендациях по психолого-педагогическому сопровождению обучающихся в учебно-воспитательном процессе»; – Федеральный закон «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (ФЗ № 120 от 24.06.1999 в редакции от 03.12.2011 № 378-ФЗ); – Закон РФ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» № 124-Ф (в ред. от 03.12.2011); – Постановление Министерства труда и социального развития РФ от 27.09.96 №1 «Об утверждении положения о профессиональной ориентации и психологической поддержке населения РФ»; – Положение о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации (приложение к приказу Министерства образования Российской Федерации от 22.10.99 г. № 636); – Приказ Министерства образования Российской Федерации от 09.07.1998 №1880 «О целевой комплексной программе «Психолого-педагогические основы проектирования образовательной политики»; – Решение коллегии Министерства образования Российской Федерации от 27.05.1997 № 6/1 «О стратегии воспитания и психологической поддержки личности в системе общего и профессионального образования»; – В основу взято «Положением о логопедическом пункте при дошкольном образовательном учреждении» (Приложение к письму от 25.03.02 г. № 05-05-805); – Устав ГБОУ ЦППРК «РостОК»
Основные составители программы	Шиянова М.В., учитель-логопед высшей квалификационной категории; Соляр Т.В., учитель-логопед высшей квалификационной категории
Цель программы	Формирование фонетически правильной речи у детей дошкольного возраста, имеющих врожденную расщелину нёба
Сроки реализации	3 года
Исполнители мероприятий программы	Специалисты ГБОУ ЦППРК «РостОК»
Ожидаемые результаты	В итоге логопедической работы ребенок, страдающий открытой ринолалией, должен правильно артикулировать, произносить звуки в различных формах речи и быть готовым к школьному обучению.

1. Пояснительная записка

Расщелины верхней губы и неба в структуре врожденных дефектов по частоте занимают второе место и относятся к наиболее тяжелым порокам развития лица и челюстей, приводящим к значительным анатомическим (косметическим) и функциональным нарушениям. В последние несколько десятилетий наблюдается значительное увеличение рождаемости детей с врожденными расщелинами губы и неба (Б.Г. Бабанина, С.В. Белякова, М.П. Водолацкий, А.Э. Гуцан и др.).

Врожденные расщелины неба приводят к появлению ринолалии, при которой нарушаются произношение звуков, тембр, просодические характеристики речи. Возможно нарушение и других компонентов: словообразования, фразообразования, связной речи. Впоследствии это может привести к психологическому дискомфорту и снижению социального статуса человека.

Ринолалия - (от греч. rhinos - нос и lalia - речь), нарушение тембра голоса (назальность) и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Изменяется голосовой резонанс из-за нарушения функции нёбно-глоточного смыкания (кольца) и недостаточной (закрытая ринолалия) или чрезмерной (открытая ринолалия) утечки аэродинамической струи воздуха через носовую полость при произношении звуков речи. Различают органическую и функциональную ринолалию. Наиболее серьёзное влияние на развитие произносительной стороны речи детей оказывает ринолалия, обусловленная врождённым несращением губы и неба. Характерны также задержка в развитии устной речи, нарушение общения, иногда личностные особенности и др.

В настоящее время выделяют 3 основных формы ринолалии:

- открытая
- закрытая
- смешанная

Общий признак открытой ринолалии: проход в носовую полость по тем или иным причинам остается открытым, вследствие чего все звуки произносятся с носовым оттенком.

Общий признак закрытой ринолалии: проход в носовую полость всегда оказывается закрыт, в том числе и для носовых звуков, голос имеет глуховатый оттенок, как при насморке.

При смешанной ринолалии наблюдается комбинация проявлений, характерных для открытой и закрытой ринолалии.

Данная программа соотносится с образовательной Программой детского сада и рабочей программой «По обучению и воспитанию детей с недостатками речи в старшей и подготовительной группах» и носит точный, конкретный характер по коррекции открытой ринолалии в послеоперационный период. Индивидуальная программа по коррекции открытой ринолалии в послеоперационный период составлена на основе работ:

- Ипполитова А.Г. «Открытая ринолалия: Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак. пед. ин-тов / Под ред. О.Н. Усановой» - М.: Из – во «Просвещение», 2003 г.;

- Л.И. Вансовская «Устранение нарушений речи при врождённых расщелинах неба», СПб.: «Гиппократ», 2000 г.;

- Ермакова И.И. «Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков» /Под.ред. С.П.Таптаповой – М.: Из – во «Просвещение», 1984г.

- «Логопедия» /Под.ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской – М. Владос, 2002г.

В основу Программы входят комплексные мероприятия, которые помогают ослабить развитие дефекта: одновременное обучение речевому дыханию, голосообразованию и артикуляции, а также переводу артикуляционной базы в передние отделы речевой полости.

Цель данной программы - формирование фонетически правильной речи у детей дошкольного возраста, имеющих врожденную расщелину нёба. **Задачи:**

- активизация небной занавески;
- нормализация «ротового выдоха», формирование длительной ротовой струи при
- выработка произношения всех звуков речи, кроме носовых;
- овладение артикуляцией всех звуков речи;
- устранение назального оттенка голоса;
- дифференциация звуков с целью предупреждения нарушений звукового анализа;
- нормализация ритмико-интонационной стороны речи;
- автоматизация приобретенных навыков в свободном речевом общении.

Психолого-педагогическая целесообразность программы

При ринолалии речь развивается с опозданием (первые слова появляются к двум годам или значительно позже) и имеет качественные особенности. Импрессивная речь развивается относительно нормально, а экспрессивная претерпевает некоторые качественные изменения.

В первую очередь следует отметить крайнюю невнятность речи больных. Появляющиеся у них слова и фразы малопонятны для окружающих, так как формирующиеся звуки своеобразны по артикуляции и звучанию. Вследствие дефектного положения языка в полости рта согласные звуки образуются главным образом за счет изменений положения кончика языка (при незначительном участии корня языка в артикуляции) и при излишней активизации лицевых мышц. Эти изменения положения кончика языка относительно постоянны и соотносятся с артикуляцией определенных звуков. Произношение некоторых согласных звуков представляет для больных особую трудность. Так, они не могут осуществить необходимой преграды у верхних зубов и альвеол для произнесения звуков верхней позиции: [л], [т], [д], [ч], [ш], [щ], [ж], [р]; у нижних резцов для произнесения звуков [с], [з], [ц] с одновременным ротовым выдохом; поэтому свистящие и шипящие звуки у ринолаликов приобретают своеобразное звучание. Звуки [к], [г] либо отсутствуют, либо замещаются характерным взрывом, производимым при соединении несращенных частиц увулы или стенок глотки.

Гласные звуки произносятся при оттянутом кзади языке с выдохом воздуха через нос и характеризуются вялой губной артикуляцией.

Таким образом, гласные и согласные звуки формируются с сильным носовым оттенком. Артикуляция их зачастую значительно изменена, и звуки между собой нечетко дифференцированы. Для самого больного такие артикулемы служат кинемой, т. е. двигательной характеристикой определенного звука, и в его речи выполняют смыслоразличительную функцию, что и позволяет использовать их для речевого общения. Все произносимые ребёнком звуки на слух воспринимаются как дефектные. Общая их характеристика для слушающего — храпящие звуки с носовым оттенком. При этом глухие звуки воспринимаются как близкие к звуку [х], звонкие — к [г] фрикативному; из них губные и губно-зубные — как близкие к звуку [м], а переднеязычные — к звуку [н] с незначительной модификацией звучания.

Иногда артикулемы в речи ринолалика очень близки к норме, а их произношение, несмотря на это, на слух воспринимался как дефектное (храпящее), так как речевое дыхание нарушено, и, кроме того, возникает излишнее напряжение лицевых мышц, что в свою очередь влияет на артикуляцию и звуковой эффект. Звукопроизношение при ринолалии поражено тотально.

Таким образом, в структуре речевой деятельности при ринолалии дефект фонетико-фонематического строя речи является ведущим звеном нарушения, причем первичным,

является нарушение фонетического оформления речи. Этот первичный дефект накладывает некоторый отпечаток на формирование лексико-грамматического строя речи, но глубокие качественные изменения его встречаются обычно лишь при сочетании ринолалии с другими речевыми нарушениями.

Нарушение речи как средства коммуникации затрудняет положение ребёнка в коллективе. Часто их общение с коллективом односторонне, а результат общения травмирует детей. У них развивается замкнутость, застенчивость, раздражительность. Деятельность их находится в более благоприятном состоянии, так как эти больные нередко интеллектуально полноценны (если ринолалия проявляется в чистом виде).

Целенаправленная работа по преодолению дефекта речи способствует становлению положительных черт характера, стимулирует развитие высших психических функций. Активизация позитивного опыта, полученного ребёнком на коррекционных занятиях, в реальную жизненную ситуацию, привлечение ближайшего социального окружения к работе с ребёнком, перенос нового в практику возможны лишь при условии готовности ближайших партнеров ребёнка, принять и реализовать новые способы общения и взаимодействия с ним, поддержать в его саморазвитии и самоутверждении.

Кроме того, их учет позволяет обеспечить комплексный подход к устранению у ребёнка речевой патологии, поскольку, таким образом, объединяются усилия педагогов разного профиля – учителя-логопеда, воспитателя, музыкального руководителя, инструктора по физической культуре и др.

Характеристика целевой аудитории

Дети с тяжёлыми нарушениями речи – это особая категория детей с отклонениями в развитии, у которых сохранен слух, первично не нарушен интеллект, но есть значительные речевые дефекты, влияющие на становление психики.

Вследствие снижения слуха и дефектной артикуляции, у детей с открытой ринолалией наблюдается недоразвитие фонематического слуха (слуха на отдельные звуки языка), что приводит, в свою очередь, к трудностям в овладении звуковой структурой слов. Это тянет за собой недоразвитие лексико-грамматического строя речи и завершается заключительным аккордом - общим недоразвитием речи (ОНР), значительным отставанием в речевом развитии. Эти дети обладают скудным речевым запасом, некоторые совсем не говорят. Несмотря на достаточные возможности умственного развития, у таких детей возникает вторичное отставание психики, что иногда даёт повод неправильно считать их неполноценными в интеллектуальном отношении. Это впечатление усугубляется отставанием в овладении грамотой, в понимании арифметических задач. Характерно для тяжёлых нарушений речи общее её недоразвитие, что выражается в неполноценности как звуковой, так и лексической, грамматической сторон речи вследствие этого у большинства детей данной категории наблюдается ограниченность мышления, речевых обобщений, трудности в чтении и письме.

У детей с тяжёлой речевой патологией отмечается недоразвитие всей познавательной деятельности, особенно на уровне произвольности и осознанности; внимание неустойчивое, трудности включения, переключения и распределения; нарушения всех свойств памяти; отклонения в эмоционально-волевой сфере.

Открытая ринолалия является одним из наиболее сложных речевых дефектов, так как оказывает влияние не только на речевое развитие ребёнка, но и на формирование его психики. По состоянию психического развития дети с расщелинами составляют разнородную группу: дети с нормальным психическим развитием; дети с задержкой психического развития; дети с олигофренией (разной степени).

Характер нарушений речи зависит от совокупности структурных и функциональных изменений. Это может быть целый ряд нарушений в костно-мышечном аппарате речи: сужение верхней челюсти, твёрдого нёба, деформация верхнего ряда зубов. Так же нарушаются нормальное переплетение и тонус мышц нёба, и необходимое их физическое

натяжение. Мышцы значительно ослабляются, питающие их сосуды суживаются, что ведёт к развитию рубцовой ткани. Вялость артикуляторного аппарата (губ, нижней челюсти и языка) проявляется в слабости круговой мышцы рта, вплоть до невозможности удержать губами самые мягкие предметы. При несращении губы и нёба вырабатывается целый ряд приспособительных движений губ, носа и мягкого нёба. С их помощью дети, артикулируя звуки, стараются помешать выходу воздуха через нос. Речь сопровождается движениями крыльев носа, бровей, сужением ноздрей, сокращением лобных мышц и поднятием верхней губы. Чем обширнее дефект, тем большие нарушения претерпевает детский организм в период своего развития.

Наличие расщелин приводит к невозможности грудного вскармливания. Угасание сосательного рефлекса, выпадение губных движений приводит к ослаблению всей лицевой мускулатуры, обедняется мимика лица.

Из-за неправильных анатомических условий не развивается координированная и дифференцированная работа языка - он практически не участвует в артикуляторном акте. Для того чтобы приспособиться к особым анатомическим условиям, развивается такое положение языка, при котором корень его поднимается вверх, препятствуя выходу воздуха через рот и ещё больше увеличивая назальный оттенок речи и снижая его разборчивость. При этом наблюдается значительное ограничение подвижности языка, смещение его передней части к середине ротовой полости, смазанность и вялость артикуляции. Нарушается мышечная взаимосвязь при питании: при кормлении дети сжимают соску не губами, а корнем языка и частично нёбным сводом. При таком сосании вместе с движением корневой части языка активизируются мышцы лица, в дальнейшем это сказывается не качестве лепета и оказывает влияние на формирование произношения.

У детей с открытой ринолалией ухудшаются условия физиологического дыхания, вырабатываются неправильные механизмы речевого дыхания.

Наблюдается отставание в развитии общей и мелкой моторики ведущей руки. Мышцы пальцев и кисти слабые, быстро устают, движения недостаточно координированы. Речь часто сопровождается напряжением растопыренных пальцев обеих кистей. Дети позднее начинают держать голову, сидеть и ходить. Нервно-мышечный аппарат речи рано приспособляется к своеобразным условиям глотания и дыхания.

У детей с врождёнными расщелинами часто наблюдаются функциональные нарушения нервной системы, выраженные психогенные реакции на свой дефект, повышенная возбудимость. Не полноценность речи при ринолалии сказывается на формировании всех психических функций, развивается замкнутость, застенчивость, раздражительность. Характерным для детей с ринолалией является изменение оральной чувствительности в ротовой полости. Причина заключается в дисфункции сенсомоторных проводящих путей, обусловленной неполноценными условиями вскармливания в грудном возрасте.

Патологические особенности строения и деятельности речевого аппарата вызывают разнообразные отклонения в развитии не только звуковой стороны речи. В разной степени страдают различные структурные компоненты речи. В связи с нарушением речедвигательной периферии ребёнок лишается интенсивного лепета, тем самым обедняется этап подготовительной настройки речевого аппарата. Отмечается позднее начало речи, значительный временной интервал между появлением первых слогов, слов и фраз уже в ранний период, являющийся сензитивным для формирования не только звукового, но и смыслового её содержания, т.е. начинается искажённый путь развития речи в целом.

В результате периферической недостаточности артикуляционного аппарата формируются приспособительные изменения уклада органов артикуляции при производстве звуков: высокий подъём корня языка и сдвиг его в заднюю зону ротовой полости, недостаточное участие губ при произнесении лабиализованных гласных, губно-губных и губно-зубных согласных, чрезмерное участие корня языка и гортани.

Наиболее существенными проявлениями дефектности фонетического оформления устной речи являются нарушения всех оральных звуков речи за свой счёт подключения

носового резонатора и изменения аэродинамических условий фонации. Звуки становятся назальными. Сочетания назализации речи и искажений в артикуляции отдельных звуков весьма разнообразны. Многое зависит от соотношения резонирующих полостей и от многообразия индивидуальных особенностей строения ротовой и носовой полостей. В целом речь ребёнка малоразборчива. Нарушение фонетического оформления речи накладывает некоторый отпечаток на формирование лексико-грамматического строения речи, но глубокие качественные его изменения встречаются обычно при сочетании ринолалии с другими речевыми нарушениями.

Особенности произношения детей с ринолалией ведут к искажению и несформированности фонематической системы языка. Вторично обусловленные особенности восприятия речевых звуков являются основным препятствием к овладению правильным письмом. Связь нарушений письма с дефектами артикуляционного аппарата имеет разнообразные проявления. Если к моменту обучения ребёнок с ринолалией овладел внятной речью, умеет чётко произносить большинство звуков родного языка и в его речи остаётся лишь незначительный назальный оттенок, то развитие звукового анализа, необходимого для обучения грамоте, протекает успешно.

При ринолалии речь развивается с опозданием (первые слова появляются к двум годам и позже) и имеет качественные особенности. Импрессивная речь развивается относительно нормально, а экспрессивная претерпевает некоторые качественные изменения. В первую очередь следует отметить невнятность речи. Появляющиеся у них слова и фразы малопонятны для окружающих, так как формирующиеся звуки своеобразны по артикуляции и звучанию. Страдает не только артикуляция звуков, но развитие просодических элементов речи. Отмечается позднее начало речи, значительный временной интервал между появлением первых слогов, слов и фраз уже в ранний период, являющийся сенситивным для формирования не только звукового, но и смыслового её содержания. Выделяется специфическая окраска некоторых согласных звуков за счёт подключения глоточного резонатора. Встречаются также и явления дополнительной артикуляции в полости гортани, что придаёт речи своеобразный «щёлкающий» призвук. Выявляется множество и других дефектов:

- опускание начального согласного («ак, ам» - так, там);
- нейтрализация зубных звуков по способу образования;
- замена взрывных звуков фрикативными;
- свистящий фон при произношении шипящих звуков или наоборот;
- отсутствие вибранта «р» или замена звуком «ы» при сильном выдохе;
- наложение дополнительного шума на назализованные звуки (шипение, свист, придыхание, храп, гортанность).

Из-за непроходимости носовой полости, ребёнок вынужден дышать ртом, что ведёт к частым вирусным и простудным заболеваниям.

Основные принципы образовательной деятельности психолого-педагогической направленности в рамках реализации программы.

Главная идея заключается в реализации общеобразовательных задач дошкольного образования с привлечением синхронного выравнивания речевого и психического развития детей.

- Принцип комплексного воздействия – взаимосвязь медицинского воздействия.
- Этиопатогенетический принцип - выделение ведущих расстройств и вторичных нарушений в структуре дефекта.
- Онтогенетический принцип предусматривает учёт общих закономерностей речевого развития ребёнка.
- Принцип дифференцированного подхода – возрастные и индивидуальные особенности детей с открытой ринолалией, уровень развития речи, структура нарушения.

- Принцип поэтапности – первоначально формирование условий для развития произносительной стороны речи, затем осуществление системы упражнений для преодоления данного нарушения

Наряду с логопедическими принципами в коррекционной работе следует опираться на дидактические принципы:

- систематичности и последовательности обучения;
- наглядность и доступность предлагаемого материала;
- сознательность и активность;
- прочность приобретённых навыков;
- принцип постепенности, концентрического наращивания информации в каждой из последующих возрастных групп по всем направлениям работы, что позволяет ребёнку опираться на уже имеющиеся у него знания и умения, и в конечном итоге обеспечивает поступательное развитие;
- принцип комплексности способствует более высоким темпам общего и речевого развития детей и предусматривает совместную работу логопеда, психолога (по необходимости), родителей.

Таким образом, выполнение коррекционных, развивающих и воспитательных задач обеспечивается благодаря *комплексному подходу* и тесной взаимосвязи работы специалистов.

Формы и методы работы

Индивидуальные занятия составляют существенную и основную часть в коррекционной работе с детьми, страдающими ринолалией. Они позволяют осуществлять коррекцию речевых и иных недостатков психофизического развития, глубоко индивидуальных для каждого воспитанника.

Роль таких занятий особенно велика в работе с детьми младшего и среднего дошкольного возраста, особенности которого мешают установить продуктивные контакты со взрослым, а тем более со сверстниками. Тем не менее постепенный отход от индивидуальных занятий к занятиям в малых подгруппах в течение учебного года позволяет оптимизировать временные затраты и перейти к формированию некоторых навыков совместной продуктивной и речевой деятельности детей.

К индивидуальным логопедическим занятиям предъявляются определённые *требования*. При их подготовке и проведении логопед должен:

- сформулировать тему и цели занятия;
- продумать этапы занятия, их связь друг с другом;
- запланировать постепенное усложнение речевого материала занятия;
- осуществлять дифференциальный подход к каждому ребёнку с учетом структуры речевого дефекта, возрастных и индивидуальных особенностей;
- формулировать инструкции кратко и четко;
- использовать разнообразный и красочный наглядный материал;
- уметь создавать положительный эмоциональный фон занятия.

Основная задача индивидуальных занятий заключается в первоначальном формировании звуковой стороны речи, что включает в себя комплекс подготовительных артикуляционных упражнений, коррекцию произношения дефектных звуков, слоговой структуры слова, развитие фонематического слуха и формирование фонематического восприятия.

Определяя содержание индивидуального логопедического занятия, подбирая речевой и практический материал, логопед должен стремиться к тому, чтобы сделать занятие не только интересным, но и максимально продуктивным, с высокой речевой активностью ребенка. Для этого можно подбирать лексико-грамматические игры и игры на развитие ВПФ со словами, насыщенными автоматизируемым звуком.

На результативность коррекционного воздействия большое влияние оказывает активное участие родителей в воспитании нормальной речи у детей с расщелиной.

Логопед проводит консультации, на которых обучает их упражнениям, артикуляционной гимнастике, приемам логопедического массажа. Желательно, чтобы родители присутствовали на индивидуальных логопедических занятиях. Только благодаря такой совместной работе можно добиться желаемого результата.

Особенности семейного воспитания потребности родителей в знаниях можно выявить при помощи беседы, важнейший признак которой двусторонняя активность. Вначале года, после обследования детей. Логопед знакомит родителей с результатами. С родителями каждого ребёнка ведётся отдельный разговор. Родные ребёнка узнают о пробелах в его развитии, получают советы, рекомендации. Беседу нужно вести тактично: её задача в том, чтобы помочь семье в воспитании ребёнка. От того, как протекают первые встречи логопеда с родителями, будет зависеть, наладится ли в дальнейшем их сотрудничество. Очень хорошо, если на беседу или консультацию приходят отец и мать. Для темы беседы не следует брать большой объём материала. Следует ограничиться узким кругом вопросов и не злоупотреблять научной терминологией, и если использовать её, то с пояснениями. Рабочие термины педагогов могут быть непонятны родителям далёким от педагогической науки и создадут барьер в общении.

Индивидуальные практикумы по обучению родителей совместным формам деятельности с детьми носят коррекционную направленность (это различные виды продуктивной деятельности, артикуляционная гимнастика, развитие связной речи, формирование звукопроизношения). Можно заранее заготовить опорные карточки, схемы или таблицы. Это облегчит понимание предлагаемого материала родителями. Некоторые взрослые, которые не могут заниматься с детьми дома из-за отсутствия навыков организации поведения ребёнка или низкой педагогической грамотности. Приходят на просмотр индивидуальных занятий логопеда. Основное внимание родителей обращается на необходимость комбинации речевых упражнений с заданиями на развитие психических процессов. Взрослые обучаются практическим приемам работы с ребёнком. Продолжительность домашних занятий не более 10-15 минут. Необходимо также проведение лечебно-оздоровительной работы: ингаляции, физио-, фито-, ароматерапия и т.д.

Логопедическое воздействие осуществляется различными **методами**, среди которых условно выделяются **наглядные, словесные и практические**.

Наглядные методы направлены на обогащение содержательной стороны речи, словесные – на обучение пересказу, беседе, рассказу без опоры на наглядные материалы. Практические используются при формировании речевых навыков путем широкого применения специальных упражнений и игр. К практическим методам можно отнести широко используемые в последнее время методы моделирования.

Метод моделирования является одним из перспективных направлений совершенствования процесса коррекционно-развивающего обучения и активно применяется в нашем детском саду. Использование заместителей и наглядных моделей развивает умственные способности детей. У ребенка, владеющего формами наглядного моделирования, появляется возможность применить заместители и наглядные модели в уме, представлять себе при их помощи то, о чем рассказывают взрослые, предвидеть возможные результаты собственных действий. Введение наглядных моделей позволяет более целенаправленно закреплять навыки в процессе коррекционного обучения.

Виды и формы контроля

В основу диагностики взято методическое пособие Т.А. Фотековой и Т.В. Ахутиной «Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов» в части исследования устной речи (*приложение 10*).

Сроки реализации программы

Длительность курса логопедического обучения (3 года) зависит от возраста ребенка, и времени оперативного вмешательства. При своевременном лечении может длиться весь дошкольный период, начиная с 3,5 лет (возраст возможного оперативного вмешательства).

Основные направления программы

Содержание коррекционной работы идёт по следующим направлениям:

I. Работа над дыханием:

1. работа начинается с постановки диафрагмального дыхания. Проводятся статические и динамические упражнения.

2. следующий этап – дифференциация ротового и носового выдоха и выдоха с целью устранения избыточного носового резонанса.

II. Развитие полноценного небно-глоточного смыкания:

Активизация мягкого нёба и глоточных мышц. Проведение логопедического массажа на каждом занятии по 3 – 5 мин. (рекомендация родителям о проведении массажа в домашних условиях не менее 2 раз, в выходные, 5-8 раз). Вокальные упражнения, полоскание горла, вызывание глоточного рефлекса, проговаривание протяжно гласных средней громкости, выполнение артикуляционных упражнений.

III. Развитие фонематического восприятия:

Постепенное обучение различению правильного и неправильного произношения для более быстрого введения в спонтанную речь усвоенных навыков в правильной речи.

IV. Коррекция звукопроизношения:

Последовательность работы над звуками определяется подготовленностью артикуляционной базы языка. Наличие полноценных звуков одной группы является произвольным базисом для формирования следующих. Используются так называемые опорные звуки.

Коррекции звука предшествует работа по развитию артикуляционного праксиса. Разучивание с ребёнком как традиционные, так и нетрадиционные упражнения артикуляционной гимнастики, направленной на изменение положения языка в полости рта. Последовательность работы по коррекции звукопроизношения такая же, как в дооперационном периоде.

Заключительным этапом логопедического воздействия является работа над мелодико-интонационной выразительностью речи, в которую входят:

1. Разучивание упражнений для развития всех компонентов голоса (сила, высота, тембр).

2. Обучение различению и восприятию различной интонации.

3. Применение различных видов театральной деятельности с целью введения полученных навыков в спонтанную речь.

Ресурсы, необходимые для реализации программы

К участию в реализации программы привлекаются специалисты ГБОУ ЦППРК «РостОК» и других образовательных организаций. Программа осуществляется на базе ГБОУ ЦППРК «РостОК» или другой образовательной организации.

Взаимодействие с родителями.

Состав группы и режим работы

Распределение занятий по развитию речи, проводимых в течение недели в соответствии с требованиями к максимальной образовательной нагрузке на ребёнка в ДОУ, определённым СанПиН 2.4.1.3049 – 13.

Коррекционная работа осуществляется на индивидуальных занятиях 3 раза в неделю. Занятие длится 15-20 минут. Обязательно проведение занятий индивидуально, недо-

пустимо присутствие двоих детей. Желательно присутствие родителей. В индивидуальной тетради ребенка записываются все инструкции и задания, даются четкие указания.

Эффективность логопедической работы находится в тесной связи с анатомическим и функциональным состоянием речевого аппарата.

Устранение патологической назализации голоса при ринолалии, несмотря на многообразие применяемых приемов, представляет известную трудность. Определяется она в первую очередь тяжестью дефекта и характером хирургического вмешательства, которое не всегда достигает хорошего анатомического и функционального эффекта.

Большое значение придается также психофизическому состоянию ребенка, его поведению и личности в целом.

Коррекционная работа включает в себя 2 этапа и учитывает отсутствие дооперационного периода:

1 этап (констатирующий этап) – обследование ребёнка, оформление документации, беседы с детьми и (отдельно) с близкими ребенка (Приложение № 1)

2 этап (формирующий этап) - разрабатывается содержание индивидуальных реабилитационных программ с использованием таких методов коррекционной работы: стимуляция небных и глоточных мышц; отработка основных параметров речевого дыхания (постепенность направленность, длительность и наиболее рациональный диафрагмальный его тип); перевод всей артикуляционной базы звуков в передние отделы ротовой полости с применением целенаправленно подобранного фонетического материала; корригируются гласные «звуки-помощники» и согласные звуки; автоматизация сформированных навыков произнесения звуков в спонтанной речи (дети приучаются говорить осознанно, ясно без лишних повторов в умеренном темпе) с одновременным вводом ортофонических и вокальных упражнений.

2 этап делится на 2 части, из-за отсутствия работы логопеда с ребёнком в дооперационный период.

На протяжении всей коррекционной работы ребёнок учится новым произносительным навыкам, идёт формирование слухового восприятия и слухового внимания, фонематического слуха.

Оценка эффективности программы

Эффективность логопедической работы находится в тесной связи с анатомическим и функциональным состоянием речевого аппарата. Большое значение придается также психофизическому состоянию ребенка, его поведению и личности в целом.

Установлены следующие оценки речи:

- нормальная и близкая к норме, т.е. сформировано звукопроизношение и устранена назализация.
- значительное улучшение речи -- сформировано звукопроизношение, имеется умеренная назализация.
- улучшение речи -- сформирована артикуляция не всех звуков, имеется умеренная назализация.
- без улучшения -- не сформирована артикуляция звуков, сохраняется гиперназализация.

На результативность коррекционного воздействия большое влияние оказывает активное участие родителей в воспитании нормальной речи у детей с расщелиной.

Среди некоторых факторов, оказывающих влияние на результаты коррекции (возраст, в котором сделана операция, ее качество, возраст, в котором началось логопедическое обучение, продолжительность обучения), выделяется и фактор сотрудничества с семьей ребенка.

3. Тематическое планирование

№	Тема занятия	Цель занятия	Кол-во часов
1.	Обследование речи ребенка. Заполнение речевой карты	<ul style="list-style-type: none"> — Выявление общей картины нарушения речи; — выделение основного дефекта и вторичных нарушений; — изучение личностных особенностей больного; — выяснение сроков хирургического вмешательства, применение медикаментозного лечения и логопедического воздействия 	3
2.	Подготовительный этап	Формирование физиологического и фонационного дыхания: <ul style="list-style-type: none"> — постановка диафрагмально-реберного типа дыхания; — отработка направленной воздушной струи при фонации; — дифференциация носового и ротового дыхания 	12
		Формирование артикуляционных укладов и артикуляционных движений: <ul style="list-style-type: none"> — развитие артикуляционной и мимической мускулатуры средствами логопедического массажа; — развитие подвижности артикуляционного аппарата 	12
		Развитие полноценного небно-глоточного смыкания: <ul style="list-style-type: none"> — массаж мягкого и твердого неба; — гимнастика мягкого неба и задней стенки глотки; 	12
3.	Коррекция звукопроизношения (последовательность работы над звуками по А.Г. Ипполитовой)		
3.1.	Занятие 1. Звук [А] (постановка).	постановка звука [а] по подражанию, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	3
3.2	Занятие 2. Звук [А] (автоматизация).	автоматизация звука [а] на материале слов, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	3
3.3	Занятие 3. Звук [Э] (постановка).	постановка звука [э] по подражанию, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	3

3.4	Занятие 4. Звук [Э] (постановка).	постановка звука [э] по подражанию, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	3
3.5	Занятие 5. Звук [Э] (автоматизация).	автоматизация звука [э] на материале слов, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	3
3.6	Занятие 6. Звук [О] (постановка).	постановка звука [о], развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	3
3.7	Занятие 7. Звук [О] (автоматизация).	автоматизация звука [о] на материале слов, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	3
3.8	Занятие 8. Звук [М] (постановка).	постановка звука [м] развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	4
3.9	Занятие 9. Звук [М] (автоматизация).	автоматизация звука [м] на материале слогов и слов, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	4
3.10	Занятие 10. Звук [Ы] (постановка).	постановка звука [ы], развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	3
3.11	Занятие 11. Звук [Ы] (автоматизация).	автоматизация звука [ы] на материале слогов и слов, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	3
3.12	Занятие 12. Звук [У] (постановка).	постановка звука [у], развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	3
3.13	Занятие 13. Звук [У] (автоматизация).	автоматизация звука [у] на материале слогов и слов, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	3
3.14	Занятие 14. Звук [И] (постановка).	постановка звука [и], развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	3
3.15	Занятие 15. Звук [И] (автоматизация).	автоматизация звука [и] на материале слогов и слов, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	3

		ского слуха.	
3.16	Занятие 16. Звук [ф] (постановка).	постановка звука [ф], развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фонематического слуха.	6
3.17	Занятие 17. Звук [ф] (автоматизация).	автоматизация звука [ф] на материале слогов и слов и предложений, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного	4
3.18	Занятие 18. Звук [х] (постановка).	постановка звука [х], развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фиксированного выдоха, фонематического слуха.	6
3.19	Занятие 19. Звук [х] (автоматизация).	автоматизация звука [х] на материале слогов и слов и предложений, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного	4
3.20	Занятие 20. Звук [н] (постановка).	постановка звука [х], развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фиксированного выдоха, фонематического слуха.	6
3.21	Занятие 21. Звук [н] (автоматизация).	автоматизация звука [н] на материале слогов и слов и предложений, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыха-	4
3.22	Занятие 22. Звук [п] (постановка).	постановка звука [п], развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, форсированного выдоха, фонематического слуха.	8
3.23	Занятие 23. Звук [п] (автоматизация).	автоматизация звука [п] на материале слогов и слов и предложений, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного	6
3.24	Занятие 24. Звук [т] (постановка).	постановка звука [т], развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, форсированного выдоха, фонематического слуха.	8
3.25	Занятие 25. Звук [т] (автоматизация).	автоматизация звука [т] на материале слогов и слов и предложений, развитие артикуляционной моторики, диафраг-	6

		мально-реберного ния, фиксированного выдоха, фонематического слуха.	
3.26	Занятие 26. Звук [К] (постановка).	постановка звука [к], развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, фиксированного выдоха, фонематического слуха.	8
3.27	Занятие 27. Звук [К] (автоматизация).	автоматизация звука [к] на материале слогов и слов и предложений, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного ния, фиксированного выдоха, фонематического слуха.	6
3.28	Занятие 28. Звук [В] (постановка).	постановка звука [в], развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, форсированного выдоха, фонематического слуха.	8
3.29	Занятие 29. Звук [В] (автоматизация).	автоматизация звука [в] на материале слогов и слов и предложений, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного ния, фиксированного выдоха, фонематического слуха.	6
3.30	Занятие 30. Звук [Б] (постановка).	постановка звука [б], развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, форсированного выдоха, речевого дыхания, фонематического слуха.	8
3.31	Занятие 31. Звук [Б] (автоматизация).	автоматизация звука [б] на материале слогов и слов и предложений, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного ипа дыхания, фиксированного выдоха, фонематического слуха.	6
3.32	Занятие 32. Звук [Д] (постановка).	постановка звука [д], развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, форсированного выдоха, фонематического слуха.	8
3.33	Занятие 33. Звук [Д] (автоматизация).	автоматизация звука [д] на материале слогов и слов и предложений, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного ния, фиксированного выдоха, фонематического слуха.	6
3.34	Занятие 34. Звук [Г] (постановка).	: постановка звука [г], развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного типа дыхания, форсированного выдоха, фонематического слуха.	8
3.35	Занятие 35. Звук [Г] (автоматизация).	автоматизация звука [г] на материале	6

	тизация).	слогов и слов и предложений, развитие артикуляционной моторики, диафрагмально-реберного дыхания, фиксированного выдоха, фонематического слуха.	
ИТОГО			200