

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Содержание** | **Стр.** |
| **1.** | **Целевой раздел** |  |
| 1.1. | Пояснительная записка |  |
| 1.2. | Цель, задачи программы |  |
| 1.3. | Характеристика детей с ринолалией |  |
| 1.4. | Планируемые результаты освоения Программы |  |
| 1.5. | Диагностика развития ребёнка |  |
|  |  |  |
| **2.** | **Содержательный раздел** |  |
| 2.1. | Содержание коррекционной образовательной деятельности в соответствии с направлением речевого развития ребёнка |  |
| 2.2. | Особенности организации коррекционно-образовательного процесса |  |
|  |  |  |
| **3.** | **Организационный раздел** |  |
| 3.1. | Учебный план реализации Программы |  |
|  | Список литературы |  |
|  | Приложения |  |

**Раздел I**

* 1. **Пояснительная записка**

Адаптированная индивидуальная образовательная программа коррекционной образовательной деятельности в соответствии с ФГОС ДО для ребёнка с открытой ринолалией (далее Программа) отражает основные этапы коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими ринолалией в послеоперационный период. Программа предназначена для воспитанника коррекционной логопедической группы компенсирующей направленности 5-7 лет.

Данная программа разработана в соответствии:

* Федеральным Законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации";
* Федеральным государственным образовательным стандартом дошкольного образования от 17 октября 2013 г. N 1155 (далее - ФГОС ДО, Стандарт);
* Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15 мая 2013 года №26 «Об утверждении СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций»;
* Адаптированной основной образовательной программой муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад №173 «Росинка» комбинированного вида»;
* Программой «Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста» Филичева Т.Б, Чиркина Г.В.
* Примерной адаптированной программой коррекционно-развивающей работы в группе компенсирующей направленности ДОО для детей с тяжелыми нарушениями речи (общим недоразвитием речи) под редакцией профессора Лопатиной Л. В..

АИОП построена на позициях гуманно-личностного отношения к ребенку и направлена на его всестороннее развитие, формирование духовных и общественных ценностей, а также способностей и компетенций. Настоящая АИОП является компонентом вариативной части Адаптированной основной образовательной программы дошкольного образования МАДОУ «Детский сад № 173 «Росинка» комбинированного вида.

**1.2. Цель, задачи Программы**

Основной целью представленной Программы является построение системы поэтапного устранения у детей с ринолалией специфических дефектов произношения, развития физиологического дыхания, фонематического восприятия, артикуляции, закрепления полученных произносительных навыков. Программа предусматривает полное взаимодействие и преемственность действий всех специалистов дошкольного образовательного учреждения и родителей дошкольников.

Чтобы дети с ринолалией были готовы к обучению в речевой или общеобразовательной школе, необходимо специальными приемами исправить звукопроизношение, развить фонематическое восприятие, слуховую память, анализ и синтез звукового состава речи, обучить элементарным навыкам чтения.

Основной задачей Программы является:

* формирование нормального звучания речи, т. е. формирование речи без носового оттенка;
* овладение самостоятельной, связной, грамматически правильной речью и коммуникативными навыками, фонетической системой русского языка, элементами грамоты, что формирует психологическую готовность к обучению в школе и обеспечивает преемственность со следующей ступенью системы общего образования.

Задачи коррекционно-развивающей работы:

* охрана жизни и укрепление физического и психологического здоровья ребенка;
* обеспечение с учетом отклонений в развитии образования по основным направлениям – физическому, познавательно-речевому, коммуникативно-личностному, художественно-эстетическому;
* формирование правильного произношения (воспитание артикуляционных навыков, звукопроизношения, слоговой структуры и фонематического восприятия);
* оказание помощи в практическом усвоении лексических и грамматических средств языка;
* готовность к обучению грамоте, оказание помощи в овладении её элементами;
* развитие навыков связной речи;
* обеспечение возможности для осуществления содержательной деятельности в условиях, оптимальных для всестороннего и своевременного психологического развития;
* проведение коррекции (исправление и ослабление) негативных тенденций развития;
* стимулирование и обогащение развития ребёнка во всех видах деятельности (игровой, коммуникативной, трудовой, познавательно-исследовательской, продуктивной, музыкально-художественной, чтения);
* взаимодействие с семьей ребенка для обеспечения полноценного развития;
* оказание консультативной и методической помощи родителям (законным представителям).

Программа имеет в своей основе следующие принципы:

* принцип гуманно-личностного отношения к ребенку, что позволяет обеспечить развивающее обучение дошкольников, формирование базовых основ культуры личности детей, всестороннее развитие интеллектуально-волевых качеств, дает возможность сформировать у детей все психические процессы;
* принцип природосообразности, т.е. синхронного выравнивания речевого и психического развития детей с нарушениями речи;
* онтогенетический принцип, учитывающий закономерности развития детской речи в норме;
* принцип индивидуализации, учета возможностей, особенностей развития и потребностей каждого ребенка;
* принцип признания каждого ребенка полноправным участником образовательного процесса;
* принцип поддержки детской инициативы и формирования познавательных интересов каждого ребенка;
* принципы интеграции усилий специалистов;
* принцип конкретности и доступности учебного материала, соответствия требований, методов, приемов и условия образования индивидуальным и возрастным особенностям детей;
* принцип систематичности и взаимосвязи учебного материала;
* принцип постепенности подачи учебного материала;
* принцип концентрического наращивания информации в каждой из последующих возрастных групп во всех пяти образовательных областях;
* принцип взаимосвязи работы над различными сторонами речи;
* принцип обеспечения активной языковой практики.

 Решение программных задач осуществляется в совместной деятельности взрослых и ребёнка и его самостоятельной деятельности не только в рамках непосредственно образовательной деятельности, но и при проведении режимных моментов в соответствии со спецификой дошкольного образования.

Выполнение коррекционных, развивающих и воспитательных задач обеспечивается благодаря комплексному подходу и интеграции усилий специалистов педагогического и медицинского профилей и семьи воспитанника.

Реализация принципа интеграции способствует более высоким темпам общего и речевого развития детей и предусматривает совместную работу учителя-логопеда, музыкального руководителя, воспитателей и родителей дошкольника

. **1.3. Характеристика детей с открытой ринолалией**

 В отечественной и зарубежной литературе среди речевой патологии выделяют ринолалию, как одну из сложных клинических форм. Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. При ринолалии наблюдается назализованный тембр голоса, артикуляция и фонация существенно отличаются от нормы. В России разработкой методологических приемов по ринолалии занимались Е.Ф. Рау,1933г., Ф.А. Рау, 1933г., З.Г. Нелюбова ,1938г., В.В. Куколь, 1941г., А.Г. Ипполитова, 1955г., 1963, С.Г. Таптапова, 1963г., Т.Н. Воронцова, 1966г., Н.Н. Сереброва, 1969г., Л.И. Вансовская, 1977г., И.И. Ермакова, 1980г, 1984. В классификациях речевых расстройств ринолалия рассматривается либо как самостоятельное нарушение, либо как форма механической дислалии (О. В. Правдина, В. Олтушевский). Ринолалия проявляется в трех формах - открытой, закрытой и смешанной и по этиологии может быть органической и функциональной. Открытая ринолалия характеризуется дефектной артикуляцией и аномальным акустическим эффектом речевых звуков: во время речи воздушная струя проходит одновременно через рот и нос, вследствие чего возникает носовой резонанс при произнесении всех звуков. Аномальный акустический эффект создается и специфическим тембром голоса. Открытая органическая ринолалия чаще всего является следствием врожденного дефекта неба - расщелин. Наличие расщелины обусловливает полное или частичное соединение двух резонаторов: полостей рта и носа. В результате этого во время речи нарушается направление воздушной струи и, следовательно, при образовании звуков речи возникает специфический назальный акустический эффект. Ринолалия при расщелинах неба характеризуется своеобразным комплексом симптомов:

1. Изменение положения и активности языка. Язык стабилизируется в следующем положении: все тело его оттянуто кзади (западает назад, к глотке), а корень и спинка с силой приподняты кверху (отмечается повышенный тонус). Кончик языка обычно развит плохо, часто паретичен. В результате оказываются доступными только самые элементарные движения, которые между собой мало дифференцированы. Изменение положения языка является своеобразным приспособлением ребенка к своему дефекту.

2. Нарушение деятельности мышц, осуществляющих движение мягкого неба. Функция всех мускулов, поднимающих мягкое небо и образующих разделение носовой и ротовой полостей, резко ограничена не только при речи, но и при актах жевания и глотания. Мягкое небо либо пассивно, либо малоподвижно и не выполняет своей функции разделения ротовой и носовой полости. У больных с открытой ринолалией нарушается существующее переплетение мышц неба по средней линии и необходимое их физиологическое натяжение и отмечается ассиметрия мышц мягкого неба слева и справа. Эта асимметрия проявляется к 4--5 годам и с возрастом прогрессирует. Слизистая оболочка глотки становится бледной, вялой, атрофичной. Смыкание мягкого неба и задней стенки глотки не осуществляется.

3. Изменение взаимодействия мышц всего периферического конца рече- двигательного анализатора. Прежде всего, обращает на себя внимание нарушение взаимосвязи артикуляторных и мимических мышц, что выражается в излишних движениях лицевых мышц в процессе артикуляции, наличии синкинезий, а в ряде случаев тикообразных и хореических движений лицевых мышц. У лиц с врожденной расщелиной даже после хирургического вмешательства трудности в этом плане не исчезают. При сквозных расщелинах после хейлопластики остаются рубцы, ограничивающие подвижность мышц. Чем значительнее деформации губы, тем больше вовлекаются в артикуляцию звуков лицевые и мимические мышцы, что вырабатывает у ребенка стойкий стереотип напряженности речи. Нарушение взаимодействия между артикуляционными и дыхательными мышцами приводит к специфическим проявлениям особенностей речевого дыхания. Нарушение дыхания при ринолалии отмечалось рядом исследователей (Г. Гутцман, 1924; З. Г. Нелюбова, 1938; И. М. Готь, 1971; Н. Н. Останин, 1969 и др.). Отдельные исследования указанных авторов показывают, что при ринолалии дыхание ускоренное, поверхностное и учащенное. Это связано с тем, что количество воздуха, выдыхаемого через нос, возрастает до 77% от всего количества выдыхаемого воздуха. Речевой выдох неравномерно распределяется на протяжении произносимого слова: к середине слова воздух иссякает (В. Н. Яковенко, 1966). В случаях искусственного устранения утечки воздуха через нос (зажимание крыльев носа) повышается количество воздуха, выдыхаемого через рот, но спирометрические показатели при этом так и не достигают нормы (Т. Н. Воронцова, 1966; А. В. Коваль, 1968; А. К. Арифджанов, 1974). Страдает направленность и плавность выдоха, а также ритмичность речевого дыхания. Чаще всего дыхание при ринолалии оказывается поверхностным (грудным), наблюдается асинхронность грудного и диафрагмального дыхания, нарушается соотношение между вдохом и выдохом. Такой тип дыхания создает особые трудности для реализации речи.

4. Тотальное нарушение звукопроизношения. Все звуки произносятся с носовым оттенком, причем наиболее дефектными в этом отношении являются гласные звуки (для них нужен самый сильный велофарингеальный (небно-глоточный) затвор (Р. Хейджерти, Б. Ньюмен, 1961). Артикуляция согласных звуков сдвигается к месту отсутствующего небно-глоточного затвора, в результате чего звуки искажаются и приближаются к храпящему звучанию, иногда напоминающему отдельные звуки. Реже отмечаются звуковые замены, причем звуки-субституты являются также искаженными. Значительно нарушенными оказываются те согласные, которые требуют наиболее высокого ротового давления (Мак Дональд и Д. Хесс, 1960).

Итак, при органической открытой ринолалии расщелина является фактором, влекущим за собой ряд других патологических изменений в функции артикуляционного аппарата, усугубляющих речевой дефект. В частности, наиболее ярким патологическим изменением является дефектное положение языка в полости рта и нарушение мышечной взаимосвязи всего артикуляционного аппарата. Таким образом, органический дефект – расщелина – ведет к функциональному нарушению праксиса артикуляционного аппарата. При врожденных расщелинах анатомические изменения отмечаются только в верхнем отделе периферического конца речедвигательного анализатора (наличие самой расщелины, недоразвитие мышечного комплекса неба, изменения в зубочелюстной системе). Однако эти относительно немногочисленные анатомические изменения приводят к стойким функциональным дефектам всех трех систем речепроизводства: энергетической, генераторной и резонаторной. Это сказывается на характере речевого дыхания, на особенностях голоса и на специфике его артикуляции. Таким образом, открытая ринолалия и ее характер оказываются зависимыми от компенсаторных нарушений: патологической стабилизации тела языка в полости рта, нарушения деятельности мышц мягкого неба и нарушения взаимодействия всех мышечных групп периферического конца речедвигательного анализатора.

При функциональной открытой ринолалии дефект речи обусловлен чаще всего гипокинезом мягкого неба (при частых заболеваниях носоглотки и слабости нервных импульсов или общей мышечной вялости), нарушением контроля за собственной речью при сниженном слухе или при подражании назальной речи.

При ринолалии речь развивается с опозданием (первые слова появляются к двум годам и 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 детей. 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 увули 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 больным 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 - кг 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. Таким образом, звукопроизношение при ринолалии поражено тотально. Самостоятельное осознание дефекта речи у детей обычно отсутствует или критичность к нему снижена. 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. Неполноценность речи при ринолалии сказывается на формировании всех психических функций ребенка и в первую очередь - на становлении личности. Своеобразие ее развития обусловливается неблагоприятными для ринолалика условиями жизни в коллективе. Нарушение речи как средства коммуникации затрудняет положение детей-риналаликов 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. Большинство детей с ринолалией способно к высокой степени компенсации дефекта и реабилитации функций.

**1.4. Планируемые результаты освоения программы.**

Целевые ориентиры. Главной задачей коррекционной работы является реализация общеобразовательных задач дошкольного образования с привлечением синхронного выравнивания речевого и психического развития ребенка с ринолалией. Целевые ориентиры базируются на ФГОС ДО и задачах данной Программы, даются для детей старшего дошкольного возраста (на этапе завершения дошкольного образования). К целевым ориентирам дошкольного образования (на этапе завершения дошкольного образования) в соответствии с данной Программой относятся следующие социально-нормативные характеристики возможных достижений ребенка:

* Ребенок хорошо владеет устной речью, может выражать свои мысли и желания, проявляет инициативу в общении, умеет задавать вопросы, делать умозаключения, знает и умеет пересказывать сказки, рассказывать стихи, составлять рассказы по серии сюжетных картинок или по сюжетной картинке; у него сформированы элементарные навыки звуко-слогового анализа, что обеспечивает формирование предпосылок грамотности.
* Ребенок любознателен, склонен наблюдать, экспериментировать; он обладает начальными знаниями о себе, о природном и социальном мире.
* Ребенок способен к принятию собственных решений с опорой на знания и умения в различных видах деятельности.
* Ребенок инициативен, самостоятелен в различных видах деятельности, способен выбрать себе занятия и партнеров по совместной деятельности.
* Ребенок активен, успешно взаимодействует со сверстниками и взрослыми;
* У ребенка сформировалось положительное отношение к самому себе, окружающим, к различным видам деятельности.
* Ребенок способен адекватно проявлять свои чувства, умеет радоваться успехам и сопереживать неудачам других, способен договариваться, старается разрешать конфликты.
* Ребенок обладает чувством собственного достоинства, верой в себя.
* Ребенок обладает развитым воображением, которое реализует в разных видах деятельности.
* Ребенок умеет подчиняться правилам и социальным нормам, способен к волевым усилиям.
* У ребенка развиты крупная и мелкая моторика, он подвижен и вынослив, владеет основными движениями, может контролировать свои движения, умеет управлять ими.

Целевые ориентиры Программы выступают основаниями преемственности дошкольного и начального общего образования.

**1.5. Диагностика развития ребенка**

Система получения точных данных о состоянии деятельности учителя-логопеда ДОУ может быть обеспечена посредством диагностики, представляющей собой систему сбора, обработки, хранения и распространения информации. Данная информация анализируется учителем-логопедом, и на её основе оценивается состояние качества коррекционно-образовательной деятельности, выявляются проблемы и разрабатываются своевременные пути их решения.

Диагностика проводится в целях:

* выявления степени выраженности и структуры речевого дефекта ребенка-инвалида;
* выявления степени соответствия результатов деятельности учителя-логопеда МАДОУ ФГОС дошкольного образования;
* определения уровня удовлетворения потребностей и ожиданий субъектов коррекционно-образовательного процесса;
* качественной оценки условий, созданных учителем-логопедом для осуществления полноценной коррекции недостатков речи у детей;
* развития логопедической помощи, своевременного предотвращения неблагоприятных и критических ситуаций.

Углубленная диагностика проводится в течение сентября. Для обследования речевого развития детей используется сокращенный вариант «Тестовой методики экспресс-диагностики устной речи» Т.А. Фотековой и «Картинный материал к речевой карте ребенка» Н.В. Нищевой.

Чем удобны данные методики в условиях логопедической группы:

* представлен сокращенный вариант методики, которая адаптирована к детям среднего дошкольного возраста и требует меньшего времени на ее проведение;
* протоколы обследования представлены на каждого ребенка, что позволяет при консультировании родителей конкретного ребенка оперировать не голыми фактами, а конкретными примерами достижений ребенка;
* речевой профиль ребенка, составляемый по методике Т.А. Фотековой, позволяет видеть развитие всех сторон речевой системы и строить с учетом этого коррекционную работу;
* определяет речевой статус детей с разными нарушениями;
* качественная и количественная оценка речевого дефекта выявляет уровни успешности ребенка, а также позволяет точно выявить группу риска и успешно определить будущий образовательный маршрут для ребенка;
* позволяет грамотно написать логопедическое представление, используя речевые ответы ребенка из проб методики;
* «Картинный материал к речевой карте ребенка» Н.В. Нищевой имеет весь наглядный иллюстративный материал для проведения качественного обследования;
* использование «Картинного материала к речевой карте ребенка» Н.В. Нищевой позволяет, для лучшего понимания предложенного задания, дополнительно подключить зрительный анализатор ребенка.

Задачами логопедического обследования являются выявление особенностей общего и речевого развития детей: состояния компонентов речевой системы, соотношения развития различных компонентов речи, импрессивной и экспрессивной речи, сопоставление уровня развития языковых средств с их активизацией (использованием в речевой деятельности). Углубленное логопедическое обследование позволяет выявить не только негативную симптоматику в отношении общего и речевого развития ребенка, но и позитивные симптомы, компенсаторные возможности, зону ближайшего развития. Диагностика позволяет решать задачи развивающего обучения и адаптировать программу в соответствии с возможностями и способностями каждого ребенка. После заполнения учителем-логопедом речевой карты каждого ребенка составляется таблица состояния речевого развития детей. Оценка индивидуального развития ребенка осуществляется в январе после зимних каникул и в конце учебного года.

Параметры:

1. Артикуляционный праксис:
* объем движений;
* качество движений;
* переключаемость.
1. Звукопроизношение:
* изолированное произношение:
* произношение в слоге;
* произношение в слове, предложении;
* произношение в связной речи.
1. Фонематический слух:
* умение слышать и различать изолированные звуки (в ряду полярных звуков, акустически близких звуков, артикуляторно близких звуков);
* дифференциация слоговых рядов по звонкости - глухости согласных звуков;
* дифференциация слоговых рядов по твердости - мягкости согласных звуков;
* воспроизведение слоговых рядов.
1. Фонематическое восприятие:
* выделение заданного звука из ряда звуков;
* выделение заданного звука в слове;
* выделение первого гласного звука в слове;

Критерии:

1 - не эффективен никакой вид помощи, выполнение задания недоступно.

2 - эффективна помощь обучающего характера, характер выполнения имеет условное сходство с образцом.

3 - нуждается в направляющей помощи, ошибки стойкие, носят множественные характер.

4 - эффективна помощь стимулирующего характера, возможны единичные незначительные неточности в выполнении задания.

5 - самостоятелен, в помощи не нуждается, выполняет задание качественно и в полном объёме.

**Раздел II**

**2.1. Содержание коррекционной образовательной деятельности в соответствии с направлением речевого развития ребёнка**

Логопедическая работа при открытой ринолалии строится на основе сущности данного нарушения и его причин. В основу методики положен принцип использования физиологического дыхания, которое постепенно перевоспитывается в речевое диафрагмальное с ротовым выдохом. Развитие такого типа речевого дыхания проводится одновременно с формированием артикулем звуков речи. Такая параллельность в формировании дыхания и артикулем позволяет уже на первых занятиях получить правильные звуки речи. При ринолалии наблюдается тотальное нарушение звукопроизношения. В связи с этим в логопедической работе необходимо формировать правильное произношение всех звуков речи заново. Некоторые звуки в речи могут показаться правильными по звучанию, но это впечатление обманчиво, так как общая напряженность мышц артикуляционного аппарата и неправильное положение языка не обеспечивают нормальной артикуляции. Поэтому эти кажущиеся правильными звуки нельзя использовать в логопедических занятиях. Итак, начиная работу с ринолаликом, необходимо отказаться от всего, что он умеет произносить, и начать работу заново. Этот путь лучше обеспечит эффективность наших усилий. Последовательность работы над звуками при ринолалии определяется подготовленностью артикуляционной базы звуков. Звуки речи взаимозависимы и взаимосвязаны, и потому наличие полноценных звуков одной группы является производным базисом для формирования следующей группы звуков: одни звуки являются производными для других. Артикулемы имеющихся звуков будут тем необходимым основанием, на котором воспитываются новые звуки. В постановке отдельных звуков могут быть использованы разные опорные звуки. Подготовка артикуляционной базы звука проводится при помощи специальной артикуляционной гимнастики. Эта гимнастика постоянно сочетается с развитием речевого дыхания ребенка. В системе упражнений по развитию артикуляционного праксиса главным должно быть использование физиологического взаимодействия мышечных групп речевого аппарата, т. е. их взаимосвязанности и взаимозависимости. Следует избегать грубых артикуляционных упражнений, не являющихся основой артикуляции каких-либо звуков (высовывание языка, отведение высунутого языка на верхнюю губу и т. п.), так как они никак не соответствуют произвольным движениям, необходимым для закрепления артикуляций отдельных звуков.

Тренируются движения, необходимые для произнесения того или иного звука, причем нужно следить, чтобы ребенок выполнял показанное движение легко, без напряжения, так как напряжение может иррадировать на другие группы мышц речевого аппарата. Дополнительные артикуляционные упражнения можно применять только в строго дифференцированном плане и только в необходимых случаях. Все они должны быть естественными, физиологичными и выполняться ребенком без особого напряжения. Чаще всего они применяются в случаях комбинированных расстройств. Так, в случаях тяжелых дизартрии, которые могут сопутствовать ринолалии, применяется массаж и механическая помощь для развития движения необходимых групп мышц, тренируются движения для преодоления односторонней слабости языка и т. д. Упражнения строго дифференцируются с учетом необходимости и полезности каждого из них. Итак, при проведении гимнастики артикуляционного аппарата следует обращать внимание на то, что все тренируемые движения должны служить формированию определенных артикуляционных укладов речевых звуков. При вызывании звука первоначально внимание ребенка направляется на его артикулему; не следует фиксировать внимание ребенка на звуке с привлечением слухового контроля для того, чтобы его старая привычная артикуляция не мешала закреплению вновь появившегося правильного произношения. Ребенок не должен знать заранее, над произношением какого звука он работает. Правильные речевые навыки закрепляются логопедом и лишь частично — родителями под руководством логопеда. На первых 10—15 занятиях контроль за формированием правильных речевых навыков осуществляется только логопедом, т. е. ребенок не получает заданий на дом. После того как артикуляции окажутся усвоенными, вводится буквенное обозначение звуков: речевой материал, проработанный на занятиях с логопедом, можно закреплять на самостоятельных занятиях под контролем родителей. После закрепления произношения отдельных звуков проводится их автоматизация в словах и фразах, которые ребенок произносит под контролем логопеда. Объем речи на занятиях постепенно расширяется, усложняясь до контекстной речи, и окончательные речевые навыки закрепляются в форме диалога в новых для ребенка условиях. В соответствии с изложенными этапами нами разработана методика обучения правильной речи больных с ринолалией в дооперационный и послеоперационный периоды. Система занятий, изложенная в методике, проста и физиологична, не утомительна для ребенка, значительно облегчает труд логопеда и сокращает сроки логопедических занятий. В основу работы положены занятия по формированию правильного речевого дыхания и одновременного построения правильных артикулем.

**2.2.Особенности организации коррекционно-образовательного процесса**

Содержание коррекционной работы в послеоперационный период.

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:

В послеоперационный период важно своевременно начать работу по растормаживанию небной занавески (по разрешению врача). Наиболее эффективным методом является логопедический массаж. Проводится 3-5 минут, ежедневно 5-8 раз. Также в этот период полезны вокальные упражнения, полоскание горла, вызывание глоточного рефлекса, проговаривание протяжно гласных средней громкости, выполнение артикуляционных упражнений.

III. Развитие фонематического восприятия:

Данный раздел работы является одним из наиболее важных. Постепенное обучение различению правильного и неправильного произношения способствуют более быстрому введению в спонтанную речь усвоенных навыков в правильной речи. В послеоперационном периоде при различении звуков логопед опирается не только на зрительное восприятие, кинестетические ощущения, но и на слуховое восприятие ребенка.

IV. Коррекция звукопроизношения:

Коррекции звука предшествует работа по развитию артикуляционного праксиса. Логопед разучивает с детьми как традиционные, так и нетрадиционные упражнения артикуляционной гимнастики, направленной на изменение положения языка в полости рта. Если ребенок прошел курс логопедических занятий до операции, то логопед уточняет произношение ранее изученных звуков и ставит сложные по артикуляции звуки. В случае, если к логопеду обратились впервые, то 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.

###  Планирование логопедической работы с детьми, страдающими открытой ринолалией

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Период | Основное содержание работы | Рекомендации | Развитие фонематического восприятия |
| Сентябрь- первая половина ноябряВторая половина ноября – февральМарт- май | 1. Обследование речи ребенка. Заполнение речевой карты.
2. Формирование физиологического и фонационного дыхания:
* Постановка диафрагмально-реберного типа дыхания.
* Отработка направленной воздушной струи при фонации
* Дифференциация носового и ротового дыхания. Схема последовательности выполнения различных видов вдоха и выдоха (по А.Г. Ипполитовой)
1. Формирование артикуляционных укладов и артикуляционных движений
2. Логопедический массаж артикуляционных и мимических мышц
3. Гимнастика артикуляционного аппарата
4. Развитие полноценного небно-глоточного смыкания
5. Массаж мягкого и твердого неба
6. Гимнастика мягкого неба и задней стенки глотки
7. Коррекция звукопроизношения.

 Последовательность работы над звуками (по А.Г. Ипполитовой)ГЛАСНЫЕ ЗВУКИ  А, Э, О, Ы, У, И Я, Е, Ё, Ю, Й СОГЛАСНЫЕ ЗВУКИ  Ф, С, Ш, Щ, ХП, Т, К, Ц, Ч В, З, Ж Б, Д, Г Л, Р, М, Н МЯГКИЕ ЗВУКИ в том же порядке1. Для работы над гласными звуками используем символы звуков (по А.Г. Ипполитовой)
2. Формирование длительного ротового выдоха на примере фонем: Ф, С, Ш, Щ, Х

 Работа над звонкими согласными проводится в последовательности В, З, Ж, Б, Д, Г.1. Формирование короткого ротового выдоха при реализации взрывных согласных звуков

П, Т, К, Б, Д, Г.1. Дифференциация короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании произношения сонорных звуков и аффрикат: Л, Р, М, Н, Ц, Ч.
2. Формирование мягких звуков
3. Вызванные звуки автоматизируются на доступном речевом материале
4. Работа над просодикой речи
 | Добиваться легкого дутья без напряжении, не напрягая плечи, шею. Занятия проводят лежа, сидя, стоя в игровой форме. Положить на живот мягкую игрушку для зрительного контроля.Дыхательные упражнения выполняются не более 5 раз подряд.Дома заниматься по 10-15 минут до 5 раз в день. Предлагаем ребенку поплевать на высунутый язык, подуть на кончик языка (положить ватку), выплюнуть крошку и т.д.  Используем специальную дыхательную гимнастику (см.приложение). Обращаем внимание детей к ощущениям от проходящей по слизистой ротовой и глоточной полости во время вдоха и выдоха. Движения выдыхаемой через рот струи контролируем ваткой.У детей необходимо устранить патологические особенности артикуляции и взаимодействия артикуляционных и мимических мышц.Логопедический массаж и артикуляционная гимнастика проводятся одновременно, ребенка знакомят с органами артикуляции: игра «Что нам помогает говорить?». Развитие артикуляционного праксиса проводится одновременно с развитием речевого дыхания. Массаж мягкого неба проводится в течение 6-8 месяцев после уранопластики. Продолжительность массажа на одном участке 3Коррекция звукопроизношения идет параллельно с работой над дыханием.Каждое занятие начинается с повторения всего изученного. В начале проводятся многократные повторения каждого типа упражнений, позже, после усвоения материала, достаточно беглого их повторения.  Обращаем особое внимание на положение кончика языка при произношении гласных звуков, на выдох изо рта, каждый ротовой выдох контролируется ваткой, окрашенной в разные цвета. Очень важно добиваться открытия рта на 2 пальца.  Звуки произносятся сопряжено, отраженно, ребенок самостоятельно «читает» по символам. Тренировка правильного ротового выдоха продолжается, как при формировании гласных, так и согласных звуков. Следим, чтобы ребенок заранее не знал, над каким звуком будем работать.При работе над согласными звуками используем символы. Например, «Парусная лодка», где «парус» - это язык. Или «Погреем руки» при постановке звука Х.При постановке звуков используем тактильно-вибрационный контроль. Указательный палец ребенка кладем на щитовидный хрящ, логопед демонстрирует, при ротовом выдохе без голоса у глухих звуков гортань мягкая, а у звонких звуков гортань напрягается.Поставленный звук обозначается соответствующей буквой. Обратить внимание детей на мгновенность и порывистость выдыхаемой струи. Опять используем контроль ватой и тактильно-вибрационный контроль.При постановке всех звуков используем опорные (исходные) звуки. Это облегчает и ускоряет работу. Цепи опорных звуков по А.Г. ИпполитовойТак же используется общепринятая методика. Формирование мягких звуков проводиться в той же последовательности, что и твердых звуков. При отсутствии сопутствующих расстройств – тугоухости, дизартрии, ОНР постановка мягких звуков у детей не составляет особых трудностей. Часто они появляются спонтанно.Вся логопедическая работа с детям с ринолалией должна быть максимально наглядной и эмоциональной.Проводится в общении, игре, при чтении. | Развитие способности узнавать и различать неречевые звуки* Звучащих инструментов (свисток, дудочка).
* Звучащих предметов (крупа в коробочке, шелест листьев).
* Действий предметов (хлопанье, скрип, звуки транспорта)
* Игры на узнавание голосов товарищей и тд. (Игра «Кто позвал?», «Кто кричит?», «Угадай, на чем играют три медведя», «Кто пришел в гости»)
* Дифференциация речевых и неречевых звуков.
* Различение слогов из правильно произносимых звуков.

Работа по развитию фонематического слуха проводиться только на материале правильно произносимых звуков. Если дети смешивают ротовые-носовые звуки, ротовые звуки заменяются на носовые, работа по дифференциации слогов проводиться наиболее полно.Если у ребенка дефекты произношения типичны для других речевых нарушений, то работа с детьми этой группы проводиться выборочно и материал изучается в достаточно быстром темпе.После того, как ребенок хорошо научится различать сложные слоговые ряды, проводится работа по различению слов, близких по звуковому составу на примере правильно произносимых звуков:* повторить за логопедом слова, близкие по звучанию.
* сравнить лексические значения слов, близких по звучанию.
* подобрать картинки к словам, близким по звуковому составу. (Выдели слог «на» из слогового ряда – на – ма – да – на – ма).
* Найди лишнийслого на-на-ма-на.
* Повтори за логопедом слова, близкие по звуковому составу, обратив особое внимание на конечный согласный звук: вол-пол-дол-кол-тол.
* Сравнить лексические значения слов, близких по звучанию: лыжи-лужа.
* Подобрать картинки к словам, близким по звуковому составу: лук-сук, булка-белка,

уточка-удочка.* Выбери лишнее слово по звуковому составу не похожее на остальные: мак – бак – так – башмак.

Дополни предложение, выбрав по картинке нужное слово: У девочки (батон, бутон) У мальчика (бинт, винт)* Исключить лишнее слово: кот – дом – сом – мох.
* Разделить картинки с изображением предметов, в названии которых есть звуки н-м в 2 столбика (машина, носки, майка, ноги, мыло, мухомор).
* Отобрать из набора картинок только те, в названии которых есть звук Ф: фартук, вата, фата, фантик, ванна, фрукты, флажок, флакон, ворона.
* Игра «Доскажи словечко». Логопед читает стихотворение, ребенок должен вставить пропущенное слово:
* Шепчет ночью

мне на ушко Сказки разные….(подушка)* Шел по лесу шустрый мишка,

На него свалилась…(шишка)* Логопед читает стихотворение, ребенок должен выбрать из слов, близких по звуковому составу, нужное слово.
* Что скатали мы зимой? (дом, ком, гном, сом)
* Что построим мы с тобой? (дом, ком, гном, сом)
* На крючок в реке попал? (дом, ком, гном, сом)
* Может все, хоть ростом? (дом, ком, гном, сом)

Развитие звукового анализа и синтеза. Ребенок должен овладеть следующими навыками:* Вычленение первого и последнего звука в слове.
* Определение места звука в слове (в начале, в середине, в конце слова).
* Определение звука перед или после выделенного звука, последовательности звуков в слове.
* Определение количества звуков или слогов в словах.

Выделяют два этапа обучения звуковому анализу:1. Подготовка к звуковому анализу и синтезу на уровне предложения, составление схем предложений, определение количества слов и их порядок.
2. Звуковой анализ и синтез на уровне звука. Звуковой анализ и синтез проводится только на материале правильно произносимых звуков.
 |
|  Особенность работы над звукопроизношением у детей, страдающих ринолалией заключается в следующем:* Параллельность в работе над дыханием и звукопроизношением.
* Осознанный слуховой контроль ребенка над звукопроизношением.
* Введение буквенного обозначения изучаемых звуков, что также служит подготовкой к обучению грамоте.
* Автоматизация и дифференциация звуков в различных условиях (слог, слово, предложение, текст.)
* Предупреждение дисграфии.
* Если у ребенка наблюдается еще ОНР, то лексико-грамматический материал отрабатывается в соответствии с Программой работы по преодолению ОНР.

В итоге логопедической работы ребенок, страдающий ринолалией открытой, должен правильно артикулировать, произносить звуки в различных формах речи и быть готовым к школьному обучению. |

**Раздел III**

**3.1. Учебный план**

Помимо речевой среды в целом в образовательном учреждении и в группе создана предметно-развивающая среда для развития речи Никиты. Это речевой уголок с подборкой иллюстраций с предметными и сюжетными картинками, игрушки для обыгрывания стихов, потешек, схемы-карточки для формирования правильного речевого дыхания, правильной артикуляции звуков, схемы разбора слова, предложения, иллюстративные материалы для закрепления и автоматизации звуков. Логопедические занятия с Жамьяном С., проводятся строго индивидуально. Это объясняется его клиническими проявлениями ринолалии. При этом мною соблюдается тщательный зрительный контроль за каждым артикуляционным движением, звучанием фонем, дыханием ребенка. Занятие длится в среднем15-20 минут в соответствии с возрастом с обязательной динамической паузой. Занятие проводится по всем разделам коррекционно-педагогической работы 2-3 раза в неделю.

Коррекционные задачи, стоящие перед воспитателями группы:

 1.Постоянное совершенствование артикуляционной, тонкой и общей моторики

2.Закрепление произношения поставленных логопедом звуков.

3.Целенаправленная активизация отработанной лексики.

4.Упражнения в правильном употреблении сформированных грамматических категорий.

5.Развитие внимания, памяти, логического мышления в играх и упражнениях на бездефектном речевом материале.

6.Формирование связной речи.

# Приложение 1

### Карта обследования ребенка с открытой ринолалией

**I. Общие сведения**

1. Дата обследования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ФИО ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Возраст:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Наличие двуязычия в семье: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Посещал ли дошкольное учреждение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Данные специалистов (психоневролога, невропатолога, отоларинголога, окулиста):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Наличие сопутствующих заболеваний: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Жалобы родителей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Данные о родителях:

* Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* социальные условия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* сколько детей в семье, какой по счету обследуемый ребе­нок, нет ли других детей с аномалией\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. От какой беременности ребенок:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Наследственность по прямой (косвенной) линии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Характер течения беременности:
* заболевания во время беременности, травмы, токсикозы, угроза прерывания беременности (нужное подчеркнуть)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* применяла ли мать лекарственные препараты (какие) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* место работы во время беременности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* физические нагрузки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* психологическая обстановка в семье \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* психический стресс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. Данные анамнеза**

1. Характер течения родов (стремительные, затяжные, сти­мулирование, обвитие пуповиной, кесарево сечение, асфиксия, гипоксия и т.п.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Крик (сразу, после реанимационных мероприятий):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Рост, вес при рождении: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. На какие сутки принесли кормить:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Сколько времени продолжалось грудное вскармливание:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Особенности питания ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Перенесенные заболевания, травмы, интоксикации:

* до года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* после года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Хирургическое вмешательство (в каком возрасте):

* хейлопластика
* стафилопластика
* уранопластика
* косметические операции

12. Лечение у ортодонта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III. Раннее психомоторное развитие**

1. Начал держать голову: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Стал самостоятельно сидеть: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Стал самостоятельно ходить:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Время появления первых зубов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Поведение ребенка до года (спокойный, беспокойный, как ребенок спал):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Появление навыков самообслуживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. Данные о ходе раннего речевого развития**

1. Гуление:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Лепет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Первые слова: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Первые фразы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Протекание речевого развития (скачкообразно, посте­пенно, с перерывами): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Занятия с логопедом (с какого возраста, сколько време­ни, результаты занятий):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V. Обследование органов артикуляции**

1.Строение органов артикуляции.

А. Твердое нёбо (нужное подчеркнуть):

* форма (нормальное, узкое высокое, куполообразное, низкое уплощенное) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* врожденная несквозная расщелина нёба\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* субмукозная расщелина нёба\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* врожденная сквозная левосторонняя расщелина нёба

— врожденная сквозная правосторонняя расщелина нёба

* врожденная сквозная двусторонняя расщелина нёба
* частичная расщелина нёба\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Б. Длина мягкого нёба:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В. Состояние альвеолярного отростка (норма, расщелина):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Г. Зубочелюстная система:

* ортогнатический прикус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* дистальный прикус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* мезиальный прикус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* передний открытый прикус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* боковой открытый прикус (левосторонний, правосто­ронний, двусторонний) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* наличие диастемы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* неправильное строение зубов (редкие, кривые, мелкие, лишние, вне челюстной дуги) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Функции органов артикуляции:

* подвижность мягкого нёба (подвижно, ограничено, не­подвижно)
* состояние нёбно-глоточного затвора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* подвижность и активность губ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* подвижность и активность языка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* подвижность и активность нижней челюсти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Моторика языка:

—сила, объем движений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

— переключаемость с одной артикуляционной позы на
другую \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* умение удержать позу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* наличие синкинезий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Тип и характер дыхания:

— тип дыхания (верхнеключичное, грудное, диафрагмальное)

— частота дыхания, ритмичность и сила

— возможность дифференциации носового и ротового

дыхания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

—ротовая воздушная струя (сформирована, слабая, корот­кая, достаточной длины, отсутствует) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

—координация вдоха и выдоха\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Особенности голоса:

* сила звучания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* тембр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* высота \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* степень назализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VI. Состояние звукопроизношения**

Смотри звуковую карту**.**

**VII. Состояние фонематического слуха**

**VIII. Словарь**

1. Пассивный: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Активный: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IX. Грамматический строй речи**

Понимание грамматических форм и употребление их в ак­тивной речи

**X. Произношение слов сложного слогового состава**

1. Сокращение групп согласных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Прекращение звучания согласного на конце слова:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Опускание начального согласного звука: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Добавление лишнего согласного в слог: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Перестановка звуков в слове: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Уподобление слога: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Сокращение числа слогов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Добавление числа слогов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**XI. Связная речь**

1. Беседа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Составление рассказа-описания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Составление рассказа по сюжетной картинке: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Составление рассказа по серии картинок: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Пересказ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**XII. Общее развитие ребенка**

1. Интеллект: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Знание цветов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Конструктивная деятельность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Мелкая и общая моторика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Психические особенности:

* контактность (легко, постепенно, избирательно, негатив­но)
* отношение к обследованию (заинтересованное, безраз­личное, отрицательное) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* поведение (адекватное, неадекватное, двигательные рас­стройства)
* внимание (устойчивость, переключаемость)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* деятельность (направленность, хаотичность, переключае­мость)

—работоспособность (утомляемость, истощаемость)

**Логопедическое заключение:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Приложение 2

### Дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха

# Приложение 3

# Массаж при мышечном напряжении в области лба, носа, щек.

Массаж проводится в исходном положении (ИП) «лежа на спине» при полном расслаблении всего тела, или в исходном положении «сидя», головой на подголовнике.

1.Поглаживание лба кончиками 3-4 пальцев,
направление движений от средней линии лба к волосистой части головы.

2. Поглаживание носа кончиками 2-3 пальцев движениями от кончика носа к переносице.

3. Поглаживание щечной области кончиками 2-3 пальцев

от спинки носа к височной области;

от средней линии верхней губы к уху;

от средней линии подбородка к мочкам ушных раковин.

# Приложение 4

# Массаж верхней губы.

1. Языком в преддверии полости рта.
2. Набирать теплую воду и полоскать зубы, удерживая воду под губами.
3. «пальцевой душ» - постукивание около рубцов подушечками пальцев.
4. «щипки пальцами»

Массаж нёба

При массаже нёба применяются поглаживающие и надавливающие движения. Ребёнок сам вначале:

 - поглаживает нёбо влажной подушечкой большого пальца по всей поверхности в направлении от альвеол к краю мягкого нёба по средней линии, а потом правее и левее от неё.

 - затем делать надавливающие движения в области рубцов

- винтообразные движения

- поглаживание

Сначала одну минуту по пять раз в день, далее три минуты по десять раз в день. Один раз прогладить и размять нёбо, затем десять раз в день с интервалом в один час прогладить и размять нёбо по три раза подряд.

# Приложение 5

# Мимическая гимнастика при ротовой области.

1. Губы в трубочку и расслабить.
2. Углы рта в стороны и расслабить.
3. Выдувание воздуха из уголков рта поочередно.
4. Открыть рот, соединить губы в тугой кружочек и расслабить.
5. Посвистеть.
6. Показать зубы верхней челюсти.
7. Показать зубы нижней челюсти.
8. Облизать нижнюю и верхнюю губу.
9. Надуть щеки и расслабить.
10. Втянуть щеки и расслабить.
11. Набрать воздух под верхнюю губу.
12. Набрать воздух под нижнюю губу.
13. «перегонять» воздух из одной щеки в другую.
14. Беззвучное произношение губных звуков: м, б, п, а так жео, у, и.

Весь комплекс гимнастики повторять три - четыре раза вдень перед зеркалом. Каждое упражнение повторять пять - шесть раз подряд.

# Приложение 6

# Гимнастика для жевательных мышц при рубцах в области нёбных дужек.

1. Открыть рот и закрыть.
2. Выдвинуть нижнюю челюсть вперед.
3. Открыть рот и закрыть.
4. Надуть щеки и расслабить.
5. Открыть рот и закрыть.
6. Движения нижней челюсти вбок.
7. Открыть рот и закрыть.
8. Втянуть щеки и расслабить.
9. Открыть рот и закрыть.
10. Нижними зубами закусить верхнюю губу и закрыть.
11. Открыть рот с запрокидыванием головы назад, закрыть рот - голову прямо.

Комплекс гимнастики повторять три - четыре раза в день перед зеркалом.. Каждое упражнение повторить пять - шесть раз.

# Приложение 7

# Упражнения для развития направленного ротово­го выдоха и умения дифференцировать ротовой и носовой выдох.

1. Вдох и выдох широко открытым ртом, язык высунуть и положить на нижнюю губу (как дышит собачка);
2. Вдох широко открытым ртом, выдох носом;
3. Вдох и выдох носом;
4. Вдох носом, выдох ртом; возможны различные вариан­ты выполнения данного упражнения: можно предложить ре­бенку широко открыть рот во время выдоха, а в другом случае при выдохе губы сомкнуть и вытянуть вперед трубоч­кой;
5. Вдох через одну ноздрю, другую закрыть указательным или средним пальцем, выдох через эту же ноздрю;
6. вдох правой ноздрей, левая закрыта указательным или средним пальцем; выдох через левую ноздрю, затем поме­нять;

7. Вдох носом, выдох поочередно через правую или левую
ноздрю, другую закрыть указательным или средним паль­цем;

8. Вдох ртом, выдох через правую или левую ноздрю;

9. Вдох поочередно через правую или левую ноздрю, вы­дох широко открытым ртом;

1. вдох носом, выдох по возможности направить вверх, пытаясь сдуть ватку с носа.

# Приложение 8

# Развитие силы голоса

Развивая силу голоса, ребенка учат говорить четко, громко, но не крикливо, постепенно изменяя силу голоса от громкого произнесения к среднему и тихому и наоборот.

Пример упражнений для развития силы голоса:

1. Постепенное удлинение произнесения звуков на одномвыдохе при средней громкости голоса;
2. усиление голоса: артикуляция - шепот — тихо - гром­ко; используются сочетания гласных звуков;
3. ослабление голоса: громко - тихо - шепот - артику­ляция;
4. Счет до десяти с постепенным усилением и последую­щим ослаблением голоса;
5. Аналогичное произнесение алфавитного ряда;
6. Чтение стихотворений с постепенной сменой силы го­лоса.

# Список литературы и пособий по ринолалии открытой

1. Алмазова е.с. логопедическая работа по восстановлению голоса у детей.- м., 1973.
2. Вансовская л.и. устранение нарушений речи при врожденных расщелинах неба. – м., 2000.
3. Блыскина и.в. массаж в коррекции артикуляторных расстройств. – спб.:сатис,1995.
4. Воронцова т.н. к вопросу о логопедической работе при открытой ринолалии после уранопластики. //уч. Зап. Мгпи,1964.
5. воронцова т.н. логопедическая работа с больными открытойринолалией после уранопластики: автореф. Дисс. …канд. Пед. Наук. – м.,1966.
6. вильсон д.к. нарушение голоса у детей. – м.,1990.
7. Городилова в.и., кузьмина. Устранение недостатков произношения при ринолалии. Пособие для учителей-логопедов. – м., 1961.
8. Дмитриева в.с., ландо р.л. хирургическое лечение врожденных послеоперационных дефектов неба. – м., 1989.
9. Дубов м.д. врожденные расщелины неба. – м., 1960.
10. Ермакова и.и. коррекция речи и голоса у детей и подростков:кн для логопеда: 2е изд.перераб. - м., 1996.
11. Ипполитова а.г. открытаяринолалия / под ред. О.н. усановой. М., 1983.
12. Ипполитова а.г. логопедические занятия при ринолалии в дооперационном периоде. // нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи. Часть 2. Логопедия. Методическое наследие. – м., 2003.
13. Мамедов а.п. врожденная расщелина неба и пути ее устранения. – екатеринбург, 1998.
14. мессина в.м. врожденные расщелины неба (этиология, клиника, лечение): автореф. Докт. Дисс. – м.,1971.
15. Пособие для родителей по комплексному восстановительному лечению детей с врожденной патологией лица и челюсти. Методические рекомендации. – свердловск, 1990.
16. Соболева е.а. ринолалия. – м.:аст:астрель, 2006.
17. Соломатина г.в., володацкий в.м. устранение открытойринолалии у детей: методы обследования и коррекции. –м.:тц сфера, 2005.
18. Таптапова с.л. коррекционно-логопедиичеакая работа при нарушениях голоса: кн. Для логопеда. – м., 1984.
19. уракова а.и. сравнительная характеристика ринолаликов и детей с нормальной речью. //дефектология,1972, №2.
20. Фролова л.е. врожденные расщелины верхней губы и неба. – м., 1973.
21. Чиркина г.в. дети с нарушениями артикуляционного аппарата. М., 1969.
22. Чиркина г.в. нарушения речи при ринолалии и пути их коррекции: автореферат. Диссертации. Докт.пед. Наук. – м., 1978.