

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ

Аннотация: в статье рассмотрена работа учителя-логопеда по формированию произносительной стороны речи у детей после уранопластики. Особенностью данной статьи является то, что автор делится опытом поэтапной работы с детьми в условиях школьного логопункта. Автор предлагает использование отработанных приемов из собственной практики. Данная статья предназначена для практикующих учителей-логопедов.

Интересный факт, что среди всех пороков развития человеческого организма на первом месте по частоте стоят аномалии конечностей, а на втором – аномалии зубов, челюстей и лица. По имеющимся данным, случаи не сращения губы составляют от 20 до 33,3, а не сращения неба – соответственно от 66,7 до 80% всех врожденных дефектов челюстно-лицевой области. Принято считать, что на 500–1000 рождений приходится один случай сочетанного не сращения губы и неба либо только губы или неба, однако в некоторых районах нашей страны зарегистрирован более высокий показатель – 1:300.

За последние 100 лет этот порок развития стал встречаться в три раза чаще из-за повышения воздействия токсических веществ на организм в процессе интенсивного развития химической индустрии.

Расщелина верхней губы и/или неба чаще (60–80%) и в более тяжелой форме встречается у мальчиков, изолированная расщелина неба чаще (55–60%) наблюдается у девочек.

Врожденные дефекты лица и неба являются следствием разнообразных внешних и внутренних воздействий на эмбрион, сопровождающихся задержкой развития жаберного аппарата, а именно тех его участков, из которых возникают зародышевые бугры, формирующие лицо, ротовую и носовую полости, недостаточной их дифференциацией на отростки или не сращением последних. Причинами врожденных пороков лица, верхней губы и неба могут быть как экзогенные факторы (химические, физические, биологические, психические воздействия), так и эндогенные (наследственность).

Помощьенным детям оказывается в двух направлениях: медицинская и психолого-педагогическая. В медицине обычно применяются хирургические методы лечения, но, как показывает опыт, несмотря на достигнутые хирургами успехи в коррекции анатомического дефекта ротовой полости, никому из них не удалось получить положительных результатов фонетического оформления речи только с помощью оперативного вмешательства.

За мою десятилетнюю практику, в разные годы, на школьный логопункт были зачислены 4 ребенка с ринолалией. Трое были после уранопластики, а с одним ребенком начинала до-операционный подготовительный этап.

Могу сказать, что сожалению, даже идеально сделанная операция без логопедических занятий не создает у ринолалика нормальной речи, так как он продолжает использовать привычный стереотип артикуляционных движений. Даже если пластическая операция полностью восстанавливает целостность неба, оттянутость корня языка кзади остается, и воздушная струя выходит через нос. У детей закрепилось неправильное положение органов речевого аппарата, неправильная артикуляция звуков речи с излишними движениями лицевой мускулатуры, выработался свой динамический стереотип, который пришлось исправлять.

Всю свою работу я выстроила на основе:

– *ведущих дидактических принципов:*

научности, системности и последовательности, доступности, прочности, сознательности и активности, учёта возрастных и индивидуальных особенностей, развития в обучении, наглядности;

– *специфических принципов*, которые вытекают из особенностей нарушения:

а) Сочетание коррекции произношения с совершенствованием навыков звукового анализа.
б) Соблюдение определённой последовательности в работе над звуками одной фонетической группы.

в) Подбор речевого материала для занятий.

г) Одновременная работа над звуками из разных фонетических групп. Так как у детей с врождённым расщеплением губы и нёба оказывается и скажённым весь звуковой фон. Коррекцию рекомендуется начинать одновременно над несколькими звуками, взятыми из разных фонетических групп.

д) Соблюдение интервала в освоении звуков, близких по артикуляционным и акустическим свойствам. Данный принцип состоит в том, что звуки из близких фонетических групп (тем более из одной и той же фонетической группы) должны быть отделены по времени изучения друг от друга.

е) Опора на сохранные предпосылки.

Обучение должно опираться:

1) на зрительное восприятие, с помощью которого ребёнок может усваивать оральный образ звука, некоторые движения органов артикуляции (языка, челюсти, мягкого нёба). Дети зрительно контролировали характер выдыхаемой струи воздуха (например, по отклонению полоски бумаги, поднесённой ко рту говорящего в момент произнесения им взрывных и щё-

левых звуков);

2) на тактильно-вibrationное ощущение, ребенок прикладывал руку, к гортани, и чувствовал вибрацию голосовых складок, что позволяло установить различие между звонкими и глухими звуками;

3) на слуховое восприятие, с помощью которого ребёнок улавливает акустические особенности корректируемого звука, поэтому речь логопеда должна быть эталоном, к которому должен стремиться ребёнок.

Изучив подробно методическую литературу по ринолалии, остановилась на известной методике Ермаковой И.И.

Вся работа проводилась поэтапно и сугубо индивидуально. Изначально дети были замкнуты, стеснительны, на контакт шли не сразу. Несколько первых занятий были с элементами сказкотерапии и изотерапии, чтобы снять скованность и раскрепостить детей, это удалось. Дети с охотой шли и работали на занятиях. Приветствовалось присутствие родителей на занятиях. Они вместе с детьми выполняли упражнения и даже устраивали соревнования.

Направления работы:

1. Формирование небно-глоточного смыкания.

В дооперационный период активизировали мышцы глоточного кольца и подготавливали фрагменты мягкого неба к смыканию, а в послеоперационный период уже формировали полноценное небно-глоточное смыкание, развивали подвижность неба с помощью гимнастики для мягкого неба:

Рекомендую следующие упражнения:

а) Глотание воды или имитация глотательных движений. Дети пили сок из маленького стаканчика или пузырька. Можно капать воду из пипетки – по несколько капель. Глотание маленькими порциями вызывает наиболее высокий подъем мягкого нёба.

б) Позевывание при открытом рте.

в) Полоскание горла теплой водой маленькими порциями.

г) Покашливание. Оно вызывает энергичное сокращение мышц задней стенки глотки. При покашливании происходит полный затвор между носовой и ротовой полостями. Ребенок ощущает подъем нёба прикосновением рукой к гортани под подбородком. На одном выдохе от 2–3-кратных повторений до большего количества. Следим, чтобы воздух направлялся через рот. Желательно, чтобы первое время ребенок покашливал с высунутым языком. Выполняя данное упражнение, дети овладевают умением активно поднимать мягкое нёбо и направлять воздушную струю через рот.

д) В послеоперационный период важно растянуть нёбную занавеску и развить ее максимальную подвижность. Поэтому, важно включить только что сформированное нёбо в фонацию, это значительно облегчает и убыстряет введение навыка ротового резонанса гласных в спонтанную речь.

е) Добавляем вокальные упражнения: Четко, энергично, утрированно произносят гласные звуки высоким тоном голоса. При этом уменьшается носовой оттенок и увеличивается резонанс в ротовой полости. Сперва отрывисто проговариваем звуки "а", "э", затем – "о", "у" с утрированной артикуляцией.

ж) Далее постепенно переходим к четкому произнесению звукового ряда "а", "э", "у", "о" в разных чередованиях, сохраняя утрированный ротовой выдох. Когда этот навык упрочится, переходят к плавному произнесению звуков. Например: а, э, о, у _____, а, у, о, э _____.

з) Увеличиваем паузы между звуками до 1–3 с.

Чувствительность нёба после операции помогает восстановить массаж. Показываю при родителях, что бы они могли контролировать его выполнение дома. Массаж делает сам ребенок, поглаживая нёбо по всей поверхности влажной подушечкой большого пальца в направлении от альвеол к краю мягкого нёба по средней линии, а потом правее и левее от нее. Затем делает надавливающие движения в области рубцов. Начинают массаж с 1–5 минут один раз в день (один раз проглаживают и разминают нёбо) и доводят до 10 раз в день по 3 минуты (10 раз в день с интервалом в один час проглаживают и разминают нёбо по 3 раза подряд).

2. Одновременно ведется работа над физиологическим дыханием.

Важно на протяжении всей работы с ребенком соблюдать правила проведения работы по формированию физиологического дыхания:

а) Заниматься только в проветренном помещении, до еды, 3 раза в день по 5 – 8 минут.

б) В начале обучения осваивается одно упражнение, в каждый следующий день добавляется еще одно.

в) Не переутомлять ребенка, то есть строго дозировать количество и темп упражнений. При недомогании лучше отложить занятие.

г) Не делать слишком большой вдох.

д) Следить, чтобы ребенок не напрягал плечи, шею.

е) Ребенок должен ощущать движения диафрагмы, межреберных мышц, мышц нижней части живота.

ж) Движения необходимо производить плавно, под счет, медленно.

з) Переход от одного этапа работы к другому, осуществляется в том случае, если ребенок правильно, точно выполняет все упражнения данного этапа.

В дооперационный период это постановка диафрагмально-реберного, (физиологического), а в послеоперационный период – коррекция и автоматизация физиологического дыхания.

Я взяла дыхательную гимнастику, разработанную А.Н. Стрельниковой

Весь комплекс состоит из 11 упражнений.

3. Формирование ротового выдоха.

Виды упражнений для развития направленного ротового выдоха и умения дифференцировать ротовой и носовой выдох:

– вдох и выдох широко открытым ртом, язык высунуть и положить на нижнюю губу (как дышит собачка);

– вдох широко открытым ртом, выдох носом;

– 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;

– вдох через одну ноздрю, другую закрыть указательным или средним пальцем, выдох через эту же ноздрю;

– вдох правой ноздрей, левая закрыта указательным или средним пальцем; выдох через левую ноздрю; затем поменять;

– вдох носом, выдох поочередно через правую или левую ноздрю, другую закрыть указательным или средним пальцем;

– вдох ртом, выдох через правую или левую ноздрю;

– вдох поочередно через правую или левую ноздрю, выдох широко открытым ртом;

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

При систематическом применении этих упражнений ребенок начинает ощущать разницу в направлении воздушной струи и учится правильно направлять ее. Это способствует также воспитанию правильных кинестетических ощущений движений мягкого неба.

Очень важно постоянно контролировать ребенка при выполнении этих упражнений, так как на первых порах ему бывает трудно ощущать утечку воздуха через носовые ходы. Можно к носовым ходам приставить зеркало, ватку, полоски тонкой бумаги.

Выработке правильной воздушной струи способствуют также упражнения, связанные с дутьем. Их провожу в форме игры, внося элементы соревнования между логопедом и ребенком или логопедом и родителями. Использую бабочки, вертушки, цветки, метелочки, которые мастерим из бумаги или ткани вместе с ребенком (одновременно работая над обогащением словаря, развитием мелкой моторики пальцев). Можно использовать полоски бумаги, прикрепленные к деревянным палочкам, ватные шарики на ниточках, легкие бумажные фигуры из оригами т. п. Очень любят дети задувать свечку, сначала мы это делаем с расстояния 15–20 см, затем более далекого расстояния. Для того чтобы ребенок ощущил правильное направление воздушной струи, вставляем в нос ватные турундочки. Дуем также на легкие пластмассовые игрушки, плавающие в воде. Через трубочку в бутылку с водой. В начале занятия диаметр трубочки должен составлять 5–6 мм, в конце – 2–3 мм. От дутья вода начинает бурлить, это увлекает детей. По "бубе" в воде можно легко оценить силу выдоха и его длительность. Нужно показать ребенку, что выдох должен быть ровным и длительным. Играем в "футбол", дуем на шарики или карандаши, лежащие на гладкой поверхности так, чтобы они перекатывались. играем в "мыльные пузыри" и т. п.. Нужно помнить, что дыхательные упражнения быстро утомляют ребенка (могут вызывать головокружение), поэтому их обязательно надо чередовать с другими.

4. Одновременно осуществляется цикл упражнений, основная цель которых – нормализация речевой моторики.

Повседневное их применение устраниет высокий подъем корня языка, недостаточную губную артикуляцию и увеличивает подвижность кончика языка. В связи с этим уменьшается чрезмерное участие корня языка и гортани в произношении звуков.

Гимнастика для губ и щек.

– Надувание обеих щек одновременно.

– Надувание щек попаременно.

– Втягивание щек в ротовую полость между зубами.

– Сосательные движения — сомкнутые губы вытягиваются вперед хоботом, затем возвращаются в нормальное положение. Челюсти при этом сомкнуты.

– Оскал: губы сильно растягиваются в сторону, вверх, вниз, обнажая оба ряда зубов.

– "Хоботок", с последующим оскалом при сжатых челюстях.

– Оскал с раскрыванием и закрыванием рта, с последующим смыканием губ.

– Оскал при раскрытом рте, с последующим закрыванием губами обоих рядов зубов (n, m).

– Вытягивание губ широкой воронкой при раскрытых челюстях.

– Вытягивание губ узкой воронкой (имитация свиста).

– При широко раскрытых челюстях губы втягиваются внутрь рта, плотно прижимаясь к зубам.

– Поднимание плотно сжатых губ вверх и вниз при плотно сжатых челюстях.

– Поднимание верхней губы – обнажаются верхние зубы.

– Оттягивание вниз нижней губы – обнажаются нижние зубы.

– Имитация полоскания зубов (воздух сильно давит на губы).

– Вибрация губ.

– Движения губ хоботком влево–вправо.

– Вращательные движения губ хоботком.

– Сильное надувание щек (губами удерживается воздух в ротовой полости, увеличивается внутрьротовое давление). Удерживание губами карандаша или резиновой трубочки.

Гимнастика для языка.

- Высовывание языка лопатой, жалом.
- Поочередное высовывание языка распластанного и заостренного.
- Поворачивание сильно высунутого языка вправо–влево.
- Поднимание и опускание задней части языка – кончик языка упирается в нижнюю десну, а корень языка то поднимается вверх, то опускается вниз.
- Присасывание спинки языка к нёбу сначала при закрытых челюстях, а затем при открытых.
- Высунутый широкий язык смыкается с верхней губой, а затем втягивается в рот, касаясь спинкой верхних зубов и нёба и загибаясь кончиком вверх у мягкого нёба.
- Присасывание языка к верхним альвеолам с раскрыванием и закрыванием рта.
- Проталкивание языка между зубами, так что верхние резцы "скоблят" спинку языка.
- Круговое облизывание кончиком языка губ.
- Поднимание и опускание широко высунутого языка к верхней и нижней губам при раскрытом рте.
- Поочередное загибание кончика языка жалом к носу и подбородку, верхней и нижней губам, к верхним и нижним зубам, к твердому нёбу и дну ротовой полости.
- Кончик языка касается верхних и нижних резцов при широко открытом рте.
- Высунутый язык удерживать желобком, лодочкой, чашечкой.
- Язык в форме чашечки удерживать внутри рта.
- Закусывание зубами боковых краев языка.
- Упираясь боковыми краями языка в боковые верхние зубы, при оскале поднимать и опускать кончик языка, касаясь им верхних и нижних десен.
- При том же положении языка многоократно барабанить кончиком языка по верхним альвеолам (*m-m-m-m*).
- Проделать движения одно за другим – язык жалом, чашечкой, вверх.

Таким образом, воспитываются движения, необходимые для правильного произнесения звуков.

5. Исправление неправильного звукопроизношения.

Как только нёбо станет удерживаться в подъёме 1–2 секунды, следует приступать к нормализации резонанса гласных звуков.

Провожу голосовые упражнения на гласных звуках. *А, о, у, э* ставятся в первую очередь и затем регулярно (ежедневно) включаю в упражнения. сначала гласные звуки артикулируются без голоса, затем шепотом. Это особенно полезно для детей, у которых выражены компенсаторные дополнительные движения лица (втягивание у крыльев носа). Первые несколько дней упражнения составляются только из *а, э, о, у*.

Очень важно чтобы ребенок произносил звуки растянуто, слитно, с утирированно открытыми артикуляциями. Язык продвинут к нижним зубам. Рот широко открыт. Обращаем внимание ребенка на широкое раскрывание глотки и открытое звучания гласных

При формировании звуков рекомендуется следующая последовательность:

- гласные звуки – *А, Э, О, У, И, Ы*;
- йотированные звуки – *Я, Е, Ё, Ю*;
- глухие щелевые согласные – *Ф, С, Ш, Х*;
- глухие взрывные согласные – *П, Т, К*;
- звонкие щелевые согласные – *В, З, Ж*;
- звонкие взрывные согласные – *Б, Д, Г*;
- смычно–щелевые согласные – *Щ, Ц, Ч*;
- соноры – *М, Н, Л, Р*.

Слова на начальном этапе работы дети произносят с делением на слоги. В слова должны входить только правильно произносимые звуки. Контролируем сдуванием ватки, лежащей перед ртом ребенка.

Очень хороший дидактический материал представлен в книге Ермаковой И.И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков, который постоянно выручал меня на занятиях.

Для домашних заданий рекомендовала учить наизусть считалки, пословицы, скороговорки, небольшие стихи.

Нельзя одергивать ребенка при неверном произнесении фонемы, это нервирует детей, вызывает у них негативную реакцию. Лучше всего, в таких случаях, вместе с ребенком составить список наиболее часто употребляемых бытовых слов на изучаемый звук. (Дети очень охотно участвуют в этой работе.) Затем эти слова постепенно вводят в речь. При этом даем задание ребенку и родителям в течение недели обращать внимание на качество произнесения только 10 отобранных слов. Через 5–7 дней вводят новые 10 слов, параллельно даю задание на закрепление и дифференциацию данной фонемы в стихах, сказках, рассказах. Обычно через две–три недели произнесение звука автоматизируется.

Школьникам 2 и 3 класса включают в занятия материалы школьной программы. Таким образом, проводится предварительная проработка лексики ближайших уроков и убеждение в необходимости чтения вслух и проговаривания всего заданного учебного материала при выполнении домашних заданий. Такая подготовка гарантирует лучшее фонетическое качество ответов в классе. Кроме того, охватывая большое количество лексического материала из разных учебных дисциплин, автоматизация и введение в спонтанную речь звуков проходят быстрее.

В своей работе использую видеозапись работы ребенка на занятии.

Время коррекционной работы после уранопластики до стабилизации чистой речи от полу-
года до 3–х лет при условии стабильного посещения занятий и добросовестного выполнения
всех заданий.

Список литературы

1. Сереброва Н.И. Из опыта работы с детьми - ринолаликами в послеоперационный период. – В кн.: Наруше-
ние речи у дошкольников. М., 1969.
2. Ермакова И.И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков: Кн. для логопеда./Под ред. С. Л. Тап-
таповой. – М.: Просвещение, 1984.
3. Pay E.P. Логотерапевтическая работа с детьми, страдающими открытой гнусавостью. – Вопросы материн-
ства и младенчества, 1939, № 3.
4. Хватцев М.Е. Логопедия. М., 1952.