

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение  
«Детский сад №6»

**ПРОГРАММА**  
***«Организация индивидуальной  
коррекционно- речевой помощи для  
ребенка- инвалида».***



Авторы: логопед Марутина Ирина Петровна  
воспитатель Китова Елена Павловна

# СОДЕРЖАНИЕ.

1. Паспорт программы.
2. Характеристика речи ребенка с открытой ринолалией.
3. Организация работы.
  - 3.1. Организация логопедических занятий;
  - 3.2. Обязанности воспитателя при работе с ребенком-ринолаликом;
  - 3.3. Принципы работы;
4. Основные направления работы.
5. Заключение.
6. Список методической литературы.

*«Любой ребенок достоин того, чтобы  
получить полноценное развитие,  
при котором бы произошло саморас-  
крытие его уникальных способностей».*

## **ВВЕДЕНИЕ.**

Федеральный государственный стандарт дошкольного образования ставит задачу формирования в ДОО социокультурной среды, соответствующей возрастным, индивидуальным, психологическим и физиологическим особенностям детей.

Согласно ФГОС ДОО инклюзивное образование должно быть направлено на обеспечение коррекции нарушений различных категорий детей с ОВЗ, оказание им квалифицированной помощи в освоении программы их всестороннее развитие с учетом возрастных и индивидуальных особенностей и особых образовательных потребностей, социальной адаптации.

В 2016 году в детский сад был зачислен ребенок с диагнозом врожденная расщелина твердого и мягкого неба (открытая ринолалия). В связи с этим возникла необходимость разработки индивидуальной коррекционной программы.

Формирование речевой деятельности представляет собой процесс взаимодействия ребенка с окружающими людьми с помощью языковых средств. Речь формируется в процессе существования ребенка в социальной среде. Ее возникновение и развитие вызывается потребностями общения, нуждами жизнедеятельности. Противоречия, возникающие в общении ведут к развитию речевой способности, к овладению все новыми средствами общения, формами речи. Овладение ребенком речи способствует осознанию, планированию и регуляции его поведения. Речевое общение создает необходимые условия для развития различных форм деятельности и участия

ребенка в коммуникативном общении и совместной продуктивной деятельности.

***Ринолалия (от греческого rhinos – нос, lalia – речь) - нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.***

При ринолалии артикуляция звуков, фонация существенно отличаются от нормы. При нормальной фонации во время произнесения всех звуков речи, кроме носовых, у человека происходит отделение носоглоточной и носовой полости от глоточной и ротовой. Эти полости разделяются небно-глоточным смыканием, вызываемым сокращением мышц мягкого неба, боковых и задних стенок глотки.

Во время речи мягкое небо непрерывно опускается и поднимается на разную высоту в зависимости от произносимых звуков и темпа речи. Сила небно-глоточного смыкания зависит от произносимых звуков. Она меньше для гласных, чем для согласных. Самое слабое небно-глоточное смыкание наблюдается при согласном «В», самое сильное - при «С», в 6-7 раз сильнее, чем при «А».

У ребенка с врожденной расщелиной неба наблюдается сложный комплекс анатомических и функциональных нарушений со стороны жизненно важных систем, требующих ранней коррекционной помощи.

Правильно организованная коррекционная работа делает возможным значительное улучшение тембра голоса и исправление нарушения звукопроизношения, обусловленного анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

**Цель** данной программы – поэтапное устранение у ребенка с открытой ринолалией специфических дефектов произношения, развитие физиологического дыхания фонематического восприятия, артикуляции, закрепление полученных произносительных навыков.

## ПАСПОРТ ПРОГРАММЫ

Наименование программы:	«Организация индивидуальной коррекционно- речевой помощи ребенку с ограниченными возможностями здоровья».
Направление программы	Коррекционное
Правовое основание для разработки программы	Закон «Об образовании»; «Концепция дошкольного образования», Положение о дошкольном образовательном учреждении; Устав МБДОУ ДС №6 г. Сасово.
Целевая группа	Ребёнок среднего возраста с диагнозом ринолалия.
Срок реализации	2 года
Разработчик программы	Марутина Ирина Петровна, учитель- логопед; Китова Елена Павловна, воспитатель.
Цель	Поэтапное устранение у ребенка с открытой ринолалией специфических дефектов произношения, развитие физиологического дыхания фонематического восприятия, артикуляции, закрепление полученных произносительных навыков.

<p>Задачи программы</p>	<p>1. Создание благоприятных условий для интеллектуального и речевого развития ребёнка с ринолалией.</p> <p>2. Нормализация фонетической стороны речи: формирование артикуляции большинства звуков, устранение назализации.</p>
<p>Ожидаемый результат</p>	<p>Правильно организованная коррекционная работа делает возможным значительное улучшение тембра голоса и исправление нарушения звукопроизношения, обусловленного анатомо -физиологическими дефектами речевого аппарата.</p>
<p>Исполнители мероприятий</p>	<p>Учитель-логопед, воспитатели, родители.</p>

## **ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЧИ ДЕТЕЙ С РИНОЛАЛИЕЙ.**

Результаты работы над речью у детей с ринолалией зависят от качества проведенной операции по закрытию врожденной расщелины, возраста ребенка, состояния слуховой функции, общего уровня развития, состояния здоровья ребенка. Структура дефекта речи у детей с открытой ринолалией сложна. Анатомический дефект неба вызывает нарушения дыхания, фонации, дискорреляцию языка. Из-за отсутствия разграничения полостей носа и рта у детей резко укорачивается время выдоха, понижается давление воздуха в надскладочном пространстве. Некоторые дети, пытаясь уменьшить утечку воздуха в нос, напрягают мышцы лица, отчего они вовлекаются в артикуляцию.

Звукообразование при открытой ринолалии дефектно. Этому способствует дискорреляция языка кзади. Ребенок, пытаясь закрыть расщелину неба, привыкает оттягивать спинку языка в глубь ротовой полости. Истонченный, вялый кончик языка лежит в середине полости рта, не принимая участия в звукообразовании. Массивный поднятый корень языка препятствует прохождению воздуха в ротовую полость. Выдыхаемый при речи воздух вследствие этого идет в носовую полость, вызывая назализацию. Назализация может быть выраженной и слабовыраженной.

Утечка воздуха в нос очень затрудняет образование направленной воздушной струи, которая необходима для образования звуков, особенно согласных. Образование согласных звуков происходит за счет смычки корня языка, оттянутого кзади и задней стенки глотки. Это фарингиальный, глоточный способ образования звуков. Так произносятся глухие согласные звуки. Звонкие же звуки образуются на уровне гортани, этот способ звукообразования называют ларингиальным (гортанным). Гласные звуки произносятся с оттянутым кзади языком.

Мягкое небо у детей укорочено. В речи мягкое небо приближается к задней стенке глотки, создавая небо-глоточное смыкание. Максимальное поднятие

неба необходимо для произношения звуков А, С, уменьшается смыкание на звуки У, О, Э. У детей с открытой ринолалией нарушена мышечная взаимосвязь всех мышц артикуляционного аппарата.

Деформация зубочелюстной системы также создает условия для неправильного звукопроизношения. Открытый прикус, прогения, прогнатия не позволяют правильно артикулировать. Односторонние и двусторонние расщелины, укорочение мягкого неба затрудняют произношение звуков. У многих детей с открытой ринолалией речь невнятна, т.к. формирующиеся звуки своеобразны по артикуляции и звучанию. Произношение многих согласных звуков особенно трудны для детей. Это звуки С, З, Ц, Ш, Ж, Ч, Щ, которые надо произносить с одновременным ротовым выдохом, а у детей отсутствует направленная воздушная струя.

У детей часто отмечается тотальное нарушение звукопроизношения. Голос слабый монотонный, это группа детей с атипичной компенсаторной артикуляцией. У них наиболее низкий показатель разборчивости речи. Но фонетический анализ произношения детей с открытой ринолалией, выделяет группу детей без атипичных компенсаторных артикуляций. Дети не используют фарингиальный и ларингиальный способ образования звуков, их речь более разборчива для окружающих.

Таким образом, в структуре речевой деятельности при ринолалии открытой дефект фонетико-фонематического строя речи является ведущим. Первичны нарушения фонетического строя речи, который накладывает отпечаток на формирование фонематического слуха и лексико-грамматического строя речи. Ринолалия открытая может сочетаться с другими речевыми нарушениями – дизартрией, общим недоразвитием речи, заиканием.

Неполноценность речи при ринолалии сказывается на формировании всех психических функций больного и в первую очередь на становлении личности: «...имеют место особенности душевных переживаний, связанные с положением таких детей в коллективе (М.Д. Дубов). У ребенка развивается замкнутость, застенчивость, раздражительность.

Патологические особенности строения и деятельности речевого аппарата вызывают многообразные отклонения в развитии не только звуковой стороны речи. В разной степени страдают структурные различные компоненты речи. В устной речи отличаются обедненность и аномальные условия протекания до лингвистического развития детей с ринолалией. В структуре речевой деятельности при ринолалии дефекты фонетико-фонематического строя является ведущим звеном нарушения, причем первичным является нарушение фонетического оформления речи.

Наиболее существенными проявлениями дефектности фонетического оформления устной речи являются нарушения всех оральных звуков речи за счет 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 конфигурации ротовой и носовой полостей. Имеются факторы, менее специфические, но так же влияющие на степень внятности звукопроизношения: возрастные, индивидуально-психологические свойства, социально-психологические и др.

Речь ребенка в целом малоразборчива. Нарушение фонетического оформления речи накладывает некоторый отпечаток на формирование лексико-грамматического строения речи, но глубокие качественные изменения его встречаются обычно при сочетании ринолалии с другими речевыми нарушениями.

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

**При врожденных расщелинах нарушаются:**

<b>№</b>	<b>Вид нарушений.</b>
1.	Питание ребенка.
2.	Физиологическое и речевое дыхание.
2/1.	Характер работы лицевой мускулатуры.
2/2.	Стабилизируется неправильное положение языка в ротовой полости (чрезмерное поднятие корня языка)
3.	Снижение слуха, нарушение формирования фонематического восприятия.

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ.**

**Организация логопедических занятий.**

Логопедические занятия с детьми, страдающими ринолалией, проводятся строго индивидуально. Это объясняется различными клиническими проявлениями ринолалии. При этом должен быть тщательный

зрительный контроль логопеда за каждым артикуляционным движением, звучанием фонем, дыханием ребенка. Занятие длится в среднем 30-35 минут в зависимости от возраста ребенка с обязательной динамической паузой. Занятие проводится по всем разделам коррекционно-педагогической работы 2-3 раза в неделю. У ребенка должна быть индивидуальная тетрадь, где подробно записываются все указания логопеда, дидактический материал, дозировка упражнений, домашнее задание. Один раз в неделю логопед встречается с родителями. Родителям лучше заниматься 2-3 раза в день по 10-25 минут за одно занятие.

**В обязанности воспитателя** входит знание индивидуальных особенностей ребенка, его возможностей. Воспитатель уделяет внимание таким формам работы, которые способствуют снятию отрицательных переживаний, связанных с дефектом, создают положительный фон в межличностных отношениях детей с ребенком с ринолалией открытой. Если у ребенка ринолалия сочетается с общим недоразвитием речи, воспитатель должен расширять знания детей об окружающей жизни в соответствии с Программой. Развивать речь детей с ринолалией открытой в процессе формирования элементарных математических представлений, на занятиях по конструированию и изобразительности, физической культуре, развивать графические навыки, навыки самообслуживания и элементов труда, проводить коррекцию моторного развития детей. Индивидуальные занятия, связанные с коррекцией специфических нарушений речи у детей по заданию логопеда не проводятся. Если у ребенка нет носового оттенка в речи, то поставленные звуки даются логопедом на автоматизацию, после тщательного объяснения того, как должны выполняться упражнения. Воспитатель в этих случаях должен следить, чтобы поставленный звук ребенок употреблял в связной речи.

**Основная задача логопедической работы** при ринолалии открытой является формирование нормального звучания речи, то есть формирование речи без носового оттенка.

**Принципы логопедической работы**

при ринолалии открытой вытекают из причин дефекта и его сути.

1. В основе всей работы принцип использования физиологического дыхания, которое постепенно перевоспитывается в речевое с ротовым выдохом.
2. Принцип параллельности в формировании дыхания и звуков.
3. Определенная последовательность работы над звуками. Звуки речи взаимосвязаны и поэтому нормально звучащие звуки одной группы являются базой для формирования следующих звуков.
4. Использование специальной артикуляционной гимнастики. Следует избегать грубых артикуляционных упражнений, которые не являются основой каких-либо звуков. Следить, чтобы ребенок выполнял упражнения без напряжения, легко. Дополнительные упражнения надо применять только в случаях комбинированных расстройств, например, при дизартрии, с учетом полезности этого упражнения и служить формированию определенных артикуляционных укладов речевых звуков.
5. Ребенок не должен знать заранее, над произношением какого звука он работает.
6. После того, как звук будет сформирован, вводится буквенное обозначение звука и проводится его автоматизация в словах и фразах под контролем логопеда. Первые 10-15 занятий контроль за формированием необходимых навыков осуществляет только логопед, т.е. ребенок не получает задания на дом.

### **ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ РИНОЛАЛИИ ОТКРЫТОЙ.**

1. Коррекция физиологического и речевого (фонационного) дыхания.
2. Развитие полноценного небно-глоточного смыкания.
3. Формирование артикуляционных укладов и артикуляционных движений.

4. Коррекция звукопроизношения.
5. Устранение назального оттенка голоса.
6. Работа над просодикой речи.
7. Развитие фонематического восприятия.
8. Развитие лексико-грамматической стороны речи.
9. Развитие связной речи.
10. Психологическая помощь ребенку.

#### **Взаимодействие с воспитателем.**

На дошкольном логопункте логопед взаимодействует с воспитателем. Он предоставляет педагогам расписание занятий детей, т.к. именно они контролируют посещаемость детьми логопедических занятий.

По мере исправления дефектов произношения логопед сообщает воспитателям необходимую информацию для того, чтобы они могли контролировать речь ребенка вне логопедических занятий. Такая взаимосвязь специалистов помогает повысить эффективность работы по введению звука в спонтанную речь. Логопед сотрудничает с воспитателем, музыкальным работником, физ. инструктором, психологом. Но в коррекции звукопроизношения наиболее важным является взаимодействие логопеда и воспитателя.

Воспитатель 2 раза в день проводит с ребенком артикуляционную гимнастику. В начале учебного года закрепляют комплекс общих упражнений, постепенно добавляются специальные упражнения.

Взаимосвязь в работе логопеда и воспитателя фиксируется в тетрадях для вечерних занятий. Логопед предлагает ряд занятий, из которых особое место выделяется упражнениям для закрепления правильного произношения поставленных звуков.

#### **Работа с родителями.**

Это обязательный и крайне необходимый компонент логопедической работы, проводимой с ребенком с открытой ринолалией. Родители должны знать, что оперативное лечение не обеспечивает нормальную речь, а только создаёт

полноценное анатомо - физиологическое, условие для воспитания правильного произношения. Их нужно привлекать к участию в коррекционной работе. Логопед проводит консультации, на которых обучает упражнениям, артикуляционной гимнастике, приемам логопедического массажа. Желательно, чтобы родители присутствовали на индивидуальных логопедических занятиях. Только благодаря такой совместной работе можно добиться желаемого результата.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.**

Врожденные расщелины отрицательно влияют на формирование детского организма и развитие высших психических функций. Ребенок с ринолалией находит своеобразные пути компенсации дефекта, в результате чего формируется неправильная взаимосвязь мышц артикуляционного аппарата. Это - нарушение фонетического обрамления речи, и выступает в структуре

дефекта как ведущее расстройство. Это влечет за собой ряд вторичных нарушений в речи и психическом статусе ребёнка.

Речевой дефект с самого рождения обусловлен рядом причин. В первую очередь обеспечение жизненно важных функций дыхания и питания приводит к специфическому положению языка (с чрезмерно поднятым корнем), что ведет к нарушению его функциональных возможностей с одной стороны, и к дефектной компенсации нарушения - с другой стороны (во время речи в артикуляцию вовлекаются мышцы лба, лица, возникают многообразные синкинезии). При ринолалии отмечается формирование атипичного специфического дыхания, развитие гиперназализации и дефекты артикуляции звуков. В картине речевого нарушения ведущим является дефектное звукопроизношение, вторично может страдать лексикограмматический строй, фонематический слух, письменная речь.

Коррекция дефекта осуществляется средствами медицинского, логопедического и психолого-педагогического воздействия.

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

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ПОСОБИЙ РИНОЛАЛИИ**

1. Вансовская Л.И. Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах неба. – М., 2000.
2. Блыскина И.В. Массаж в коррекции артикуляторных расстройств. – СПб.:САТИС,1995.

3. Воронцова Т.Н. К вопросу о логопедической работе при открытой ринолалии после уранопластики. //Уч. зап. МГПИ,1964.
4. Воронцова Т.Н. Логопедическая работа с больными открытой ринолалией после уранопластики: Автореф. дисс. ...канд. пед. наук. – М.,1966.
5. Вильсон Д.К. Нарушение голоса у детей. – М.,1990.
6. Городилова В.И., Кузьмина. Устранение недостатков произношения при ринолалии. Пособие для учителей-логопедов. – М., 1961.
7. Дмитриева В.С., Ландо Р.Л. Хирургическое лечение врожденных послеоперационных дефектов неба. – М., 1989.
8. Дубов М.Д. Врожденные расщелины неба. – М., 1960.
9. Ермакова И.И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков:кн для логопеда: 2е изд.перераб. - М., 1996.
- 10.Ипполитова А.Г. Открытая ринолалия / Под ред. О.Н. Усановой. М., 1983.
- 11.Ипполитова А.Г. Логопедические занятия при ринолалии в дооперационном периоде. // Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи. Часть 2. Логопедия. Методическое наследие. – М., 2003.
- 12.Мамедов А.П. Врожденная расщелина неба и пути ее устранения. – Екатеринбург, 1998.
13. Мессина В.М. Врожденные расщелины неба (этиология, клиника, лечение): Автореф. докт. дисс. – М.,1971.
14. Интернет-ресурсы.
- 15.Соболева Е.А. Ринолалия. – М.:АСТ:Астрель, 2006.
- 16.Соломатина Г.В., Володацкий В.М. Устранение открытой ринолалии у детей: Методы обследования и коррекции. –М.:ТЦ Сфера, 2005.
- 17.Таптапова С.Л. Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса: кн. Для логопеда. – М., 1984.
18. Уракова А.И. Сравнительная характеристика ринолаликов и детей с нормальной речью. //Дефектология,1972, №2.
- 19.Фролова Л.Е. Врожденные расщелины верхней губы и неба. – М., 1973.
- 20.Чиркина Г.В. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата. М., 1969.

21. Чиркина Г.В. Нарушения речи при ринолалии и пути их коррекции:  
Автореферат. диссертации. докт.пед. наук. – М., 1978.