

На правах рукописи



Агаева Виктория Евгеньевна

**ФОРМИРОВАНИЕ ПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ
С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЁБА
В ПРОЦЕССЕ ЭТАПНОЙ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ**

5.8.3 – коррекционная педагогика (логопедия)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата педагогических наук

Москва, 2022

Работа выполнена на кафедре логопедии института специального образования и психологии Государственного автономного образовательного учреждения высшего образования города Москвы «Московский городской педагогический университет».

Научный руководитель

Левченко Ирина Юрьевна

доктор психологических наук, профессор

Официальные оппоненты

Орлова Ольга Святославна

доктор педагогических наук, профессор

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства»
главный научный сотрудник
научно-клинического отдела фониатрии

Радциг Елена Юрьевна

доктор медицинских наук, профессор
ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России,
заведующая учебной частью кафедры оториноларингологии педиатрического факультета

Ведущая организация

Государственное образовательное учреждение высшего образования Московской области Московский государственный областной Университет (МГОУ)

Защита состоится «26» апреля 2022 г. в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д 72.2.007.02 при ГАОУ ВО г. Москвы «Московский городской педагогический университет» по адресу: 119261, ул. Панферова, д.8, корп.2

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГАОУ ВО г. Москвы «Московский городской педагогический университет» по адресу: 129226, Москва, 2-й Сельскохозяйственный пр-д, д.4, корп.1 и на сайте ГАОУ ВО МГПУ: <https://www.mgpu.ru/dissertatsiya-agaevoj-v-e/>

Автореферат разослан « _____ » _____ 20 ____ г.

Ученый секретарь
диссертационного совета



И.М. Яковлева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Врожденные расщелины губы и нёба (ВРГН) – один из распространенных черепно-лицевых пороков. В разных регионах мира частота рождения детей с данной аномалией составляет 1-2 ребенка на 1000 новорожденных (Н.А. Касимовская, Ад.А. Мамедов, С.В. Чуйкин, F. Hoffmann, L. Perillo и др.). Анатомический дефект артикуляционного аппарата провоцирует стойкие функциональные нарушения дыхания, сосания, глотания, жевания, обоняния, слуха. У детей с ВРГН специфически искажается тембр голоса и звукопроизношение – возникает открытая органическая ринолалия. Она обусловлена патологическими стереотипами дыхания, голосооформления и артикулирования (Е.С. Алмазова, А.С. Балакирева, Л.И. Вансовская, Т.В. Волосовец, И.И. Ермакова, А.Г. Ипполитова, М. Зеeman, А. Митринович-Моджеевска, О.С. Орлова, Г.Н. Соломатина, С.Л. Таптапова, Г.В. Чиркина, L. Albery, K.R. Vzoch, C. Ramplona и др.). С возрастом возможен риск формирования вторичных расстройств эмоционально-личностной, поведенческой и коммуникативной сфер (В.А. Зеленский, Е.С. Набойченко, И.А. Чистоградова, G.P. Priyono, D. Chattopadhyay и др.).

Абилитация, включающая современные медицинские технологии и квалифицированное психолого-педагогическое сопровождение, необходима не только детям с ВРГН с самого рождения, но и их семьям. Объединяющая цель комплексной помощи – формирование полноценных функций питания, дыхания, речи, а также снижение негативного психоэмоционального фона в семье и адаптация ребенка в социуме (С.И. Блохина, Г.В. Гончаков, М.Д. Дубов, С.В. Дьякова, Ад.А. Мамедов, Л.Е. Фролова, N. Alonso, A. Hemprichs, L. Sommer и др.).

Анализ актуальных научных исследований показывает, что направления и содержание лечебного и социально-абилитационного процесса целесообразно рассматривать как с позиции Международной классификации болезней (МКБ-10), определяющей этиологическую структуру изменений здоровья, так и со стороны функционирования и ограничений жизнедеятельности, представленных в Международной классификации функционирования (МКФ). МКБ-10 и МКФ дополняют друг друга: первая определяет диагноз, вторая – обеспечивает научную основу для изучения и анализа показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем (видов, качества и результатов вмешательств), т.е. сочетания биологических и социальных факторов, определяющих эффективность социализации (Я.К. Бесстрашнова, Е.В. Мельникова, А.А. Шмонин, А.В. Шошмин, S. Geyh, R. Müller и др.). Подчеркнем, что в контексте МКФ показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем, как по отношению ко взрослым, так и к детям объединяются в понятие реабилитационный потенциал. Реабилитационный потенциал – это комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности (А.А. Баранов, В.П. Белов, И.Н. Денисов, И. Н. Ефимов, М.В. Коробов, И.Ю. Левченко, Т.Н. Симонова, Е.И. Холостова, Н.Б. Шабалина, С.М.

Allan, W.J. Rejeski, G. Stucki и др.). Учитывая включение в настоящее исследование участников в возрасте до 3-х лет, а также современные тенденции развития системы ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и возникшие в связи с этим изменения в терминологии, в рамках данной научной работы по отношению к детям с ВРГН мы будем пользоваться обобщенным понятием реабилитационный / абилитационный потенциал.

В реабилитационном / абилитационном потенциале ребенка с ВРГН к биологическим факторам относятся тяжесть нарушения челюстно-лицевой области, результаты хирургического вмешательства, соматический, ортодонтический и неврологический статусы, формирующиеся патологические стереотипы дыхания, голосооформления и артикуляции. Социальные факторы определяются сроками операции, качеством медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка и семьи, а также особенностями социальной ситуации развития.

Современные медицинские технологии позволяют проводить хирургическое устранение расщелин в первый год жизни ребенка (доречевой период), что создает условия для полноценного формирования произношения (А.С. Балакирева, Е.П. Васильева и др.). Однако клинические наблюдения за развитием речи рано прооперированных детей указывают на наличие анатомической специфики артикуляционного аппарата и стойкость патологических функциональных стереотипов, приводящих к ринолалии (Г.В. Гончаков, Н.В. Обухова, Н.В. Старикова, Е.Е. Халюта и др.). Кроме того, ряд исследователей отмечает невозможность оперативного вмешательства в младенческом возрасте. Это вызвано особенностями соматического статуса и социальной ситуации развития детей (Н.А. Давлетшин, О.Л. Курбатова, О.З. Топольницкий, С.В. Чуйкин и др.).

Анализ современных тенденций абилитации и данных о формировании произносительной стороны речи детей с ВРГН выявляет потребность в совершенствовании системы оказываемой им логопедической помощи. Это обусловлено тем, что традиционные отечественные методики преодоления ринолалии предполагают работу с детьми дошкольного возраста (Л.И. Вансовская, И.И. Ермакова, А.Г. Ипполитова, Г.В. Чиркина). Исследования Волосовец Т.В. (1995), Деруновой Т.Ю. (2003), Балакиревой А.С. (2005) описывают особенности речи детей старше одного года и логопедическую работу в речевой период. Обуховой Н.В. (2006) изучено психомоторное развитие младенцев с ВРГН и описана педагогическая помощь родителям. Однако программа коррекционно-развивающих мероприятий, независимых от срока хирургического вмешательства и нацеленных на профилактику возникновения ринолалии является неразработанным направлением. Проведение профилактического этапа, как этапа ранней логопедической помощи, позволит снизить негативные проявления дыхательных, голосовых и артикуляционных стереотипов и послужит основой для дальнейшего воздействия на формирование произношения детей с ВРГН. Работа с детьми раннего возраста требует включения семьи в коррекционный процесс и соответствующей квалификации специалиста.

Все вышеизложенное позволяет констатировать наличие **противоречий** между:

- потребностью детей с ВРГН в профилактических коррекционно-развивающих мероприятиях с периода новорожденности и малым числом научно-практических и методических разработок, ориентированных на их психолого-педагогическое сопровождение в младенческом и раннем возрасте;

- необходимостью активного включения родителей детей с ВРГН в коррекционно-педагогический процесс и их низкой информационной, мотивационной и методической компетенцией;

- недостаточным уровнем профессиональной компетентности логопедов в вопросах, касающихся особенностей развития детей с расщелинами и логопедической работы с ними и недостатком специальных обучающих программ по оказанию им профилактической помощи.

Данные противоречия определяют **проблему** исследования: оптимизация логопедической работы с детьми с ВРГН путем разработки и апробации программы ранней логопедической помощи, основанной на семейно-центрированном подходе, учитывающей возможности реабилитационного / абилитационного потенциала ребенка и структуру профессиональной компетентности логопеда.

В рамках этой проблемы определена **тема** исследования: *«Формирование произношения у детей с врожденными расщелинами губы и нёба в процессе этапной логопедической работы»*.

Цель исследования – совершенствование коррекционно-развивающей работы по формированию произношения у детей с ВРГН за счет включения профилактического этапа ранней логопедической помощи, основанного на семейно-центрированном подходе, как базиса для последующего воздействия.

Объект исследования – процесс этапной логопедической работы по формированию произношения детей с ВРГН.

Предмет исследования – особенности коррекционно-развивающего воздействия на произношение детей с ВРГН на разных этапах логопедической помощи.

Гипотеза исследования состоит в предположении о том, что эффективность логопедической работы с детьми с ВРГН, критерием которой является сформированное произношение, зависит не только от биологических факторов – показателей здоровья, определяющих потенциал развития ребенка. Существенным является качество социальных факторов – показателей, связанных со здоровьем, среди которых поэтапное квалифицированное логопедическое сопровождение с периода младенчества, осознанное участие родителей и сформированность их компетенции, позволяющей предупредить некоторые патологические особенности, влияющие на речевое развитие детей с ВРГН.

В соответствии с целью и гипотезой исследования были поставлены следующие **задачи**:

1. Проанализировать и обобщить научную и методическую литературу по изучаемой проблеме с целью определения стратегии и тактики исследования.
2. Подобрать и апробировать диагностический инструментарий для выявления потребности ребенка с ВРГН в логопедической помощи.
3. Оценить качество произношения детей, прооперированных в возрасте до и после 3-х лет и проанализировать влияние на него показателей реабилитационного / абилитационного потенциала.
4. Обосновать необходимость включения профилактического этапа в логопедическую работу с детьми с ВРГН разработкой и апробацией программы ранней логопедической помощи, основанной на семейно-центрированном подходе.
5. Доказать эффективность разработанной программы ранней логопедической помощи в совершенствовании произношения у детей с ВРГН.
6. Выделить компоненты профессиональной компетентности логопеда в свете профилактики и устранения ринолалии у детей с ВРГН.

Теоретико-методологическую основу исследования составляют: системный подход к организации коррекционно-педагогического процесса (Л.С. Выготский, Е.А. Екжанова, Р.Е. Левина, В.И. Лубовский, Н.М. Назарова, Ф.Ф. Рау, Т.Б. Филичева и др.); комплексный подход к изучению и развитию ребенка (А.Р. Лурия, О.Г. Приходько, Е.А. Стребелева и др.); личностно-ориентированный подход (Е.М. Мастюкова, С.А. Миронова, В.И. Селиверстов и др.); семейно-центрированный подход (Г. Вебер, К. Витакер, И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева, Н.Ш. Тюрина, О.В. Югова и др.); компетентностный подход в профессиональном образовании (В.И. Байденко, В.А. Болотов, И.А. Зимняя, В.В. Мануйлова, А.В. Хуторской, И.М. Яковлева и др.); единство и сложное динамическое взаимодействие биологических и социальных факторов в развитии ребенка (Л.С. Выготский, В.И. Лубовский, У.В. Ульенкова и др.); концепция реабилитации / абилитации (А.А. Баранов, Р.Ж. Мухамедрахимов, О.И. Пальмов, Т.Н. Симонова, Е.И. Холостова, Н.Б. Шабалина и др.); концепция ранней комплексной помощи детям с ОВЗ (Л.И. Аксенова, Е.Р. Баенская, Н.Ю. Григоренко, И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева, Н.Д. Шматко и др.); положения о необходимости проведения всестороннего медико-психолого-педагогического анализа речевого расстройства для определения его природы (Р.Е. Левина, С.С. Ляпидевский, М.Е. Хватцев, Г.В. Чиркина и др.); современные представления о врожденных дефектах челюстно-лицевой области (С.И. Блохина, Г.В. Гончаков, С.В. Дьякова, Ад.А. Мамедов, Е.Ю. Радциг и др.) и об особенностях логопедической работы с детьми с ринолалией (Е.С. Алмазова, А.С. Балакирева, Л.И. Вансовская, Т.В. Волосовец, И.И. Ермакова, А.Г. Ипполитова, М. Зеeman, А. Митринович-Моджеевска, О.С. Орлова, Г.Н. Соломатина, Г.В. Чиркина и др.).

В соответствии с целью и задачами исследования, с учетом специфики его предмета и объекта были выбраны **методы**: анализ и обобщение литературы по изучаемой теме; эмпирические методы: анализ педагогической и медицинской документации (амбулаторные и стационарные карты, рентгеновские исследования,

эндоназофарингоскопия), аудио- и видеозаписей; беседы с родителями, врачами; анкетирование; логопедическое обследование; педагогический эксперимент (констатирующий, обучающий и контрольный); методы статистической обработки результатов (корреляционный анализ Пирсона, угловое преобразование Фишера).

Организация и основные этапы исследования. В исследовательской работе, которая проводилась с 2005 по 2020 годы на базе Клинического Центра челюстно-лицевой, пластической хирургии и стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России и кафедры логопедии ИСОиП МГПУ и состояла из *двух частей*, участвовало 212 детей с ВРГН, 178 их родителей (законных представителей), 60 логопедов образовательных организаций.

Участниками *пилотной части* исследования стали 104 ребенка 7-9 лет с различными видами ВРГН, 100 их родителей (законных представителей), 60 логопедов. В этой части работы на основе обобщения научных данных были определены биологические и социальные показатели реабилитационного / абилитационного потенциала детей с ВРГН, установлена их взаимосвязь с качеством произносительной стороны речи.

Участниками *основной части* исследования стали 108 детей с различными видами ВРГН и 78 их родителей (законных представителей). Она состояла из:

- профилактического этапа ранней логопедической помощи, в котором участвовало 58 детей первых трех лет жизни и 58 их родителей (законных представителей) – экспериментальная группа (ЭГ);

- основного этапа дифференцированной логопедической работы по коррекции произношения. В нем приняли участие 58 детей ЭГ и 35 их родителей (законных представителей) и 50 детей контрольной группы (КГ) и 20 их родителей (законных представителей), не задействованных в профилактическом этапе. Возраст детей составил 4,6 - 5 лет. Выбор возраста обусловлен целесообразностью коррекции звукопроизношения и тембра голоса именно в этот период.

Научная новизна исследования:

- представлены показатели реабилитационного / абилитационного потенциала (биологических и социальных факторов), позволяющие прогнозировать состояние произносительной стороны речи ребенка с ВРГН;

- получены статистически достоверные данные об отсутствии прямой зависимости между сроком операции (факторным признаком) и качеством речи (результативным признаком) детей с ВРГН;

- получены статистически достоверные данные о повышении эффективности логопедической работы по коррекции произношения детей с ВРГН, прооперированных до 3-х лет и получивших раннюю логопедическую помощь;

- проанализированы данные об осведомленности логопедов в вопросах, касающихся особенностей развития детей с ВРГН и коррекционной работы с ними;

- описана этапная система логопедической работы с учетом возможностей реабилитационного / абилитационного потенциала ребенка с ВРГН.

Теоретическая значимость исследования:

- обобщены современные представления об абилитации детей с ВРГН;
- определены показатели, влияющие на успешную коррекцию речи детей с ВРГН, и выявлена их взаимосвязь;
- обосновано содержание профилактического этапа работы с детьми с ВРГН и необходимость активного включения родителей в коррекционный процесс;
- теоретически обоснована и разработана, с учетом современных представлений о раннем включении ребенка с ОВЗ в систему коррекционно-развивающей работы, программа ранней логопедической помощи детям с ВРГН, основанная на семейно-центрированном подходе и независимая от сроков хирургического лечения;
- апробирована программа ранней логопедической помощи детям с ВРГН и экспериментально доказана ее эффективность;
- определены требования к профессиональной деятельности и блокам профессионально значимых компетенций логопеда, необходимых для эффективной коррекционной работы с детьми с ВРГН.

Практическая значимость исследования:

- программа ранней логопедической помощи детям с ВРГН, основанная на семейно-центрированном подходе, может быть реализована в организациях образования, здравоохранения и социальной защиты, службах ранней помощи;
- результаты исследования могут использоваться в практике специалистов психолого-педагогического сопровождения, в учебном процессе профильных вузов, в системе повышения квалификации логопедов, в методических пособиях для родителей детей с ВРГН;
- обозначенные требования к профессиональной деятельности и блокам профессионально значимых компетенций, необходимых для эффективной логопедической работы с детьми с ВРГН могут быть внесены в проект профессионального стандарта логопеда;
- по материалам исследования создана база данных «Технологии медико-психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с врожденной расщелиной губы и неба» (RU 2019622084, 14.11.2019 г.).

Положения, выносимые на защиту:

1. Сложное соотношение биологических и социальных факторов в реабилитационном / абилитационном потенциале ребенка с ВРГН влияет на вариативность развития произносительной стороны речи. Учет данного соотношения предполагает уточнение содержания этапной логопедической работы как ведущего инструмента формирования нормативной речи.
2. Необходимым и приоритетным этапом коррекционно-развивающего воздействия является профилактический этап, на котором реализуется программа ранней логопедической помощи детям с ВРГН, основанная на семейно-центрированном подходе. Данный этап должен начинаться в первый год жизни

ребенка, не зависеть от сроков хирургического лечения и предшествовать основному этапу логопедической работы.

3. Эффективность логопедического воздействия по нормализации произношения детей с ВРГН зависит от совокупности показателей социальных факторов, среди которых проведение профилактического этапа ранней логопедической помощи, срок хирургического вмешательства, родительская компетенция и профессиональная компетентность логопеда, которая складывается из коррекционно-развивающего и диагностического блоков, умения организовать работу с семьей, знаний о специфике оказания комплексной помощи и навыков проведения этапной логопедической работы.

Обоснованность и достоверность результатов исследования обеспечены его теоретико-методологической основой, опирающейся на современные научные представления об особенностях развития детей с ВРГН и специфике их абилитации; основными общепедагогическими и методологическими принципами логопедии; применением совокупности методов исследования, адекватных его цели, объекту, предмету и задачам; масштабностью эксперимента и личным участием автора в его проведении; статистической обработкой полученных данных, сочетанием количественного и качественного анализа результатов.

Апробация работы и внедрение результатов исследования. Результаты исследования были внедрены в содержание абилитации детей с ВРГН Клинического центра челюстно-лицевой, пластической хирургии и стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России. Основные положения исследования докладывались на международных и межрегиональных научно-практических конференциях (Москва, 2016, 2017, 2018, 2019, 2021); конкурсе научно-практических проектов магистрантов и аспирантов «Технологии психолого-педагогического сопровождения детей с особыми образовательными потребностями на разных уровнях образования» (2016); 2ом Российском конгрессе с международным участием «Физическая и реабилитационная медицина» (2018); II Общероссийской конференции с международным участием «Flores vitae. Неонатология и педиатрия (2019); Первой Московской Областной междисциплинарной конференции «Комплексный медико-педагогический подход в реабилитации детей с нарушением речи» (2019); VIII Всероссийской научно-практической конференции «Неотложная детская хирургия и травматология» (2020); Первом Съезде детских врачей Московской области с международным участием (2020). Материалы исследования использовались при проведении курсов повышения квалификации, лекционных и практических занятий со студентами ИСОиП ГАОУ ВО МГПУ.

Ключевые идеи и научные результаты исследования отражены в 19 публикациях общим объемом 10,2 п.л.

Структура и объем диссертации. Текст диссертация изложен на 197 страницах. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы,

включающего 218 источников, в том числе 37 на иностранном языке, 7 приложений, 10 таблиц, 11 рисунков.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении определены актуальность исследования, его цель, объект, предмет, задачи, гипотеза, методы исследования, раскрывается научная новизна и практическая значимость, излагаются положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Проблема комплексной помощи детям с врожденными расщелинами губы и нёба» представлен анализ литературных источников по теме исследования и рассматриваются современные составляющие междисциплинарной помощи ребенку с ВРГН с позиции его реабилитационного / абилитационного потенциала.

Становление комплексной помощи лицам с ВРГН начинается во второй половине XIX в. с оценки хирургами результатов оперативного восстановления нёбного свода и его влияния на качество речи (Н.И. Пирогов, Н.В. Воронцовский, А.А. Лимберг, Б. Лангбэк, К.Кез и др.). Вывод о значимости логопедического воздействия определил развитие педагогических методов исправления ринолалии (Г. Гуцман, В.А. Каретникова, М.Е. Хватцев; С. Борель-Мезони, В. Ведю, Ф.А. Рау, З.Г. Нелюбова и др.). Обобщение постепенно накапливаемых эмпирических данных об анатомических, физиологических и психических особенностях лиц с ВРГН позволило выстроить современную систему их абилитации (Б.Я. Булатовская, С.И. Блохина, Г.В. Гончаков, С.В. Дьякова, Ад.А. Мамедов, С.В. Чуйкин и др.).

Реабилитационный / абилитационный потенциал детей с ВРГН, опираясь на информацию, относящуюся к диагнозу и функционированию, определяется сложным соотношением биологических факторов, характеризующих соматический и неврологический статусы ребенка (показателей здоровья), и социальных факторов, отражающих особенности комплексного сопровождения и микросоциального окружения (показателей, связанных со здоровьем).

Описание факторов реабилитационного / абилитационного потенциала ребенка с ВРГН широко представлено в специальной литературе. Соматические и функциональные особенности развития, причины возникновения расщелин и их виды, сопутствующие заболевания рассматриваются как показатели *биологических* факторов (Л.Г. Варфоломеева, М.П. Водолацкий, А.С. Герасимова, С.В. Дьякова, Н.М. Медведовская, М.Н. Митропанова, Е.Ю. Радциг, А.И. Уракова, Т.В. Хлобыстова, С.В. Чуйкин и др.). Этиология и патогенез ринолалии раскрыты в работах Л.И. Вансовской, Т.В. Волосовец, И.И. Ермаковой, А.Г. Ипполитовой, О.С. Орловой, Г.Н. Соломатиной, Г.В. Чиркиной и др. Авторы указывают, что нарушение взаимосвязи и дискоординация артикуляционных и мимических мышц, снижение кинестезий, патологическое положение языка, ослабление речевого выдоха, различные нарушения прикуса приводят к развитию гиперназализации и искаженного звукообразования.

Специалисты, изучающие особенности развития и коррекции речи детей с ВРГН, сходятся во мнении, что восстановление нормальных анатомо-

физиологических условий в артикуляционном аппарате создает основу для формирования и/или исправления ее произносительной стороны. Поэтому одним из важнейших вопросов остается определение оптимальных сроков хирургической пластики нёба как одного из показателей *социальных* факторов реабилитационного / абилитационного потенциала (С.И. Блохина, Г.В. Гончаков, Ад.А. Мамедов, О.С. Thiele, М. Кара, Р. Corthouts и др.).

Важнейшим показателем социальных факторов является качество оказания логопедической помощи. В России система логопедической работы с детьми с ВРГН начала складываться в 30-х гг. XX в. Этапы коррекционной работы по устранению ринолалии – дооперационный и послеоперационный – впервые были обозначены А.Г. Ипполитовой (1963, 1983). И.И. Ермакова (1984, 1996) выделила четыре этапа: дооперационный подготовительный; послеоперационный; этап коррекции звукопроизношения, координации дыхания, фонации и артикуляции; этап полной автоматизации новых навыков. Приемы, предложенные авторами, предусматривали работу с детьми дошкольного возраста. Дальнейшее развитие направлений логопедической работы с дошкольниками с ВРГН нашло отражение в исследованиях Л.И. Вансовской, Е.П. Васильевой, Н.Б. Геллер, Г.Н. Соломатиной, Г.В. Чиркиной и других ученых.

Отечественные методики работы с детьми раннего возраста с ВРГН фрагментарны (А.С. Балакирева, Т.В. Волосовец, Т.Ю. Дерунова). В научной статье Обуховой Н.В., Рогожиной Ю.С. (2019) описана логопедическая помощь детям с ВРГН первых лет жизни, которая обусловлена алгоритмом хирургического лечения и может проводиться только в специализированных реабилитационных центрах. Не разработанными являются организационно-методические аспекты профилактического этапа ранней логопедической помощи, которая не зависит от оперативного вмешательства.

В исследованиях по социальной адаптации лиц с ВРГН и их семей показано, что имеющиеся трудности связаны с эмоциональным стрессом, трудностями родителей в оценке соматического и неврологического состояния ребенка, их недостаточной информационной и методической компетенцией (В.А. Зеленский, Е.С. Набойченко, Н.В. Обухова, Г.Н. Соломатина, И.А. Чистоградова, D. Chattopadhyay, G.P. Priyono, L.C. Richman и др.). Это определяет потребность в специально организованной помощи семье по созданию условий для психофизического развития детей и их социализации.

Значимым показателем социальных факторов реабилитационного / абилитационного потенциала ребенка с ВРГН является компетентность логопеда. Современная концепция специального образования требует осведомленности специалиста в вопросах медицины, психологии и педагогики. Это позволит отбирать и использовать адекватные технологии коррекционного воздействия (А.А. Алмазова, И.В. Евтушенко, М.В. Жигорева, И.Ю. Левченко, О.С. Орлова, Л.А. Пантелева, О.Г. Приходько и др.).

В настоящее время компетентностная модель представлена в ФГОС ВО по направлению «Специальное (дефектологическое) образование». В ней не конкретизированы компетенции логопеда, работающего с разными категориями нарушенного речевого развития, а содержатся только трудовые функции, знания, умения и навыки. Научная и учебно-методическая литература, посвященная особенностям коррекционно-развивающей работы с детьми с ВРГН, а также собственные исследования позволяют рассматривать структуру профессиональной компетентности логопеда в сфере помощи детям данной категории через совокупность непосредственно логопедической работы с ребенком и психолого-педагогического взаимодействия с его семьей.

Таким образом, анализ специальной литературы по проблеме исследования выявил, что среди показателей социальных факторов реабилитационного / абилитационного потенциала ребенка с ВРГН профилактический этап ранней логопедической помощи не рассматривался. Включение данного показателя в реабилитационный / абилитационный потенциал позволит определить его влияние на эффективность формирования произношения детей с ВРГН и потребует уточнения содержания коррекционно-развивающего воздействия.

Во второй главе *«Изучение показателей реабилитационного / абилитационного потенциала детей с врожденными расщелинами губы и нёба»* представлены организация, методика и результаты пилотной части исследования, а также констатирующего этапа его основной части. Работа проводилась на базе Клинического Центра челюстно-лицевой, пластической хирургии и стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России и кафедры логопедии ИСОиП МГПУ.

В *пилотной части* исследования апробирована диагностическая программа изучения состояния речи детей с различными видами ВРГН, а также показателей биологических и социальных факторов, составляющих реабилитационный / абилитационный потенциал каждого ребенка. В ней использованы следующие методы:

- логопедическое обследование, основанное на традиционных методических приемах и позволяющее оценить текущий речевой статус (А.С. Балакирева, Т.Н. Волковская, О.Е. Грибова, Р.Е. Левина, Г.Н. Соломатина и др.);
- анализ анамнестических данных и заключений педиатра, хирурга-стоматолога, генетика, ортодонта, невролога, результатов рентгеновских снимков и эндоназофарингоскопии для определения показателей биологических факторов;
- анкетирование и беседы с родителями и логопедами для определения показателей социальных факторов;
- количественный и качественный анализ полученных результатов.

Изучение показателей биологических факторов включило определение тяжести челюстно-лицевой патологии (вид расщелины), этиологии врожденного порока, состояния небно-глоточного смыкания, ортодонтического и неврологического

статусов. Исследование социальных факторов заключалось в регистрации сроков хирургического вмешательства, определении социальной ситуации развития и изучении осведомленности логопедов в сфере помощи детям с ВРГН. По результатам исследования проведен анализ выявленных показателей и установлена их связь с качеством произносительной стороны речи детей.

В пилотной части участвовали 104 ребенка 7-9 лет ВРГН, 100 их родителей (законных представителей), 60 логопедов образовательных организаций.

Дети были распределены на две группы в зависимости от срока хирургического вмешательства. Пилотная группа I (ПГ I) включила 21 ребенка, прооперированного до 3-х летнего возраста. Пилотную группу (ПГ II) составили 83 ребенка, уранопластика которым проведена в возрасте после трех лет. Логопедическую помощь каждый из детей получал с дошкольного возраста. Результаты логопедической диагностики показали вариативность состояния произношения детей ПГ I и ПГ II (рис. 1).

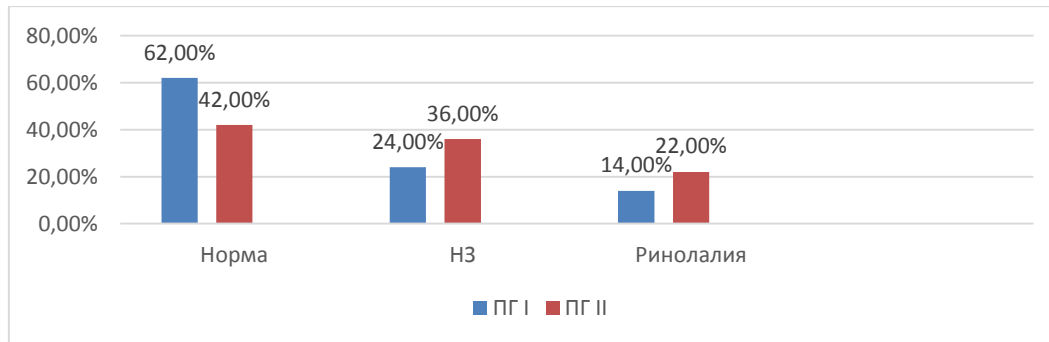


Рис. 1. Состояние произносительной стороны речи детей пилотных групп

Нормативная речь отмечена у 13 детей (62%) ПГ I и 35 детей (42%) ПГ II. Нарушения звукопроизношения (НЗ) различной этиологии при отсутствии назализации встречаются у 5 детей ПГ I (24%) и 30 (36%) ПГ II. Ринолалия сохраняется у 3 детей (14%) ПГ I и у 18 детей (22%) ПГ II. На данной выборке нами не обнаружено значимых различий по состоянию речи детей двух групп: значение критерия χ^2 Пирсона составляет 2.627 (при критическом значении 5.991), $p > 0.05$. Таким образом, прямая зависимость между сроком операции (факторным признаком) и качеством речи (результативным признаком) не выявлена.

Изучение социальной ситуации развития детей ПГ I и ПГ II показало: 59 детей (57%) из 104 воспитываются в полной семье; 30 (29%) – в неполной; 8 (8%) – в многодетной; 3 (3%) – в приемной; 4 (4%) – в школе-интернате. В возрасте до 3-х лет прооперированы в основном дети из полных семей (16 из 59). Все дети из многодетных семей и из школ-интернатов прооперированы после 3-х летнего возраста.

Анализ данных логопедического обследования выявил, что детей с нормативной речью больше в полных семьях – 31 ребенок (53%), ринолалия сохраняется у 8 (13%). В неполной семье речь детей сформирована в 13 случаях (43%), ринолалия отмечена в 5 (17%). В многодетной семье речь нормативна у 3 детей, ринолалия сохраняется в 3 случаях. В приемной семье речь одного ребенка соответствует норме, у 2 остается ринолалия. Среди детей из школ-интернатов не

выявлено ни одного ребенка с речевой нормой (табл. 1). Статистически полученное значение $\Phi_{эмп}^*$ (критерий Фишера) = 2.047, отвергает случайность результата. Это позволяет сделать вывод о том, что дети с благоприятной социальной ситуацией развития (полная семья) чаще оперируются в ранние сроки и достигают нормативной речи.

Таблица 1. Результаты изучения социальной ситуации развития и качества речи детей пилотной группы

Тип семьи	Кол-во семей	Сроки операции				Речевое развитие					
		до 3-х лет		после 3-х лет		Норма		НЗ		Ринолалия	
полная	59	16	27%	43	73%	31	53%	20	34%	8	13%
неполная	30	4	13%	26	87%	13	43%	12	40%	5	17%
многодетная	8	-	-	8	8%	3	3%	2	2%	3	3%
приемная	3	1	1%	2	2%	1	1%	-	-	2	2%
нет семьи	4	-	-	4	4%	-	-	1	1%	3	3%

Информационный срез о компетентности логопедов в вопросах, касающихся особенностей развития детей с ВРГН и организационно-методических аспектов коррекционной работы с ними получен с помощью анкетирования. Оно предполагало как самооценку готовности к работе с данной речевой патологией и стремления к профессиональному росту, так и экспертную оценку.

В исследовании участвовало 60 логопедов образовательных организаций, имеющих высшее профессиональное образование и стаж профессиональной деятельности свыше 5 лет. 24 респондента (40%) не смогли описать первичные нарушения при открытой органической ринолалии; 30 (50%) – обозначить направления коррекционной работы; 34 (57%) – затруднились назвать соответствующую учебно-методическую литературу. Трудности практического/теоретического характера при работе с детьми с ВРГН возникали у 26 (43%) / 6 (10%) специалистов соответственно. Заинтересованность родителей в логопедической работе отметили 12 специалистов (20%), 18 (30%) указали на их пассивную позицию. Среди форм организации работы с семьей отмечено лишь участие в выполнении домашних заданий. Вопросы психокоррекционной помощи семье оказались для опрошенных не актуальными. 32 респондента (53%) не считают необходимым повышать и расширять свою профессиональную компетенцию в данной области, так как не видят в этом практической значимости.

Анализ результатов пилотной части исследования позволяет сделать следующие выводы:

- преобладающим этиологическим фактором возникновения ВРГН является тератогенез;
- вид расщелины влияет на ортодонтический статус и сроки лечения: у большинства детей с ринолалией и нарушениями звукопроизношения различной этиологии при отсутствии назализации ПГ II оно не закончено;

- нормативное звукопроизношение и тембр голоса зависят от полноценности небно-глоточного смыкания. При его анатомическом нарушении сохраняется ринолалия. Заметим, что и при успешном хирургическом лечении у детей ПГ II (16 %) речь полностью не восстановлена. Также у детей этой группы встречаются послеоперационные дефекты нёба;

- выраженная неврологическая симптоматика является причиной сохранения ринолалии. Нерезко выраженные неврологические нарушения ухудшают речевой прогноз, что более выражено у детей ПГ II (14% и 20% соответственно);

- значимость социальных условий развития подтверждена тем, что дети, воспитываемые в полных семьях, в более ранние сроки включаются в систему оказания комплексной помощи, получают хирургическое лечение и достигают разборчивой речи;

- результаты изучения осведомленности логопедов указывают на целесообразность ее повышения в вопросах абилитации детей с ВРГН. Это обеспечит качественное оказание коррекционной помощи и опосредованно улучшит мотивированность включения родителей в процесс социализации ребенка.

В *основной части* экспериментального исследования описана предлагаемая этапность логопедической работы с детьми с ВРГН (рис. 2).

В профилактическом этапе ранней логопедической помощи участвовало 58 детей с ВРГН первых трех лет жизни (35 мальчиков (60%), 23 девочки (40%)) и 58 их родителей/законных представителей – экспериментальная группа (ЭГ). По диагностической программе, апробированной в пилотной части исследования, проведено констатирующее изучение показателей биологических и социальных факторов реабилитационного / абилитационного потенциала каждого ребенка (табл.2).

Таблица 2. Некоторые показатели реабилитационного / абилитационного потенциала детей ЭГ

Показатель реабилитационного/абилитационного потенциала		Количество детей	
Вид расщелины	изолированная расщелина нёба	20	34%
	односторонняя расщелина губы и нёба	27	47%
	двусторонняя расщелина губы и нёба	11	19%
Соматический статус	не отягощен	19	33%
	отягощен	39	67%
Ортодонтический статус	не нуждаются в лечении	20	34%
	предхирургическая ортодонтия	15	26%
	не получали лечения	23	40%
Неврологический статус	не отягощен	17	29%
	отягощен	41	71%
Начало занятий	первый год жизни	58	100%
Срок хирург. вмешательства	до 3-х лет	58	100%
Тип семьи	полная	49	85%
	неполная	6	10%
	многодетная	3	5%
Количество занятий	6	58	100%

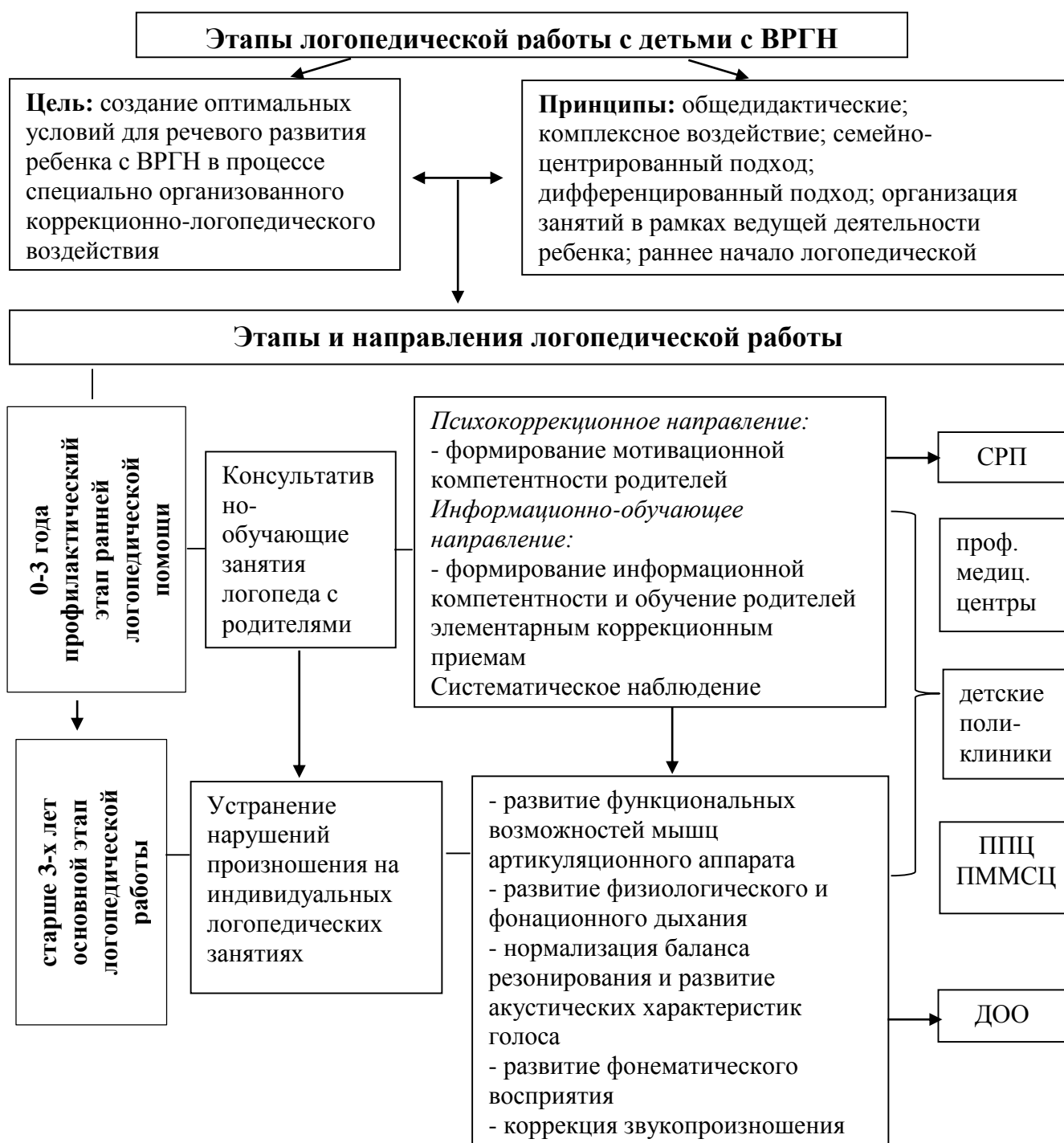


Рис.2. Этапы логопедической работы по формированию произношения детей с ВРГН

Таким образом, для детей ЭГ учтены показатели факторов реабилитационного / абилитационного потенциала: биологические – вид расщелины, соматический, ортодонтический, неврологический статусы; социальные – срок хирургического вмешательства, социальная ситуация развития, профилактический этап ранней логопедической помощи.

Доречевое развитие ребенка оценивалось в конце первого и второго полугодия жизни с помощью метода наблюдения за его голосовыми, доречевыми и первыми вербальными реакциями в процессе взаимодействия со взрослыми, анализа сведений из бесед с родителями (законными представителями) и предоставленных

видеоматериалов. В соответствии с критериями, разработанными О.Г. Приходько (2009, 2018), задержка доречевого развития определялась по позднему появлению голосовых реакций, их малой активности, звуковому однообразию, фрагментарности и слабой интонационной выразительности гуления и лепета.

Раннее речевое развитие ребенка оценивалось во втором полугодии второго года и в конце третьего года жизни с помощью метода наблюдения за его спонтанной речевой активностью в процессе игровой деятельности и вербальной коммуникации с родителями и другими взрослыми, анализа сведений из бесед и предоставленных видеоматериалов. В соответствии с критериями, разработанными О.Г. Приходько (2009, 2018), задержка речевого развития определялась по более позднему началу речи и/или замедлению темпов и качества ее формирования, медленному расширению активного словаря, трудностям усвоения грамматических категорий, более позднему появлению фразовой речи (табл.3).

Таблица 3. До- и речевое развитие детей ЭГ

Речевой статус Возраст	Нормативное развитие речи		Задержка доречевого развития		Задержка речевого развития	
6 месяцев	9	16%	49	84%	--	--
Первый год жизни	11	19%	47	71%	--	--
18 месяцев	8	14%	--	--	50	86%
Третий год жизни	19	33%	--	--	39	67%

В реабилитационном / абилитационном потенциале детей контрольной группы (КГ) отсутствовал показатель по проведению профилактического этапа ранней логопедической помощи. Эффективность этапной логопедической работы будет сравниваться именно по наличию данного показателя социальных факторов реабилитационного / абилитационного потенциала ребенка с ВРГН.

В третьей главе «Формирование произношения у детей с врожденными расщелинами губы и нёба в процессе этапной логопедической работы» обобщены результаты основной части исследования: профилактического этапа ранней логопедической помощи (обучающего) и этапа дифференцированной логопедической работы по коррекции произношения (контрольного) детей ЭГ и КГ. Цель *обучающего этапа* – разработать и апробировать программу ранней логопедической помощи детям с ВРГН, основанную на семейно-центрированном подходе. Программа предполагает организацию сопровождения речевого развития ребенка с периода новорожденности и формирование родительской компетенции на консультативно-обучающих занятиях. Родительская компетенция позволит создать условия для оптимального развития речи ребенка с ВРГН (рис.3).



Рис. 3. Программа ранней логопедической помощи детям с ВРГН

Программа ранней логопедической помощи реализовывалась в ходе консультативно-обучающих занятий с родителями, направленных на формирование их информационной и мотивационной компетенции, а также на овладение ими элементарными приемами преодоления артикуляционных, голосовых и дыхательных патологических стереотипов, приводящих к ринолалии. Данная форма работы выбрана потому, что психофизические особенности детей раннего возраста, удаленность их проживания от центра диспансеризации, трудности материального и социального характера, краткий срок пребывания в стационаре не позволяют проводить структурированные занятия в течение длительного времени. Определяющим является и факт особой значимости для ребенка раннего возраста эмоционально близкого взрослого.

С родителями (законными представителями) детей ЭГ (58 человек) проведено шесть консультативно-обучающих занятий в первые три года жизни ребенка (0-6, 6-12 мес., 1-1,6, 1,6-2, 2-2,6, 2,6-3 г.). Структура и содержание занятий было обусловлено решением задач психокоррекционного и информационно-обучающего направлений (Т.Н. Волковская, И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, В.В. Ткачева и др.). Учитывая специфику развития ребенка с ВРГН младенческого и раннего возраста и потребности его семьи, каждое занятие состояло из трех частей: беседа, направленная на формирование родительской компетенции; ознакомление с видами и формами взаимодействия с ребенком, способствующим его развитию по основным линиям - социальное, познавательное, доречевое/речевое, двигательное (О.Г. Приходько, Е.М. Мастюкова); обучение элементарным логопедическим приемам – стимулирующим, компенсаторным, тренировочным. Родители овладевали до/послеоперационным массажем верхней губы и нёба, пассивной мимической и артикуляционной гимнастикой, манипулятивными действиями в режимные моменты, выполнением в игровой и подражательной форме артикуляционных, дыхательных и голосовых упражнений, развивающими играми.

Цель *контрольного этапа* исследования – доказать эффективность программы ранней логопедической помощи детям с ВРГН по результатам логопедической работы по коррекции произношения. В нем участвовали 58 детей ЭГ в возрасте 4,6-5 лет. Также к исследованию были привлечены 50 детей с ВРГН этого же возраста, прооперированные до 3-х лет, но не участвующие в обучающем этапе. Они составили контрольную группу (КГ).

Для определения речевого статуса детей ЭГ и КГ проведено логопедическое экспресс-обследование, составленное с использованием материалов Т.Н. Волковской, О.Е. Грибовой, Г.В. Чиркиной, Г.Н. Соломатиной и др. Оно показало, что детей с нормативным речевым развитием в ЭГ больше, чем в КГ, детей с ФФН больше в КГ, чем в ЭГ, дошкольники с ОНР составляют равное количество (*табл.4*).

Таблица 4. Уровень речевого развития детей ЭГ и КГ

Участники обследования Речевой статус	ЭГ (58 детей)			КГ (50 детей)		
	нормативная речь	14		24%	6	
ФФН	35		60%	36		72%
ОНР	9		16%	8		16%
	ОНР (I)	ОНР (II)	ОНР (III)	ОНР (I)	ОНР (II)	ОНР (III)
	1	2	6	1	3	4

Для проведения коррекции звукопроизношения и тембра голоса были отобраны дети с ФФН: ЭГ – 35 дошкольников (22 мальчика и 13 девочек; 7 детей с двусторонней ВРГН, 16 – с односторонней ВРГН, 12 – с изолированной расщелиной нёба), КГ – 20 дошкольников (12 мальчиков и 8 девочек; 5 детей с двусторонней ВРГН, 8 – с

односторонней ВРГН, 7 – с изолированной расщелиной нёба). Никто из детей ЭГ и КГ не находился под наблюдением невролога и сурдолога.

Опираясь на данные исследований по изучению характера нарушений произношения у детей с ВРГН, мы выделили показатели качества дыхания, голоса, состояния мышц артикуляционного аппарата и звукопроизношения и проанализировали их состояние у детей ЭГ и КГ. Статистический анализ с использованием критерия ϕ^* (угловое преобразование Фишера) достоверно подтвердил достижение целевых ориентиров программы ранней логопедической помощи. В речи детей ЭГ с большей частотой отмечается тип физиологического дыхания, близкий к оптимальному, дифференциация носового и ротового выдоха ($\phi^*_{\text{эмп}}=2,874$, находящееся в зоне значимости ($p<0,01$)) и длительный ротовой выдох ($\phi^*_{\text{эмп}} = 4.106$); отсутствие гиперназализации – баланс резонирования ($\phi^*_{\text{эмп}}=2.165$); физиологичное положение языка ($\phi^*_{\text{эмп}}=3.914$); успешность в выполнении важных для формирования звукопроизношения артикуляционных упражнений: «плюём губками» ($\phi^*_{\text{эмп}}=3.007$), «плюём язычком» ($\phi^*_{\text{эмп}}=2.462$), «лошадка» ($\phi^*_{\text{эмп}}=2.165$); сформированность артикулем согласных звуков раннего онтогенеза.

Дизартрические (речедвигательные) расстройства были отмечены у 15 детей (55%) ЭГ и 9 (57%) КГ, т.е. по данному показателю выявлено практически равнозначное соотношение. Фонематическое восприятие сохранно у 22 детей ЭГ (63%) и 11 детей КГ (55%), нарушено у 13 дошкольников ЭГ (37%) и 9 КГ (45%). Показательно, что нарушение фонематического восприятия в основном наблюдается у детей, имеющих дизартрические (речедвигательные) расстройства: в ЭГ из 13 дошкольников у 11, в КГ из 9 у 8.

Ринолалия сохраняется у 9 детей ЭГ (26%) и 11 дошкольников КГ (55%), НЗ различной этиологии при отсутствии назализации – у 26 (74%) и 9 (45%) соответственно (рис.4). Статистически подтверждено, что произносительная сторона речи детей ЭГ близка к нормативной чаще, чем в КГ: $\phi^*_{\text{эмп}} = 2.165$ находится в зоне неопределенности ($0,01<p<0,05$). Достоверность близка к значимой и нулевая гипотеза о случайном характере распределения отвергается.

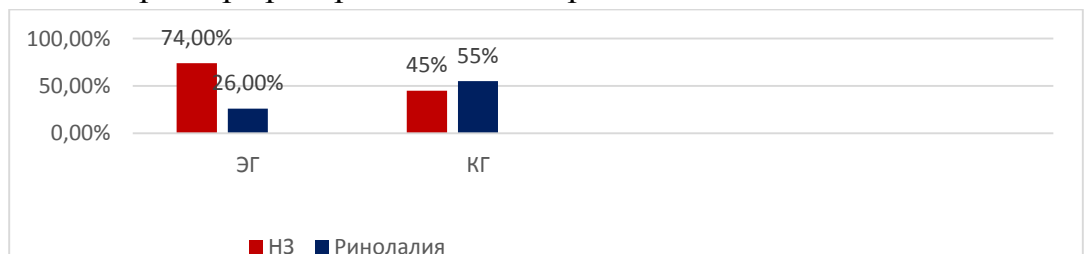


Рис. 4. Характеристика произносительных нарушений у детей ЭГ и КГ

Так как были выявлены вариативные нарушения произношения, мы сочли целесообразным дифференцировать детей в зависимости от наблюдаемых клинических проявлений. В ЭГ1 (9 чел.) и КГ1 (11 чел.) были включены дети с ринолалией, в ЭГ2 (26 чел.) и КГ2 (9 чел.) – дети с НЗ различной этиологии при отсутствии назализации. Исходя из особенностей произносительного нарушения и

определялось содержание основного этапа логопедической работы, которое представлено на рисунке 5.

Ринолалия		НЗ различной этиологии при отсутствии назализации	
ЭГ1 (9 детей)	КГ1 (11 детей)	ЭГ2 (26 детей)	КГ2 (9 детей)
1. Развитие физиологического и речевого дыхания			
<i>А. отработка нижнереберного диафрагмального типа дыхания: постановка и закрепление навыка комплексом статических и динамических упражнений</i>			
необходимо всем детям:			
верхнереберный тип отмечен у 2 (10%)	верхнереберный тип отмечен у 11 (55%)	у всех детей наблюдался среднереберный тип	
<i>Б. дифференциация носового и ротового выдоха: комплекс дыхательных упражнений</i>			
необходима			
2 (10%)	11 (55%)	-----	
<i>В. формирование длительного ротового выдоха: постановка от «поплеывания губами» и закрепление в игровых дыхательных упражнениях</i>			
необходимо			
6 (30%)	11 (55%)	3 (8%)	5 (14%)
<i>Г. развитие речевого/фонационного дыхания</i>			
необходимо всем детям			
2. Развитие функциональных возможностей мышц губ, языка, нижней челюсти, мягкого нёба и стенок глотки			
<i>А. логопедический массаж лица и языка</i>			
необходим			
8 (40%)	11 (55%)	9 (26%)	4 (11%)
<i>Б. специфические артикуляционные упражнения: губы / язык / нёбно-глоточное смыкание</i>			
необходимы			
6(30%)/8(40%)/9(26%)	11(55%)/11(55%)/11(55%)	6 (17%) /12 (34%) / -	4(11%) / 6 (17%) / -
<i>В. подготовительные артикуляционные упражнения для постановки звуков</i>			
необходимы всем детям			
3. Развитие акустических характеристик голоса			
<i>А. нормализация баланса резонирования (устранение гиперназализации): вокальные упражнения</i>			
необходимы			
20 (100%)		-----	
<i>Б. развитие высоты и силы голоса</i>			
необходимы			
4 (20%)	4 (20%)	1 (3%)	---
<i>В. профилактика дисфонии: фонопедические упражнения</i>			
необходимы			
20 (100%)		-----	
2. Коррекция звукопроизношения: звуки раннего / позднего онтогенеза			
необходима			
6 (30%) / всем	11 (55%) / всем	8 (23%) / всем	5 (14%) / всем

Рис.5. Содержание основного этапа логопедической работы

С каждым ребенком ЭГ1,2 и КГ1,2 было проведено два курса занятий, каждый из которых продолжался две недели и состоял из 20 занятий. Ребенок занимался 2 раза в день по 30 минут: в первой половине дня и в послеобеденное время. Присутствие

взрослого представителя ребенка на занятии было обязательным условием. После каждого занятия для самостоятельной отработки давалось 2-3 упражнения. Повторный курс проводился через 3-6 месяцев. В ЭГ после первого курса коррекционных занятий произносительная сторона речи была нормализована у 6 дошкольников. После второго курса – у 18 детей. Общее количество составило 24 ребенка (68%). 9 детям были рекомендованы дополнительные занятия, после завершения которых их речь соответствовала норме. У 2-х детей сохранилась ринолалия (табл. 5).

Таблица 5. Речевой статус детей ЭГ

Курс коррекции \ Речевой статус	Норма	НЗ различной этиологии при отсутствии назализации	Ринолалия
	общее количество детей – 35		
Первый	6 (17%)	27 (77%)	2 (6%)
Второй	18 (51%)	9 (26%)	2 (6%)
Дополнительный	9 (26%)	---	2 (6%)

В КГ после первого курса коррекционных занятий не было ни одного ребенка, речь которого соответствовала норме. После второго курса коррекция произношения завершилась у 7 детей (35%). Дополнительные логопедические занятия были рекомендованы 8 детям. После их завершения речь дошкольников соответствовала норме. У 5 детей сохранилась ринолалия (табл. 6).

Таблица 6. Речевой статус детей КГ

Курс коррекции \ Речевой статус	Норма	НЗ различной этиологии при отсутствии назализации	Ринолалия
	общее количество детей – 20		
Первый	-	15 (75%)	5 (25%)
Второй	7 (35%)	8 (40%)	5 (25%)
Дополнительный	8 (40%)	-	5 (25%)

Статистически подтверждено, что речевой нормы достигло большее число детей ЭГ: $\varphi^*_{эмп} = 2.447$ находится в зоне значимости ($p < 0,01$). Таким образом, доказано: оказание ранней логопедической помощи, основанной на семейно-центрированном подходе, способствует нормализации произношения детей с ВРГН, что расширяет возможности их социализации. Наряду с этим, удастся повысить родительскую компетенцию за счет освоения элементарных коррекционных приемов развития функциональных возможностей мышц артикуляционного аппарата, дыхания и голоса, а также способов эмоционально-развивающего общения с ребенком.

Условием вовлечения родителей в этап ранней логопедической помощи – обеспечение семейно-центрированного подхода – является профессиональная компетентность логопеда. Основная цель специалиста должна состоять в организации

такой формы работы, которая, с одной стороны, показывает его способность анализировать и систематизировать современные знания о специфике комплексной помощи детям с ВРГН, этиологии и патогенезе их речи, использовать адекватные коррекционно-развивающие технологии, а с другой, учитывать необходимость осуществления психокоррекционного и информационно-обучающего взаимодействия с семьей ребенка.

В **заключении** указывается, что настоящее исследование отражает актуальные потребности современной логопедии: создание методического обеспечения для реализации ранней логопедической помощи детям с ВРГН и обоснование этапности логопедической работы по формированию произношения у детей данной категории. В нем подводятся итоги исследования и формулируются основные *выводы*:

1. Теоретический анализ современного состояния проблемы абилитации детей с ВРГН выявил необходимость совершенствования организационно-методических аспектов логопедической работы введением профилактического этапа ранней логопедической помощи детям рассматриваемой категории.

2. Традиционные логопедические методики изучения речи оценивают текущий речевой статус детей с ВРГН. Апробированная диагностическая программа направлена на определение значимых для речевого развития показателей реабилитационного/абилитационного потенциала ребенка. Выявленное взаимовлияние показателей биологических и социальных факторов позволяет прогнозировать развитие произношения детей с ВРГН.

3. Состояние произношения прооперированных детей с ВРГН может быть представлено следующими вариантами: норма, нарушения произношения различной этиологии при отсутствии назализации, ринолалия. Клинические проявления нарушений произносительной стороны речи второго и третьего вариантов предполагают дифференцированность логопедического воздействия на основном этапе логопедической работы.

4. Удовлетворение потребности ребенка с ВРГН в логопедической помощи обеспечивается предлагаемой этапностью: профилактическим этапом ранней логопедической помощи и основным этапом дифференцированного логопедического воздействия. Программа ранней логопедической помощи является инновационной. Она основана на семейно-центрированном подходе и направлена на формирование информационной, мотивационной и методической компетенции родителей, что позволяет снизить у ребенка проявления патологических функциональных стереотипов, приводящих к ринолалии.

5. Профилактический этап ранней логопедической помощи детям с ВРГН является основополагающим, снижает длительность логопедических занятий в дошкольном возрасте и повышает их эффективность.

6. Структура профессиональной компетентности логопеда в вопросах помощи детям с ВРГН и их семьям должна включать:

- в когнитивном компоненте – сформированность знаний о современных возможностях абилитации ребенка данной категории;
- в деятельностном компоненте – наличие профессиональных организационно-методических умений и опыта для осуществления взаимодействия с семьей и проведения этапной логопедической работы;
- в профессионально-личностном компоненте – стремление к профессиональному росту.

Материалы исследования могут стать основой для дальнейшего изучения реабилитационного/абилитационного потенциала детей с ВРГН и совершенствования оказываемой им логопедической помощи в соответствии с современными тенденциями абилитации. Организационно-методические аспекты работы на профилактическом этапе ранней логопедической помощи детям с ВРГН и их семьям могут быть внесены в содержание рабочей программы курса «Логопедия (Нарушение голоса. Ринолалия)», соответствующих дисциплин при обучении магистрантов, слушателей курсов повышения квалификации и профессиональной переподготовки по направлению «Специальное (дефектологическое) образование».

Основное содержание диссертации отражено в следующих публикациях:

Научные статьи в ведущих рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК

1. Агаева, В.Е. Основные направления логопедической коррекции произносительной стороны речи при врожденных и приобретенных дефектах и деформациях челюстно-лицевой области / Д.В. Уклонская, В.Е. Агаева // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2016. – Т. 22. – № 3. – С. 218-221. (0,8 п.л. / 0,4 п.л. авт.вкл.).

2. Агаева, В.Е. Нормализация глотания как путь оптимизации логопедического воздействия при челюстно-лицевых дефектах / Д.В. Уклонская, В.Е. Агаева // Проблемы современного педагогического образования. Сер.: Педагогика и психология. Сборник научных трудов. – Ялта: РИО ГПА. – 2017. – № 55-10. – С. 190-196. (0,8 п.л. / 0,4 п.л. авт.вкл.).

3. Агаева, В.Е. Современные возможности комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и нёба / И.Ю. Левченко, В.Е. Агаева // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2017. – Т. 96. – № 5. – С. 217-221 (0,6 п.л. / 0,3 п.л. авт.вкл.).

4. Агаева, В.Е. Возможности реабилитационного потенциала семьи, воспитывающей ребенка с врожденной расщелиной губы и неба / И.Ю. Левченко, В.Е. Агаева // Детская и подростковая реабилитация. – 2018. – № 2 (34). – С. 31-35. (0,6 п.л. / 0,3 п.л. авт.вкл.).

5. Агаева, В.Е. Логопедическая коррекция особенностей приема пищи у детей с врожденными расщелинами губы и нёба / В.Е. Агаева, Т.Я. Мосьпан // Проблемы современного педагогического образования. Сер.: Педагогика и психология. Сборник

научных трудов. – Ялта: РИО ГПА. – 2019. – Вып. 63. – Ч. 2. – С. 10-13. (0,5 п.л. / 0,3 п.л. авт.вкл.).

6. Агаева, В.Е. Психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с врожденной расщелиной губы и неба / В.Е. Агаева // Дефектология. – 2019. – № 3. – С. 50-57. (0,8 п.л.).

7. Агаева, В.Е. Применение миофункциональных средств коррекции в логопедической работе с детьми с врожденными расщелинами губы и неба / Т.Я. Мосьпан, В.Е. Агаева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2020. – № 6. – С. 41-50. (0,8 п.л. / 0,5 п.л. авт.вкл.).

8. Агаева, В.Е. Формирование произношения у детей с врожденными расщелинами губы и неба в процессе этапной логопедической работы / И.Ю. Левченко, В.Е. Агаева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2022. – № 1. – С. 16-27. – DOI 10.47639/2074-4986_2022_1_16. (0,8 п.л. / 0,5 п.л. авт.вкл.).

Статьи в других научных изданиях

9. Агаева, В.Е. Сравнительное изучение развития речи детей с ВРГН, прооперированных в возрасте до и после 3 лет / В.Е. Агаева // Практическая дефектология. – 2016. – № 2(6). – С. 14-22. (0,6 п.л.).

10. Агаева, В.Е. Современное состояние помощи детям с врожденными расщелинами верхней губы и неба / В.Е. Агаева // Логопедия. – 2016. – № 3(13). – С. 9-16. (0,5 п.л.).

11. Агаева, В.Е. Роль раннего оперативного лечения в развитии речи детей с ринолалией / В.Е. Агаева // Раннее развитие и коррекция: теория и практика: сб. научн. ст. по материалам межд. научно-практ. конф. 07-09 апреля 2016 г. – М.: ПАРАДИГМА, 2016. – С. 8-13. (0,4 п.л.).

12. Агаева, В.Е. Направления логопедической работы с детьми раннего возраста с врожденными расщелинами губы и неба / В.Е. Агаева // Раннее и дошкольное образование в системе непрерывного сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья: сб. научн. ст. по материалам научно-практ. конф. 22–23 марта 2017 г. – М.: ПАРАДИГМА, 2017. – С. 6-10. (0,4 п.л.).

13. Агаева, В.Е. Модель ранней комплексной помощи детям с ринолалией / В.Е. Агаева // Специфические языковые расстройства у детей: вопросы диагностики и коррекционно-развивающего воздействия: метод. сб. по материалам межд. симпозиума, 23–26 августа 2018 г. – Москва, 2018. – С. 15-17. (0,3 п.л.).

14. Агаева, В.Е. Основные принципы коррекционной работы, реализуемые при исправлении органической открытой ринолалии у детей / В.Е. Агаева // Актуальные проблемы современного раннего и дошкольного образования детей с инвалидностью и ОВЗ: сб. научн. ст. по материалам регион. научно-практ. конф. 11–12 апреля 2018 г. – М.: ПАРАДИГМА, 2018. – С. 13-17. (0,4 п.л.).

15. Агаева, В.Е. Здоровьесберегающие технологии в коррекционно-логопедической работе по устранению ринолалии / В.Е. Агаева // Логопедическая

помощь в условиях специального и инклюзивного образования: традиции и инновации: сб. научн. ст. по материалам межд. научно-практ. конф. 21–22 марта 2019 г. – М.: ПАРАДИГМА, 2019. – С. 9-13. (0,4 п.л.).

16. Агаева, В.Е. Организационно-методические аспекты работы логопеда с семьей, воспитывающей ребенка с врожденными расщелинами губы и неба / В.Е. Агаева // Образование лиц с особыми образовательными потребностями: методология, теория, практика: сб. научн. ст. межд. научно-практ. конф. 19–20 ноября 2020 г. – Минск, 2020. – С. 3-8. (0,5 п.л.).

17. Агаева, В.Е. Ранняя реабилитация после уранопластики - логопедическое сопровождение online / Т.Я. Мосьпан, В.Е. Агаева // Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – № S1. – С. 57-60. (0,2 п.л. / 0,1 п.л. авт.вкл.).

18. Agaeva, V. Quality of life of a child with oral and maxillofacial pathology: certain problems in socialization / V. Agaeva, G. Butko, N. Bal // Education and City: Education and Quality of Living in the City: The Third Annual International Symposium, Moscow, 24–26 августа 2020 г. – Moscow: SHS Web of Conferences, 2021. – P. 1014. – DOI 10.1051/shsconf/20219801014. (0,8 п.л. / 0,5 п.л. авт.вкл.).

Патенты:

19. Технологии медико-психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с врожденной расщелиной губы и неба: свидетельство о регистрации базы данных RU 2019622084, 14.11.2019. Заявка № 2019621915 от 22.10.2019.