

Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Факультет корекційної та соціальної педагогіки і психології
Кафедра логопедії та спеціальних методик

Дипломна робота

Магістра

з теми: **«МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ З
ДІТЬМИ З ВІДКРИТОЮ РИНОЛАЛІЄЮ»**

Виконала студентка
спеціальності: 016 Спеціальна освіта.

Машковська Анна Вікторівна

Керівник:

Ткач О.М. кандидат педагогічних наук,
асистент

Рецензент:

Вержиховська О.М. кандидат педагогічних наук,
доцент, завідувач кафедри
психолого-медико-педагогічних
основ корекційної роботи

м.Кам'янець-Подільський – 2019 року

Зміст

Вступ	3
Розділ I. Теоретичні положення вивчення ринолалії у дітей	
1.1. Характеристика різних форм ринолалії.....	7
1.2. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ринолалією.....	12
1.3. Анатомо-фізіологічне функціонування і патології піднебінно-глоткового апарату	15
1.4. Лікувально-профілактична та логопедична допомога дітям з розщепленнями піднебіння.....	21
1.5. Особливості організації роботи логопеда із батьками дітей з ринолалією в сім'ї.....	24
Висновки до I розділу	31
Розділ II. Особливості організації і проведення логопедичної роботи з дітьми з відкритою ринолалією	
2.1.Обстеження мовлення дітей з вродженими розщепленнями піднебіння.....	33
2.2.Етапи корекції мовлення у дітей з відкритою ринолалією.....	38
2.3.Напрямки роботи логопеда з батьками дітей із ринолалією.....	66
Висновки до II розділу	72
Висновки	74
Список використаних джерел	79
Додатки	84
Додаток А	84
Додаток Б	85

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розвиток мовлення залежить від багатьох складових. Це стосується дітей як з нормально розвинутих мовленням так і категорії дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку, в тому числі органічного походження. Зокрема, одним з таких порушень мовлення виступає ринолалія.

Ринолалія – порушення тембру голосу і звуковимови, обумовлене анатомо-фізіологічними дефектами артикуляційного апарату. Сполучення органічного дефекта та розладів артикуляції з розладами тембру голосу дозволяє відрізнити ринолалію від дислалії і ринофонії.

За класифікацією Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, ринолалія належить до голосових розладів, а саме: незбалансований резонанс провокує розвиток усіх інших патологічних змін фонетичної сторони мовлення. При вроджених розщепленнях піднебіння, дефектності носової порожнини вона стає парним резонатором ротової порожнини. Відповідно до законів акустики частота коливань парного резонатора накладається на частоту коливань основного току. Внаслідок значно змінюється акустичний спектр голосу. У ньому з'являються додаткові форми назалізації. Носовий резонанс чи відкрита назалізація позбавляють голос дзвінкості і мелодійної протяжності. Голос стає монотонним, гнусавим, глухим.

При ринолалії до цього додаються відхилення в аеродинамічних умовах утворення мовлення: зміни напрямку повітряних потоків у порожнинах рота і носа, зниження тиску повітря у порожнині рота. Самі ці умови та пристосування до них призводять до порушень артикуляції. Також порушення мають проекцію на дихання, голос; мають місце зміни у м'язах глотки і ротової порожнини, розвивається патологічна артикуляція, змінюється слухове сприйняття, порушується фонематичний слух. Зовнішнє дихання стає прискореним і поверхневим (найчастіше ключичним), що призводить до зменшення вентиляції легень і резерву дихання. Фонаційний видих різко скорочений, що пов'язано з витокм значного об'єму повітряного потоку у

носову порожнину. У більшості хворих спостерігається повна дискоординація фонаційного дихання з голосоутворенням.

В органах артикуляції при вроджених ураженнях піднебіння спостерігаються наступні зміни. Після уранопластики верх твердого піднебіння часто плаский, піднебінна завіса скорочена, малорухлива, мають місце її рубцові зміни. Активність м'язів глотки знижена внаслідок дистрофічного процесу. У результаті достатнього піднебінно-глоткового змикання при мовленні не відбувається.

Часто анатомічний дефект піднебіння сполучається з ураженням губ і деформаціями зубів і щелеп. Відхилення у будові органів порожнини рота обумовлюють розвиток дефектних артикуляцій. У цьому плані найбільш характерною для ринолалії є патологічна позиція язика, гіпертрофований корінь якого відтягнутий до глотки, а м'який кінчик лежить всередині порожнини рота, не приймаючи або слабо приймаючи участь у звукоутворенні.

Відкритий прикус, прогенія, діастеми, дефекти альвеолярного відростка заважають контактам губ, губ і зубів, язика і зубів і перешкоджають губно-губним, губно-зубним і язично-зубним артикуляціям. Коротка під'язикова вуздечка зменшує обсяг рухів язика, а рубці, що утворюються після пластики, обмежують рухи губ. Витік повітря в ніс приводить до зниження тиску повітря у порожнині рота, у результаті чого знижуються кінестезії і різко ускладнюється утворення спрямованого повітряного струменя, необхідного для вимови приголосних. Часто спрямований повітряний струмінь відсутній і його заміняє глотковий видих.

Ослаблення спрямованого повітряного струменя, патологічна позиція язика, зміни у будові артикуляційного апарата призводять до розвитку компенсаторного перекрученого звукоутворення, при якому артикуляції щілин і змичок відбуваються на рівні глотки (фарингеальні артикуляції) або навіть гортані (ларингеальні артикуляції). Можливі і інші патологічні заміни, але для ринолалії найбільш характерні гортанно-глоткові.

Патофізіологічні дослідження останніх років виявили багато особливостей дихання, голосоутворення та артикуляції при ринолалії, але тільки частина з них знайшла застосування в логопедії для розвитку та корекції мовлення.

Це призвело до суперечливих рекомендацій з виправлення ринолалії. Крім того, література представлена великою кількістю наукових публікацій, кожна з яких присвячена визначеному патологічному симптому і методичним прийомам лише з його корекції, тобто носить вузько спеціалізований характер.

Дослідники: С.Блохіна, Б.Булатовська, Л.Вансовська, М.Герасименко, Л.Деребалюк, І.Єрмаков, М.Дубов, А.Іполітова, С.Конопляста, Г.Музична, О.Нємчінова, О.Правдіна, Т.Сєлезньова, Є.Соботович, А.Уранова, Л.Харьков, М.Хватцев, М.Шеремет, Г.Чіркаїна та ін. у різні часи торкалися питань визначення та класифікації, характеристики ринолалії, причин її виникнення, особливостей організації логопедичної корекції з дітьми з вказаним порушенням мовленнєвого розвитку. Фундаментальною вітчизняною працею з означеної тематики є монографія «Ринолалія від А до Я» С.Коноплястої.

Мета дипломної роботи – теоретично вивчити та узагальнити питання виправлення мовлення при відкритій ринолалії на базі чого обґрунтувати узагальнену методику корекції мовлення в дітей з відкритою ринолалією на різних етапах роботи.

Гіпотеза: розгляд різних підходів до методики та особливостей проведення логопедичної складової з дітьми з відкритою ринолалією дозволить зробити відповідне узагальнення методики для оптимізації процесу корекційної роботи.

Завдання дослідження:

1. З'ясувати теоретичні аспекти проблеми виникнення, генезису та виправлення мовлення у дітей з ринолалією.

2. Описати методику обстеження мовлення у дітей з вродженими розщепленнями піднебіння.

3. Узагальнити та обґрунтувати методика логопедичної роботи з дітьми з відкритою ринолалією.

4. Описати сутність, основні напрямки та особливості організації співпраці логопеда із батьками дітей з ринолалією в сім'ї.

5. Узагальнити та описати висновки проведеного дослідження.

Об'єкт дослідження – мовлення дітей з відкритою ринолалією.

Предмет дослідження – методика реалізації логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку з відкритою ринолалією.

Методи дослідження: теоретичний аналіз логопедичної та психолого-педагогічної літератури з проблеми дослідження, вивчення практичного досвіду обстеження та корекції мовлення дітей з розщепленнями піднебіння, гіпотетичне обґрунтування методики корекційної логопедичної роботи на основі проведеного аналізу.

Елементи наукової новизни одержаних результатів: уточнено важливість та основні напрямки реалізації логопедичної роботи на різних етапах корекції анатомо-фізіологічних порушень в дітей дошкільного віку з відкритою ринолалією.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання описаних напрямків та прийомів логопедичної роботи з корекції мовлення у дітей з ринолалією логопедами, вихователями закладів дошкільної освіти, батьками дітей.

Місце дослідження: дошкільне відділення комунального закладу «Рівненський навчально-реабілітаційний центр» Рівненської обласної ради, м.Рівне.

Структура дипломної роботи. Дипломна робота складається із вступу, двох розділів та висновків до них, загальних висновків, списку використаних джерел, додатків.

ВИСНОВКИ

Теоретико-практичне вивчення питання корекції ринолалії дало змогу зробити наступні висновки.

Ринолалія – порушення тембру голосу і звуковимови, обумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарата. Їх сполучення з розладами артикуляції звуків та розладами тембру голосу дозволяє відрізнити ринолалію від дислалії і ринофонії.

Рання корекція відхилень мовленнєвого розвитку у дітей з ринолалією має надзвичайно важливе соціальне і психолого-педагогічне значення для нормалізації мовлення, запобігання труднощів у навчанні і соціалізації.

Особливо це стосується дітей з органічною відкритою ринолалією, тому що вроджені розщеплення піднебіння є однією з найбільш розповсюджених вад розвитку обличчя і щелеп. Логопедична корекція вимагає відповідної поетапності та систематичності і залежить від попереднього проведення діагностичного обстеження з дитиною, яке дає змогу з'ясувати степінь анатомічних порушень, рівень розвитку мовлення, стан медичної допомоги дітям та методику корекційно-розвивальної роботи.

Для того, щоб виявити індивідуальні особливості мовленнєвого розвитку, насамперед, необхідно ретельно обстежити дитину, що надалі дасть змогу розробити індивідуальний план корекційно-розвивальної роботи.

Обстеження включає: опис анатомічних особливостей будови артикуляційного апарата і вродженого дефекта; визначення стану фізіологічного і мовленнєвого дихання; виявлення особливостей звуковимови; визначення рівня загального мовленнєвого та інтелектуального (актуального) розвитку; вивчення змін у емоційно-вольовій сфері дитини.

Мною було обстежено двоє дітей з відкритою ринолалією після уранопластики відповідно п'яти та шести років, результати було занесено у мовленнєві картки які потім було порівняно із вже існуючими мовленнєвими картками заповненими вчителем-логопедом установи. Комплексність

обстеження дозволила відчувати багатоаспектність та складність логопедичної діагностичної роботи. Внаслідок порівняння отриманих мною відомостей про розвиток мовлення дітей з ринолалією та вже існуючої документації було встановлено тотожність результатів.

Це дало змогу на базі ґрунтовного аналізу літературних джерел з теми дослідження приступити до обґрунтування та узагальнення методики з розвитку та корекції мовлення дітей з відкритою ринолалією на різних етапах роботи.

Корекційно-розвивальна робота з виправлення ринолалії передбачає певну методику. У першу чергу, проводяться заходи щодо компенсації недостатності піднебінно-глоткового змикання, потім іде підготовка анатомо-фізіологічного базису для нормалізації мовлення, надалі увага приділяється постановці фізіологічного і фонаційного дихання, оскільки воно є основою повноцінного голосоутворення, голосоведення і звуковимови. Означені заходи залежать від часу, складності та результатів оперативного втручання. Тому логопедична робота проводиться згідно таких етапів, як:

1. Доопераційний підготовчий етап.
2. Післяопераційний етап: постановка голосних звуків, усунення надлишкового носового резонансу.
3. Етап корекції звуковимови, координація дихання, фонації та артикуляції.
4. Етап автоматизації нових вмій.

Тривалість будь-якого етапу визначається індивідуально. Характерною для кожного етапу є основна спрямованість роботи на вирішення визначеної задачі, хоча можуть застосовуватися вправи, що відповідають іншим етапам.

Основна мета доопераційних логопедичних занять з дітьми – не допустити закріплення компенсаторних патологічних звичок і створити базу для розвитку нормального мовлення дитини після операції. На цьому етапі необхідно: підготувати піднебіння, завісу до змикання після операції і

попередити дистрофію м'язів глотки; виробити спрямований повітряний струмінь і перебудувати ключичний тип дихання на діафрагмально-реберний; зміцнити мускулатуру гортані; створити передумови для правильної звуковимови, розвиваючи оральний праксис і переміщуючи язик у порожнині рота вперед; диференціювати сприймання звуків та фонем.

Післяопераційний етап триває два-три тижні, але є важливим. Саме на цьому етапі, після операції, забезпечується анатомо-фізіологічна база нормального мовлення. Головною метою логопедичних занять стає розвиток повноцінного піднебінно-глоткового змикання.

У цей період через тривалий режим мовчання мовлення хворих погіршується. М'яке піднебіння стає набряклим, практично нерухомим, чутливість відсутня або дуже низька, а деякі рухи заподіюють біль. Діти уникають артикуляції. Носовий відтінок мовлення підсилюється, тому основним завданням стає розгальмування сформованої піднебінної завіси і розвиток її рухливості чи стимуляція щільного контакту стінок глотки з обтуратором.

З дітьми, що вперше звернулися до логопеда після операції, доводиться працювати одночасно над постановкою дихання і подачею спрямованого повітряного струменя. Дуже важливо відразу приступити до переміщення язика в передній відділ порожнини рота, тому що спонтанно це після уранопластики не відбувається.

Після розробки доступного піднебінно-глоткового змикання, оволодіння спрямованим повітряним струменем, вимовою голосних без носового резонансу і постановки дихання приступають до вправ III етапу. Основною метою його є корекція приголосних звуків, що вводяться у мовленнєвий матеріал скоординовано з дихальною опорою і ротовим резонансом голосних. Виникаючі при ньому кінестезії забезпечують відтворення фонетично правильного мовлення.

На останньому етапі автоматизації нових вмій – необхідно ввести в

мовлення звуки, поставлені на III етапі, і зняти залишкову ринофонію вокальними вправами, але введення поставлених звуків у спонтанне мовлення проходить неоднаково у дітей різного віку.

Слід зазначити те, що усунення патологічної назалізації голосу при ринолалії, незважаючи на різноманіття застосовуваних прийомів, представляють труднощі. Визначаються вони в першу чергу важкістю дефекта і характером хірургічного втручання, що не завжди досягає гарного анатомічного і функціонального ефекту. Відновлення тембру ускладнюється тим, що при вроджених розщелинах твердого і м'якого піднебіння страждає механізм голосоутворення, тому що іннервація м'якого піднебіння впливає на функцію голосових складок. Отже, корекційна робота вимагає впливу на всю систему голосу і мовотворення.

На результативність корекційно-розвивальних дій великий вплив здійснює активна участь батьків у формуванні нормального мовлення у дітей з розщепленим піднебінням.

Дуже важливо зробити батьків активними учасниками педагогічного процесу, навчити їх адекватно оцінювати і виховувати власну дитину. У зв'язку із цим були поставлені завдання: надати кваліфіковану педагогічну підтримку батькам дітей із ринолалією; створити умови для активної участі батьків у вихованні та навчанні дитини; допомогти батькам створити в родині комфортну атмосферу для розвитку дитини; виявити, розкрити і підтримати позитивні особистісні якості батьків, необхідні для співробітництва зі своєю дитиною; сформувати спокійний та адекватний стиль виховання; допомогти батькам зрозуміти, як важливо правильно формувати мовлення дітей; роз'яснити і показати їм, у чому полягає логопедична робота, підкреслити корисність розумних вимог до дитини, необхідність закріплення досягнутого на заняттях.

У нашому розумінні технологія роботи логопеда з батьками припускає систему взаємозалежних форм, прийомів і методів організації процесу

взаємодії, об'єднаних єдиною концептуальною основою, цілями й завданнями, що створює умови для навчання, виховання та розвитку дітей із ринолалією. Дуже важливо зробити батьків активними учасниками педагогічного процесу, навчити їх адекватно оцінювати і виховувати власну дитину. У зв'язку із цим були поставлені завдання: надати кваліфіковану педагогічну підтримку батькам дітей із ринолалією; створити умови для активної участі у виховання та навчанні дитини; допомогти створити в родині комфортну атмосферу для розвитку дитини; виявити, розкрити і підтримати позитивні особистісні якості, необхідні для співробітництва зі своєю дитиною; сформувати спокійний та адекватний стиль виховання; допомогти зрозуміти, як важливо правильно формувати мовлення дітей; роз'яснити і показати їм, у чому полягає логопедична робота, підкреслити корисність розумних вимог до дитини, необхідність закріплення досягнутого на заняттях.

Організація роботи логопеда з родиною велася за такими напрямками:

1. Інформаційний напрям: ознайомлення з результатами психолого-педагогічного, логопедичного обстеження; ознайомлення з віковими особливостями нервово-психічного розвитку, етапами становлення мовлення дитини з ринолалією; ознайомлення з методами корекційно-розвиваючого впливу.

2. Навчальний напрям: залучення батьків до активної участі у корекційному процесі з подолання ринолалії у дитини; навчання батьків прийомам корекційно-розвиваючої роботи з дитиною; формування в батьків і дітей уявлень про готовність до навчання в школі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бех І.Д. Особистісно-зорієнтоване виховання. – К.: ІЗМН, – 1998. – 204 с.
2. Блыскина И.В. Массаж в коррекции артикуляторных расстройств. – СПб.: САТИС, 1995. – 75 с.
3. Богуш А.М. Методика навчання дітей української мови в дошкільних навчальних закладах: підручник для студентів вищ. навч. закл. – К.: ВД «Слово», 2008. – 440 с.
4. Вансовская Л.И. Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах нба. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 136 с.
6. Вансовская Л.И. Принципы логовосстановительной работы при открытой ринолалии // Вопросы патологии голоса и речи. – М.: Педагогика, 1983. – 45 с.
7. Вильсон Д.К. Нарушения голоса у детей. – М.: Просвещение, 1990. – 100 с.
8. Врожденные расщелины губы и неба / За ред. М.М.Дубова – М.: Медицина, 1984. – 84 с.
9. Волосовец Т.В. Особенности развития речи детей с врожденными расщелинами губы и неба в возрасте 1-3 лет // Актуальные вопросы теории и практики коррекционной педагогики. Межвузовский сборник научных трудов. – М.: МГУ, 2005. – С.34-36.
10. Вступ до мовознавства: Підручник. 2-е вид., – К.: Одеса: Либідь, 1991. – 280 с.
11. Городилова В.И., Кузьмина Н.И. Устранение недостатков произношения при ринолалии. – М.: Просвещение, 1961. – 251 с.
12. Дубов М.Д. Врожденные расщелины неба. – М.: Здоровье, 1980. – 145 с.
13. Дуткевич Т.В. Загальна психологія (Конспекти лекцій): Навчальний посібник. – Кам'янець-Подільський, 2002. – 96 с.

14. Ермакова И.И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков. – М.: Просвещение, 1984. – 150 с.

15. Загальна психологія: Підручник для студентів вищих навчальних закладів / За загальною редакцією С.Д. Максименка. – Вінниця: Нова книга, 2000. – 543 с.

16. Ипполитова А.Г. Открытая ринолалия / Под ред. О.Н. Усановой. – М.: Просвещение, 1983. – С. 18-22.

17. Конопляста С.Ю. Ринолалія від А до Я: Монографія. – К.: Книга-плюс, 2016. – 312 с.

18. Коррекционно–педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи / За ред. А.А. Катаева и др. – М.: Просвещение, 1999. – С. 34-36.

19. Коррекция речевых нарушений у детей с челюстно-лицевой патологией: Методические рекомендации / Под ред. Е.Т. Лильина. – М.: Просвещение, 1999. – 40 с.

20. Лангмейер I., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага, 1994. – 289 с.

21. Левина Р.Е. Общая характеристика недоразвития речи у детей и его влияние на овладение письмом. – М.: Просвещение, 1981. – 232 с.

22. Логопедическая зарядка в коррекционно-воспитательной работе с детьми, имеющими тяжелые дефекты речи / Сост. Т.В. Киселева, А.И. Останина. – Екатеринбург, 1992. – 50 с.

23. Логопедическая работа при открытой ринолалии после уранопластики: Методические рекомендации. – СПб.: Медицина, 1994. – 61 с.

24. Логопедія. Підручник. За ред. М.К. Шеремет. – К.: Видавничий дім «Слово», 2010. – 376 с.

25. Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2003. – С. 387-399.

26. Лопухина И.С. Логопедия. 550 занимательных упражнений для развития речи. – М.: Педагогика, 1995. – 136 с.

27. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 315 с.

28. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 1992. – 420 с.

29. Миогимнастика, массаж и ЛФК при врожденных пороках развития челюстно–лицевой области / Под ред. Е.А.Пономаревой и Л.А.Соколовой. – СПб.: Дельта, 1997. – 155 с.

30. Парамонова Л.Г. Логопедия для всех. – СПб.: Дельта, 1997. – 250 с.

31. Паров Юлиус. Азбука дыхания / Пер. с нем. И.Н. Громыко – Минск.: Полымя, 1988. – 146 с.

32. Пособие для родителей по комплексному восстановительному лечению детей с врожденной патологией лица и челюстей: Методические рекомендации. – Свердловск: Академия, 1990. – 47 с.

33. Рекомендации родителям по речевому и психическому развитию детей с ринолалией в раннем возрасте // Информационное письмо. – Свердловск: Академия, 1990. – 19 с.

34. Савченко М.А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей. – К.: Освіта. 1992. – 176 с.

35. Сак Т.В. Корекція причинно-наслідкового мислення у дітей із затримкою психічного розвитку дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі. – К.: Промінь, 2000. – 75 с.

36. Сереброва Н.И. Из опыта работы с детьми–ринолаликами в послеоперационный период // Нарушения речи у дошкольников. – М.: Просвещение, 1989. – 85 с.

37. Соболева Е.А. Ринолалия. – М.: АСТ: Астрель, 2006. – 126 с.

38. Соботович Е.Ф., Гопиченко Е.М. Фонетические ошибки в письме умственно отсталых учащихся младших классов. – М.: Просвещение, 1979. – 405 с.

39. Соботович Е.Ф. Психолингвистическая структура речевой деятельности и механизмы ее формирования / Е.Ф. Соботович. – К.: ІЗМН,

1997. – 44 с.

40. Соботович Є.Ф. порушення мовного розвитку в дітей та шляхи їх корекції: Навчально-методичний посібник / Є.Ф. Соботович. – К.: ІСДО, 1995. – 204 с.

41. Стадненко Н.М. Методика діагностики готовності до навчання в школі дітей шестирічного віку / Н.М. Стадненко, Т.Д. Ілляшенко, А.Г. Обухівська; Ін-т дефектології АПН України., Український науково-методичний центр практичної та соціальної роботи АПН України. – Кам'янець-Подільський: Абетка, 2001. – 20 с.

42. Таптапова С.Л. Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса. – М.: Просвещение, 1984. – 112 с.

43. Типове положення про дошкільні установи, для дітей з порушеннями мовлення.

44. Тихеева Е.И. Исправление речи у подростков. – М.: Просвещение, 1981. – 324 с.

45. Тищенко В.В. Як навчити дитину правильно розмовляти: від народження до 5 років: поради батькам / В.В. Тищенко, Ю.В. Рібцун. – К.: Літера ЛТД. – 2006. – 128 с.

46. Ткаченко А.А. Логопедическая тетрадь. Развитие фонематического восприятия и навыков звукового анализа. – СПб: ДЕТСТВО – ПРЕСС, 1998. – 32 с.

47. Филичева Т.Б., Чиркина Г.В. Подготовка к школе детей с общим недоразвитием речи в условиях специального детского сада. – М.: Педагогика, 1991. – 145 с.

48. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А. Логопедическая работа в специальном детском саду. – М.: Просвещение, 1987. – 183 с.

49. Фомичева М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения. – М.: Просвещение, 1981. – 266 с.

50. Хватцев М.Е. Логопедия: Пособие для студ. пед. институт. и учителей спец. школ. – М.: Просвещение, 1959. – 476 с.

51. Хмельницкий В.Н., Охрименко А.В. Домашняя азбука. – Харьков: Фолио, 1998. – 100 с.
52. Худик В.А. Психология аномального развития личности в детском и подростково–юношеском возрасте. – К.: Здоровья, 1993. – 144 с.
53. Чиркина Г.В. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата. – М.: Педагогика, 1989. – 195 с.
54. Чиркина Г.В. Преодоление носового оттенка речи у детей с ринолалией // Дошкольное воспитание. – 1983. – № 3. – С. 14-15.
55. Юрова Р.Л., Одинец О.И. Особенности связной речи детей с ринолалией (дошкольного возраста) // Дефектология. – 1990. – № 1. – С. 81-84.
56. Ястребова А.В., Спирина Л.Ф., Бессонова Г.П. Учителю о детях с недостатками речи / Изд. 2-е. – М.: АРКТИ, 1997. – 431 с.