

**Міністерство освіти і науки України
Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича**

**Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
Кафедра педагогіки та психології дошкільної освіти**

**Особливості формування словникового запасу у
дітей дошкільного віку з ринолалією**
Дипломна робота

Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконала:
студентка 6 курсу, групи 617
спеціальності 012 «Дошкільна освіта»
Штефанеса Ірина Анатоліївна

Керівник: кандидат педагогічних наук,
доцент **Перепелюк Інна Романівна**

До захисту допущено:

Протокол засідання кафедри № ____

від « ____ » _____ 2022 р.

зав. кафедри _____ проф. Олійник М. І.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РИНОЛАЛІЇ.....	9
1.1. Історія вивчення ринолалії.....	9
1.2. Анатомо-фізіологічні основи вивчення ринолалії.....	11
1.3. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ринолалією.....	24
РОЗДІЛ 2. ФОРМУВАННЯ ЗВУКУ МОВЛЕННЯ ТА СЛОВАРНОГО ЗАПАСУ ДІТЕЙ З РИНОЛАЛІЄЮ.....	33
2.1. Формування звуку мовлення дітей з ринолалією після уранопластики.....	33
2.2. Корекційно-логопедична робота на формування фонематичної системи голосних у дітей-ринолаліків.....	50
2.3. Словниковий запас дітей дошкільного віку з ринолалією.....	58
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСКИ ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	66
ДОДАТКИ.....	71

ВСТУП

На сьогодні, відомо чимало природжених пороків розвитку, і одне з них посідає високе місце в рейтингу, це незрощення верхньої губи, твердого та м'якого піднебіння. Одним словом дані порушення можна охарактеризувати як ринологія.

Ринологія – це мовне порушення, яке можна визначити за рахунок примусу поєднання порушення вимови (фонологічного фонетичного розладу), з голосовим розладом (розлад голосу передбачає надмірну носалізацію або відсутність носалізації [34]. З етимологічної точки зору поняття ринології впливає з грецьких слів: «rhinos» що означає ніс і «lalia», що означає мовлення. Згідно з прямим перекладом, поняття позначає мовлення в ніс [41]. Молдован І. (2006) згадує, що в спеціалізованій літературі можна розділити дві класифікації ринології. Перша класифікація належить Нор Камарузаман Еса і розмежовує дві форми ринології:

Відкрита ринологія – у цьому випадку порушення вимови та голосу характеризується надмірною втратою носа, наявністю гіпернасонансу. Крім того, у випадках важкої ринології (з тотальною двосторонньою розщепленою піднебінням) відбувається вибух голосової щілини [35; 43], що значно знижує рівень фонація і розбірливість мови.

Закрита ринологія – у цьому випадку порушення вимови та голосу характеризується гіпоназалізацією, перекриттям проходження повітря та носової порожнини внаслідок розростання тканини на задньому рівні ротової порожнини, аденоїдних вегетацій, блокування піднебінної завіси в піднятому положенні з причини вад розвитку або парезу тощо.

Таким чином, носові звуки («м»-«н») втрачають свій носовий характер і вже не можуть бути диференційованими від омонімічних усних звуків («б»-«д»). Петерсон-Фальцоне, Трост-Кардамон, Карнелл, Хардін-Джонс (2006) згадують тупиковий резонанс як окрему форму назального гіпорезонансу. Оскільки ми не можемо надати повний точний переклад терміну, ми виконуємо

опис специфіки картини: звуки спотворені, замість артикуляції звуків – глухе клацання в ділянці ротової порожнини, звук приглушений, серйозний, цей вид гіпоназалізації пов'язаний з відхиленням перегородки.

Гуцу (1974) вважає, що можна виділити третю форму ринолалії, а саме змішану ринолалію.

Змішана ринолалія – розлад вимови та голосу, що характеризується наявністю як гіперназалізації, так і гіпоназалізації. Цей тип розладу виникає особливо в умовах закритої ринолалії, яка після операції переходить у відкриту ринолалію.

Диференційний діагноз між трьома типами ринолалії проводиться шляхом дослідження рухливості піднебінної вуалі та напрямку витоку повітря [34].

Друга класифікація ринолалії належить Стінчфілду та Робінсону [41] і розмежовує:

- мегаувулярна ринолалія (зумовлена гіпертрофією язичка);
- мікроуранова ринолалія (зумовлена недостатнім подовженням м'якого піднебіння та язичка);
- урносхизматична ринолалія (зумовлена піднебінними щілинами);
- ренотравматична ринолалія (спричинена травмою).

Перші роботи написані лікарями, їхні зусилля були спрямовані на повне хірургічне відновлення піднебіння, щоб новоутворена піднебінна завіса (м'яке піднебіння) була достатньо довгою і рухливою і могла стикатися із задньою стінкою глотки, ізолюючи ротову порожнину від носової. Вважалося, що досягнення цього ефекту забезпечить можливість довільного закриття проходу між носоглоткою і носом і створить передумови для усунення або повного подолання носового відтінку в мові.

Однак, досягнення лікарів наприкінці XIX ст. не давали бажаного результату зі сторони фонетичного оформлення мови тільки оперативним втручанням. А. Лімберг вважав, що основним завданням лікаря-хірурга є повною мірою відновлення форми і розміру твердого піднебіння, яке б

зберігало їх нормальні функції. На його думку відновленням мовленнєвих функцій мали займатись додатковими методами лікування, такі як, ортодонція, фізіотерапія, логопедія тощо.

Вже на початку XX ст. більшість видатних хірургів, наголошували, що саме логопедична робота матиме важливу роль у відновленні мовленнєвої функції у цієї категорії дітей. Безумовно, що для того щоб мати ефективніший логопедичний вплив, потрібно вчасно зробити хірургічне відновлення анатомо-фізіологічної спроможності артикуляційного апарату. Вони вважали, що навчання і виховання правильного мовлення після операції є важливішим від самої операції та дасть більше, ніж хірургічне лікування.

Незважаючи на те, що відкриття в галузі хірургії були успішні, нікому з лікарів так і не вдалося виправити фонетичне оформлення мовлення позитивно та зберігаючи усі функції. Безумовною аксіомою є те, що є негайна потреба у вчасному хірургічному втручанні, для відновлення анатомо-фізіологічної спроможності артикуляційного апарату для покращення та ефективнішої роботи логопедичного впливу.

Адже, з самого народження дитини, вроджена заяча губа і піднебіння перешкоджає розвитку і функціонуванню її органів мовлення (язика, губ, щелепи, м'якого піднебіння і голосового апарату) і призводить до порушення мовних кінестезій і контролю артикуляції. Діти не можуть відтворити мовні фонологічні опозиції в артикуляційних рухах. Так, при вимові голосних звуків вони схильні змішувати артикуляції по висоті, спині і лабіалізації; приголосні змішуються за способом і місцем артикуляції.

Невміння відтворювати мовні фонологічні опозиції в артикуляційних рухах і неповне кінестетичне (артикуляційне) сприйняття звуків мови призводять до їх неадекватного усного розуміння; тому збір конкретних фонетичних образів слів у цих умовах утруднений і виникають значні проблеми з нормальним засвоєнням дитиною фонематичного ладу мови.

З огляду на механізми недорозвинення фонематичного апарату мови у дітей з ринолалією програма реабілітації передбачає п'ять взаємопов'язаних частин:

- 1) формування мовних фонологічних опозицій в артикуляційних рухах;
- 2) розвиток кінетико-кінестетичної основи артикуляційних рухів і управління;
- 3) корекційне опрацювання відображення фонематичної системи в лінгвістичних навичках;
- 4) формування фонематичного, інтонаційного та морфологічного усвідомлення, навичок і навичок звукового аналізу мовлення;
- 5) розвиток когнітивних процесів у сфері оволодіння мовою [44].

Ринолалія є однією із клінічних форм комплексної мовленнєвої патології, відомо, що їй присвячено достатньо наукових праць як лікарів, так і логопедів. Дане питання було предметом дослідження таких вчених і практиків, як: Т. Ахутіна, Р. Беккер, І. Лазарева, О. Логінова, Р. Левіна, В. Тищенко, О. Токарева, М. Хвацев, Н. Чередниченко, З. Рєпіна, Л. Харків, М. Шеремет, С. Конопляста та ін. Усі дослідники підкреслюють, що порушення голосової сторони мовлення при ринолалії є специфічним, зумовленим змінами артикуляційної системи як органічного, так і функціонального характеру [18]. Переважна більшість авторів досліджує лише органічну форму ринолалії, другу її форму -функціональну, вони вважають недостатньо складною проблемою. Але останнім часом з багатьох об'єктивних причин збільшується кількість дітей з функціональною ринолалією, що супроводжується іншими порушеннями мовлення.

Ринолалія негативно впливає не тільки на фонетику, але і на всі сторони мови. Логопедична робота, як правило, дотримується принципу усунення мовленнєвих порушень на ранньому етапі життя, ще в дошкільному періоді. Проте через відсутність або ускладнений доступ до логопеда діти з ВР приходять до школи з спотвореною звуковимовою, що в свою чергу призводить до порушення писемного мовлення. Тому можна стверджувати, що проблема

корекції мовленнєвих порушень голосоутворення, при різних формах ринолалії, та особливість формування словникового запасу в дітей ринолаліків післяопераційного періоду на даний час є актуальною та недостатньо вивченою. Варто зазначити, що на сьогоднішній день є значна кількість робіт та методичних розробок, проте не всі вони знайшли своє практичне застосування в логопедії, що призвело до суперечок з подолання даного мовленнєвого дефекту. Дана ситуація призводить до відсутності систематичності, недостатньо структурованості матеріалу.

Зважаючи на актуальність даної проблеми, було обрано тему дослідження: **«Особливості формування словникового запасу у дітей дошкільного віку з ринолалією».**

Магістерське дослідження виконано в межах науково-дослідної теми кафедри педагогіки та психології дошкільної освіти Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича «Професійна підготовка педагогічних кадрів закладів дошкільної освіти в контексті євроінтеграційних процесів» (номер державної реєстрації 0121U110897).

Тему магістерської роботи затверджено на засіданні кафедри педагогіки та психології дошкільної освіти Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича Протокол № 3 від 05 жовтня 2021 року.

Мета роботи: розкрити та теоретично обґрунтувати методи та прийоми формування словникового запасу у дітей дошкільного віку з ринолалією.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз історії етапу вивчення ринолалії та її напрямки;
2. Розкрити сутність «ринолалії», її форми та анатомо-фізіологічні основи.
3. Обґрунтувати психолого-педагогічні характеристики дітей з ринолалією.
4. Визначити корекційно-логопедичну роботу на формування фонематичної системи у дітей-ринолаліків.

Об'єкт дослідження: словниковий запас у дітей дошкільного віку з ринолалією.

Предмет дослідження: особливості логопедичної роботи при формуванні словникового запасу у дітей дошкільного віку при ринолалії.

Методи дослідження:

- *теоретичні:* вивчення, аналіз й узагальнення спеціальної медичної та педагогічної літератури, корекційних навчальних методик;
- *аналітико-синтетичний розгляд:* наукова обробка інформації, використання та перетворення використаних джерел;
- *порівняльний:* пошук та виявлення додаткової інформації для визначення властивостей та характеристик, які базуються на статичних даних, які були знаходженні та описані лікарями, логопедами та ін., для порівняння та встановлення логічного висновку на основі забраних даних;
- *узагальнюючий:* узагальнення інформації науковців, які займались даною проблематикою.

Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів (в кожному розділі по три підрозділи), висновків, списку використаних джерел (52). Основний зміст роботи викладено на 62 сторінках.

РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічні аспекти ринолалії

1.1. Історія вивчення ринолалії

Термін «*ринолалія*» (від грец. *rhinos* - ніс, *lalia* - мова) в перекладі означає розмова через ніс, або захриплість, що відображає лише зовнішні прояви захворювання. Історично для визначення цього мовного розладу в літературі (особливо іноземних і медичних) використовували й інші терміни: «палатолалія» (Клаус-Петер Беккер, Мілош Совак), «палапголалія», «ринофонія» (М. Зеєман), «механічна дислалія» (О. Правдіна, В. Олтушевський). Однак, на відміну від механічної дислалії, при ринолалії порушується вимова не тільки приголосних, а й голосних звуків. Від ринофонії, при якій спостерігається лише посилення назалізації (від грец. *nasus* – ніс) або носового резонансу голосу, ринолалію також відрізняє наявність стійких порушень звуковимови частини мови.

За класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я ринолалію відносять до розладів голосу, незважаючи на те, що при ній спостерігаються грубі порушення артикуляції, які найчастіше є результатом вродженого незрощення верхньої губи, твердої і м'якої піднебіння.

В даний час найбільш поширене визначення цього мовленнєвого розладу таке: *ринолалія – це порушення тембру голосу і вокальної мови, зумовлене анатомо-фізіологічними дефектами артикуляційного апарату.*

Відомо, що історія вивчення проблеми мовленнєвих розладів при вродженому незрощенні губи та піднебіння (далі – ВНГП) – це довгий і важкий шлях, який і зараз не можна вважати завершеним [1] .

Першими з такою проблемою, звичайно ж, зіткнулись лікарі. Почалося це ще в Стародавній Греції, де замислювались над тим, як подолати вроджені дефекти, а також старались зрозуміти порушення звукового механізму. Подальші дослідження дозволили частково вирішити проблему, вони створили відповідні умови для забезпечення змикання м'якого піднебіння із задньою

стілкою глотки. Тоді вважалося, що реалізація цього ефекту забезпечить можливість розрізнення порожнини рота і носа, створюючи тим самим передумови для подолання назальності.

Проте досягнення лікарів кінця XIX ст.- початку XX ст., лише оперативне втручання не дало бажаного результату з боку фонетичного оформлення мови. А. Лімберг вважав, що головним завданням лікаря-хірурга є повною мірою відновлення форми і розмірів твердого піднебіння, що дозволило б зберегти їх нормальні функції. На його думку, для відновлення мовленнєвих функцій необхідно використовувати додаткові методи лікування, такі як ортодонція, фізіотерапія, логопедія тощо.

На початку XX ст. провідні хірурги наголосили, що логопедична робота відіграватиме важливу роль у регенерації мовленнєвої функції цієї категорії дітей. Зрозуміло, що для результативнішого логопедичного впливу необхідно своєчасно проводити оперативне відновлення анатомо-фізіологічної працездатності артикуляційного апарату. Вони вважали, що навчання та виховання правильного мовлення після операції важливіше, ніж сама операція, і дасть більше, ніж хірургічне лікування.

Актуальним питанням на той час, про те, які є найкращі та найефективніші показники розмірів піднебіння, для логопедичної роботи, зайнялися Пирогов М. (1844), Воронцовський Н. (1875), Пайкін М. (1936) у своїх працях.

Вивчаючи мовленнєвий розлад і можливості його подолання з медико-педагогічної точки зору, були створені різні напрямки його позбавлення. В даний час виділяють німецький і французький наукові напрямки, головна мета яких - подолання гугнявості.

Представники німецького напрямку добивалися рухливості м'якого піднебіння через його збудження, за допомогою електростимуляції, вібраційного масажу, тобто через силові вправи. Логотерапевтичні заходи полягали в активному застосуванні електромасажу та вібрації на початку заняття та поступовому введенні курсів тренування артикуляції та дихання.

Представники другого напрямку, французького, будували свою методику на активному використанні природного, правильного голосу та звуків, використовуючи уроки співу, а також приділяли особливу увагу вокальним вправам.

Прикладом іншого напрямку відновлення голосу при ринолалаї є Зеєман М., який вважав за необхідне починати навчання мови з шепоту і лише потім включати тихий, спокійний голос з тихим вокальним початком. Цей метод удосконалили Митринович-Моджеєвська А., Воронцова Т., Алмазова О. та інші, використовуючи фоніатричний підхід реабілітуючи мовлення і голос риноліліка, вони користувалися артикуляційними та дихальними вправами, для того, щоб була постановка звука в «масці» та отримати високий формант і грудний резонатор – для низьких формант.

На основі вже відомих підходів вчені удосконалили вже відомі підходи та розробили власні, а також продемонстрували необхідність логокорекційної роботи з дітьми з ринолалаї як доопераційно, так і в післяопераційний період.

1.2. Анатомо-фізіологічні основи вивчення ринолалаї

При ринолалаї є ряд недоліків, які полягають у порушенні резонансу звуків і голосу, з переважно носовими характеристиками, що також відомо як хриплий голос. Специфічною ознакою ринолалаї є назація мови, в першу чергу звуків. Так, при ринолалаї порушення фонації співіснують з порушеннями артикуляції. Порушення голосу виникають як вторинні явища при ринолалаї і лише у важких випадках.

Глибина порушення і група звуків, уражених при ринолалаї, залежать від її типів або форм. Таким чином, ринолалаїю можна розділити на: **відкриту ринолалаїю**, яку також називають відкритою, при якій вдих повітря, необхідний для вимови звуків, протікає через носовий хід, **закриту**, коли експіраторна

хвиля, необхідна для вимови носових звуків («м», «н»), перешкоджає проходженню через носовий хід і витікає через рот, і *змішана ринолалія*, при якій експіраторна хвиля тече по черзі через рот і через ніс, без урахування артикуляційних характеристик звуків.

Відкрита ринолалія визначається низкою вад розвитку, розташованих на рівні піднебінної складки або її недостатнім розвитком (внаслідок деяких інфекційних захворювань), аденоїдними вегетаціями, поліпами, атонією або паралічем піднебінної складки, губно-щелепно-піднебінної складки, які залежно від їх глибини та обсягу можуть серйозно вплинути на розбірливість мовлення.

Ці причини викликають відкриту ринолалію органічного типу, тоді як відкриту ринолалію функціонального типу викликають нездатність або знижена рухливість піднебінної вуалі та глотково-носових м'язів, які не можуть досягти необхідного змикання між ротовою та носовою порожнинами. Крім того, ринолалія - функціональна відкрита також може бути викликана імітацією мови ринолальних людей, особливо у дітей, у період оволодіння мовою, не вправляючи піднебінною вуаллю та м'язами, в результаті деяких недоліків, які були усунені (для наприклад, хірургічне видалення аденоїдних розростань, поліпів тощо). У більш рідкісних випадках функціональна невиразна мова також може визначатися розладами дихання, характерними для заїкуватих і тахілаліків, але прояви слабкі і проявляються, в більшості випадків, як вторинні явища. Ми не будемо детально аналізувати ці вроджені вади розвитку, а також інші причини, детально описані в медичній та логопедичній літературі [51].

Відкрита ринолалія може бути викликана:

- функціональні розлади (це в основному впливає на вимову голосних і пов'язано з порушенням функціональності піднебінної вуали, з точки зору її органічної цілісності, втратою слуху, розладами ритму та плавності, імітацією дисфункціональних паттернів, дефектом артикуляції, дихання розлади, фонематичний слух). У цих випадках хірургічне втручання не потрібне, достатньо протезного та логопедичного втручання [35; 41].

– органічні захворювання (порушення вимови як голосних, так і приголосних). У цих випадках зазвичай потрібне оперативне втручання, протезування та логопедична допомога. Органічні порушення можуть бути розташовані спереду або ззаду, що передбачає значні відмінності в терапевтичному підході; серед них ми згадуємо: вроджені вади розвитку піднебінної завіси, інфекції, що вплинули на цілісність тканини піднебінної завіси (наприклад, сифіліс), аденоїдні вегетації, відсутність язичка, роздвоєний язичок, вовче піднебіння [41].

Таким чином, відкрита ринолалія може бути викликана як передніми ураженнями твердого піднебіння, альвеолярного краю і губи, так і задніми ураженнями м'якого піднебіння (піднебінна пелена). Крім того, ураження можуть бути односторонніми, двосторонніми або навіть підслизовими (коли м'язові тканини неущкоджені, але глибші структури мають пошкодження; Гуцу 1974 [35] згадує факт, що існує кореляція між розщілинами кінчика язика та наявністю підслизових щілин).

Органічна відкрита ринолалія також може бути викликана парезом піднебінної вуалі, а також видаленням аденоїдних поліпів або вегетацій.

Диференційний діагноз між трьома типами ринолалії проводиться шляхом дослідження рухливості піднебінної вуалі та напрямку витоку повітря.

Рухливість піднебінної завіси оцінюється за такими стратегіями та методами [35; 41]:

- коли дитина може свистіти, не закладаючи носа – проблем з піднебінною вуаллю немає;
- коли дитина може проковтнути великий ковток рідини, не течучи в ніс – проблем з піднебінною пеленою немає;
- коли він може правильно вимовляти шипляче «с» – немає проблем з піднебінною вуаллю;
- може вимовляти без носового резонансу лише з відхиленою назад головою – відкрита ринолалія, піднебінна вуаль не виконує рух підйому без опори, щоб перекрити проходження повітря та через носову порожнину;

- якщо у дитини під час плачу неносовий голос, а при розмові – носовий
- функціональна ринолалія (піднебінна пелена органічно інтактна, але функціонально має недоліки);

- якщо при диханні через ніс і різкій просьбі відкрити рот піднебінна завіса залишається піднятою – закрита ринолалія (дефіцит виявляється на рівні функціональності піднебінної завіси, дефіцит може бути периферичним органічним характеру або центрального, нервового характеру);

- якщо при натисканні шпателем на корінь язика піднебінна пелена рефлекторно не піднімається, а залишається опущеною – велопіднебінний парез;

- спеціалізоване медичне обстеження: відеофлюороскопія, ларингоскопія, SNORS [47].

Визначення *напрямку потоку повітряної хвилі на видиху* оцінюється за допомогою таких стратегій і методів [35; 41]:

- надуйте щоки, висунувши язик між губами, так, щоб повітря не виходило через ніс. Нездатність утримувати повітря в ротовій порожнині характерна для тих, хто має відкриту ринолалію;

- дмуть у музичні інструменти, свічки, водні човни тощо;

- визначення на слух за допомогою двох наборів речень: одне складається лише з усних звуків, а інше – з усних і носових звуків. Щоб зробити читання речень більш красномовним, їх можна читати з вільними ніздрями або притиснутими по черзі, ринолалік ведеться аудіозапис, з метою самоконтролю та порівняння;

- пальпація ніздрів при вимові слів, що містять носові та ротові звуки:

- дитину просять вимовити групу голосних «ай» – якщо резонанс посилюється, коли дитина стискає ніздрі пальцями, ринолалія відкрита;

- підкладання дзеркала під ніс: на випадок, якщо дитина втрачає через нього повітря носова порожнина при вимові ротових звуків виявляє відкриту ринолалію; якщо дзеркало не запотіває при вимові носових звуків, форма ринолалії закрита;

- використання засобів і методів комп'ютерної візуалізації акустичні особливості мови, що дозволяють візуалізувати наявність або відсутність носового резонансу [47];

- таблиці та шкали для оцінювання вимови звуків можуть полегшити проведення диференціальної діагностики.

Очевидно, що терапевтичний підхід на передопераційному етапі для відкритого ринолального типу розладів є дуже нюансованим від випадку до випадку. Далі ми пропонуємо загальний терапевтичний підхід, виходячи з етапів та специфіки логопедичного проектування.

Передопераційний етап

Передопераційний етап характеризується низкою анатомічних обмежень, обмежень, що мають наслідки як з точки зору структурування мови, так і з точки зору годування.

Хірургічне втручання відбувається приблизно в другій половині першого року життя або в першій половині другого року життя, в середньому приблизно у віці 18 місяців [43]. Також можливе подовження передопераційного періоду за об'єктивними медичними показаннями. За цих умов наслідки для структурування мови можуть бути такими:

- залежно від того, наскільки широка вовча паща, дитина схильна уникати артикуляції піднебінних звуків, через відсутність частини твердого піднебіння, що означає, що у мовленні дитини з'являється значно менша кількість приголосних;

- назалізація утворених звуків призводить до неможливості диференціації вибухових звуків «б» і «р» від їх носового омоніма «м», а також вибухових «д» і «т» від їх носового омоніма «н»;

- присутні голосові звуки внаслідок задньої оклюзії, щоб матеріалізувати артикуляційну можливість;

- вовча паща може бути пов'язана з низкою патологічних наслідків і на рівні слухової функції (хронічні патології середнього вуха), через тісний зв'язок

між вухом і глоткою, що може призвести до зниження слухового зворотного зв'язку, а також управління голосом і артикуляція.

У цій частині терапевтичного підходу охоплюються всі етапи класичної логопедичної роботи – підготовчий етап, етап вимовляння звуків, етап диференціації ізольованих звуків, етап закріплення, етап диференціації звуків у складах та слова, етап автоматизації.

Звичайно, акцент робиться на підготовчому етапі та етапах фонематичної диференціації, менше на видачі, закріпленні та автоматизації звуків, оскільки за відсутності піднебінної реконструкції іноді не може бути поставлено питання про формування артикуляційної бази. Натомість на цьому етапі дуже важливо підготувати дитину до післяопераційного етапу, усвідомлюючи всі механізми, які призводять до конфігурації мовних і комунікативних навичок.

Назація є розладом голосу з важливими наслідками для рівня розбірливості мовлення, а також з наслідками для артикуляційного рівня. Таким чином, на передопераційній стадії присутні серія підголосових звуків і гримас обличчя, з якими стикається логопед. Тому і в цей період необхідно інтенсивно займатися руховими тренуваннями і дихальними вправами, навіть якщо багато порушень неможливо виправити, змодельовати до наступного етапу, а саме післяопераційного.

Післяопераційний етап

Залежно від діагностичних особливостей, успішності оперативного втручання, віку хворого, рівня будови мови певним чином організовують відновні заходи в післяопераційному періоді.

Якщо на передопераційному етапі акцент робився переважно на підготовці дитини/пацієнта, на формуванні артикуляційної бази і менше на фоноартикуляційному компоненті, то на цьому етапі на них наполягають. Очевидно, що необхідна низка попередніх закупівель, яких у передопераційному контексті у пацієнта не було або були частково доступні, що унеможливило завершення логопедичного втручання лише на доопераційному етапі. Серед них ми згадуємо попередні покупки, які

стосуються дихального процесу; спрямування повітряної хвилі видиху; тренування тонкої мускулатури звукоартикуляційного апарату (м'язи обличчя, м'язи губ, м'язи язика, м'язи піднебінної вуалі).

Необхідно підкреслити дрібну моторику, особливо в умовах щілин або дефіциту на рівні піднебінної вуалі. У цих ситуаціях в післяопераційний період часто виникає недостатність велофарингеальної функції. Іншими словами, хірургічне втручання може бути успішним, строго фізіологічно кажучи, букконазальний сфінктер правильно закритий належним чином реконструйованим піднебінним покривалом, натомість розлад голосу за типом назалізації все ще присутній через те, що вельрна мускулатура не може впоратися з тиск повітря, який він створює в ротовій порожнині під час артикуляційної пози [47]. Таким чином, тренування попередніх навичок щодо загальної та дрібної моторики абсолютно необхідна і на цьому післяопераційному етапі.

Гуцу (1974) [35] пропонує наступні терапевтичні напрями в контексті відкритої ринолалії в післяопераційному періоді:

- перенаправлення повітряної хвилі видиху;
- усунення вибуху голосової щілини;
- усунення гримас обличчя;
- формування правильних артикуляційних навичок;
- розвиток комунікативних навичок;
- підвищення розбірливості мовлення шляхом зменшення голосових порушень.

Логопедичне втручання розпочинається дуже швидко після хірургічного втручання, приблизно через місяць після хірургічного втручання, але не без консультації спеціаліста. Бувають випадки, коли через подовження післяопераційного періоду відновлення, через ускладнення під час хірургічного втручання логопедична допомога не може бути проведена значно пізніше ніж через чотири-п'ять тижнів. Слід також згадати ситуації, в яких потрібне кілька хірургічних втручань, усі з яких тривають кілька місяців [43]. Проте в період

реконвалесценції логопедичні вправи виконуються з обережністю, вони спрямовані на тренування груп м'язів, щоб уникнути післяопераційного м'язового болю.

Серед вправ, які можна використовувати на післяопераційному етапі, найчастіше використовуються вправи, які ми відносимо до підготовчого етапу з класичної логопедичної точки зору:

- вправи на збільшення дихального об'єму (через духові інструменти (свисток, музична шкатулка тощо);
- вправи для розвитку реберно-черевного дихання;
- вправи на диференціацію ротового дихання від носового, через правильне спрямування повітряної хвилі видиху, через дві порожнини фоноартикуляційного апарату;
- вправи для тренування тонкої мускулатури звукоартикуляційного апарату (м'язи обличчя, губ, язика, нижньої щелепи, піднебінної вуали). При передній розщілині тренуються м'язи кінчика язика і губи, а при задній – в основному велярні м'язи. Для розвитку тонкої мускулатури звукоартикуляційного апарату також рекомендований масаж, особливо піднебінної завіси, але при необхідності і інших складових голосового тракту. Гуцу (1974) [35] пропонує полоскати рот щодня, закинувши голову назад таким чином, щоб вода не стікала в ніс;
- вправи на диференціацію невербального дихання від вербального. Тренування голосних призводить до активації м'якого піднебіння. Рухи піднімання та опускання піднебінної завіси неявно задіяні поперемінною вимовою голосної «а» та приголосної «м»;
- вправи на слухо-мовленнєву диференціацію, розвиток фонематичного слуху, тренування інших компонентів фонологічної обробки (римування, усвідомлення складу, слова).

Після виконання вправ на підготовчому етапі починаються вправи на видавання та артикуляцію звуків. Вони починаються лише після досягнення необхідної рухливості та координації фоноартикуляційних органів, особливо

націлених на опероване небо. Звертається увага на отвір для голосних, отвір зазвичай менший у ринолальних людей. Він починається зі звуків, які потребують меншого підняття піднебінної завіси, голосних (а, е, о, у, и, і), потім приголосних (п, т, л, б, к, д, г) , і, нарешті, шиплячі (ф, в, с, ж, ш, ц, з). Особлива увага приділяється коартикуляції носових приголосних (м, н), оскільки вони можуть підкреслювати носову контамінацію. Щоб зменшити гримаси, пошепки тренують артикуляційні навички. Це правило також важливо дотримуватися для стабілізації фонаторної функції [35;41;43][34].

Закрита ринолалія характеризується порушенням вимови носових приголосних «м» і «н», через відсутність носового резонансу, що видихуване повітря не проходить через носову порожнину. Така ж характеристика голосу та мови характерна для людей з різними формами вірусу. На відміну від самого ринолального розладу, розлад мови і фонації в картині вірусу детермінований у часі [51].

Закрита ринолалія функціонального типу виникає внаслідок дефекту функціонування м'язів або піднебінної завіси, які не можуть відкрити носовий хід під час вимови носових звуків. Звичка і відсутність практики, а також явища наслідування і відсутність слухового контролю можуть визначати мову з ринолальним характером.

Носовий хід може бути заблокований у різних областях, і, залежно від цього розташування, закрита ринолалія класифікується на передню та задню. При передній закритій ринолалії ніздрі забиті, так що носоглотка не може сполучатися ззовні через носову порожнину. У цій формі ринолалії головною характеристикою є те, що звучність звуків «m» і «n» виглядає дуже стертою. Дихання також глибоко уражене, що впливає на всю мову ринолаліка на блокування носоглотки виникає задня закрита ринолалія. У випробовуваних з такою ринолалією звуки м і н пропускаються або замінюються. Зазвичай «м» замінюється на «б», а «н» на «д». Дихання уражене так само, як і при попередній закритій ринолалії. Звичайно, погане дихання також негативно впливає на здоров'я суб'єкта (М. Совак) [51].

Закрита ринолалія може бути:

– функціональний (обумовлений дисфункціями на рівні піднебінної вуалі, вона залишається у піднятому положенні або через дефектні артикуляційні моделі в навколишньому середовищі, або через втрату слуху та відсутність слухового контролю, або через відсутність навчання в контексті виконання хірургічного втручання з видалення поліпів або аденоїдних вегетацій)[41].

– органічний (зумовлений блокуванням функціонування піднебінної завіси через розростання аденоїдної тканини та поліпів; також може бути спричинений відхиленням перегородки або обтурацією ніздрів попередніми пухлинами носового ходу) [41].

Таким чином, можна розмежувати дві інші форми ринолального розладу:

– передня ринолалія – коли носовий шлях блокується в передній частині, це блокування призводить до погіршення носових звуків, а також голосових звуків через виявлення так званої характеристики «тупика» [35];

– задня ринолалія спричинена блокуванням ротово-носового отвору, що призводить до порушення носових приголосних, а також інших звуків, які отримують більш серйозний резонанс.

Закриту ринолалію лікують у два зазначених етапи, так само, як і у випадку відкритої ринолалії, передопераційну та післяопераційну. Очевидно, що два етапи проводяться тільки в тих випадках, коли це необхідно, бувають також випадки закритої ринолалії, при яких невинновдано або необхідно проходити обидва етапи, оскільки хірургічне втручання не відбувається.

Далі ми пропонуємо загальний план втручання в контексті закритої ринолалії, позначаючи спільні та відмінні аспекти з логопедичним втручанням у контексті відкритої ринолалії.

Передопераційний етап

На передопераційному етапі метою є оцінка та тренування абсолютно необхідних попередніх навичок, щоб структурувати навички усної та письмової мови:

– загальна моторика;

- дрібна моторика;
- ритм;
- дихання;
- слухова увага;
- словесна пам'ять;
- фонологічна обробка (фонематичний слух, фонологічна свідомість, фонематична свідомість);
- сенсорно-перцептивні структури;
- просторово-часове орієнтування;
- схема тіла;
- латеральність.

Також на цьому етапі ставиться мета сформувати артикуляційну базу для видачі дефіцитних звуків. При закритій ринолалії погано артикулюються звуки «м» і «п», що означає, що лікувальна дія менш трудомістка, ніж при відкритій ринолалії. Особливо ці звуки випадають у співартикуляції з «р», «б», відповідно «т», «д» [41, с. 99].

Розвиток здатності диференціювати носовий від гіпоносового та правильний голос також спрямований на аудіозаписи та аналіз мовних зразків. Цей етап консультування та інформування абсолютно необхідний для підготовки як дитини, про яку йдеться, так і її родичів до наступного терапевтичного етапу.

Незважаючи на те, що фахівці підтримують необхідність якомога ранішого хірургічного втручання, як у випадку відкритого ринолального ураження, так і у випадку закритого ринолального ураження, щоб післяопераційний розвиток відбувався природним шляхом, насправді хірургічне втручання значно відкладається. Якщо середній вік, у якому виконується операція при знімках відкритої ринолалії, становить 1,8 року, то у випадку закритої ринолалії середній вік становить близько 4 років, що означає, що передопераційний етап є особливо важливим, а також післяопераційний

етап, правильний розвиток фоноартикуляційні навички, що неможливо без логопедичного втручання [35; 41].

На передопераційному етапі, також у випадку закритої ринолалії, наголошується на розвитку навичок соціальної взаємодії, надзвичайно необхідного аспекту у протидії негативним впливам мовного розладу на структурування особистості.

Післяопераційний етап

Після хірургічного втручання закрита ринолалія переходить у відкриту, тому вся процедура аналогічна описаній вище.

Цілями інтервенційної програми є:

- розрізнення ротового дихання від носового;
- розвиток слухової уваги та самоконтролю;
- розвиток рухливості піднебінної завіси;
- розвиток навичок слухо-мовної диференціації;
- подача, диференціація, закріплення та автоматизація звуків «м» і «н» у вільному мовленні;
- координація фоноартикуляційних рухів при скорописній, плавній вимові.

Розвиток дихальних навичок і диференціація ротового дихання від носового досягається використанням допоміжних засобів; з розвитком слухової уваги і слухового контролю, а також навичок слухо-мовної диференціації вони будуть усунені. Цими допоміжними засобами є: дзеркало, яке розташоване під носом і яке через запотівання дає вказівки на участь носової порожнини у випромінюванні звуків; пальпація щоки при артикуляції звуку «м» для відчуття специфічного напруження; підкладання тильної сторони долоні під ніздрі або біля ротової порожнини для відчуття усунення дихального струменя повітря за допомогою інструментів для візуалізації акустичних особливостей мова.

На відміну від відкритого ринолального розладу, при закритому ринолальному розладі необхідно видавати, диференціювати, консолідувати та автоматизувати лише звуки «м» і «н» [51].

При *змішаній* ринолалії ми знаходимо в одного і того ж суб'єкта як характерні явища відкритої ринолалії, так і особливості закритої ринолалії внаслідок наявності аномалій у закритті носових ходів або їх непрохідності. Характер причин, що викликають змішану ринолалію, може бути органічним і функціональним. Це може визначатися вродженими щілинами, які можуть поширюватися на губу, щелепу та носову порожнину, аденоїдними вегетаціями, викривленнями перегородки, функціональною велярною гіпотонією тощо. Спостерігається велика лабільність уражених звуків. Таким чином, ринолальний звук може бути вимовлений відносно добре в одній ситуації і може деформувати, замінити або інвертувати той самий звук в іншій ситуації. Голос ринолаліків цієї категорії має носові ознаки, не має сили і створює враження, що він слабшає до кінця вимови слова, оскільки інтенсивність голосу зменшується. Дефіцитна звучність, яка викликає горілчане порушення, називається «гугнявістю» і зустрічається не тільки при змішаній ринолалії, але також і при закритій або відкритій ринолалії, незалежно від того, органічної чи функціональної природи вона [51].

Змішана ринолалія передбачає поєднання характеристик двох типів розладів ринолалії, представлених вище, відкритої ринолалії та закритої ринолалії.

Результати процесу оцінки та діагностики показують нам, чи є змішаний прояв переважно відкритим чи закритим. Таким чином, комбінований підхід до втручання структурований, починаючи з найбільш істотного недоліку.

При переважно відкритому змішаному розладі наполягають на диференціації ротового дихання від носового, на тренуванні піднебінної завіси для виконання рухів закривання і розмикання щічного отвору; забезпечується артикуляційна основа для видачі, диференціації, закріплення та автоматизації звуків; відстеження викиду зниклої вибухівки; усунення голосових звуків; усунення гримас обличчя та розвиток комунікативних навичок.

За умов, коли розлад проявляється переважно в області закритої ринолалії, основна увага приділяється артикуляції носових звуків,

диференціації носового дихання від ротового, розвитку слухового контролю та навичок слухо-мовної диференціації і на флюїдизацію комунікативних навичок.

Аналізуючи перелічені вище терапевтичні напрямки, можна зробити висновок про наявність ряду збіжних ключових моментів, до яких необхідно поставитися з максимальною серйозністю і які забезпечують успіх втручання при ринолалії, незалежно від її форми:

- розробка попередніх закупівель;
- розвиток дихальних навичок;
- розвиток навичок слухо-мовної диференціації;
- розвиток загальної та дрібної моторики.

1.3. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ринолалією

Як будь-яка складна вада розвитку, ринолалія стає основною причиною низки особливостей соматичного та психоневрологічного стану дитини.

Фізіологічна характеристика:

Наявність у дитини вроджених незрощених губ і піднебіння створює несприятливі умови для її фізичного розвитку.

Чим ширше дефект, тим більше порушень буде відчувати організм дитини в процесі свого розвитку. В анамнезі дітей, які народилися з дефектом товстої порожнини рота, відзначається неможливість грудного вигодовування. При спробі годувати дитину грудьми з неповною вовчою пащею молоко потрапляє в дихальні шляхи і дитина захлинається. Навіть при прийомі їжі ложкою або піпеткою ці діти задихаються, кашляють, відригують і блюють. Їжа також потрапляє в носоглотку і носову порожнину, застоюється там і викликає запалення слизових оболонок і євстахієвих труб, що може призвести до втрати слуху (від найлегших ступенів до глухоти або сильної приглухуватості).

Неправильний розвиток верхньої щелепи призводить до викривлення зубного ряду, звуження піднебінної дужки. Часто різці загинаються всередину

або просуваються вглиб піднебіння, а зуби ростуть посередині неба. В результаті неправильного харчування молочні зуби дітей швидко руйнуються.

Діти з вродженими незрощенням губи та піднебіння (далі ВПНГ) не можуть виконувати смоктальні рухи. Тому пригнічується вроджений смоктальний рефлекс. Втрата рухів губ послаблює розвиток усіх м'язів обличчя.

У процесі порушення розвитку мимічної мускулатури у дитини навіть після операцій на губах (хейлопластики) виникає досить своєрідна рухова активність м'язів губ, яка на відміну від норми дуже ослаблена. В результаті миміка дитини збіднюється, а мимічні м'язи беруть участь в артикуляції.

Наявність недостатності ущільнення піднебіння раптово погіршує фізіологічні умови дихання дитини. У дитини-ринолаліка з вродженим незрощенням піднебіння вдихуване повітря відразу потрапляє в порожнину носоглотки, оскільки хоана з повним незрощенням піднебіння з'єднана в єдиний резервуар з ротовою порожниною. При неповному розщепленні довжина колбочок сильно скорочується, а вдихуване повітря також не встигає прогрітися. В результаті вдихуване повітря охолоджує всю поверхню слизової оболонки носа і ротової порожнини, подразнює дихальні шляхи.

Діти з вродженими вадами розвитку з народження змушені інстинктивно пристосовуватися до свого дефекту. Цей пристрій являє собою особливе розташування язика в ротовій порожнині. Дитина чисто рефлекторно відводить тіло язика назад, намагаючись таким чином звужити прохід до дихальних шляхів, щоб не допустити надмірного охолодження стінок глотки. Особливе положення язика в ротовій порожнині поступово стабілізується. Таким чином, у дітей формуються автоматизми рухових дій із залученням кореня язика та інших мимічних м'язів, які згодом впливають на утворення фонем.

Тому у дітей із вродженим незрощенням піднебіння виконання найважливіших життєво важливих функцій (дихання, прийом їжі) призводить до надмірного піднесення кореня язика, який успішно фіксується і стає стійким.

При стабільному положенні кореня язика його кінчик втягується в середину ротової порожнини. Рухи язика загальмовані. При такому положенні

язика стає неможливим або значно ускладнюється здійснення рухів, необхідних для артикуляції звуків мови. Усвідомлюючи свій мовленнєвий дефект, діти намагаються знайти шляхи його компенсації. Іноді під час мови вони сильно втягують крила носа, через що в артикуляції беруть участь інші м'язи обличчя. Мова ринолальних дітей здається спотвореною не тільки на слух, але і зовні, через надлишок непотрібних рухів мимічної мускулатури.

Відзначається також порушення функціонального слуху мови, при якому хворі не помічають власних дефектів мови.

Так, при ринолалії у дітей спостерігається порушення процесів прийому їжі, розвиток неправильного положення язика, поява нав'язливих рухів мимічної мускулатури, порушення фізіологічного дихання і навіть зниження слуху, що звичайно, негативно впливає на формування мовлення [26; 9; 8].

Психоневрологічні характеристики:

У дітей-ринолаліків спостерігається багато розладів психоневрологічного стану. Неврологічні розлади, різноманітна дифузна неврологічна мікросимптоматика. Нерідко присутні мікроорганізмі ураження головного мозку, ознаки раннього ураження та дисфункції центральної та вегетативної нервової системи: головні болі, втрата пам'яті; розлади сну; ністагм; порушення глибокої чутливості; слабо виражений геміпарез, переважно органів мовного апарату та відділів правої кисті; орально-артикуляційна апраксія; порушення дрібної моторики; загальні рухові порушення (порушення координації, точності рухів тощо); підвищена збудливість, гіперактивність, гіперкінетичний, гіпердинамічний синдроми, підвищення сухожильних рефлексів, нервові тики, вегетативні розлади не виражені раптово; депресивні типи настрою, страхи, сльози, зниження мотивації. Більшість дітей не мають грубих органічних симптомів, але мають лабільність настрою, слабкість активного гальмування [26; 17].

При ринолалії мова розвивається пізно (перші слова з'являються ближче до двох років і значно пізніше) і має якісні характеристики.

Імпресивна мова розвивається відносно нормально, а експресивна зазнає деяких змін.

Перш за все слід відзначити надзвичайну нерозбірливість мовлення.

При ринології основною ланкою є фонетико-фонематичний недорозвиток мови. Дитина не розпізнає власні мовленнєві вади на слух. А неусвідомлення диференціації звуків на носові і неносові, глухі і дзвінкі, тверді і м'які може перерости в комплексні порушення процесів письма [9].

Порушення мови як засобу спілкування ускладнює становище ринологів у колективі. Часто їх спілкування з колективом є одностороннім, і результат травмує дітей. У них розвивається замкнутість, сором'язливість, дратівливість. Їх активність знаходиться в більш сприятливому стані, оскільки ці діти часто є інтелектуально повноцінними (якщо ринологія проявляється в чистому вигляді) [12; 11; 16].

У деяких випадках через неприйняття колективом у дитини-ринологіка може розвинутися *логофобія* (страх говорити) [25], що в свою чергу ще більше ускладнює розвиток вищих психічних функцій, рис особистості та когнітивних процесів.

Але, за даними численних досліджень, абсолютна більшість ринологічних дітей мають високий компенсаторний потенціал [25; 22]. І завдання логопедів – завчасно виявити проблему та розпочати системну роботу з її подолання та/або виправлення.

Розглянемо, також особливості порушення голосу та інших сторін мовлення при різних формах ринології.

При ринології, незалежно від її форми, спостерігається порушення фізіологічного дихання і мови, фонем і артикуляції звуків мови (як приголосних, так і голосних), а також патологічні зміни голосоутворення (ринофонія).

Всі ці порушення знаходяться в постійному взаємозв'язку і впливають один на одного.

Мовний апарат складається з двох тісно пов'язаних між собою відділів: центрального (регуляторного) і периферичного (виконавчого).

Центральний мовний апарат розташований у головному мозку і складається з: кори головного мозку (переважно лівої півкулі), підкіркових гангліїв, провідних шляхів, ядер стовбура (переважно довгастого мозку) і нервів, що йдуть до дихальної, голосової та артикуляційної мускулатури. По системі черепних нервів нервові імпульси передаються від центрального мовного апарату до периферичного, приводячи в рух органи мовлення. Проте шлях від центрального до периферичного мовного апарату є лише частиною мовного механізму. Інша частина – зворотній зв'язок від периферії до центру.

При ринолалії порушується діяльність верхнього відділу периферичного мовного апарату, який, у свою чергу, складається з трьох відділів: дихального, голосоутворювального (вокального) і артикуляторного. [22; 26]

Розглянемо докладніше специфіку порушень у кожному з цих підрозділів:

Особливості дихання:

Порушення взаємодії артикуляційної і дихальної мускулатури призводить до специфічних особливостей як фізіологічного дихання, так і фонації (мови). Для найбільш точного функціонування мовного апарату переважає наявність нижнього реберного або діафрагмального дихання. При цьому типі дихання під час вдиху передня стінка живота піднімається і, поклавши руку на живіт, можна відчувати рух ребер. При цьому грудна клітка повинна залишатися нерухомою. При ринолалії фізіологічне дихання найчастіше поверхневе - грудне або ключичне, коли при вдиху напружуються м'язи грудної клітки, приходять в рух ключиці і грудна клітка, а м'язи діафрагми не беруть необхідної ролі в процесі мови. формування. Порушується співвідношення між вдихом і видихом. Зменшується життєва ємність легень, відстає в розвитку грудна клітка. Страждає спрямованість і плавність видиху. Наприклад, при спробі подути на ватний диск («загнати м'яч у ворота») дитина шумно сморкається.

Неможливість повного вдиху і видиху призводить до порушення фонаційного дихання, тобто дихання під час мови. У нормі більшість звуків нашої мови вимовляються з ротовим видихом (за винятком носових звуків [м], [м'], [н], [н']). Для цього необхідна повноцінна взаємодія м'якого піднебіння, бічної і задньої стінок глотки, що забезпечує наявність тривалого і спрямованого потоку повітря. У дітей з ущелиною піднебіння під час видиху в ніс надходить значний об'єм повітря, його тривалість раптово скорочується, внаслідок чого стає неможливим вимовити цілу фразу на одному видиху [26, 3].

Особливості суглоба:

Ослаблення розвитку всіх м'язів обличчя, порушення будови і рухливості губ, особливість розташування язика в ротовій порожнині, надмірне підняття кореня язика, його гіпертрофія, витончений в'ялий кінчик язика, що не бере участі в звукоутворенні, порушення оральної чутливості порожнини рота, менш широке відкривання рота при вимові звуків, порушення роботи м'язів, що здійснюють рухи м'якого піднебіння. Піднебіння пасивне, нерухоме і не виконує функції поділу ротової та носової порожнин.

Таким чином, дефекти піднебінної дужки при ринолалії викликають неправильне співвідношення м'язів у всьому артикуляційному апараті, а також зміна взаємодії м'язів периферичного кінця мовно-рухового аналізатора.

Останні дослідження показують, що структура мовленнєвого дефекту при ринолалії може бути ускладнена руховою недостатністю м'язів артикуляційного апарату, викликаній порушенням їх іннервації, наприклад спастичності, гіпотонії або дистонії. Таким чином, можна говорити про наявність самої дизартрії або про її стерту форму залежно від ступеня вираженості порушень м'язового тону [17; 22; 12].

Особливості фонетико-фонематичної та вимовної сторони мови:

Якщо розглядати ринолалію, керуючись психолого-педагогічною класифікацією, то вона виявляється одним з найбільш серйозних мовних розладів, оскільки загальний розвиток мовлення у дітей з ринолалією (її відкритою органічною формою) вкрай нерівномірний. Так, при відкритій

ринолалії спостерігається лише порушення фонетичної системи мови (ФНМ - фонетичне недорозвинення мови), фонетико-фонетичної сторони (ФФНМ - фонетико-фонетичне недорозвинення мови), порушення всього мовного апарату (ЗНМ - може спостерігатися загальний недорозвиток мовлення).

При відкритій ринолалії сильно страждає розбірливість мови. Усні звуки стають носовими, найпомітніше змінюється тембр голосних «і» та «у», під час артикуляції яких ротова порожнина найвужча. Найменший носовий відтінок має голосна «а», оскільки при її вимові ротова порожнина широко відкрита.

Відчутно порушується синхронізація при вимові приголосних. При розмові шиплячих і фрикативних звуків додається хриплий тон, який виникає в носовій порожнині. Пронизливі «п», «б», «д», «т», «к» звучать нечітко, оскільки в ротовій порожнині не утворюється необхідний тиск повітря через неповне перекриття носової порожнини. Потік повітря в ротовій порожнині настільки слабкий, що його недостатньо для коливань кінчика язика, необхідних для утворення звуку «р».

Закрита ринолалія, як було сказано вище, обумовлена вимовою всіх звуків з проходженням мовного видиху тільки через рот. Найбільше страждає вимова носових звуків. При їх нормальній вимові носоглотковий клапан залишається відкритим, і повітря потрапляє безпосередньо в носову порожнину. Якщо немає носового резонансу для носових звуків, вони звучать як ротові «б», «б'», «д», «д'».

Така заміна звуків сильно спотворює понятійний апарат мови. Відбувається часткове закриття проходу повітря через ніс. У цьому випадку звук «м» звучить як злиття звуків «мб», а звук «н» - як «нд».

У мові зникає контраст між носовими і неносовими звуками, що позначається на її розбірливості.

Ця форма ринолалії також впливає на вимову голосних звуків, які позбавлені деяких тональних характеристик, внаслідок оглушення окремих тонів у носоглотковій і носовій порожнинах, що значно збіднює їх звучання. Вони розмазані, мають неприродний мертвий відтінок [26; 11].

У зв'язку з порушенням звуковимови і недостатнім артикуляційним досвідом у дітей-ринолаліків може розвинутися комплекс вторинних вад:

- фонематичні порушення (дитина перестає чути помилки у власному мовленні, а згодом втрачає здатність розрізняти звуки правильного мовлення, відрізняти голосові від глухих, носові від неносових тощо);
- порушення лексико-граматичної сторони мовлення (через утруднення вимови довгих фраз, зумовлене порушенням дихання та артикуляції, дитина не набуває відповідних навичок побудови лексико-граматичних конструкцій, а фонетико-фонематичні недоліки заважають їй вести мову). розрізнення та правильне вживання звукових слів та їх форм);
- порушення писемного мовлення (проблеми розрізнення на слух звуків мови переходять в помилки письма, порушують процес диференціації графічних знаків (літер) при читанні; недоліки в розвитку дрібної моторики рук ускладнюють процес оволодіння письмові навички, написання від руки). [25]

Особливості голосоутворення:

Голосоутворюючий відділ складається з гортані і розташованих над нею голосових зв'язок. Фактичний процес звукоутворення досягається за рахунок коливань повітря, що видихається, викликаних постійним змиканням і розмиканням голосових зв'язок, що призводить до постійних змін положення щитовидного і клиноподібного хрящів, що змінює співвідношення між ними (зв'язок) натяг. Основними характеристиками голосу є сила, тембр і висота. Через голос мовлення людей набуває емоційного забарвлення (логічних наголосів, інтонацій). [24; 2]

Особливість голосової функції у дітей з ринолалією обумовлена, перш за все, порушеннями процесів вдиху і видиху, правильність яких є однією з основних умов виконання голосових операцій. Голос у ринолаліків слабкий, стомлюючий, тихий, приглушений, з яскраво вираженим носовим відтінком. Характеризується стислим звуком, іноді порожнім і хриплим. Глибоке звучання

голосу збіднює природні інтонації, мелодійність мови. Це створює додаткові труднощі у спілкуванні.

Основною вокальною характеристикою, яка найбільше страждає при вродженому незрощенні піднебіння, є тембр. Нерідко голос хрипкий, а при ларингоскопії виявляють гіперемію (переповнення судин) і гіпертрофію (збільшення об'єму) [25] голосових зв'язок. Близько 20% дітей з розщепленим піднебінням мають вузлики на голосових зв'язках. Це компенсаторний наслідок підвищеної активності гортані при втраті голосової сили [26; 20].

На думку Єрмакової І. І. перші ознаки порушення тембру з'являються у дитини в період лепету. Коли вона намагається артикулювати і вимовляти перші звуки, стає помітним носовий відтінок її голосу. Приблизно до семирічного віку з усіх голосових характеристик у дітей з ВПНГ страждає лише тембр голосу у вигляді гіперназалізації. За іншими якостями голос не відрізняється від нормального. Після семи років починає псуватися голос: падає сила, з'являється втома, осиплість. Розширення асортименту припинено [2].

Таким чином, можна спостерігати комплексність порушень процесів звукоутворення мови, які складають складну структуру первинних і вторинних дефектів у дітей з ринолалією [21; 7; 10].

РОЗДІЛ 2. Формування звуку мовлення та словарного запасу дітей з ринолалією

2.1. Формування звуку мовлення дітей з ринолалією після уранопластики

Класифікація вроджених розщілин статевої губи і піднебіння має вирішальне значення для розробки та вдосконалення діагностики та лікування дефектів обличчя та щелепно-лицевої тканини. У зв'язку зі зростанням впливу шкідливих речовин на організм і інтенсивним розвитком хімічної промисловості за останні 100 років ця аномалія розвитку зростає втричі. Вовча губа або піднебіння частіше зустрічається (60–80%) у хлопчиків і зустрічається у більш важких формах, тоді як ізольована вовча ущелина піднебіння частіше зустрічається у дівчат. Різні зовнішні і внутрішні впливи на плід викликають вроджені аномалії обличчя і неба. Внаслідок недостатньої диференційованості чи несумісності ці результати супроводжуються порушеннями розвитку щелепного апарату, зокрема відділів її обличчя, ротової та носової порожнини, що призводить до вродженого потовщення [28]. Екзогенні (хімічні, фізичні, біологічні та психічні впливи) і ендогенні (спадкові) фактори можуть бути названі як причини вроджених аномалій обличчя, верхньої губи та неба.

Цим дітям допомагають двоє: медично, психологічно та виховно. Хірургічне лікування часто проводиться в медицині, хоча хірурги досягли значних успіхів у лікуванні анатомічних проблем ротової порожнини, жоден з них не досяг успіху в поліпшенні фонетичної сторони мови за допомогою хірургічного втручання. На жаль, навіть ідеально проведена операція не може сформувати нормальне мовлення у дитини з ринолалією без допомоги логопеда, оскільки у дітей формуються артикуляційні стереотипи [30]. Незважаючи на те, що після пластики піднебіння повністю відновлюється, корінь язика залишається втягнутим, а повітря виходить з носової порожнини. Неправильна постава органів мовленнєвого апарату, надмірна артикуляція

м'язів обличчя, помилкова артикуляція звуків мови у дітей загартовується, формується динамічний стереотип, який потребує корекції [46; 48; 49]. Існують різні форми обстежень, проте всі вони повинні містити загальні відомості про дитину, її сім'ю, дані анамнезу із висновками різних фахівців, аналіз стану загальної та дрібної моторики, стану та активності мимічних та артикуляційних м'язів, власне мовленнєвий розвиток дитини (усіх сторін мовлення); а також дані щодо рівня психосоціального розвитку. Наведемо один із прикладів карток обстеження дитини з ринолалією (Додаток А).

Коли стосується уранопластики, то логопедична підготовка поділяється на два етапи: доопераційний і післяопераційний. Доопераційний етап логопедичного супроводу спрямований на:

- формування вміння приймати різні артикуляційні положення відповідно до досліджуваного звуку;
- зміщення артикуляційного фокусу в передні відділи ротового резонатора;
- стимуляція рухів кінчика та середньої (передньої) частини язика;
- розвиток диференційованих кінестетичних уявлень;
- тренування м'язів голосового апарату для наступаючої уранопластики;
- розвиток правильної вимови та фонематичного ладу мови (фонематичний розбір і звуковий розбір);
- розвиток дихання.

У післяопераційному періоді важливу роль у нормалізації фонетичної системи мови відіграє стан м'язів піднебіння та глотки.

Тому особливу увагу слід приділяти вправам, що дозволяють розслабити та активізувати піднебінні та глоткові рефлексії після уранопластики. Ці вправи включають техніки релаксації; масаж піднебінно-глоткових і піднебінно-язикових дужок, м'язи неба і глотки; гімнастика для стимуляції м'язів неба і глотки; гімнастика для тренування контролю змикання велоглотки.

При виконанні уранопластики в ранньому віці (1,5-2,5 року) розслаблення і активізація м'язів м'якого піднебіння і задньої стінки глотки тренуються на матеріалі голосних і семантично значущих звуконаслідувань. Можна запланувати наступні вправи.

Подовжена вимова кожного голосного окремо.

Протяжна вимова сполучень двох-трьох голосних.

Різка вимова кожного голосного окремо та в сполученнях (á-ó-ý).

Вокалізація голосних. Голосні вокалізуються плавно і різко.

Виспівування голосних звуків із спадаючою та висхідною інтонацією (ведмідь співає низьким голосом: а-а-а, лисиця – лагідним голосом: а-а-а).

Розспівування семантично значущих звуконаслідувань (гусак співає низьким голосом: га-а, гусак – високим голосом: га-а).

Різке співання звуку однакової висоти: а-а-а-а.

Формування артикуляційного праксису у дітей раннього віку здійснюється опосередковано, оскільки у них спостерігається недорозвиненість контролю та управління органами мовлення [44; 33; 36].

Всі дії базуються на наступному:

– провідні дидактичні принципи: науковості, систематичності та послідовності, відкритості, послідовності, свідомості та активності, повторюваності та врахування індивідуальних особливостей, розвивальності в читанні, демонстративності;

– спеціальні принципи, що впливають із природи дефекту:

а) поєднання навичок корекції вимови та звукового аналізу;

б) робота зі звуками однієї фонетичної групи в певній послідовності;

в) підбір усного матеріалу до уроків; і

г) одночасна робота зі звуками різних фонетичних груп. Це пояснюється тим, що у дітей з заячою губою і піднебінням спотворюється фон всіх шумів. Рекомендується починати корекцію з кількох звуків, узятих із різних фонетичних груп.

д) використання інтервалу при поглинанні звуків з порівнянною артикуляцією та акустикою. Цей принцип стверджує, що звуки з тісно пов'язаних фонетичних груп (особливо з однієї групи) слід досліджувати в різні моменти часу та на більшій відстані один від одного.

е) спиратися на терміни, які були збережені.

Навчання повинно базуватися на наступному:

1) Візуальне усвідомлення усної звукової картини, що допомагає дитині оволодіти певними рухами органів артикуляції (язика, щелепи, м'якого піднебіння). При вимові вибухових і ковзних звуків діти уважно стежать за характером видихуваного потоку дихання (наприклад, ковзання паперової лінії, піднесеної до рота того, хто говорить).

2) Тактильно-вібраційне відчуття: дитина кладе долоню на горло і відчуває вібрацію голосових зв'язок, що дозволяє йому розрізняти голосові і глухі звуки;

3) Слухання: дитина помічає акустичні характеристики звуку, який регулюється з її допомогою. У підсумку мова логопеда повинна служити зразком для підлітка.

Всі роботи виконувалися поетапно та в індивідуальному порядку. Діти спочатку сором'язливі, боязкі, замкнуті в собі. Переконайтеся, що ви не вступаєте в контакт надто швидко. Перші сеанси включають елементи казкотерапії та ізотерапії для їх структурування. Присутність батьків на заняттях є бажаною [4; **Помилка! Джерело посилання не знайдено.**; 31].

Напрямки роботи:

1. Формування глоткового бар'єру. Під час передопераційної фази залучаються м'язи гортані, а м'яке піднебіння готується до закриття. У післяопераційному періоді виробляють повне закриття піднебіння, розвивають рухливість піднебіння за допомогою гімнастики м'якого піднебіння.

Пропонуються такі вправи:

а) Імітація акту ковтання або пиття води. Дітям сік подають у крихітній склянці або мисці. Кілька крапель води можна капнути піпеткою. Коли

споживається невелика кількість їжі, м'яке піднебіння піднімається до досить високого рівня.

б) Позіхання з відкритим ротом.

в) Полоскання рота теплою водою невеликими порціями.

г) Кашель. Енергетичні скорочення забезпечуються м'язами задньої стінки горла. При кашлі відстань між носовою порожниною і ротовою порожниною повністю закрита. Дитина може відчувати підняття піднебіння, доторкнувшись до горла під підборіддям. За один видих його слід повторити 2-3 рази або стільки разів, скільки потрібно. Необхідно стежити за рухом повітря через рот. Бажано починати з кашлю дитини висунутим язиком. У цій практиці дітей навчають техніці активного штовхання м'якого піднебіння вгору та спрямування потоку повітря через рот.

г) У післяопераційному періоді життєво важливо розтягнути піднебіння і розвинути його максимальну рухливість. Як наслідок, додавання сформованого піднебіння до фонації є критичним, оскільки це пришвидшує та спрощує введення резонансу усного голосного та навички мовлення.

д) Слід включити вокальні вправи. При шалі і високому тоні голосні звуки вимовляються чітко. Покращує ротовий резонанс і усуває закладеність носа. Спочатку звуки [л], [е] вимовляються коротко, потім звуки [о:], [у:] вимовляються з протяжною артикуляцією.

е) Далі звуки [л], [е], [о:], [у:] чітко вимовляються в різній послідовності, зберігаючи накопичений видих у роті. Коли цей навик закріплюється, зміщується перехід до плавної вимови звуків. Наприклад, [л][е][о:][у:]_____, [л] [у:] [о:] [е] _____.

ж) Збільшення міжзвукової паузи до 1-3 секунд.

Логопедичний масаж допомагає відновити чутливість неба після операції. Робити це потрібно в присутності батьків, оскільки вони повинні стежити, щоб це було зроблено і вдома. Наведемо нище схему логопедичного масажу різних частин обличчя без врахування форми і ступеня вираженості дефекту (Рис.1, Рис.2, Рис.3, Рис.4, Рис.5, Рис.6.).

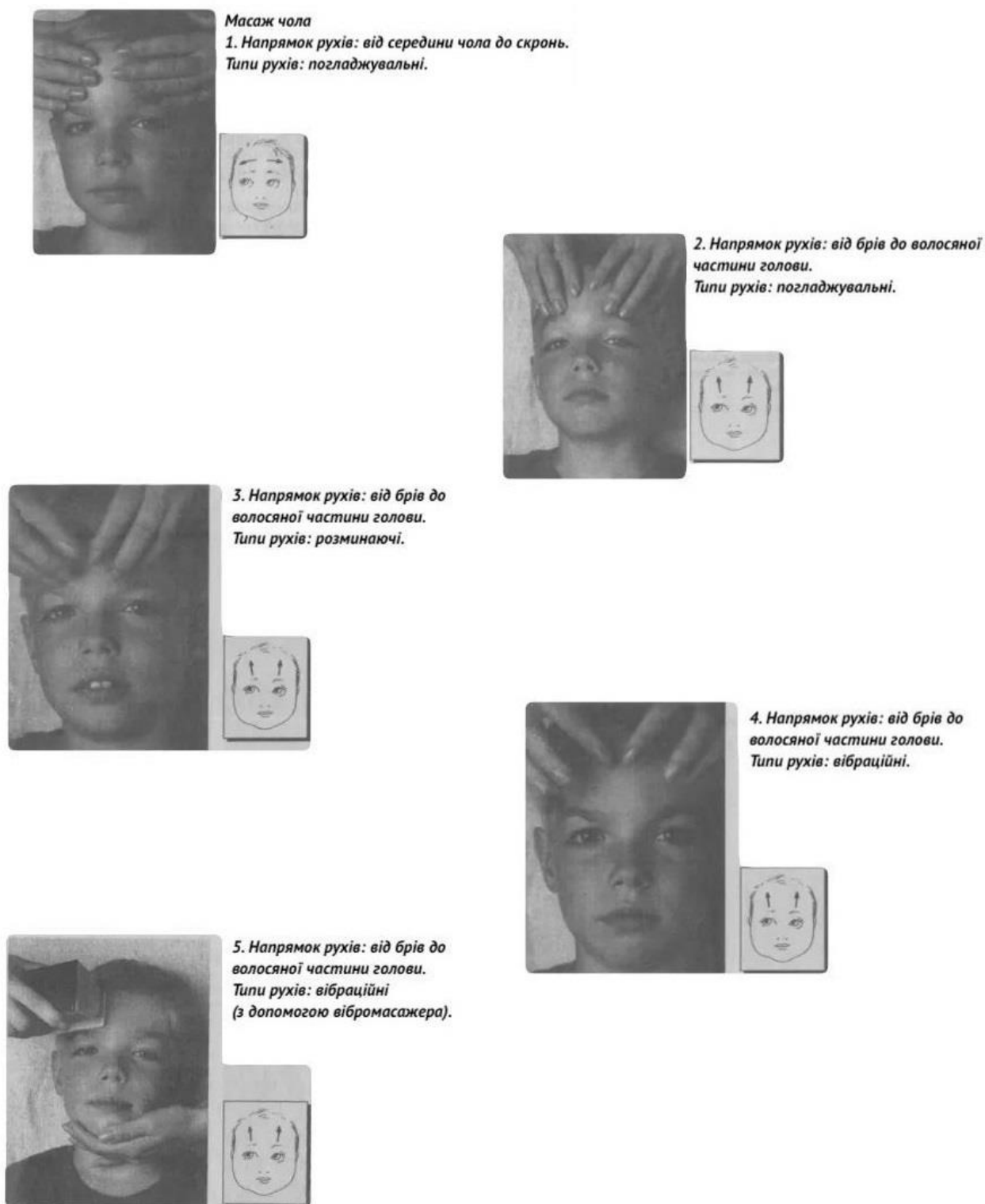


Рис.1. Схема логопедичного масажу чола без врахування форми і ступеня вираженості дефекту.



Масаж щік

6. Напрямок рухів: від куточків рота до скронь по лицевому м'язі.
Типи рухів: розминаючі, розтягуючі.



7. Напрямок рухів: від виличної кістки вниз на нижню щелепу.
Типи рухів: розтягуючі, погладжувальні.



Рис.2. Схема логопедичного масажу щік без врахування форми і ступеня вираженості дефекту.



Масаж носа

8. Напрямок рухів: вздовж крил носа по м'язі носа.
Типи рухів: погладжувальні, розтираючі, вібраційні.



Рис.3. Схема логопедичного масажу носа без врахування форми і ступеня вираженості дефекту.

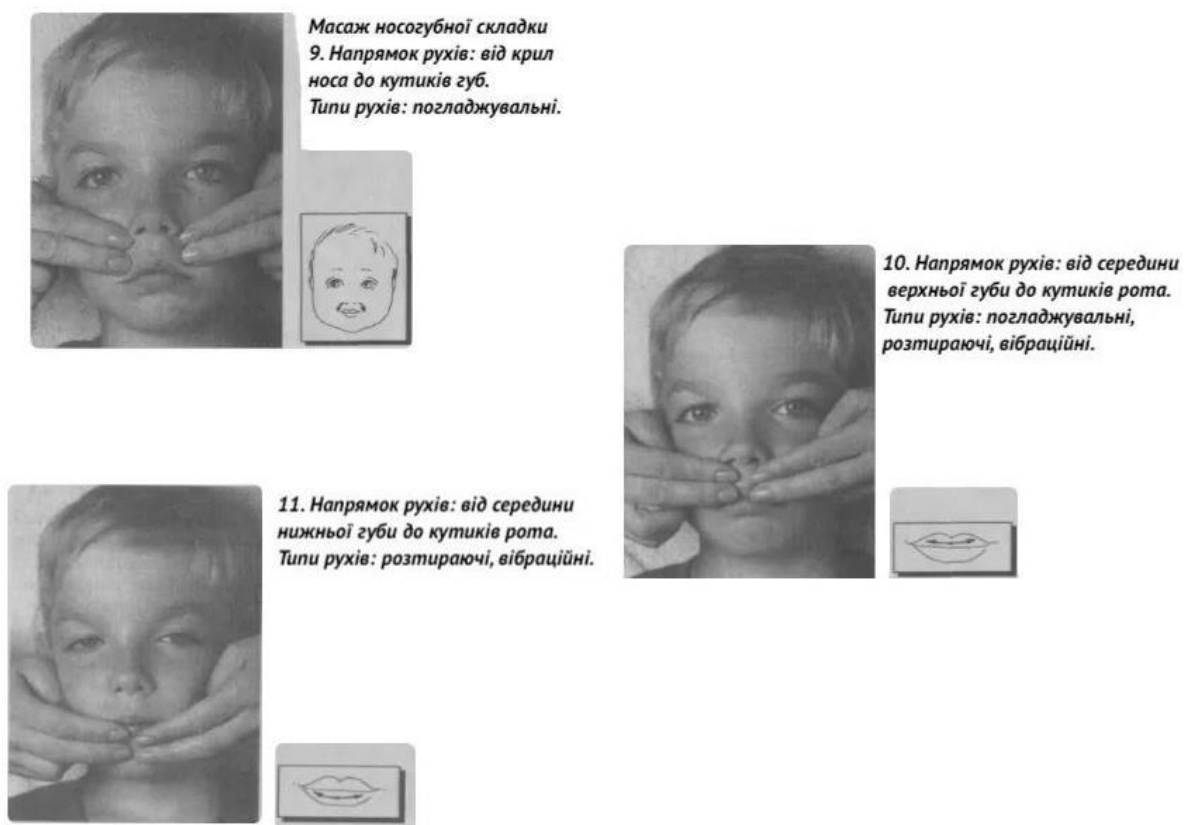


Рис.4. Схема логопедичного масажу носогубної складки без врахування форми і ступеня вираженості дефекту.

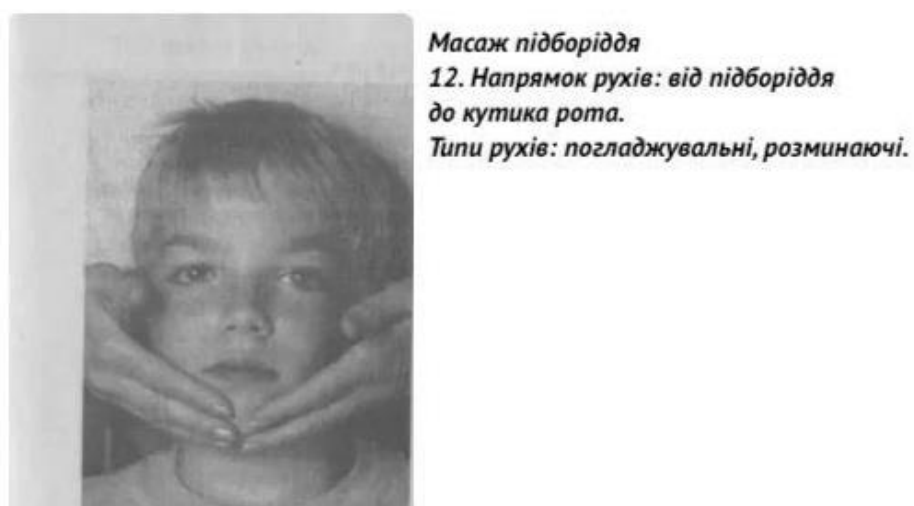


Рис.5. Схема логопедичного масажу підборіддя без врахування форми і ступеня вираженості дефекту.



Масаж шиї

*13. 10. Напрямок рухів: вздовж
грудинно-ключично-соскоподібного м'яза.
Типи рухів: поглажувальні, розминаючі.*

Рис.6. Схема логопедичного масажу шиї без врахування форми і ступеня вираженості дефекту.

Рекомендації логопедам і батькам:

Батькам у випадку самостійного проведення курсу масажу перед початком необхідно проконсультуватися із спеціалістом!

- Якщо є можливість, зігрійте м'язи обличчя грілкою. Грілку необхідно обгорнути маленьким рушником чи тканинною серветкою, індивідуальною для кожної дитини (Рис.7).



Рис.7. Схема зігрівання обличчя рушником.

Масажні рухи треба робити послідовно зверху вниз – від чола до підборіддя.

Під час проведення тонізуючого масажу (знижений тонус м'язів) використовуються прогладжування, розтирання, розминання і вібрації. Під час проведення розслаблюючого масажу (підвищений тонус м'язів) використовуються прогладжування і легка вібрація.

Всі прийоми не мають викликати негативні відчуття у дитини.

Кожен рух повторюється 5 – 8 разів.

Тривалість масажу 5 – 15 хвилин.

Робити масаж рекомендується через день. Кількість сеансів залежить від особливості порушення.

Не варто забувати про масаж мускулатури язика (Рис.8.)



Рис.8. Схема логопедичного масажу мускулатури язика.

Масаж допомагає відновити чутливість неба після операції, його проводить дитина самостійно. Для цього він вологою подушечкою великого пальця розтирає все піднебіння по середній лінії в напрямку від альвеол до краю м'якого піднебіння, потім справа і зліва. Масаж проводиться 1 раз на день по 1-5 хвилин (піднебіння розтирають і масажують один раз) або доводять до 10 разів по 3 хвилини в день (піднебіння розтирають і масажують 3 рази через годину з інтервалом 3 хвилини).

2. Одночасно працювати над фізіологічним диханням. У роботі з дитиною важливо дотримуватися принципів роботи з формування фізіологічного дихання:

а) Перед кожним прийомом їжі кімнату необхідно тричі провітрювати по 5-8 хвилин.

б) На початку навчання вивчається одна вправа, а щодня додається інша.

в) Підліток не повинен втомлюватися, тобто необхідно чітко дотримуватися кількості і темпу виконання вправ. У разі будь-яких проблем або втоми бажано відкласти заняття.

г) Дитина не повинна глибоко дихати.

д) Головне не допускати перенапруження шиї і плечей дитини.

е) Дитина повинна відчувати рух діафрагми, міжреберних м'язів і нижніх м'язів живота.

ж) Дії слід виконувати повільно і спокійно під рахунок.

з) Коли дитина може правильно і повністю виконати всі вправи на цьому етапі, починається наступний.

До операції це називається діафрагмально-реберне дихання (фізіологічне), а в післяопераційному періоді - корекція і автоматизація фізіологічного дихання.

Наступна методика заснована на дихальній гімнастиці, розробленій Стрельниковою А. Н.. Весь комплекс складається з 11 вправ.

3. Формування видиху через рот. Вправи, спрямовані на вдосконалення спрямованого дихання ротом і диференціацію видиху ротом і носом:

- вдих і видих через відкритий рот, з висунутим язиком і опорою на нижню губу (як це робить цуценя);
- вдих і видих через ніс;
- вдих через ніс і видих через рот. Цю вправу можна виконувати різними способами, в тому числі дитинча видихає з широко відкритим ротом або витягує губи вперед;
- вдих і видих однією ніздрею, закриваючи вказівним або середнім пальцем;
- вдих через праву ніздрю, закривши вказівним або середнім пальцем ліву, і видих через ліву ніздрю, закривши вказівний або середній палець на праву ніздрю. Повторення цієї вправи по черзі;
- вдих через ніс і видих із закритою пальцем правою або лівою ніздрею;
- вдих через ніздрю по черзі і видих з широко відкритого рота;
- вдихаючи носом і намагаючись на видиху підняти шматочок вати на носі якомога вище.

Систематичне виконання цих вправ дозволяє дитині відчувати різницю в напрямку потоку повітря і навчитися його направляти правильно. Це також допомагає створити правильні кінестетичні відчуття для ніжних рухів піднебіння.

Важливо контролювати дитину протягом цих дій, тому що їй важко відчувати повітря, що виходить з ніздрів. Біля носа можна покласти скло, вату або невеликі аркуші паперу.

Вправи зі зтягуванням також допомагають забезпечити правильний потік повітря. Їх можна виконувати у веселій формі, включаючи компоненти змагання між логопедом і дитиною або логопедом і батьками.

Метелики, пелюстки та інші вироби з паперу, створені разом з малюком, можна використовувати для збільшення словникового запасу та розвитку моторики пальчиків. Також можна використовувати канцелярські скріпки,

прив'язані до дерев'яних стовпів, ватяні кульки, прості паперові форми орігамі тощо.

Задувати свічки - улюблене заняття дітей. Цю роботу спочатку виконують на відстані 15-20 см, потім трохи далі. За допомогою ватної палички можна відчувати правильний напрямок потоку повітря з носа дитини.

Також ефективним є видування плаваючих у воді легких пластикових іграшок або видування через соломинку води в склянці. Діаметр соломинки повинен бути 5-6 мм на початку і 2-3 мм в кінці дії. Коли його подути, вода починає хлюпати, що приносить задоволення малюкові. Можна просто по руху води визначити силу і тривалість видиху. Слід продемонструвати дитині, що дихання має бути витривалим. Урізноманітнюють вправи гра у «футбол» шляхом надування та катання м'ячів або олівців по рівній поверхні, «мильних бульбашок» тощо. Вищезазначені заходи запобігають одноманітності та втомі дитини від них (а також запаморочення) [24; 27].

4. Одночасно проводиться послідовність вправ, спрямованих на нормалізацію словесної моторики. Їх регулярні тренування зменшують високий підйом кореня язика, недостатню артикуляцію губ, сприяють рухливості кінчика язика. Внаслідок цього корінь язика і глотка відіграють меншу роль у звукоутворенні.

Гімнастика для губ і щік:

- Надування двох щік одночасно.
- Надування щік по черзі.
- Втягування щік у ротову порожнину між зуби.
- Акт смоктання: зімкнуті губи висувуються вперед і потім повернулися в нормальне положення. Щелепи всередині закрити позиція.
- Посміхаючись: губи широко розкриті в сторони, вгору, вниз, обидва ряди зубів розімкнуті.
- Стиснути губи вперед і посміхнутися з зімкнутими роти.
- Широка посмішка з відкритим і закритим ротом і зімкнутими губами.

- Широка посмішка з відкритим ротом, а потім зімкнути обидва ряди зубів губами («р», «б», «м»).
- Висунення губ вперед у вигляді широкої воронки з відкритими щелепами.
- Формування губами тонкої воронки (імітація свистка).
- з широко відкритими щелепами, втягнутими в рот і щільно притиснутими до зубів.
- Піднімання вгору і опускання вниз щільно зімкнутих губ із зімкнутими щелепами.
- Піднімання верхньої губи і розмикання верхніх зубів.
- Опускання нижньої губи і розмикання нижніх зубів.
- Імітація полоскання зубів (повітря чинить сильний тиск на губи).
- Вібрація губами.
- Рухи губами вправо і вліво, стиснувши губи.
- Обертання стиснутими губами круговими рухами.
- Сильний набряк щік (повітря в роті затримується губами, тиск усередині рота підвищується).
- Тримати губами олівець або гумову трубку.

Гімнастика для язика.

- Висовувати язика, як лопату чи багнет.
- Висунутий язик у випрямленому та загостреному положенні.
- Повертання повністю висунутого язика вправо і зліва.
- Підняття і опускання спинки язика так, щоб кінчик язика спирався на нижню щелепу, а корінь язика піднімався і опускався.
- Прикладання язика до піднебіння спочатку з зімкнутими, а потім з відкритими щелепами.
- Висунутий широкий язик притискають до верхньої губи, потім середньою частиною торкаються верхніх зубів і піднебіння і підтягують кінчик до рота кінчиком догори.

- Прилипання язика до верхніх альвеол при відкриванні та закриванні рота.
- Просовуючи язик між зубами, верхні зуби повинні «чухати» середину язика.
- Облизування губ круговими рухами кінчиком язика.
- Підняття і опускання широко висунутого язика до верхньої і нижньої губи при відкритому роті.
- Загинання кінчика язика у вигляді шипів відповідно до носа, підборіддя, верхньої і нижньої губи, верхніх і нижніх зубів, твердого піднебіння і дна рота.
- Доторкнутися кінчиком язика до верхніх і нижніх зубів при широко відкритому роті.
- Утримання висунутого язика у вигляді човника, чашки.
- Тримання язика у вигляді чашечки в роті.
- Прикушування країв язика зубами.
- Піднімання та опускання кінчика язика, торкаючись верхньої та нижньої ясен, боки язика нахилені до верхніх бічних зубів.
- Торкання верхньої альвеоли кінчиком язика в тому ж положенні, що й язик (т-т-т-т-т).
- Послідовні рухи - пощипування язика, підняття чашкою.
- Таким чином, відпрацьовуються рухи, необхідні для правильної вимови звуків [37; 38; 32].

Утримуючи язик у високій позі протягом 1-2 секунд, нормалізується резонанс голосових звуків.

Голосні «а», «о», «и» та «е» вивчаються за допомогою серії вправ, які поступово стають звичайною (щоденною) практикою. Голосні спочатку приглушуються, потім артикуються приглушеними тонами. Це особливо корисно для підлітків, яким необхідно компенсувати рухи обличчя (стріляння біля крил носа). У перші кілька днів вправ використовуються лише літери «а», «е» та «о».

Дуже важливо, щоб дитина вимовляла звуки з відкритою артикуляцією, розтягуванням і додаванням. Язик притиснутий до нижніх зубів. Рот широко відкритий. Увага дитини зосереджується на широкому відкритті горла і відкритому вимові голосних.

При утворенні звуків рекомендується така послідовність:

- голосні: [ʌ], [e], [ɔ:], [u:]
- приголосні ковзні приголосні: [f], [s], [ʃ], [h];
- тихі дзвінки приголосні: [p], [t], [k];
- голосні ковзні приголосні: [v], [z], [dʒ];
- Вибухні приголосні: [b], [d], [g];
- Вибухові речовини: [tʃ]
- Сонора: [m], [n], [l], [r], [ŋ].

Діти спочатку вимовляють слова по складах. Слова повинні складатися тільки з правильно вимовлених звуків. Це можна контролювати, продуваючи ватний тампон біля рота дитини [6; 13; 46].

Описані вище вправи широко застосовуються в доопераційному і післяопераційному періодах. Їх систематичне виконання в доопераційний період готує дитину до майбутньої уранопластики і скорочує терміни подальшої реабілітаційної роботи. Поряд із зазначеними вправами дитині призначають електростимуляцію м'язів м'якого піднебіння (15-20 сеансів) з тривалістю кожної процедури 10 хвилин (по 5 хвилин на кожную половину м'якого піднебіння). Ефективні також вібраційний масаж бічних і задньої стінок глотки (15-20 сеансів) з тривалістю кожної процедури 5-7 хв (у положенні лежачи і сидячи), електрофорез з йодистим калієм, дибазолом і прозеринном.

Після уранопластики у дітей із вродженою вовчою губою та піднебінням часто залишаються масивні рубці в зоні піднебінних дужок, що обмежує відкривання рота та посилює назальність голосу. Загальновідомо, що в процесі звукоутворення мови об'єми ротової і носової порожнини знаходяться в зворотній залежності один від одного: чим ширше ротова порожнина при вимові звуку, тим вужча глотка, що створює сприятливі умови для закриття

піднебінно-глоткового відділу. Крім того, існує тісний зв'язок між рухами нижньої щелепи, м'якого піднебіння, глотки і гортані: чим нижче щелепа опущена, тим вище підняте м'яке піднебіння і тим ширше відкрита глотка; все це посилює роботу голосових зв'язок. Тому гімнастиці нижньої щелепи після уранопластики приділяється особлива увага. І особливо важливо синхронізувати діяльність м'язів піднебінно-глоткового кільця з діяльністю м'язових структур передніх відділів порожнини рота. Для цього важливо стимулювати м'язи піднебінно-глоткового кільця, просуваючи язик вперед у передні відділи ротової порожнини та розслабляючи корінь язика.

Гімнастика нижньої щелепи.

Вправи для стимуляції рухів нижньої щелепи:

- опустити щелепу і максимально висунути язик до підборіддя;
- опустити щелепу і висунути язик до підборіддя до упору, одночасно вимовляючи звуки «а» або «е» з жорсткий глотальний напад на себе;
- опустити щелепу й максимально висунути язик до підборіддя, одночасно пошепки вимовляючи звуки «а» чи «е» з жорстким голосовим випадом;
- опускання щелепи з подоланням сили опору (логопед притримує щелепу рукою);
- опускання щелепи з подоланням сили опору та вимовляння звуків «а» або «е» з м'яким гортовим ударом;
- опускання щелепи з подоланням сили опору та вимова звуків «а» чи «е» з м'яким голосовим ударом пошепки;
- відкрити рот і закинути голову назад;
- відкрити рот і закинути голову назад, долаючи силу опору руки логопеда, притиснутої до потилиці;
- відкривання рота і повороти голови з боку в бік;
- вимовляння ряду голосних, які потребують різного відкривання рота про себе чи пошепки: «а»– «и», «а» – «е», «а» – «о», «а» – «у», «а» – «и» – «а», «а» – «е» – «а», «а» – «о» – «а», а» – «у» – «а» тощо.

Вправи для нижньої щелепи з подоланням сили опору, з рухами голови або вимовлянням звуків «а» чи «е» з жорстким голосовим ударом, щоб активізувати піднебінно-язиковий і глотковий м'язи, зробити їх більш активними, пружними і еластичними, підготувати їх до уранопластики, а також під час післяопераційний період сприяють нормалізації артикуляції та голосоутворення. Для активізації рухів нижньої щелепи в післяопераційному періоді широко використовується механічна терапія: в ротову порожнину вводять спеціальний апарат, який регулює підйом і опускання нижньої щелепи.

Жувальну гімнастику призначають для запобігання утворення масивних рубців в зоні піднебінних дужок після уранопластики [44; 50; 52].

2.2. Корекційно - логопедична робота на формування фонематичної системи голосних у дітей-ринолаліків

Вроджена заяча губа та піднебіння ставить дитину в життєву ситуацію, яка кардинально відрізняється від ситуації типових дітей. Народження дитини з таким порушенням розвитку є психологічно травмою для матері. Вона постійно мучиться почуттям розпачу та безпорадності, перебуває у стані постійного емоційного стресу. Все це розриває симбіотичні зв'язки, які передбачають безпосередню емоційну взаємодію між матір'ю і дитиною. Провідні порушення діяльності даного віку зумовлюють психологічно-мовленнєве недорозвинення. Діти демонструють низьку звукоутворювальну активність; звуки, які видає дитина, монотонні та інтонаційно рівні.

Вроджена заяча губа і піднебіння впливає на умови перебігу долінгвістичного розвитку дитини. Передмовні вокалізації не формуються вчасно і в повному обсязі. Дитина позбавлена інтенсивного лепету і природної «артикуляційної» гри. Це негативно спрощує етап попередньої «настроювання» голосового апарату. Звуки, які видає дитина, набувають носового відтінку,

позбавлені голосу і не отримують слухового підкріплення через порушення потоку повітря, а саме посилення потоку повітря через ніс під час мови.

Порушення будови велоглотки призводить до компенсаторного зміщення зон артикуляції та пошуку зручного місця артикуляції; внаслідок цього формуються неправильні форми звукосприйняття. Посилення неадекватних артикуляцій обумовлено також патологічним положенням язика і глотки: кінчик язика відтягнутий від нижніх передніх зубів, спинка язика піднята і відтягнута в ротовій порожнині, а глотка піднята. Рухи язика, губ і щелепи обмежені внаслідок компенсаторного напруження їх мускулатури. Дитина майже не відчуває положення і руху органів артикуляції. Розпливчастість «рухових образів» посилює дефект звукоутворення і може збивати хід лексичного розвитку, оскільки ускладнюються умови формування асоціацій між вокально-сисловою стороною слова, що, в свою чергу, призводить до недорозвинення вищих психологічних процесів.

Анатомічні порушення органів мовлення викликають компенсаторне зміщення зон артикуляції та стимулюють пошук зручного місця артикуляції; внаслідок цього формуються неправильні форми звукосприйняття.

Таким чином, ми можемо спостерігати недиференційовану артикуляцію голосних з нечітким протиставленням звуків за висотою, задністю та лабіалізацією.

Голосна «а» артикулюється при майже закритому роті, злегка піднятою спинці язика і відведеному назад кінчику язика. Артикуляція задніх близьких середніх голосних «у», «о» характеризується надмірним підняттям язика та неадекватною лабіалізацією, що наближає ці звуки у вимові. Передній середній голосний «е» вимовляється з надмірним підняттям лопатки і спинки язика і втягуванням його кінчика; отриманий звук дуже близький до звуку «и». При вимові переднього близького голосного и кінчик язика втягується, що робить вимову цього звука подібною до звуку «у».

Усі голосні вимовляються носовим тоном: «а» – найменш назалізований звук, «и», «у» – найбільш назалізований.

Нездатність відтворити артикуляційні фонологічні протиставлення в голосних і неадекватний резонанс голосу перешкоджають чіткому розумінню звуків у мовленні дитини.

Відсутність сформованих кінестетичних уявлень не дозволяє дітям використовувати відмінності в артикуляції для усвідомлення звукового складу слова; цей факт пояснює, чому вони часто змішуються і замінюють голосні. У більшості випадків в усному мовленні спостерігається неадекватне розрізнення членів опозиційних пар голосних фонем («а»-«о», «о»-«у», «у»-«и» та ін.). Але заміна і плутанина, що відображають більш складні фонематичні відносини, також зустрічаються; вони можуть призвести до грубої деформації усного мовлення.

Діти при вимові звуку не відчувають розташування язика, губ і щелепи. Тому артикуляційну гімнастику слід проводити не за прямою словесною вказівкою дорослого, а опосередковано, шляхом виявлення певного артикуляційного руху, положення чи звуку за допомогою ігротерапії. Непрямі методи передбачають широке використання іграшок, казкових масок, трафаретів, імітаційних звукових доріжок (спів птахів або тварин), віршиків, ігор з розповідями, казками та текстами для драматизації.

Якщо уранопластика виконується в дошкільному віці, можна використовувати довільні цілеспрямовані вправи.

Щоб зробити м'яке піднебіння більш еластичним і гнучким, можна використовувати *пасивний* і *активний* масаж пальцями.

Пасивний масаж пальцями.

Два види пасивного масажу може бути використано.

1. Великим пальцем правої руки вздовж лінії операційної рани на піднебінні, починаючи від верхніх передніх зубів до м'якого піднебіння і праворуч і ліворуч від межі між твердими і м'яке піднебіння. У результаті систематичних занять дитина повинна продемонструвати фарингеальний рефлекс (також відомий як блювотний рефлекс), який вказуватиме на те, що м'яке піднебіння почало нормально функціонувати. З цього часу логопед

зосереджується на дитині звертає увагу на виникнення глоткового рефлексу та пояснює його роль у процесі нормалізації мовлення. Дитина навмисно намагається викликати блювотний рефлекс; в результаті м'язи м'якого піднебіння і задньої стінки глотки відповідають швидким скороченням.

2. Великим пальцем правої руки зробіть обережні погладжувальні, поширювальні спіралеподібні рухи по межі між твердим і м'яким піднебінням. Після цього відбувається рефлекторне скорочення м'язів глотки і м'якого піднебіння, що може служити певним видом м'язової гімнастики.

Активний масаж пальцями. Також можна використовувати два види активного масажу.

1. При тривалій вимові звуків «а» або «е» здійснюють ніжні погладжувальні, розгортаючі спіралеподібні рухи по лінії операційної рани на піднебінні.

2. Виконують сильні штовхальні рухи великого пальця м'язів м'якого піднебіння, при цьому дитина коротко і різко вимовляє звуки «а» або «е».

Два останніх види масажу більш ефективні, оскільки скорочення піднебінно-глоткових м'язів в цьому випадку досягається не тільки шляхом пасивних механічних подразнень, а й активними рухами, викликаними безпосередньо фонацією. Масаж починається з хвилинних сеансів 5 разів на день і доходить до 10 процедур на день по три хвилини кожна.

Необхідно масажувати під'язикові м'язи: вони розташовані в групі м'язів шиї, а отже, їх стимуляція спровокує активність піднебінно-глоткових м'язів.

Стимуляція м'язів під'язикових м'язів. Погладжуючий масаж.

Рот широко відкритий; кінчик язика тягнеться до підборіддя. Безперервні погладжувальні рухи виконуються по спинці язика. Рухи відбуваються як горизонтально, так і вертикально. За безперервними рухами (8-10 разів) слідує безперервний.

Вібраційний масаж.

Рот широко відкритий; кінчик язика тягнеться до підборіддя. Тонкими, швидко змінними тремтливими рухами наносяться на спинку язика. Рухи

ритмічні, йдуть один за одним у швидкій послідовності, що викликає скорочення м'язів глотки, робить їх пружними і еластичними.

Стимуляція піднебінно-глоткової мускулатури.

Для активізації роботи піднебінно-глоткових м'язів поряд з масажем часто використовують гімнастику. Для стимуляції піднебінно-глоткових м'язів можна використовувати такі вправи:

- стимуляція кореня язика язикодавцем для рефлекторного скорочення піднебінно-глоткових м'язів;
- імітація жування, щоб викликати енергійне скорочення м'язів задньої стінки глотки, гортані та м'якого піднебіння;
- ковтання невеликими порціями води або імітація ковтальних рухів, щоб підняти м'яке піднебіння вище і активніше скорочувати м'язи задньої стінки горла (послідовні ковтальні рухи подовжують час підняття м'якого піднебіння);
- кашель з метою активізації скорочення піднебінно-язикових дужок і задньої стінки глотки (при кашлі відбувається повне закриття піднебіно-глотки).

Довільне покашлювання повторюється 2-3 рази протягом одного вдиху. При цьому має бути збережено повне змикання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки, а потік видихуваного повітря має бути спрямований через порожнину рота. Спочатку кашель рекомендується виробляти з висунутим язиком, щоб корінь язика не повертався назад і торкався глотки. Після цього практикують покашлювання з довільними паузами (рахунок 1–2, 1–2–3, 1–2–3–4 і т. д.), під час яких зберігається змикання між м'яким піднебінням і задньою стінкою глотки. Систематичне виконання цих вправ привчає дитину активно піднімати м'яке піднебіння, утримувати його в цьому положенні і направляти потік повітря через рот;

- імітація позіхання: дитина широко відкриває рот і сильно втягує повітря (у повторних вправах позіхання не супроводжується відчутним вдихом);
- імітація блювотного руху; спочатку виконується з висунутим язиком, що активізує м'язи піднебінно-язикових дужок і задньої стінки глотки;

- імітація свисту;
- спів голосних а, е, о, у;
- вимовляння голосних а, е та їх сполучень вголос:
а – е, а – е – а, а – е – е – е,
е – а, е – а – е, е – а – а – а.

Дитина вимовляє їх 2-3 рази по черзі напівголосно з широко відкритим ротом і торкаючись кінчиком язика нижніх передніх зубів (вправа повторюється до 12-15 разів на день);

- полоскання горла теплою водою невеликими порціями при злегка закинутій назад голові;

- закидання голови назад, долаючи силу опору (логопед кладе руку на потилицю дитини і просить дитину закинути голову назад);

- опускання голови з подоланням сили опору (логопед кладе руку на чоло дитини і просить дитину швидко опустити голову);

- закинути голову назад і опустити її, одночасно притиснувши підборіддя до обох стиснутих кулаків;

- висунути язик до підборіддя, а потім підтягнути його до рота, долаючи силу опору (дитині пропонують висунути язик до підборіддя, а потім втягнути його в рот; логопед намагається утримати язик поза ротом, злегка потягнувши за це рукою).

Вправи, засновані на подоланні сили опору, активно стимулюють до діяльності піднебінно-глоткові м'язи, роблять їх пружними і еластичними, збільшують об'єм м'язів глотки. Це, в свою чергу, посилює піднебінно-глоткове змикання після уранопластики навіть у випадках укорочення м'якого піднебіння. В результаті знижується назальність голосу. За одне заняття виконується 3-4 вправи. Кожну вправу рекомендується виконувати 2-4 рази по 6-8 занять на день.

Максимальна рухова активність м'язів піднебіння спостерігається при ковтальному рефлексі; тому вправи на його стимуляцію необхідно включати в

кожне тренування. Якщо дитина не може викликати його самостійно, їй допомагає логопед, торкаючись язиком до задньої стінки горла.

Від ринолалії страждає не тільки тембр голосу. Вроджена вовча губа і піднебіння викликає системні порушення всього рухового голосового апарату: енергетичного, генеруючого і резонаторного (Алмазова Є. С., Вансовська Л. І., Єрмакова І. І., Іпполітова А. І. та ін.). Тому порушення тембру, модуляції, висоти, тону, інтенсивності, гучності та проекції голосу є основними характерними ознаками розладів мовної функції.

У цьому контексті комплексний ортофонічний метод, що складається з поєднання артикуляційних, дихальних і голосових вправ, виявляється найбільш придатним методом корекції голосу у випадках ринолалії.

Зміст цієї методики для дітей з ринолалією розроблено та апробовано А. В. Доросинською. Відновлення рухової функції всіх ланок голосового апарату та розвиток рухової сфери здійснюється на уроках фоноритміки.

Фонологритміка – це метод, який передбачає міждисциплінарний підхід до реабілітації дітей, заснований на інтеграції методів фонопедії та логоритміки.

В основі навчання лежить принцип комплексного відновлення і розвитку голосового апарату в його найтіснішому взаємозв'язку з розвитком рухової сфери. Фонологритміка залучається до реабілітаційної діяльності на наступних етапах.

1. На підготовчому етапі, який передбачає розвиток, виховання та реабілітацію немовленнєвих процесів (психологічної основи мовлення); робота, спрямована на формування діафрагмального дихання, розміщення язика в передніх зонах ротової порожнини, а також робота, спрямована на формування артикуляційного праксису та голосної та приголосної фонації під музико-руховий супровід.

2. На етапі формування первинних артикуляційних навичок і навичок (етап розвитку, автоматизації, диференціації голосних і приголосних звуків,

корекції управління голосом і формування навичок правильного стереотипу голосу.

3. На етапі формування комунікативних навичок і навичок, що передбачає закріплення рухових, голосових, дихальних і мовленнєвих навичок, розвиток мовної просодики, закріплення навичок правильного використання звуків у різних мовленнєвих і комунікативних ситуаціях.

Зміст занять складається з практичного матеріалу, який дозволяє вчителю через розвиток і взаємодію слуху, зорового і моторного сприйняття передати дитині образ звуку, його фізичну матеріальну сутність. Це полегшує представлення звуку як фонем.

Матеріалізація звукового образу досягається за рахунок:

- шляхом представлення функціональної іграшки або конкретного персонажа гри. Кожен звук асоціюється з конкретним ігровим образом, наприклад, звук ж асоціюється з образом жучка чи їжачка (оскільки в назвах цих живих істот у мові є звук ж);
- через введення ігрових вправ, що дозволяють вчителю пов'язати звук з комплексом артикуляційних, дихальних і рухових вправ, об'єднаних загальною ігровою схемою уроку.

Для формування правильного фонаційно-артикуляційного образу звуку автор використовує специфічні рухи та певні позиції дитини, що пов'язано з необхідністю:

- розслабити корпус і м'язи глотки;
- відновити м'язовий тонус;
- зміщувати патологічні положення язика в передні зони резонатора ротової порожнини, що сприяє виникненню правильно спрямованого ротового повітряного потоку, нормалізації фонації видиху, попередженню гіперназальності та профілактиці та відновленню гортаноглоткового суглоба.

Наприклад, під час заняття діти займають положення лежачи або стоять на четвереньках, коли їх руки і ноги перетворюються на лапи тварини («Я –

їжачок», «Я – цуценя», «Я – маленька собачка). ») і виконувати відповідні рухи).

Музика і рухи, які виконуються на уроках, поглиблюють образи характеру, роблять їх рельєфнішими, створюють гарну атмосферу, сприяють більш конкретному сприйняттю, розвитку музичного слуху, висоти звуку, тембрового і динамічного сприйняття, розширенню вокального діапазону.

Систематичні заняття включають вправи в грі дітей на музичних інструментах, які продовжують видавати звук ще довго після удару (дзвіночки, металофон, ложки, тарілки тощо). Фортепіано також відноситься до цих інструментів. Діти грають спочатку, натискаючи одну клавішу, намагаючись відтворити ритмічний малюнок музичного твору. Потім дітей навчають відтворювати прості мелодії, що складаються з двох-трьох сусідніх звуків. Позитивний ефект інструментальних вправ полягає в активізації сприйняття тривалості, інтенсивності та частоти звуку, сприйняття тембру і ритму.

Таким чином, зміст роботи, спрямований на формування голосової функції, реалізується автором за допомогою фонологритміки, яка спрямована на відновлення функціональних взаємовідносин між усіма ланками голосового апарату [44; 45; 40].

2.3.Словниковий запас дітей дошкільного віку з ринолалією

Порушення лексико-граматичного мовленнєвого ладу є основним дефектом у структурі загального недорозвитку мовлення (далі ЗНМ), оскільки у дітей пізніше починає формуватися мовленнєвий лад, який характеризується мінімальною кількістю слів, аграматичними та фонетичними вадами мовлення [23, с. 16].

Порушенням формулювання словникового запасу в дітей ЗНМ вважається тоді, коли є наявна обмеженість слів, при різниці об'єму знань пасивного та активного словника, а також при неточному використанні слів.

Дітям не вистачає розуміння значення великого обсягу слів, тобто об'єм пасивного знання слів зводиться до норми. Але, використовуючи слова в експресивному мовленні, а саме: згадування слів і їх використання викликають великі та серйозні труднощі. Це проявляється в тих випадках коли діти не знають значення багатьох слів, які б наприклад для свого віку мали б знати.

Спостерігається різниця у вимові та актуалізації словника в дітей з нормальним мовленнєвим розвитком та з порушенням, особливо під час відтворення предикативних слів (дієслів, прикметників). Коли йде мова про використання прикметників в побутовому житті дитини з ЗНМ і ровесника з нормальним розвитком, то першому складає великі труднощі у використанні таких слів, як вузький, кислий, пухнастий, гладкий та ін., а коли йде мова про використання дієслів, то зазвичай це слова що використовуються в щоденних побутових діях (їсти, пити тощо).

Складніше засвоюються слова узагальнюючого характеру, тобто такі що означають стан, якість, оцінку, ознаку та ін.

Варто звернути увагу на те, що формування граматичної будови при загальному недорозвитку мовлення виявляється тяжчим в оволодінні ніж вивчення активного та пасивного словників, це можна пояснити тим, що лексичні значення не є такими абстрактними як граматичні, натомість як граматична система мовлення включає в себе велику кількість правил [29].

Як правило, відомо, що в дітей з нормальним мовленнєвим розвитком і в дітей з ЗНМ граматичні форми словотвору, словозміни, типи речень з'являються у тій же послідовності, просто в діти з ЗНМ оволодівають це в сповільненому темпі, їх темпі, відбувається своєрідна дисгармонія розвитку морфологічної і синтаксичної систем, семантичних і формально-мовленнєвих компонентів. В них присутні труднощі у висловленні думки за допомогою комбінування граматичних значень.

Важливим аспектом в педагогіці та психології є мовленнєвий розвиток, це основа навчання та виховання. Важливим завданням мовленнєвого розвитку

є формування лексико-граматичної будови, адже в житті дошкільника грає не аби яку роль розуміння мовлення дорослих та своїх однолітків, а для цього є необхідним оволодіти достатнім словниковим запасом.

Узагальнюючи вище сказане, ми дізналися, що діти з загально недорозвиненим мовленням, неправильно опановуючи власне мовлення, не розуміючи як правильно формулювати власну думку та вміти її висловлювати стикаються з порушенням лексико-граматичної будови мовлення, що може призвести до більш серйозних порушень, таких як, порушень морфологічної структури слова і синтаксичної структури речення [15; 19].

Говорячи про ринолалію, варто зазначити, що першою проблемою з якою стикається дитина при спробі заговорити, є порушення звуковимови і тембру голосу, яке зумовлене в анатомо-фізіологічними вадами артикуляційного апарату, яка відрізняється від норми [26]. Ринолалії притаманне спотворення вимовляння усіх звуків рідної мови. При ринолалії лікарі рекомендують хірургічне втручання, яке дасть візуальний результат, а також логопедичну-корекційну роботу для активізації та розробки м'язів піднебіння, шиї, щоки, язика для постановки звуків.

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

Логопедичні заняття з дитиною необхідно починати в доопераційний період, щоб уникнути серйозних змін у функціонуванні органів мовлення. На цьому етапі підноситься активність м'якого піднебіння, нормалізується положення кореня язика, посилюється м'язова діяльність губ, виробляється спрямований ротовий видих. Усе це створює сприятливі передумови для підвищення ефективності операції та подальшої корекції. Через 15-20 днів після операції спеціальні вправи повторюють, але на цьому етапі основною метою занять є розвиток рухливості м'якого піднебіння [14]. Дану логопедичну-корекційну роботу ми розглянули в попередніх розділах.

Очевидно і зрозуміло, що для того, щоб дитина накопичувала словарний запас, вона має знати і вміти вимовляти звуки і букви, в даному випадку діти ринолаліки. Постановка звуків при ринолалії достатньо довгий процес, і корегується під кожну дитину індивідуально, тому що, діти по різному розвиваються і в усіх свої особливості. Вправи які слід робити і використовувати в своїй логопедичній діяльності представлені вище.

Наступний крок, який має зробити дитина це почати засвоювати слова, словосполучення, речення, і варто вчити з малого обсягу матеріалу нарощуючи потроху. На цьому етапі важлива підтримка логопеда та родичів. Батькам варто приділити мовленню дитини значну увагу, адже їм потрібно не тільки слідкувати за правильністю вимови звуків і букв, а й побудови слів, або навіть речень. Дітям, важливо відчувати підтримку і стимул починаючи з такого малого віку, це і є двигун руху.

Вимова звуку при ринолалії повністю порушується, попри те, що деякі особливості артикуляції можуть бути близькі до норми. Фонетико-фонематичні порушення є основним дефектом структури мовленнєвої діяльності, а первинними вважаються порушення фонетичного оформлення мовлення (А. Іпполітова). Можна зазначити, що особливості формування усного мовлення дітей з ринолалією можуть бути причиною порушення формування інших мовленнєвих процесів.

Щодо словникового запасу та граматичних аспектів мовлення при ринолалії О. Пай та В. Синяк вказують, що лексико-граматичне порушення зі сторони мовлення у дітей з ринолалією зумовлене не лише анатомічним дефектом обличчя, а й недоліками сімейного виховання, відсутністю можливостей корекційного навчання, вплив середовища, компенсаторні можливості, стан психічного здоров'я тощо [39].

Коли діти відчують труднощі в формулюванні власної думки, для передачі точного змісту, у випадку використання розгорнутого зв'язного мовлення, вони в основному намагаються використовувати спрощені форми власного висловлювання, при цьому добре розуміючи лексичне значення слів.

Особливості формування словникового запасу та письма спричинена несформованістю фонематичного ладу мови внаслідок порушень звуковимови. В такому випадку, ті звукові образи, які дитина засвоїла у своїй свідомості - неповноцінні, а отже вони не можуть стати основою для формування словникового запасу та писемного мовлення. Зв'язок між порушеннями письма і дефектами артикуляційного апарату може бути різним. До початку навчання грамоти, дитина має оволодіти чітким і зрозумілим мовленням, в такому випадку розвиток звуко-буквеного аналізу буде успішним. Але якщо дитина з ВНГП ще до навчання в школі, в старшій групі закладу дошкільної освіти, відчуває труднощі з вимовою звуків і їх озвучуванням, це, безсумнівно, спричинить специфічні порушення письма. Прояви дисграфії залежать від ряду факторів: вираженості дефекту артикуляційного апарату, соматичного і психологічного стану дитини, її компенсаторних можливостей, характеру і тривалості логопедичної роботи, участі сім'ї у вихованні дитини [42].

Отже, в структурі мовленнєвої діяльності при ринолалії основною ланкою розладу є дефект фонетико-фонематичної будови мови, а первинним – порушення фонетичного оформлення мови. Цей первинний дефект певною мірою впливає на формування лексико-граматичної будови мовлення, але глибокі якісні зміни зазвичай проявляються лише при поєднанні ринолалії з іншими мовленнєвими порушеннями [26].

ВИСНОВКИ

Ефективність логопедичної та корекційної роботи з подолання ринолалії багато в чому залежить від результатів операції, а саме, наскільки вдалося відновити анатомічну будову твердого і м'якого піднебіння, а також як добре вдалося забезпечити рухливість м'якого піднебіння. Не варто забувати, що для отримання позитивного результату, велику роль має психофізіологічний стан дитини, особливості її поведінки і характеру, ставлення до занять; також важливою ланкою є ступінь допомоги логопеду з боку батьків.

При вивченні та аналізі літературних джерел, було виявлено, що більшість авторів приділяють основну свою увагу двом формам ринолалії (відкрита і закрита) описуючи їх, тим самим нехтуючи змішаною формою. Також, більшість праць присвячена ринолалії органічного походження, яка викликана незрощенням губи та піднебіння, натомість функціональній формі приділяється незначна кількість робіт. З історії ринолалії ми дізналися, що перші праці і шляхи подолання ринолалії тільки хірургічним шляхом були написані лікарями, проте виправити позитивно фонетичне оформлення мовлення та зберегти усі функції вони були нездатні. З часом, більша частина авторів останніх десятиліть, притримуються думки, що для корекції такого мовленнєвого порушення як ринолалія, варто використовувати мультидисциплінарний підхід, тобто необхідно залучати, як медичних працівників (щелепних хірургів, стоматологів, отоларингологів, неврологів, ортодонтів та ін.), так і педагогічних (логопедів, психологів, дефектологів), як в доопераційний, так і в післяопераційний період.

Розкрито сутність «*ринолалії*» - що, в перекладі означає розмова через ніс, або захриплість, що відображає лише зовнішні прояви захворювання. Варто зазначити, що коли йде мова про ринолалію, то першою проблемою з якою стикається дитина при спробі заговорити, є порушення звуковимови і тембру голосу, яке зумовлене в анатомо-фізіологічними вадами артикуляційного апарату, яка відрізняється від норми. Їй притаманне спотворення вимовляння

усіх звуків рідної мови. Також, таке порушення як ринолалія є тяжким, воно впливає негативно не тільки на мовленнєвий апарат та створення словникового запасу у дитини, а ще і на фізіологічний, психоневрологічний та соціальний розвиток. В роботі детально описано форми ринолалії, а саме: *відкриту, закриту та змішану*.

Розглянуто та перераховано психолого-педагогічні характеристики дітей ринолаліків. Коли йде мова про *фізіологічну характеристику* з ринолалією, розуміють несприятливі умови для її фізичного розвитку. Причому чим ширше дефект, тим більше порушень буде відчувати організм дитини в процесі свого розвитку. При *психоневрологічній характеристиці* у дітей-ринолаліків спостерігається багато розладів психоневрологічного стану. Неврологічні розлади, різноманітна дифузна неврологічна мікросимптоматика. Нерідко присутні мікроорганізмі ураження головного мозку, ознаки раннього ураження та дисфункції центральної та вегетативної нервової системи: головні болі, втрата пам'яті; розлади сну; порушення глибокої чутливості та ін. Більшість дітей не мають грубих органічних симптомів, але мають лабільність настрою, слабкість активного гальмування. При ринолалії мова розвивається пізно (перші слова з'являються ближче до двох років і значно пізніше) і має якісні характеристики. Звертаючи увагу на *особливості дихання* ринолаліків, зауважимо, що при ринолалії фізіологічне дихання найчастіше поверхневе - грудне або ключичне, тим самим порушується співвідношення між вдихом і видихом. Зменшується життєва ємність легень, відстає в розвитку грудна клітка. При *особливості суглоба* спостерігається неправильне співвідношення м'язів у всьому артикуляційному апараті, а також зміна взаємодії м'язів периферичного кінця мовно-рухового аналізатора.

В роботі зазначено, що логопедична робота без хірургічного втручання, або навпаки хірургічне втручання без післяопераційної логопедичної роботи, не дасть бажаного результату, а саме: вимову звуків, зміцнення ротової порожнини, збагачення словникового запасу та ін. Основною особливістю логопедичної роботи по відновленню голосу у дітей з ринолалією є те, що

справжня голосова робота не може існувати ізольовано і може бути відокремлена від комплексу інших корекційних впливів. Його вміле поєднання з іншими логокорекційними, терапевтичними, психотерапевтичними, психолого-педагогічними та соціальними впливами на особистість дитини з ринолалією – це те, що може дати позитивний ефект. В роботі розглядалося вправи та методики логопедичної підготовки, яка поділяється на два етапи: доопераційний і післяопераційний – такий поділ є необхідним, коли йде мова про уранопластику. Даний розподіл є важливим, тому що в доопераційний період, весь логопедичний супровід зосереджений на: формування вміння приймати різні артикуляційні положення відповідно до досліджуваного звуку; зміщення артикуляційного фокусу в передні відділи ротового резонатора; стимуляція рухів кінчика та середньої (передньої) частини язика; розвиток диференційованих кінестетичних уявлень; тренування м'язів голосового апарату для наступаючої уранопластики; розвиток правильної вимови та фонематичного ладу мови (фонематичний розбір і звуковий розбір); розвиток дихання. У післяопераційному періоді важливу роль у нормалізації фонетичної системи мови відіграє стан м'язів піднебіння та глотки. Тому особливу увагу слід приділяти вправам, що дозволяють розслабити та активізувати піднебінні та глоткові рефлексії після уранопластики. Також після уранопластики у дітей із вродженою вовчою губою та піднебінням часто залишаються масивні рубці в зоні піднебінних дужок, що обмежує відкривання рота та посилює назальність голосу. Корекційна робота може бути найбільш сприятливою лише за умови високої професійної компетентності спеціалістів і правильно підбраного комплексу логопедичних методик. І головним у будь-якій роботі має бути принцип педагогічного оптимізму, адже завдяки йому фахівець може дати дитині відчуття впевненості у своїх силах і стимулювати її до цілеспрямованого руху для подолання вад мовлення.

СПИСКИ ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бірюкова В. В., Туренко Н. М. Масаж піднебіння в післяопераційний період при ринолалії. Харківський природничий форум: I Міжнародна конф. молод. учен. Харків. 2018. С. 46-47.
2. Бондаренко Н. Нові підходи до корекційної роботи з дітьми-логопатами. Поєднання загальноприйнятих артикуляційних вправ із нетрадиційними для вдосконалення артикуляційної моторики. Дефектолог. 2012. № 10 (70).
3. Гаврилова Н. С. Нейропсихологічна структура та механізми порушення фонематичних процесів у дітей із дислалією, ринолалією та дизартрією. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. 2010. С. 120-127.
4. Гаврилова Н.С. Методика формування моторної готовності до оволодіння правильною вимовою фонему дітей із дислалією, ринолалією та дизартрією. Проблеми сучасної психології. № 15. 2012.
5. Гришина О. В. Формування мовленнєвої компетентності дітей з ринолалією. Логопед. № 2 (26). С. 6-13.
6. Дубиніна Є.А. Методики до- та післяопераційного логопедичного навчання дітей із вродженими незрощеннями піднебіння. Дефектологія. 1999. №2.
7. Конопляста С. Агреговані результати дослідження функціональної системи мови та мовлення дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Дефектологія. №1. 2011. С. 38-42.
8. Конопляста С. Розвиток дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Теорія та практика. Київ. 2008. 212 с.
9. Конопляста С. Ю. Ринолалія від А до Я: монографія. Київ, 2015. 312 с.
10. Конопляста С.Ю. Вроджені щілини піднебіння та їх вплив на психофізичний розвиток дитини. Педагогіка та методики спеціальні: Зб. наук.

ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова. Київ: Вид-во НПУ ім. Драгоманова, 2001. Вип.1.

11. Конопляста С.Ю. Проблеми корекції мовленнєвого розвитку дітей із вродженим незрощенням губи і піднебіння в системі комплексної реабілітації. *Дефектологія*. 2006.

12. Конопляста С.Ю., Сак Т.В. Логопсихологія. К.: Вид-во Знання, 2010.

13. Косарева Г., Драгун Я. Корекційно-відновлювальна робота з розвитку пасивного та активного словника у дошкільників із ринолалією. Актуальні проблеми дошкільної та спеціальної освіти. Рівне. 2020. С. 92-94.

14. Кравченко А. І., Мороз Л. В., Стахова Л. Л., Кравченко І. В.. Корекція ринолалії у дітей за допомогою акупресури (точкового масажу). Суми. 2021. 57 с.

15. Молошна І. А. Ласточкіна О. В. Особливості розвитку лексико-граматичної сторони мовлення із загальним недорозвитком мовлення. Сучасні проблеми логопедії та реабілітації : матеріали V Всеукр. заоч. наук.- практ. конф. (5 квіт. 2016 р., м. Суми). Суми. 2016. С. 119–123.

16. Петрук Л., Будько К. Комплексний підхід до подолання ринолалії. Актуальні проблеми дошкільної та спеціальної освіти. Рівне. 2020. С. 193-194.

17. Петрук Л., Войчук Т. Зміст корекційної роботи логопеда з дітьми з ринолалією в післяопераційний період. Актуальні проблеми дошкільної та спеціальної освіти. Рівне, 2020. С.197-199.

18. Потапенко В.С. Логопедична робота з корекції звуковимови при відкритій ринолалії у здобувачів освіти початкового рівня». Альманах. Магістерські студії. Випуск 16. – Херсон : Видавництво ХДУ, 2021.

19. Пугакова В. Ф. Порухення лексичної і граматичної сторони мовлення в дітей із ЗНМ. Логопед в детском саду. 2013. № 7. С. 8.

20. Рібцун Ю. В. Лінгвістична підготовка дітей із тяжкими порушеннями мовлення до шкільного навчання In: II International scientific conference «Modernization of the educational system: world trends and national

peculiarities» : Conference proceedings, February 22th, 2019 Izdevnieciba «Baltija Publishing», c. Kaunas, 2019, Lithuania, С. 471-474.

21. Рібцун Ю.В. Розвиток емоційної сфери дітей із порушеннями мовленнєвого розвитку. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови: збірник наукових праць. Вип. 16. Київ. 2020. С. 205-222.

22. Самойлова І., Мартянова Т., Немченко Я. Шляхи корекційної роботи з відкритою ринолалією у дітей. Perspectives of world science and education. Osaka, Japan: CPN Publishing Group. 2020. P. 744-749.

23. Соботович Є. Ф. Нормативні показники мовленнєвого розвитку дитини дошкільного віку. Дефектологія. 2003. № 2. С. 15-19

24. Харьков Л.В., Яковенко Л.М. Ефективність логопедичного навчання за раннього хірургічного відновлення піднебіння . Дефектологія. 1998. №4.

25. Хрестоматія з логопедії. Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринолалія / за ред. М.К. Шеремет, І.М. Мартиненко. Київ. 2008. 380 с.

26. Шеремет М.К. Логопедія: підручник. Київ: Видавничий Дім "Слово", 2010. 376 с.

27. Anokhina A.V. Early detection and rehabilitation of children with disorders of the formation of the dentoalveolar system. Manual. Kazan: Medisina. 2004. P. 184.

28. Anokhina A.V. Elimination of bad habits and dysfunctions of the dentoalveolar system in children: Manual. Kazanskiy gosudarstvennaya medisinskaya akademiya. Kazan: Prayd. 2009. P. 52.

29. Ayupova M.Yu., Aripova Sh.D. We pronounce and write correctly: Manual – Tashkent: Uzbekiston Milliy Faylasuflar Jamiyati Nashriyoti. 2015. P. 236.

30. Balandina E.A. Risk factors for the birth of children with cleft lip and palate in the Perm region, Logoped. 2010. P. 4, 6-11.

31. Bergendal B., Ekman A., Nilsson P. Cleft lip and palate. Int. J. Oral Maxillofac. Implants. 2008. Vol. 23, 3. P. 520-524.

32. Bodea Hațegan C. Tulburări de voce și vorbire. Evaluare și intervenție, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană. 2013.
33. Byrd H.S., Salomon J. Primary correction of the unilateral cleft nasal deformity. *Plast. Reconstr. Surg.* 2009. Vol. 106, 6. P. 1276-1286.
34. Carolina Bodea Hategat. Logopedia. Terapia tulburarilor de limbaj. Structuri deschise. 546 p.
35. Guțu M. Logopedie, curs litografiat, Cluj-Napoca: Universitatea Babeș-Bolyai. 1974.
36. Hovyan G., Nakobyan A. The peculiarities of speech therapy with regard to correction of rhinolalia in postoperativeperiod. *American Journal of Special Education.* 4(1). 2016. P. 80- 85
37. Ionescu A., MoNet D. Gimnastica medicală. Bucure"ti: All. 1992.
38. Karimov, N. R. A True Successor of Great Central Asian Scholars. *Journal «Bulletin SocialEconomic and Humanitarian Research.* 2020. Vol 7. P. 62-69.
39. Kohlberg L. The psychology of moral development. Essays on moral development. San Francisco: Harper & Row. 1984. Vol. 2.
40. Lance R Hoover, Dennis L Febinger, Henry F Tripp. Rhinolalia: an underappreaciated sign of pneumomediastinum. *The Annals of thoracic surgery.* 2000. № 69(2). P. 615-616.
41. Moldovan I. Corectarea tulburărilor limbajului oral, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană. 2006.
42. Papadiochos I., Sarivalasis S-E., Papadogeorgakis N. Acute hyponasality (closed rhinolalia) and craniomaxillofacial fracture suggest the coexistence of retropharyngeal emphysema and pneumomediastinum. *Craniomaxillofacial trauma reconstruction.* 12(1). 2019. P. 70-74.
43. Peterson-Falzone S.J., Trost-Cardamone J.E., Karnell M.P., Hardin-Jones M.A. *The Clinician's Guide to Treating Cleft Palate Speech*, Missouri: Mosby Inc. 2006.

44. Repina Z. A. Logopedic work towards formation of the phonemic system of vowels in children with open rhinolalia. *Special education*. 2017. № 1.
45. SAIDAZIMOVA, U. T. The issue of two women in the korean art world. *Journal of Contemporary Issues in Business and Government*. 2021. Vol, 27(3). P. 304.
46. Shakhnoza D. Shokirova. Formation of speech sound of children with rhinolalia after uranoplasty. *Current research journal of pedagogics (issn –2767-3278)*. Volume 03 issue 02. P. 34-41.
47. Sharp P.D. An Instrument for Multiparameter Assessment of Speech, Doctoral Thesis, University of Kent, Canterbury. 2000.
48. Shokirova S. D. Algorithm for checking the intonational expressiveness of speech in children with rhinolalia. *Bola va Zamon – Child and Time*. Tashkent 2021. P. 3, 65-68.
49. Shokirova, S. (). Developing Speech Breathing in Birth Clefts of Upper Lip and Palate. *International Journal of Progressive Sciences and Technologies*. 2020. Vol 19(1) . P. 298-301.
50. Southby L, Harding S, Phillips V, Wren Y, Joinson C. Speech input processing in children born with cleft palate: A systematic literature review with narrative synthesis. *Int J Lang Commun Disord*. 2021 Jul; 56(4):668-693. doi: 10.1111/1460-6984.12633.
51. Verz Emil. *Tratat de logopedie*. Volumul 1. 2003. 393 p.
52. Ziyamuhamedov, J.T. Reflection of real life through the bizarre and supernatural in the classic prose of the far east. *ACADEMICIA: AN INTERNATIONAL MULTIDISCIPLINARY RESEARCH JOURNAL*. 2021. Vol 11(1). P. 1268-1273.

ДОДАТКИ

Додаток А

Картка обстеження дитини з ринолалією

Заклад: _____ № _____

Дата обстеження: _____

Загальні відомості про дитину:

Прізвище _____

Ім'я _____

По-батькові _____

Дата народження _____

Стать _____

Домашня адреса _____

Коли вступив до закладу* _____

Хто видав направлення* _____

Хто дає дані про дитину _____

Анамнестичні дані про дитину:

Склад сім'ї _____

Дані про батьків:

Батько (прізвище, ім'я, по батькові, вік, освіта, професія, місце роботи)

Мати (прізвище, ім'я, по батькові, вік, освіта, професія, місце роботи)

Відомості про інших членів сім'ї _____

Відношення до дитини в сім'ї _____

Відношення дитини до свого дефекту _____

А) Вагітність:

Стан здоров'я матері під час вагітності _____

Перенесені захворювання, токсикози _____

Аборти _____

Викиди _____

Від якої вагітності _____

Протікання пологів (нормальні, передчасні, затяжні) _____

Наявність пологових травм _____

Стан дитини при народженні (за шкалою Апгара) _____

Б) Ранній розвиток дитини:

Перший крик _____

Характер крику _____

Чи були перешкоди у годуванні _____

Характер ссання _____

Чи брала дитина груди _____

Годування через зонд _____

Чи був застосований obturator _____

Чи змогла дитина щільно охопити груди (соску) _____

Характер ковтання _____

Чи вживала дитина тверду їжу _____

Чи тільки рідку _____

Чи жувала _____

Чи вміла кусати _____

Чи була асиметрія обличчя _____

В) Неврологічний статус дитини:

Безумовні рефлекси _____

Хапання _____

Наявність патологічних рефлексів _____

Висновок невропатолога _____

Г) Фізичний розвиток:

Вага _____

Зріст при народженні _____

Коли почав/ла тримати голову _____

Коли почала сидіти _____

Коли почала повзати _____

Коли почала стояти _____

Коли почала ходити _____

Характер рухливості дитини (*активна, рухлива, вправна чи малорухлива, незграбна*) _____

Чи вчасно зникли безумовні рефлекси _____

Які захворювання перенесла дитина _____

Д) Ранній мовленнєвий розвиток:

Гуління _____

Поява і характер лепету _____

Перші слова _____

Поява фразового мовлення _____

Речення _____

Е) Ранній психічний розвиток:

Характер ігрової діяльності дитини _____

Особливості поведінки _____

Особливості емоційно-вольової сфери _____

Навички самообслуговування _____

Є) Клінічний діагноз (за даними медичних документів) _____

Висновок стоматолога _____

Висновок ортодонта _____

Висновок педіатра _____

Висновок оториноларинголога _____

Ж) Стан загальної моторики:

Хода дитини _____

Ходіння на п'ятах _____

Ходіння на носках _____

Як стоїть на одній нозі _____

Як стрибає _____

Як ходить по прямій лінії _____

Як кладе руки на пояс _____

Як кладе руки на плечі _____

Як піднімає руки вгору _____

Як повертає тулуб вправо, вліво _____

Яка ведуча рука _____

Характер переключень рухів _____

З) Стан дрібної моторики:

Маніпулювання паличками _____

Складання піраміди, кубиків, мозаїки _____

Володіння руками під час їжі _____

Виконання вправ для пальців _____

Виконання вправ для кісток рук _____

Копіювання рухів їх координованість _____

И) Зорово-просторовий гнозис:

Орієнтування у приміщенні _____

Орієнтування у власному тілі _____

Орієнтування в просторі _____

І) Будова і рухливість мовленнєвого апарата: _____

Ї) Детальні дані про операцію

Коли _____

Де _____

Характер операції _____

Стан після _____

Й) Стан артикуляційної моторики:

Вправи:

1. Голочка _____

2. Лопаточка _____

3. Годинник _____

4. Гойдалка _____

5. Солодке варення _____

6. Грибочок _____

К) Стан мімічної мускулатури:

У спокої:

Маскоподібне обличчя _____

Виразність носогубних складок, їх симетричність _____

Характер змикання губ _____

Наявність гіперкінезів _____

Рухливість м'язів щік, вилиць _____

В рухах:

Посміхнутися _____

Насупити брови _____

Закрити одне око _____

Поперемінне закривання очей _____

Л) Загальний характер рухів артикуляційного апарату:

Як дитина виконує вправи _____

Характер переключення з однієї вправи на іншу _____

Плавність рухів _____

Сила _____

Об'єм _____

Утримання язика у певному положенні _____

Наявність синкінезів _____

Гримас обличчя _____

Вільне відкривання рота _____

М) Стан дихальної функції:

1. Тип дихання (верхньо-ключичне, грудне, діафрагмальне) _____

2. Стан мовленнєвого дихання _____

Ритмічність _____

Темп _____

Плавність _____

Глибина _____

Подовженість _____

Сила _____

Частота _____

3. Диференціація носового і ротового дихання _____

Тривалість видиху _____

Узгодженість роботи дихальних м'язів _____

Говорить на видиху _____

Говорить на вдиху _____

Причини порушення мовленнєвого дихання (неврологічні дані): _____

Н) Стан голосової функції:

Характеристика просодики: _____

1.Інтонація (нормальна, монотонна, скандована) _____

2.Тембр (нормальний, глухий, хрипкий, здавлений, гугнявий, безбарвний, непостійний, неприємний, неприродний) _____

3. Модульованість _____

4. Сила (нормальний, слабкий, затухаючий) _____

5. Висота (високий, низький) _____

Стан голосу під час сміху _____

Стан голосу під час плачу _____

О) Загальна характеристика голосу (гучний, дзвінкий, високий, , низький, вичерпний, назалізований, безбарвний) _____

П) Емоційність мовлення (уповільнене, змазане, зрозуміле, незрозуміле, скандоване,затухаюче) _____

Р) Стан імпресивного мовлення _____

Чи розуміє дитина звернене мовлення _____

Стан фонематичних процесів: _____

Фонематичне сприймання _____

Фонематичне уявлення _____

Фонематичний аналіз _____

Фонематичний синтез _____

Обстеження складової структури слів

Односкладові _____

Двоскладові _____

Трискладові _____

Чотирискладові _____

Стан словника _____

Стан граматичної системи словозміни _____

Стан зв'язного мовлення _____

Скласти речення за картинкою _____

Скласти речення за сюжетним малюнком _____

Скласти розповідь за сюжетним малюнком _____

Скласти речення за серією сюжетних малюнків _____

Скласти речення за опорними словами _____

Переказати текст _____

Обсяг знань і уявлень про оточуючу дійсність _____

Орієнтування в часі _____

Як дитина спілкується _____

Взаємовідносини в колективі (групі, класі) _____

Розуміння тексту _____

Чи відповідає на питання _____

Чи може розповісти казку _____

Стан читання _____

Чи вміє читати _____

Швидко _____

Плавно _____

Виразно _____

Висновок: психологічні особливості дитини _____

Логопедичне обстеження (загальний висновок) _____