

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

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

Логопедичний масаж при корекції дизартрії у старших дошкільників

Дипломна робота

Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконала:
студентка 6 курсу, групи 617
спеціальності 012 «Дошкільна освіта»
Кувіла Діана Вікторівна

Керівник: кандидат педагогічних наук,
доцент **Журат Ю.В.**

До захисту допущено:

Протокол засідання кафедри № _____

від «_____» _____ 2022 р.

зав. кафедри _____ доц. Олійник М. І.

Чернівці – 2022

АНОТАЦІЯ

Кувіла Д. В Логопедичний масаж при корекції дизартрії у старших дошкільників. – Магістерська робота

Проблема корекційно-логопедичної допомоги дітям з неврологічною патологією нині є надзвичайно актуальною. Необхідність заходів з діагностики та корекції порушень у розвитку дітей пов'язані з наявністю країни тривожної демографічної ситуації, що характеризується як загальним зниженням народжуваності, а й збільшенням частки народження хворих, фізіологічно незрілих дітей.

Логопедична робота при дизартрії дуже трудомістка, багатопланова, має комплексний характер і потребує систематичних занять із логопедом. При дизартрії потрібна комплексна лікувально-педагогічна дія. Одним із засобів корекційного впливу є логопедичний масаж. Логопедичний масаж має на меті не тільки зміцнення або розслаблення м'язів артикуляції, але й стимуляцію пропріоцептивних відчуттів, що сприяє чіткості кінестетичного сприйняття. Мовні кінестезії мають дуже важливе значення у формуванні як імпресивної, так і експресивної мови. Кінестетичне почуття супроводжує роботу всіх м'язів.

У комплексній системі корекційних заходів логопедичний масаж випереджає артикуляційну, дихальну та голосову гімнастику.

Масаж у логопедичній практиці використовується при корекції дизартрії. Правильний підбір масажних комплексів сприяє нормалізації м'язового тону органів артикуляції, покращує їхню моторику, що сприяє корекції вимовної сторони мови.

Ключові слова: дизартрія, логопедія, масаж, мовлення. корекція.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ДИЗАРТРИЧНІ ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	7
1.1. Основні порушення, структура дефекту при дизартрії.....	7
1.2. Сучасні підходи до класифікації дизартрії	16
1.3. Логопедичний масаж в корекційно-логопедичній роботі з дітьми старшого дошкільного віку при дизартричних порушеннях	23
РОЗДІЛ 2. ЛОГОПЕДИЧНИЙ МАСАЖ ПРИ КОРЕКЦІЇ ЗВУКОВИМОВИ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ДИЗАРТРИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	40
2.1. Діагностика стану артикуляційного апарату у дітей старшого дошкільного віку із дизартричними порушеннями	40
2.2. Логопедичний масаж у практичній роботі вчителя-логопеда з дошкільниками при дизартричних порушеннях	52
2.3. Аналіз результатів експериментальної роботи з усунення порушення звуковимови у дітей із дизартричними розладами.....	64
2.4. Рекомендації для батьків щодо використання логопедичного масажу з дітьми старшого дошкільного віку при дизартричних розладах	72
ВИСНОВКИ	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	81

ВСТУП

Актуальність дослідження. Останніми роками різко збільшився відсоток дітей із мовленнєвою патологією, зумовленою порушеннями іннервації органів артикуляції. В даний час зросло визнання ефективності логопедичного масажу фахівцями, які займаються важкими мовними дефектами, такими як дизартрія.

Перинатальні ураження центральної нервової системи (ЦНС) поєднують різні патологічні стани, обумовлені впливом на плід шкідливих факторів у внутрішньоутробному періоді, під час пологів та у ранні терміни після народження. Провідне місце в перинатальній патології ЦНС займають асфіксія і внутрішньочерепна родова травма, які найчастіше вражають нервову систему плода, що аномально розвивається.

Дизартрія - порушення вимови внаслідок недостатньої іннервації мовного апарату, що виникає внаслідок уражень підкіркових відділів мозку [15, с.25]. Дизартрія відноситься до групи сенсомоторних розладів, що торкаються артикуляторного рівня мовлення. При дизартрії розлади вимови звуків викликані, насамперед, порушеннями фонетичних (моторних) операцій.

У комплексній системі корекційних заходів логопедичний масаж випереджає артикуляційну, дихальну та голосову гімнастику. Масаж у логопедичній практиці використовується при корекції дизартрії.

Правильний підбір масажних комплексів сприяє нормалізації м'язового тону органів артикуляції, покращує їхню моторику, що сприяє корекції вимовної сторони мови. Диференціюються прийоми логопедичного масажу залежно від патологічної симптоматики у м'язовій системі при мовних порушеннях.

Стан дослідження проблеми. Розробка та впровадження нових форм, засобів і методів корекційно-розвивального виховання і навчання, формування мовлення дітей є одним із основних завдань сучасної логопедії. Важливе місце серед провідних форм корекційно-розвивальної логопедичної роботи з дітьми

як діти дошкільного з порушеннями мовлення є масаж - це активний метод механічного впливу, який змінює стан м'язів, нервів, кровоносних судин і тканин периферичного мовного і рухового апарату. Дану проблему досліджують багато вчених, а саме (О. Архипова, І. Блискіна, О. Дьякова, О. Правдіна, О. Приходько, Ю. Рібцун, К. Семенова, О. Шевцова, О. Штеренгерц та ін.). Пошук нових нетрадиційних видів масажу, оновлення матеріально-технічної бази логопедичного кабінету спеціальним обладнанням для масажу допомагає зробити заняття корекційної гри цікавими і ефективними [35].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. 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).

Об'єкт дослідження: корекційно-логопедична робота при дизартрії.

Предмет дослідження: логопедичний масаж при корекції дизартрії старших дошкільників.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити вплив логопедичного масажу на корекцію мовлення старших дошкільників при дизартрії.

Відповідно до об'єкта, предмета, мети визначено основні **завдання дослідження:**

1. Розкрити особливості дизартричних порушень у дітей старшого дошкільного віку.
2. З'ясувати та описати прийоми логопедичного масажу, спрямованого на корекцію дизартричних розладів.

3. Експериментально перевірити вплив логопедичного масажу на корекцію мовлення дітей старшого дошкільного віку із дизартричними порушеннями.

4. Розробити рекомендації для батьків щодо використання логопедичного масажу з дітьми старшого дошкільного віку при дизартричних розладах.

Методи дослідження: теоретичні (узеленення проблеми корекції дизартрії у старших дошкільників засобом логопедичного масажу, ретроспективний і системний аналіз, порівняння); емпіричні (констатувальний, формувальний та контрольне дослідження); математично-статистичні (методи описової статистики).

Наукова новизна одержаних результатів. В останні роки з'явилися публікації, присвячені опису прийомів логопедичного масажу, але в логопедичну практику впроваджуються поки що недостатньо. За даними спеціальних досліджень, частка здорових немовлят протягом останніх років знизилася з 48,3% до 26,5%-36,5%. Сьогодні до 80% новонароджених є фізіологічно незрілими, понад 86% мають перинатальну патологію центральної нервової системи, відсутність своєчасної корекції якої призводить до розвитку стійких порушень у майбутньому.

Теоретичне та практичне значення одержаних результатів. Проаналізовано існуючі методики корекції дизартрії та виявлено ефективніші методики проведення логопедичного масажу. Запропонована методика проведення логопедичного масажу яка може бути корисною як педагогам, які працюють з дітьми з дизартричними порушеннями, так і для фахівців, що працюють з іншими порушеннями.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел. Повний обсяг дипломної роботи – 87 сторінок, основний текст - 80 сторінок. Основний текст магістерської роботи містить 12 рисунків та 8 таблиць.

РОЗДІЛ 1

ДИЗАРТРИЧНІ ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

1.1. Основні порушення, структура дефекту при дизартрії

Проблема корекційно-логопедичної допомоги дітям з неврологічною патологією нині є надзвичайно актуальною. Необхідність заходів з діагностики та корекції порушень у розвитку дітей пов'язані з наявністю тривожної демографічної ситуації, що характеризується як загальним зниженням народжуваності, а й збільшенням частки народження хворих, фізіологічно незрілих дітей. За даними спеціальних досліджень, частка здорових немовлят протягом останніх років знизилася з 48,3% до 26,5%-36,5%. Сьогодні до 80% новонароджених є фізіологічно незрілими, понад 86% мають перинатальну патологію центральної нервової системи, відсутність своєчасної корекції якої призводить до розвитку стійких порушень у майбутньому. Патологія, перенесена дитиною в перинатальному періоді, негативно впливає на стан багатьох систем організму, насамперед нервової.

Перинатальні ураження ЦНС поєднують різні патологічні стани, обумовлені впливом на плід шкідливих факторів у внутрішньоутробному періоді, під час пологів та у ранні терміни після народження. Провідне місце в перинатальній патології ЦНС займають асфіксія і внутрішньочерепа родова травма, які найчастіше вражають нервову систему плода, що аномально розвивається. У клінічній практиці загальноприйняті терміни «перинатальна поразка ЦНС» та «перинатальна енцефалопатія (ПЕП)» [42, с.112].

Раннє ураження мозку у більшості випадків надалі проявляється у тій чи іншій мірі порушенням розвитком. Через те, що страждає незрілий мозок, подальші темпи його дозрівання сповільнюються. Порушується порядок включення структур мозку у міру їхнього дозрівання до функціональних систем.

Незважаючи на рівну ймовірність ураження всіх відділів нервової системи, при дії патогенних факторів на мозок, що розвивається, насамперед і найсильніше страждає руховий аналізатор. У дітей з перинатальною церебральною патологією поступово, у міру дозрівання мозку виявляються ознаки ушкодження або порушення розвитку різних ланок рухового аналізатора, психічного та мовленнєвого розвитку. З віком за відсутності адекватної лікувально-педагогічної допомоги порушення розвитку закріплюються і може сформуватися складніша патологія [61].

Порушення рухового, психічного та мовного розвитку дітей – наслідок ураження центральної нервової системи різного генезу. Одні й ті ж шкідливі фактори, що впливають на мозок у період його інтенсивного розвитку, в одних випадках викликають лише деяку затримку становлення вікових функцій, а в інших призводять до виражених порушень розвитку.

Дизартрія - порушення вимовної сторони мови, обумовлене недостатністю іннервації мовної мускулатури. Дизартрія є наслідком органічного ураження центральної нервової системи, у якому заторможується руховий механізм мовлення. При дизартрії порушено не програмування мовного висловлювання, а моторна реалізація мови [31, с.11].

Провідними дефектами при дизартрії є порушення звукомовного боку мови і просодики, а також порушення мовного дихання, голосу та артикуляційної моторики. Розбірливість мови при дизартрії порушена, мова змашена, нечітка.

Основні порушення при дизартрії

Порушення тону артикуляційної мускулатури (м'язів обличчя, язика, губ, м'якого піднебіння) розрізняють наступні: спастичні, гіпотонія чи дистонія.

1. Спастичність - підвищення тону в мускулатурі язика, губ, обличчя та шиї. При спастичності м'язи напружені. Мова «комом» відтягнута назад, спинка його спастично вигнута, піднята вгору, кінчик язика не виражений. Піднята до твердого піднебіння напружена спинка язика сприяє пом'якшенню

приголосних звуків (палаталізація). Іноді спастична мова «жалом» витягнута вперед. Підвищення м'язового тону в круговому м'язі рота призводить до спастичної напруги губ, щільного змикання рота (довільне відкривання рота при цьому утруднено). У ряді випадків при спастичному стані верхньої губи рот може бути, навпаки, відкритий. При цьому зазвичай спостерігається підвищена слинотеча (гіперсалівація). Активні рухи при спастичності м'язів артикуляції обмежені. Спастичність м'язів відзначається при спастико-паретичній дизартрії.

2. Гіпотонія – зниження тону м'язів. При гіпотонії мова тонка, розпластана в порожнині рота; губи мляві, не можуть щільно стулятися. Внаслідок цього рот зазвичай напіввідкритий, може бути виражена гіперсалівація. Гіпотонія м'язів м'якого піднебіння перешкоджає достатньому просуванню піднебінної фіранки вгору та її притискання до задньої стінки глотки; струмінь повітря виходить крізь ніс. При цьому голос набуває носового відтінку (назалізація). Гіпотонія артикуляційних м'язів має місце при спастико-паретичній та атактичній дизартрії.

3. Дистонія - мінливий характер м'язового тону. У стані спокою може відзначатися низький м'язовий тонус, при спробах до промови і момент мовлення тонус різко наростає. Дистонія суттєво спотворює артикуляцію. Характерна особливість звуковимови при дистонії - мінливість спотворень, замін та пропусків звуків. (Дистонія відзначається при гіперкінетичній дизартрії.) [56].

У дітей з неврологічною патологією часто відзначається змішаний і варіативний характер порушень тону в мускулатурі артикуляції (так само, як і в скелетній), тобто в окремих артикуляційних м'язах тонус може змінюватися по-різному. Наприклад, у язичній мускулатурі може відзначатися спастичність, а в лицьовій та губній – гіпотонія. У всіх випадках є певна відповідність порушень тону в артикуляційній та скелетній м'язах.

Порушення рухливості м'язів артикуляції. Обмежена рухливість м'язів апарату артикуляції — це основний прояв парезу цих м'язів. Недостатня

рухливість м'язів артикуляції язика і губ обумовлює порушення звуковимови. При ураженні м'язів губ страждає вимова і голосних, і приголосних звуків. Порушується артикуляція загалом. Особливо грубо порушено звуковимову при різкому обмеженні рухливості м'язів язика [12].

Ступінь порушення рухливості м'язів артикуляції може бути різною - від повної неможливості до незначного зниження обсягу і амплітуди артикуляційних рухів язика і губ. При цьому в першу чергу порушуються найтонші та диференційовані рухи (насамперед піднімання мови вгору).

Особливості порушення звуковимови при дизартрії:

- стійкий характер порушень звуковимови, особлива складність їх подолання;
- специфічні проблеми автоматизації звуків (процес автоматизації вимагає більшої кількості часу, ніж при дислалії). При невчасному закінченні логопедичних занять набуті мовні вміння часто розпадаються;
- порушено вимову як приголосних, а й голосних звуків;
- переважання міжзубної та бічної вимови свистячих [с], [з], [ц] і шиплячих [ш], [ж], [ч], [щ] звуків;
- оглушення дзвінких приголосних (дзвінкі звуки вимовляються з недостатньою участю голосу);
- пом'якшення твердих приголосних звуків;
- порушення звуковимови особливо виражені в мовному потоці. При збільшенні мовного навантаження спостерігається, інколи ж і наростає загальна змазаність мови [46].

Залежно від типу порушень усі дефекти звуковимови при дизартрії поділяються на дві категорії: антропофонічні (спотворення звуків) та фонологічні (заміни, змішування). При дизартричному розладі найбільш типовим порушенням звукового ладу мови є спотворення звуку.

Порушення мовного дихання.

Порушення дихання у дітей із дизартрією обумовлені недостатністю центральної регуляції дихання. Недостатня глибина дихання. Порушено ритм

дихання: у момент вимови воно частішає. Відзначається порушення координації вдиху та видиху (поверхневий вдих та укорочений слабкий видих). Видих часто відбувається через ніс, незважаючи на напіввідкритий рот. Дихальні порушення особливо виражені при гіперкінетичній формі дизартрії [34, с.37].

Порушення голосу.

Порушення голосу обумовлені змінами м'язового тону та обмеженням рухливості м'язів гортані, м'якого піднебіння, голосових складок, язика та губ. Найчастіше відзначається недостатня сила голосу (тихий, слабкий, вичерпний) і відхилення тембру голосу (глухий, здавлений, хрипкий, уривчастий, напружений, гортанний).

При різних формах дизартрії порушення голосу мають специфічний характер.

Порушення просодики (мелодико-інтонаційних та темпоритмічних характеристик мови). Мелодико-інтонаційні розлади часто відносять до однієї з найбільш стійких ознак дизартрії. Саме вони значною мірою впливають на розбірливість, емоційну виразність мови. Відзначається слабка вираженість або відсутність голосових модуляцій (дитина не може довільно змінювати висоту тону). Голос стає монотонним, мало - чи немодульованим [34, с.38-39].

Порушення темпу мовлення проявляються у його уповільненні, рідше – у прискоренні. Іноді мають місце порушення ритму мовлення (наприклад, скандованість - «рубана» мова, коли відзначається додаткова кількість наголосів у словах).

Недостатність кінестетичних відчуттів в апараті артикуляції. Діти з дизартрією відзначається як обмеження обсягу артикуляційних рухів, а й слабкість кінестетичних відчуттів артикуляційних поз і рухів.

Вегетативні розлади. Одним із найчастіших вегетативних розладів при дизартрії є гіперсаливація. Посилена слинотеча пов'язана з обмеженням рухів м'язів язика, порушенням довільного ковтання, парезом губних м'язів. Воно часто обтяжується за рахунок слабкості кінестетичних відчуттів в апараті

артикуляції (дитина не відчуває витікання слини) і зниження самоконтролю [56].

Гіперсалівація може бути виражена різною мірою. Вона буває постійною чи посилюється за певних умов. Навіть легка гіперсалівація (зволоження куточків губ під час промови, невелике підтікання слини) свідчить про наявність у дитини неврологічної симптоматики.

Рідше трапляються такі вегетативні розлади, як почервоніння або блідість шкірних покривів, підвищене потовиділення під час промови.

Порушення акту прийому їжі. У дітей з дизартрією часто утруднено, а у важких випадках відсутнє жування твердої їжі, відкушування від шматка. Часто відзначаються поперхування, захлинання при ковтанні. Утруднене пиття із чашки. Іноді порушена координація між диханням та ковтанням.

Наявність синкінезії. Синкінезії - мимовільні супутні рухи при виконанні довільних рухів артикуляції (наприклад, додатковий рух нижньої щелепи і нижньої губи вгору при спробі підняти кінчик язика). Оральні синкінезії - відкривання рота при будь-якому довільному русі або спробі його виконання [48, с.58].

Підвищення глоткового (блювотного) рефлексу. Порушення координації рухів (атаксія). Атаксія проявляється у дисметричних, асинергічних порушеннях та у скандованості ритму мови. Дисметрія - це невідповідність, неточність довільних рухів артикуляції. Вона найчастіше виявляється у вигляді гіперметрії, коли потрібний рух реалізується більш розгонистим, перебільшеним, уповільненим рухом, ніж це необхідно (надмірне збільшення рухової амплітуди). Іноді спостерігається порушення координації між диханням, голосоутворенням та артикуляцією (асинергія). Атаксія відзначається при атактичній дизартрії.

Наявність насильницьких рухів (гіперкінезів та тремору) в артикуляційній мускулатурі. Гіперкінези – мимовільні, неритмічні, насильницькі; можуть бути химерні рухи м'язів язика, обличчя (гіперкінетична дизартрія). Тремор - треміння кінчика мови (найбільш виражений при

цілеспрямованих рухах). Тремор мови відзначається при атактичній дизартрії [60].

Ступінь вираженості дизартричного порушення мови залежить від тяжкості та характеру ураження центральної нервової системи. Умовно виділяють 3 ступені виразності дизартрії: легку, середню та важку.

Легкий ступінь виразності дизартрії характеризується незначними порушеннями (мовленнєвої та немовної симптоматикою) у структурі дефекту. Часто прояви легкого ступеня дизартрії називають «нерізко вираженою» або «стертою» дизартрією, маючи на увазі негрубі («стерті») парези м'язів апарату артикуляції, що порушують процес вимови. Іноді логопеди-практики користуються термінами «мінімальні дизартричні розлади» і «дизартричний компонент», при цьому деякі з них невірно вважають ці прояви лише елементами дизартрії або проміжним порушенням між дислалією та дизартрією.

При легкому ступені дизартрії загальна розбірливість мови може бути не порушена, але звуковимова дещо змащена, нечітка. Спотворення спостерігаються найчастіше при виголошенні свистячих, шиплячих та/або сонорних звуків. При проголошенні голосних найбільші труднощі викликають звуки [і] та [у]. Іноді ізольовано дитина всі звуки може вимовляти правильно (особливо якщо з нею займається логопед), але при збільшенні мовного навантаження відзначається загальна змазаність звуковимовлення [39].

Також спостерігаються недоліки мовного дихання (прискорене, неглибоке), голоси (тихий, глухуватий) та просодики (маломодульованість).

При легкому ступені дизартрії у дітей відзначаються нерізко виражені порушення тону м'язів язика, іноді губ та незначне зниження обсягу та амплітуди їх артикуляційних рухів. При цьому порушені найтонші та диференційовані рухи мови (насамперед — підйом вгору). Немовна симптоматика також може виявлятися у вигляді легкої салівації, утруднення жування твердої їжі, рідкісних поперхуваннях при ковтанні, підвищенні глоткового рефлексу.

При середній (помірно вираженій) ступені дизартрії порушена загальна розбірливість мови, вона стає невиразною, іноді навіть малозрозумілою для оточуючих. У деяких випадках мова дитини важко зрозуміти за незнання контексту. Діти відзначається загальна змазаність звуковимови (чисельні виражені спотворення у багатьох фонетичних групах). Нерідко звуки в кінці слова і збігу приголосних опускаються. Порушення глибини і ритму дихання зазвичай поєднуються з розладами сили (тихий, слабкий, що зникає) і тембру голосу (глухий, напружений, здавлений, переривчастий, хрипкий). Відсутність голосових модуляцій робить голос немодульованим, а мова дітей є монотонною.

У дітей виражені порушення тонусу язичної, губної та лицьової мускулатури. Обличчя гіпомімічне, артикуляційні рухи язика і губ сповільнені, суворо обмежені, неточні (як верхній підйом язика, а й його бічні відведення). Значні труднощі становлять утримання мови у певному становищі і перемикання від руху до іншого. Для дітей із середнім ступенем дизартрії характерна гіперсаливація, порушення акту прийому їжі (утруднення або відсутність жування, пережовування та захлинання при ковтанні), синкінезії, підвищення блювотного рефлексу [39].

Тяжкий ступінь дизартрії - це повна або майже повна відсутність звуковимови в результаті паралічу мовленнєвих м'язів. Виникає при тяжкому ураженні центральної нервової системи, коли моторна реалізація мови стає неможливою. У більшості дітей головним чином виявляються розлади управління мовними артикуляціями (артикуляційного, фонаторного, дихального відділу), а не лише виконання. Крім патології центральних виконавчих систем мовної діяльності, порушено формування динамічного праксису артикуляції. Зазначається розлад довільного керування мовним апаратом. Порушення вимовних здібностей обумовлені яскраво вираженими центральними мовленнєвими синдромами: спастичним парезом дуже важко, тонічними порушеннями управління артикуляційними рухами, гіперкінезами, атаксією і апраксією. Апраксія охоплює всі відділи мовного апарату:

дихальний, фонаторний, губно-піднебінно-мовний. Апрактичні розлади виявляються невмінням дитини довільно оформити голосні та приголосні звуки, разом вимовляти склад з наявних звуків або слово з наявних складів [39].

Залежно від поєднання мовленнєвих розладів з порушеннями різних компонентів мовної функціональної системи можна назвати кілька груп дітей із дизартрією.

1. Діти із суто фонетичними порушеннями. У них страждає звуковимова, мовленнєве дихання, голос, просодика та артикуляційна моторика. У цьому немає порушень фонематичного сприйняття і лексико-грамматичного ладу промови.

2. Діти з фонетико-фонематичним недорозвиненням. У них порушується не тільки вимовна сторона мови (звукова вимова, мовленнєве дихання, голос, просодика), а й фонематичні процеси (проблеми звукового аналізу та синтезу). У цьому лексико-граматичних недоліків мови немає.

3. Діти із загальним недорозвиненням мови. У дітей цієї групи порушені всі компоненти мови - як вимовна сторона мови, так і лексичний, граматичний та фонематичний розвиток. Відзначаються обмеження словникового запасу: діти користуються повсякденними словами, нерідко вживають слова у неточному значенні, замінюючи суміжними за подібністю, щодо ситуації, за звуковим складом. Для дітей-дизартриків нерідко характерне недостатнє оволодіння граматичними формами мови. У промові часто опускаються прийменники, недомовляються закінчення чи неправильно вживаються, не засвоюються відмінкові закінчення, категорії числа; Є складнощі у відповідності, управлінні [57].

Ступінь вираженості (тяжкості) дизартрії не залежить від кількості порушених компонентів мовної функціональної системи. Наприклад, при стертому (легкому ступені) дизартрії можуть бути порушені всі компоненти мови (фонетичний, фонематичний і лексико-граматичний лад), а при дизартрії

середнього та тяжкого ступеня може бути порушений тільки фонетичний лад мови.

1.2. Сучасні підходи до класифікації дизартрії

Існують різні підходи до класифікації дизартрії. В їх основу покладено принцип локалізації мозкового ураження, ступінь зрозумілості мови для оточуючих, синдромологічний підхід.

При класифікації дизартрії на основі принципу локалізації мозкового ураження розрізняють псевдобульбарну, бульбарну, екстрапірамідну (підкіркову), мозочкову, кіркову форми дизартрії (та ін) [30, с.52-57].

Класифікація дизартрії за ступенем розбірливості мови для оточуючих була запропонована французьким невропатологом Тардьє. Їм було виділено 4 ступеня тяжкості мовленнєво-рухових порушень (у дітей із церебральним паралічем):

- 1) порушення звуковимови виявляються лише фахівцем у процесі обстеження дитини;
- 2) порушення вимови помітні кожному, але зрозуміла для оточуючих;
- 3) мова зрозуміла лише близьким дитини;
- 4) мова відсутня чи незрозуміла навіть близьким дитини (четверта ступінь порушення звуковимови, сутнісно, є анартрію). Ця класифікація дуже зручна використання як логопедами, а й вчителями, вихователями, психологами [30, с.59].

Для логопедичної роботи, що включає диференційований масаж, артикуляційну та дихальну гімнастики, зручна класифікація дизартрії на основі синдромологічного підходу, при якій виділяють спастико-паретичну, спастико-ригідну, гіперкінетичну, атактичну та змішані форми дизартрії. Діти з церебральним паралічем важко вичленувати симптоматику мовленнєво-рухових розладів внаслідок складності ураження мовної моторики, а то й співвідносити їх із загальними руховими порушеннями. При ДЦП загальним руховим порушенням (основними синдромальними розладами) є спастичний

парез, тонічні порушення управління типу ригідності, гіперкінези, атаксія, апраксія.

Порушення звуковимови та артикуляції при різних формах дизартрії (класифікація дизартрії за принципом локалізації мозкового ураження) [25].

1. Бульбарна дизартрія

- порушення артикуляції (виборчі, переважно право - або лівосторонні паралічі м'язів мовного апарату; атрофія м'язів; атонія м'язів; будь-які довільні та мимовільні рухи порушені);

- порушення звуковимови (усі приголосні наближаються (конвергують) до щілинних звуків; голосні конвергують до звуку типу ненаголошеного [а] або [и] зі стиранням протипоставленості по ряду, підйому та згубленості; носовий відтінок; ослаблення специфічних мовних шумів, що виникають під час артикуляції ротових звуків) [25].

2. Псевдобульбарна дизартрія

- порушення артикуляції (Тонус м'язів підвищений за типом спастичної гіпертонії (мова напружена, відсунута назад); рухливість м'язів артикуляції різко обмежена; виборчі порушення довільних рухів); двосторонні спастичні паралічі м'язів мовного апарату;

- порушення звуковимови (виборчо страждають найбільш складні та диференційовані за укладами звуки [р], [л], [щ], [х], [ц], [ч]; пом'якшення звуків) [25].

3. Підкіркова (екстрапірамідна) дизартрія

- порушення артикуляції (різка зміна тону; порушення емоційно-рухової іннервації; гіперкінези; труднощі за необхідності зберегти артикуляційні пози);

- порушення звуковимови (стабільні порушення звуковимови відсутні) [25].

4. Мозочкова дизартрія

- порушення артикуляції (виражена асинхронність дихання, фонації та артикуляції; тонус в артикуляційній мускулатурі знижений; труднощі

утримання артикуляційних укладів; рухи мови неточні; при тонких цілеспрямованих рухах можливий тремор язика; темп рухів сповільнений).

- порушення звуковимови (порушено виголошення передньомовних, губних, вибухових; назалізація більшості звуків) [25].

5. Коркова дизартрія

5.1. I Кінестетична постцентрально

- порушення артикуляції (недостатність кінестетичного праксису; невірна та нечітка артикуляція звуків; активний пошук правильних укладів);
- порушення звуковимови (замінюються шумові ознаки приголосних звуків: місця освіти (особливо язичкових); способу освіти (особливо африкатів та шиплячих); твердості та м'якості. Заміни лабільні та неоднозначні).

5.2. II. Кінетична премоторна

- порушення артикуляції (недостатність динамічного кінетичного праксису; порушується послідовність артикуляційних рухів);
- порушення звуковимови (порушено артикуляцію приголосних звуків: початкові та кінцеві приголосні часто подовжені або поштовхоподібні; заміни щілинних на смичні; пропуски звуків у збігах приголосних; спрощення африкат; вибіркоче оглушення дзвінких смичних) [25].

У мовній моториці спостерігаються аналогічні дефекти. Тип дизартричного порушення мови визначається характером клінічного синдрому. Ця класифікація дизартрії орієнтує логопеда на якість порушення моторику артикуляції, що дозволяє більш цілеспрямовано визначити вибір засобів лікувальної і логопедичної роботи з нормалізації тону м'язів і моторики апарату артикуляції. Цією класифікацією логопед може скористатися лише разом із невропатологом, який визначає провідний неврологічний синдром.

Коли структуру мовного дефекту включаються різні синдроми, дизартрію характеризують як змішану [59, с.97].

Спастико-паретична дизартрія (провідний синдром – спастичний парез).

Спастико-ригідна дизартрія (провідні синдроми – спастичний парез та тонічні порушення управління мовленнєвою діяльністю типу ригідності).

Гіперкінетична дизартрія (провідний синдром – гіперкінези).

Атактична дизартрія (провідний синдром – атаксія).

Спастико-атактична дизартрія (провідні синдроми – спастичний парез та атаксія).

Спастико-гіперкінетична дизартрія (провідні синдроми – спастичний парез та гіперкінези).

Спастико-атактико-гіперкінетична дизартрія (провідні синдроми – спастичний парез, атаксія, гіперкінези).

Атактико-гіперкінетична дизартрія (провідні синдроми – атаксія та гіперкінези) [60].

Основні порушення при різних формах дизартрії (класифікація дизартрії за синдромологічним підходом)

1. Форма дизартрії: провідний синдром

- спастико-паретична дизартрія: спастичний парез;
- спастико-ригідна дизартрія: спастичний парез та тонічні порушення управління мовленнєвою діяльністю типу ригідності;
- гіперкінетична дизартрія: гіперкінез;
- атактична дизартрія: атаксія [28].

2. Форма дизартрії: ДЦП

- спастико-паретична дизартрія: спастична диплегія, геміпарез;
- спастико-ригідна дизартрія: подвійна геміплегія;
- гіперкінетична дизартрія: гіперкінетична форма ДЦП;
- атактична дизартрія: атонічно-астатична форма ДЦП [28].

3. Форма дизартрії: характер порушення м'язового тону

- спастико-паретична дизартрія: спастичність, рідше – гіпотонія;

- спастико-ригідна дизартрія: спастичність м'язів і ригідність (максимальне різке підвищення м'язового тону у всій мовній і скелетній мускулатурі, що посилюється під впливом зовнішніх подразників);

- гіперкінетична дизартрія: дистонія, рідше гіпотонія (велика). залежність тону від зовнішніх впливів, емоційного стану, довільних рухів;

- атактична дизартрія: гіпотонія [28].

4. Форма дизартрії: наявність мимовільних насильницьких рухів, синкінезії

- спастико-паретична дизартрія: синкінезії, оральні синкінезії. можливе збереження рефлексів орального автоматизму;

- спастико-ригідна дизартрія: часта присутність синкінезій стовбурового рівня мозку та оральних автоматизмів (насильницькі смоктальні та облизувальні рухи);

- гіперкінетична дизартрія: гіперкінези язика, обличчя, шиї у спокої, посилюються при вимовних спробах. синкінезії;

- атактична дизартрія: тремор мови (при цілеспрямованих рухах) [28].

5. Форма дизартрії: порушення артикуляційної моторики, артикуляційного праксису; міміки

- спастико-паретична дизартрія: зниження обсягу та амплітуди артикуляційних рухів язика, губ (різного ступеня). Може страждати виконання та збереження артикуляційних поз; перемикання від однієї артикуляції до іншої. Гіпомімія особи;

- спастико-ригідна дизартрія: обсяг рухів артикуляції суворо обмежений. Включення в рух з подовженим латентним періодом (до кількох хвилин). При включенні в рух - різке підвищення тону у всій мовній та скелетній м'язах. Мова напружена, малорухлива, відсунута назад, не завжди її вдається вивести з порожнини рота. Недиференційованість губних і язичних рухів (змішана губно-мовна артикуляція). Міміка вкрай бідна (обличчя застигле, маскоподібне);

- гіперкінетична дизартрія: обсяг артикуляційних рухів може бути достатнім. Особливі труднощі утримання і відчуття позику артикуляції і при перемиканні від однієї артикуляції до іншої, тобто страждає автоматизація артикуляційних рухів;

- атактична дизартрія: дисметрія (нерозмірність) артикуляційних рухів; частіше - гіперметрія (збільшення амплітуди, перебільшеність, уповільненість рухів). Труднощі виконання та утримання артикуляційних укладів. Міміка млява [28].

6. Форма дизартрії: стан акту прийому їжі (жування, ковтання)

- спастико-паретична дизартрія: акт їди уповільнений, але координований;

- спастико-ригідна дизартрія: грубо порушені жування, відкушування, ковтання. жування часто замінюється смоктанням. порушено координацію між диханням, жуванням, ковтанням;

- гіперкінетична дизартрія: процеси жування, ковтання утруднені, дискоординовані;

- атактична дизартрія: жування ослаблене [28].

7. Форма дизартрії: розбірливість мови, порушення звуковимови

- спастико-паретична дизартрія: розбірливість мови значно знижена, часто важко зрозуміти при незнанні контексту. Звуки мови не мають чіткого фонетичного оформлення. Невиразність приголосних звуків. Усередненість голосних. Слабкість диференціації губних, призубних; твердих-м'яких, дзвінких-глухих;

- спастико-ригідна дизартрія: розбірливість мови значно знижена, часто важко зрозуміти при незнанні контексту. Звуки мови не мають чіткого фонетичного оформлення. Невиразність приголосних звуків. Усередненість голосних. Слабкість диференціації губних, призубних; твердих-м'яких, дзвінких-глухих;

- гіперкінетична дизартрія: розбірливість знижена (мова невиразна, змашена, часом малозрозуміла). Характерно відсутність стабільних порушень звукопроизношення (перепустки, заміни, змішування звуків непостійні). Багато спотворень звуків (щілинні та сонори);

- атактична дизартрія: розбірливість мови знижена. Порушено передньомовні, губні, вибухові звуки [28].

8. Форма дизартрії: порушення дихання

- спастико-паретична дизартрія: порушення мовного дихання (мовний видих укорочений і виснажуємо, вдих неглибокий);

- спастико-ригідна дизартрія: тяжкі порушення дихання;

- гіперкінетична дизартрія: тяжкі порушення дихання;

- атактична дизартрія: асинергія - асинхронність дихання, голосоутворення та артикуляції [28].

9. Форма дизартрії: порушення голосу

- спастико-паретична дизартрія: голос недостатньої сили і дзвінкості (тихий, слабкий, виснажується, глухуватий). можливо назалізація (вже згад.);

- спастико-ригідна дизартрія: го лос тихий, глухий, здавлений, напружений;

- гіперкінетична дизартрія: голос напружений, переривчастий, вібруючий, що змінюється по висоті, силі, дзвінкості. можливо назалізація;

- атактична дизартрія: голос виснажується, що стихає до кінця фрази; з носовим відтінком [28].

10. Форма дизартрії: порушення просодики

- спастико-паретична дизартрія: знижено амплітуду голосових модуляцій, немає темпоритмічних перебоїв, необхідних для живої інтонації (голос маломодульований, монотонний);

- спастико-ригідна дизартрія: модуляцій голосу майже немає. Тембр бідний. Темп трохи пришвидшений;

- гіперкінетична дизартрія: мелодико-інтонаційна сторона мови порушена, втрачено емоційний відтінок. Слабка виразність чи відсутність голосових модуляцій (монотонність);

- атактична дизартрія: модуляцій голосу майже немає. Інтонація практично відсутня. Ритм скандований. Темп уповільнений [28].

11. Форма дизартрії: вегетативні розлади

- спастико-паретична дизартрія: гіперсалівація;
- спастико-ригідна дизартрія: гіперсалівація;
- гіперкінетична дизартрія: слинотечі при «чистому» гіперкінетичному синдромі немає;
- атактична дизартрія: можлива гіперсалівація [287].

1.3. Логопедичний масаж в корекційно-логопедичній роботі з дітьми старшого дошкільного віку при дизартричних порушеннях

Знання особливостей структури порушень у дітей з дизартрією дозволяє сформулювати основні засади, що визначають послідовність та систему корекційно-логопедичної роботи.

Подолання виявленого мовленнєво-рухового порушення багато в чому залежить від правильності, точності та часу його встановлення. Логопедична дія при дизартрії вимагає контролю за динамікою мовного розвитку дитини та ефективністю виконання корекційної програми [43, с.47].

Мовленнєва терапія заснована на тісній єдності з лікувальними заходами, спрямованими на розвиток рухових функцій. Поєднання логопедичної роботи з медичними заходами (медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування, ЛФК та ін.) є важливою умовою комплексного впливу фахівців медико-педагогічного блоку. Необхідна узгодженість дій логопеда-дефектолога, невропатолога, а іноді й лікаря ЛФК та їхня загальна позиція при обстеженні, постановці діагнозу та медико-педагогічної корекції. З метою підбору найбільш ефективних та адекватних прийомів корекційного впливу важливо враховувати взаємозв'язок мовних та рухових розладів при

дизартрії, спільність ураження артикуляційної та загальної моторики. Наприклад, необхідно пригнічувати патологічну рефлекторну активність як у мовній, і у скелетної мускулатурі [15, с.15].

Необхідний одночасний розвиток та корекція порушень артикуляційної моторики та функціональних можливостей кистей та пальців рук. Це з положенням анатомічної близькості кіркових зон іннервації мовного апарату із зонами іннервації м'язів рук, особливо кисті й великого пальця. При дизартрії тяжкість порушень артикуляційної моторики зазвичай корелює з тяжкістю порушень функції рук.

Дуже важлива стимуляція рухово-кінестетичного аналізатора, що дозволить сформувати управління артикуляційним праксисом (уміння виконувати цілеспрямовані рухи артикуляції), розвинути навички самоконтролю та адекватної самооцінки дій, які робить дитина (кінестетичне відчуття артикуляційної пози). При цьому необхідна опора на інші аналізатори (зоровий виконання артикуляційних вправ перед дзеркалом; слуховий супровід рухів чіткою мовленнєвою інструкцією).

Необхідно гнучке поєднання різних видів та форм корекційно-логопедичної роботи (індивідуальних, підгрупових, фронтальних).

При корекції дизартричних порушень мовлення основна форма логопедичної роботи – індивідуальна. Насамперед це стосується таких методів логопедичного впливу, як диференційований логопедичний масаж, пасивна гімнастика артикуляції, штучна локальна контрастотермія, а також початкові етапи дихальної та голосової гімнастики. Розвиток мовного дихання, голоси та просодики можна проводити на підгрупових та фронтальних заняттях з дітьми [63].

Активне залучення батьків дитини багато в чому є запорукою ефективності корекційно-логопедичного впливу. Батьки повинні терпляче і ретельно вести систематичну роботу із закріплення в дитини отриманих на заняттях логопедичних навичок.

Основна мета логопедичної роботи з дітьми з дизартричними розладами - поліпшення розбірливості мовного висловлювання, щоб забезпечити дитині краще розуміння її мови оточуючими. Для реалізації цієї мети необхідно:

1) зменшення ступеня прояву рухових дефектів мовного апарату – спастичного парезу, гіперкінезів, атаксії (у легших випадках – нормалізація тону м'язів та моторики артикуляційного апарату);

2) розвиток мовного дихання та голосу; формування сили, тривалості, дзвінкості, керованості голосу у мовному потоці; вироблення синхронності голосу, дихання та артикуляції;

3) нормалізація просодичної системи мови (мелодико-інтонаційних та темпо-ритмічних характеристик мови);

4) формування артикуляційного праксису на етапі постановки, автоматизації та диференціації звуків мови;

5) розвиток фонематичного сприйняття і звукового аналізу (якщо порушено як фонетичний лад мови, а й фонематичні процеси);

6) нормалізація лексико-граматичних навичок експресивного мовлення (при змішаному, складному мовному розладі, що виявляється в порушенні всіх компонентів мови - не тільки фонетико-фонематичних, а й лексико-граматичних);

7) розвиток функціональних можливостей кистей та пальців рук, корекція порушень дрібної моторики [34, с.15].

Встановивши діагноз на підставі первинного логопедичного обстеження, логопед спільно з невропатологом розробляють тактику корекційно-логопедичного впливу, визначають основні напрямки та форми роботи, прогнозують по можливості кінцевий результат логопедичного впливу, визначають протипоказання та дозування занять. Для кожної дитини бажано скласти індивідуальну комплексну програму, що включає конкретні корекційно-логопедичні завдання на найближчий час та перспективний план роботи.

Логопедичну роботу при дизартричних розладах слід розпочинати з ослаблення прояву розладів іннервації м'язів мовного апарату. Розширюючи можливості руху мовних м'язів, можна розраховувати на їхнє краще спонтанне включення в процес артикуляції [40].

Під час проведення корекційно-логопедичної роботи з дітьми з дизартрією доцільно використовувати такі методи логопедичного впливу:

- диференційований логопедичний масаж (розслаблюючий або стимулюючий);
- зондовий, точковий, мануальний, щітковий масаж;
- пасивна та активна артикуляційна гімнастика;
- дихальні та голосові вправи;
- штучна локальна контрастотермія (поєднання гіпо-і гіпертермії) [56].

Диференційований логопедичний масаж - частина комплексної медико-психолого-педагогічної роботи, спрямованої на корекцію різних мовних розладів. Масаж використовується в логопедичній роботі з дітьми з дизартрією, ринолалією, заїканням та голосовими розладами. За цих форм мовної патології (особливо при дизартрії) масаж є необхідною умовою ефективності логопедичного впливу.

Логопедичний масаж – це одна з логопедичних технологій, активний метод механічної дії. Масаж застосовується у тих випадках, коли мають місце порушення тонусу м'язів артикуляції. Змінюючи стан м'язів периферичного мовного апарату, він зрештою опосередковано сприяє поліпшенню вимовної боку промови.

Масаж може проводитися на всіх етапах корекційно-логопедичного впливу, але особливо значуще його використання на початкових етапах роботи, коли дитина ще не має принципової можливості виконати певні артикуляційні рухи [63].

Диференційований логопедичний масаж можуть здійснювати логопед, дефектолог, інструктор ЛФК, який пройшов спеціальну підготовку (курси підвищення кваліфікації), має техніку масажу, має знання з анатомії та

фізіології м'язів мовного апарату. Логопед по можливості може навчити батьків дитини елементарним прийомам масажу та пасивної гімнастики артикуляції, попередньо пояснивши батькам їх необхідність і ефективність.

Основні завдання логопедичного масажу:

1. Нормалізація тону м'язів апарату артикуляції (у більш важких випадках - зменшення ступеня прояву рухових дефектів артикуляційної мускулатури: спастичного парезу, гіперкінезів, атаксії, синкінезій).
2. Активізація тих груп м'язів периферичного мовного апарату, у яких була недостатня скорочувальна здатність (або включення до процесу артикулювання нових груп м'язів, які до цього не діють).
3. Стимуляція пропріоцептивних відчуттів.
4. Підготовка умов формування довільних, координованих рухів органів артикуляції.
5. Зменшення гіперсалівації.
6. Зміцнення глоткового рефлексу.
7. Аферентація в мовні зони кори головного мозку (для стимуляції мовного розвитку при затримці формування мови) [45].

Логопедичний масаж надає загальний позитивний вплив на організм в цілому, викликаючи сприятливі зміни в м'язовій та нервовій системах, що відіграють основну роль у речеруховому процесі. Під впливом масажу підвищується еластичність м'язових волокон, сила та обсяг їхньої скорочувальної функції, працездатність м'язів.

Сутність масажу полягає в нанесенні механічних подразнень у вигляді погладжування, пощипування, розтирання, розминання, биття та вібрації. При легкому, повільному погладжуванні знижується збудливість тканин, що масажуються, що надає заспокійливий, розслаблюючий вплив. Енергійні і швидкі рухи при масажі підвищують подразливість тканин, що масажуються, скорочують м'язи [32, с.12-13].

Диференційоване застосування різних прийомів масажу дозволяє знизити м'язовий тонус при спастичності м'язів і навпаки підвищити його при

гіпотонії артикуляційної мускулатури. Диференційований масаж допомагає у подальшому формуванню та здійсненню довільних (активних), координованих рухів органів артикуляції.

Логопедичний масаж виконується в ділянці м'язів голови, шиї, а також верхнього плечового пояса. Особлива увага повинна приділятися м'язам периферичного мовного апарату, до яких належать насамперед м'язи язика та губ, а також щік та м'якого піднебіння. Саме ці м'язи забезпечують мовлення.

Логопедичний масаж доцільно застосовувати за рекомендацією лікаря, який проводить медичну діагностику. Медичний висновок повинен містити вказівку на наявність неврологічної симптоматики в мускулатурі артикуляції, а також форму і ступінь прояву неврологічного синдрому (спастичний парез, гіперкінетичний, атактичний, спастико-ригідний). Але навіть маючи медичний висновок невропатолога, логопед має вміти самостійно провести обстеження стану м'язового тону та будови органів артикуляції [48, с.54-55].

Відомо, що часто у дітей із неврологічною патологією відзначається змішаний варіативний характер порушень м'язового тону, тобто в одних групах м'язів може відзначатися спастичність, а в інших – гіпотонія. У зв'язку з цим в одних випадках буде потрібний розслаблюючий масаж, а в інших - стимулюючий.

Логопеду потрібно визначити стан тону наступних м'язів: язика, губ, обличчя, шиї, верхнього плечового пояса. Це встановлюється під час огляду дитини шляхом спостереження та пальпації.

Протипоказаннями щодо масажу є інфекційні захворювання (зокрема ГРВІ, грип), захворювання шкіри, герпес на губі, стоматит, кон'юнктивіт. З великою обережністю слід застосовувати масаж у дітей з епісиндромом (судомами), особливо якщо дитина плаче, кричить, вириває ся з рук, у нього «синіє» носогубний «трикутник» або відзначається тремор підборіддя [41].

Логопедичний масаж проводиться у теплом, добре провітряному приміщенні. Зазвичай масаж рекомендується проводити циклами за сеансами, бажано кожен день або через день. Після перерви на 1-2 місяці цикл можна

повторити. За певних обставин, коли масаж неможливо робити часто і регулярно, допускається проведення протягом більш тривалого часу, але рідше. При виражених порушення м'язового тону масаж можна проводити протягом декількох років (з невеликими перервами).

Тривалість однієї процедури може варіювати залежно від віку дитини, тяжкості мовленнєво-рухового порушення, індивідуальних особливостей тощо. буд. Початкова тривалість перших сеансів становить від 1-2 до 5-6 хвилин, а кінцева - від 15 до 20 хвилин. У ранньому віці масаж не повинен перевищувати 10 хвилин, у молодшому дошкільному – 15 хвилин, у старшому дошкільному та шкільному віці – 25 хвилин [39].

Під час масажу дитина не повинна відчувати болу та насильства. Однак у деяких дітей відзначається підвищена чутливість усіх або окремих м'язів артикуляції. Одні діти відчують неприємні відчуття в язичну мускулатуру (особливо під язиком), в інших дітей - в лицьовій мускулатурі або внутрішній поверхні щік. Більшість дітей досить швидко звикають до процедури масажу, неприємні відчуття при цьому поступово минають.

Не потрібно з перших зустрічей одразу укладати дитину в горизонтальне положення. Краще помістити його в положення сидячи (маленька дитина може сидіти на колінах у мами або в дитячому кріслі, візку в напіввідкинутому положенні).

Якщо дитина негативно налаштована або налякана, перші сеанси масажу повинні бути дуже короткими і обмежуватися при цьому лише масажем кистей та пальців рук або легким погладжуванням лицьової м'язи. Логопед може спочатку показати виконання масажу на іншій дитині, з якою давно ведуться заняття, або на мамі малюка.

Під час масажу використовуються різні засоби, що відволікають: спів пісеньки, читання казки або вірші. Дитина обов'язково повинна відчувати м'яке, добре ставлення логопеда до неї [29, с.20].

Руки логопеда під час проведення масажу мають бути чистими, теплими, без запальних процесів з коротко остриженими нігтями; бажано не одягати

прикрас (кілець та браслетів), що заважають проведенню масажу. Шкіра обличчя та губ дитини також має бути чистою, а рот – вільним від крихт чи залишків їжі. Масаж доцільно проводити не раніше ніж через 2 години після останнього прийому їжі (особливо у дітей з підвищеним глоточним рефлексом).

Положення тіла при логопедичному масажі. Перед початком сеансу масажу тіло дитини необхідно привести до правильного положення. Правильна поза сприяє нормалізації м'язового тону (зазвичай розслабленню), робить більш вільним дихання і полегшує роботу логопеда. При логопедичному масажі найбільш оптимальні такі положення:

1) у положенні лежачи на спині під шию дитини підкладається невеликий валик, що дозволяє трохи підняти плечі та відкинути назад голову; руки витягнуті вздовж тіла; ноги при цьому лежать вільно або дещо зігнуті в колінах (під коліна дитини також можна покласти валик);

2) дитина - у положенні напівсидячи в кріслі з високим підголівником;

3) дитина - в положенні напівсидячи в дитячому стільчику, що відкидається, або сидячій колясці (це положення доцільно застосовувати з маленькими дітьми перших років життя);

4) для дітей, які на перших сеансах бояться масажу або дуже прив'язані до мами, можна використовувати положення, сидячи на колінах у дорослого [59, с.15].

При масажі лицьової та губної мускулатури логопед займає положення сидячи за головою дитини або праворуч від неї. Масажуючи мову, фахівцю зручніше сидіти праворуч від дитини.

Розслаблюючий масаж артикуляційної мускулатури застосовують у разі підвищення м'язового тону в мовних м'язах (у лицьовому, губному, язичному м'язах). При розслаблюючому масаж дуже важливий вибір пози для занять з дитиною. Дитині надають становища, у яких патологічні тонічні рефлекси виявлялися б мінімально або проявилися зовсім (поза 1). Тонус м'язів обличчя, шиї, язика при цьому дещо знизиться.

Розслаблення м'язів шиї (пасивні рухи голови). Перед початком розслаблюючого масажу артикуляційної мускулатури, особливо у разі значного підвищення м'язового тону верхнього плечового пояса та шиї, необхідно досягти розслаблення цих м'язів. Логопед здійснює пасивні рухи головою дитини [17, с.64].

Положення дитини на спині або напівсидячи, голова дещо зважується назад:

а) однією рукою логопед підтримує шию дитини ззаду, іншою робить кругові рухи головою спочатку за годинниковою, потім проти годинникової стрілки;

б) повільними, плавними рухами логопед повертає голову дитини в один і в інший бік, похитує вперед (3-5 разів) [57].

Розслаблення шийної мускулатури викликає деяке розслаблення абліня кореня мови. Розслаблення оральної мускулатури досягається легким погладжуванням, поплескуванням м'язів обличчя, губ, шиї, язика. Рухи проводяться двома руками у бік від периферії до центру. Рухи повинні бути легкими, що ковзають, злегка притискають, але не розтягують шкіру. Кожен рух повторюється 5-8 разів.

Розслаблення лицьової мускулатури:

- 1) погладжування від середини чола до скронь;
- 2) погладжування від брів до волосистої частини голови;
- 3) погладжування від лінії чола навколо очей;
- 4) погладжування брів від перенісся в сторони до краю волосся, продовжуючи лінію брів;
- 5) погладжування від лінії чола вниз через все обличчя по щоках, підборідді та шиї;
- 6) погладжування від нижнього краю вушної раковини (від мочок вуха) по щоках до крил носа;
- 7) легкі пощипують рухи по краю нижньої щелепи;
- 8) масаж обличчя, що натискає, від коріння волосся вниз [57].

Розслаблення губної мускулатури:

- 1) погладжування верхньої губи від кутів рота до центру;
- 2) погладжування нижньої губи від кутів рота до центру;
- 3) погладжування верхньої губи (рух зверху донизу);
- 4) погладжування нижньої губи (рух знизу нагору);
- 5) погладжування носогубних складок від крил носа до кутів губ;
- 6) точковий масаж губ (легкі обертальні рухи за годинниковою стрілкою);
- 7) легке постукування губ пальцями [57].

При асиметрії лицьової мускулатури артикуляційний масаж проводять з гіперкорекцією ураженої сторони, тобто на ній здійснюється більша кількість масажних рухів.

Стимулюючий масаж артикуляційної мускулатури. Стимулюючий масаж мускулатури артикуляції здійснюється при гіпотонії м'язів (з метою зміцнення м'язового тону). Масажні рухи проводяться від центру до периферії. Зміцнення лицьової мускулатури здійснюється шляхом погладжування, розтирання, розминання, пощипування, вібрації. Після 4-5 легких рухів сила їх наростає. Вони стають натискаючими, але не болючими. Рухи повторюються 8-10 разів.

Зміцнення лицьової мускулатури:

- 1) погладжування чола від середини до скронь;
- 2) погладжування чола від брів до волосся;
- 3) погладжування брів;
- 4) погладжування по віках від внутрішніх до зовнішніх кутів очей та в сторони;
- 5) погладжування щік від носа до вух та від підборіддя до вух;
- 6) стискання підборіддя ритмічними рухами;
- 7) розминання вилицьових та щічних м'язів (спіралеподібні рухи по вилицьових та щічних м'язах);
- 8) перетирання щічного м'яза (вказівний палець у роті, інші зовні);

9) пощипування щік [57].

Зміцнення губної мускулатури:

- 1) погладжування від середини верхньої губи до кутів;
- 2) погладжування від середини нижньої губи до кутів;
- 3) погладжування носогубних складок від кутів губ до крил носа;
- 4) пощипування губ;
- 5) поколювання губ [57].

Одним із прийомів зміцнюючого масажу є вібрація. Вібрацію можна проводити ручним методом і за допомогою механічного приладу – вібратора. Передача тканинам дрібних, швидких коливальних рухів, що чергуються, викликає сильне скорочення м'язів і надає їм велику пружність, покращує трофіку тканин. Масаж триває 2-4 хвилини (вібрація протипоказана дітям з епісіндромом (судомами)).

Масаж язичної мускулатури. При спастичності язика роблять розслаблюючий масаж, при гіпотонії язика — масаж, що зміцнює. Спастичність язичної мускулатури відзначається значно частіше, ніж гіпотонія язика. При гіпотонії прийоми масажу активніші, інтенсивніші, ніж при спастичності.

При спастичності язика зниження тонузу язичної мускулатури перед масажем можна потримати в роті (2-3 разу) теплий настій трав (1 ч. л. кропиви, 1 ч. л. звіробію, 1 ч. л. ромашки, 1 ч. л.). чаю на 0,5 л окропу).

Масаж мови можна здійснювати різними способами:

- 1) зондовий масаж (використовуються зонди або постановочні зонди Ray);
- 2) пальцевий масаж (у напальчнику або через марлеву серветку);
- 3) масаж дерев'яним чи металевим шпателем;
- 4) масаж зубними щітками (різними за матеріалом, формою, жорсткістю щетини, розміром). При масажі використовуються як щетина, і паличка щітки [49, с.64].

Перед початком масажу мови слід з'ясувати ступінь та межу глоткового (блювотного) рефлексу. У разі підвищення під час кожного наступного масажу необхідно потроху заходити зарубіжних країн глоткового рефлексу. Масаж мови не слід проводити після годування дитини.

Під час масажу язика рот дитини відкритий. Логопед спочатку робить масаж у порожнині рота, потім поза порожниною рота (попросивши висунути мову) і, нарешті, утримуючи мову марлевою серветкою.

Прийоми масажу мови (напрямок масажних рухів):

1) погладжування мови у різних напрямках:

- від кореня язика до кінчика (вплив на поздовжні м'язи);
- від центру язика до бокових країв (поперечні м'язи);
- кругові, спіралеподібні рухи;

2) поплескування мови починаючи з кінчика, просуваючись поступово до кореня і назад (ритмічні натискання впливають на вертикальні м'язи);

3) «прокачування» - легкі рухи, що вібрують, що передаються мові через зонд (шпатель або щітку);

4) масаж верхнього підйому мови, розтягуючи вуздечку у (рух знизу вгору під язиком);

5) поколювання мови (гольчастим зондом);

6) «перетирання» мови марлевою серветкою або чистою хусткою (у разі підвищеної чутливості дитини до марли);

7) розпластування мови невеликою клізмою-спринцівкою (складена двічі більша частина клізми - у роті, кінчик - зовні) [38].

Артикуляційна гімнастика проводиться спочатку в пасивній формі, потім пасивно-активної і, нарешті, в активній формі.

Пасивна гімнастика проводиться після масажу. Логопед виконує пасивні рухи органів артикуляції. Їх метою є включення в процес артикулювання нових груп м'язів, до цього недіючих, або збільшення інтенсивності м'язів, раніше включених. Це створює умови на формування довільних рухів мовної мускулатури. Напрямок, обсяг та траєкторія пасивних рухів ті ж, що й активні.

Вони відрізняються від активних рухів тим, що час включення та виключення з руху фіксація не залежать від дитини. Дитина здійснює рух артикуляції тільки за допомогою механічного впливу — під натиском рук логопеда або шпателя, зонда. Пасивні рухи потрібно робити плавно, повільно, з поступовим збільшенням навантаження.

Логопед оформляє схему руху артикуляції, по можливості пояснюючи її дитині, вимагаючи від нього зорового контролю. Пасивні вправи здійснюються серіями по 3-5 рухів. Дитині пропонується усвідомити 3 стадії кожного руху: вхід, фіксація, вихід. Потрібно поступово виховувати здатність візуально контролювати та оцінювати кожен рух, відчувати та запам'ятовувати його [21].

Бажано, щоб пасивна гімнастика супроводжувалася зоровим контролем та мовленнєвою інструкцією («Твоя мова зараз унизу. Подивися в дзеркало, відчуй це становище»).

Коли пасивні рухи стають вільнішими, механічна допомога скорочується. Таким чином відбувається перехід до пасивно-активних вправ. Поступово, якщо дитина самостійно може виконати необхідні рухи артикуляції, утримувати певні положення мови і губ, довільно змінювати їх, переходять до активної артикуляційної гімнастики.

Пасивна гімнастика мови:

- 1) виведення язика з ротової порожнини вперед;
- 2) втягування мови назад;
- 3) опускання язика вниз (до нижньої губи);
- 4) піднімання язика вгору (до верхньої губи);
- 5) бічні відведення мови (ліворуч та праворуч);
- 6) придавлювання кінчика язика до дна ротової порожнини;
- 7) піднімання кінчика мови до твердого піднебіння;
- 8) легкі, плавні, що погойдують рухи мови в сторони.

Пасивна гімнастика губ:

- 1) збирання верхньої губи (помістивши вказівні пальці обох рук у кути губ, проводять рух до середньої лінії);
- 2) збирання нижньої губи (тим самим прийомом);
- 3) збирання губ у трубочку («хоботок»), здійснюючи рух до середньої лінії;
- 4) розтягування губ у «усмішку», фіксуючи пальці у кутах рота;
- 5) піднімання верхньої губи;
- 6) опускання нижньої губи;
- 7) змикання губ для вироблення кінестетичного відчуття закритого рота;
- 8) створення різних укладів губ, необхідні виголошення голосних звуків [а], [про], [у], [і], [и], [е] [58].

Активна артикуляційна гімнастика

При проведенні гімнастики артикуляції велике значення надається тактильно-пропріоцептивної стимуляції, що сприяє розвитку статико-динамічних відчуттів і чітких артикуляційних кінестезій. Здійснюючи принцип компенсації, на перших етапах роботи використовують максимальне підключення різних аналізаторів (зорового, слухового, тактильного). Тактильний аналізатор відіграє істотну роль у кінестетичному сприйнятті, тому масаж та пасивну гімнастику проводять перед активною гімнастикою артикуляції. Далі для розвитку більш чітких та диференційованих артикуляційних кінестезій поступово виключають участь тактильного аналізатора, зору та слуху. Багато вправ можна проводити із заплющеними очима, акцентуючи увагу дитини на пропріоцептивних відчуттях.

При виконанні активних рухів артикуляції в мімічній, губній і язичній мускулатурі важливо формувати повноту обсягу рухів, диференційованість включення різних м'язів, плавність, симетричність рухів, швидкість включення і перемикавання. Необхідно розвивати довільність, диференційованість артикуляційних рухів та контроль за їх виконанням [56].

Вправи для розвитку мімічних м'язів обличчя:

- 1) закривання (звичайне і щільне) та відкривання очей;

- 2) нахмурування брів;
- 3) піднімання брів (утворення поздовжніх зморшок);
- 4) надування щік;
- 5) проковтування слини;
- 6) відкривання та закривання рота;
- 7) жувальні рухи.

Вправи у розвиток губної мускулатури:

- 1) витягування губ уперед трубочкою;
- 2) розтягування їх у сторони;
- 3) чергування рухів «хоботок» - «оскал»;
- 4) змикання губ (звичайне і щільне) при зімкнутих і розімкнених щелепах;
- 5) розмикання губ при закритому та відкритому роті;
- 6) миттєве змикання губ з розривом (типу «поцілунок»);
- 7) млявий губний видих (струм повітря спрямований під губи, щоки надуваються не напружено);
- 8) цільовий губний видих (у певному напрямку з напруженими та розслабленими щоками);
- 9) піднімання верхньої губи з оголенням зубів (плаксивий вираз обличчя) [49, с.12].

Для створення більшої інерваційної активності, для підвищення ступеня кінестетичного почуття мовлення про апарат, для збільшення обсягу артикуляційних рухів можна використовувати такі завдання:

- виштовхування язиком марлевої серветки, засунутої за щоку (поперемінно ліворуч і праворуч);
- переміщення в порожнині рота предметів різного розміру, фактури та форми (гудзики, кульки тощо);
- утримання губами різних предметів (пробка, марля); далі – вправа з опором (логопед намагається відібрати предмети легкими ривками) [49, с.13].

Особливо велика робота має проводитися над м'язами мови. Необхідний розвиток загальних, менш диференційованих рухів мови, а потім формування тонких та диференційованих рухів мови, активізація її кінчика, відмежування мови та нижньої щелепи.

Вправи для язикової мускулатури:

- 1) дотик кінчиком язика до краю нижніх зубів;
- 2) висування мови вперед;
- 3) втягування мови назад, усередину;
- 4) опускання мови вниз;
- 5) піднімання мови вгору;
- 6) бічні відведення (вправо та вліво);
- 7) піднімання вгору та притискання середньої частини язика до бокових зубів верхньої щелепи;
- 8) звуження мови та загострення її;
- 9) перемикання різних позицій [63].

Далі переходять до спеціальних вправ, що мають значення артикуляції для постановки звуків.

Метод штучної локальної контрастотермії застосовується для зменшення спастичності м'язів апарату артикуляції, гіперкінезів язичної та мимічної мускулатури, а також при артикуляційній апраксії. Цей метод полягає в контрастотермальній дії низькотемпературних (кріомасаж) та високотемпературних (термомасаж) агентів. Як низькотемпературні агенти виступають крижана крихта або дуже холодна вода, а високотемпературних - гаряча вода або настій трав [63].

Гіпотермію (кріомасаж) та гіпертермію (тепло-масаж) можна застосовувати по черзі або вибірково. Існують різні варіанти їх застосування:

- тільки гіпотермія (кріомасаж);
- тільки гіпертермія (тепломасаж);
- гіпотермія, потім гіпертермія;
- поперемінне використання кріо - і теплоаплікацій [63].

Штучна локальна гіпотермія здійснюється наступним чином: крижану крихту в марлі накладають по чергово на м'язи апарату артикуляції (круговий м'яз рота, великий вилиць, підборіддя в області підщелепної ямки, язичну мускулатуру). При ІЛГ на м'язи мови логопед утримує мову марлевою серветкою (обов'язково впливаючи на корінь, спинку, кінчик, бічні краї язика).

Тривалість експозиції крижаної аплікації під час одного сеансу від 2 до 7 хвилин (час експозиції поступово збільшуємо). Одномоментне накладення льоду на одну із зацікавлених зон кріовпливу – від 5 до 20 секунд. Курс лікування становить 15-20 сеансів, які проводяться щодня.

Аналогічно проводиться гіпертермія (тепломасаж артикуляційної мускулатури). При цьому можна використовувати теплоелектромасаж.

Для активізації центральних відділів мовленнєво-рухового аналізатора й у мовної аферентації контрастотермальний вплив можна застосовувати як на артикуляційну мускулатуру, а й у м'язи верхніх кінцівок (особливо кисті правої руки) [56].

Отже, система логопедичної роботи з дітьми при дизартрії передбачає комплексний характер. Одним із засобів корекційного впливу є логопедичний масаж. Логопедичний масаж має на меті не тільки зміцнення або розслаблення м'язів артикуляції, але й стимуляцію пропріоцептивних відчуттів, що сприяє чіткості кінестетичного сприйняття. Мовні кінестезії мають дуже важливе значення у формуванні як імпресивної, так і експресивної мови. Кінестетичне почуття супроводжує роботу всіх м'язів. Так, у ротовій порожнині виникають зовсім різні диференційовані м'язові відчуття в залежності від ступеня м'язового напруження при русі язика, губ. Відчуваються напрями цих рухів та різні артикуляційні уклади при виголошенні тих чи інших звуків.

РОЗДІЛ 2

ЛОГОПЕДИЧНИЙ МАСАЖ ПРИ КОРЕКЦІЇ ЗВУКОВИМОВИ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ДИЗАРТРИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

2.1. Діагностика стану артикуляційного апарату у дітей старшого дошкільного віку із дизартричними порушеннями

Експериментальна частина нашої роботи проводилась у Дошкільному навчальному закладі №28 комбінованого типу Чернівецької міської ради. Вибірку становили діти старшої дошкільної групи (8 дітей) з дизартричними розладами. Дослідно-експериментальна робота включала кілька етапів. У першому етапі проводився констатуючий експеримент, виявлялося вихідне стан м'язів мовного апарату. На другому етапі здійснювався формуючий експеримент, проводилася апробація методики використання логопедичного масажу під час корекції звуковимови в дітей із дизартричними розладами. На третьому етапі проводилася контрольна діагностика, аналізувалися результати виконаної роботи.

Усі 8 дітей відчувають труднощі у порушенні вимовної боку мовлення, зумовлені порушенням іннервації мовної мускулатури. Далі нами підібрано діагностичні методики. Обстеження проводилося за такими напрямками:

- I. Дослідження анатомічної будови апарату артикуляції
- II. Дослідження стану мимічної мускулатури у спокої та динаміці
- III. Дослідження стану тону м'язів мимовільної та довільно артикуляційної моторики: лицьової, губної, язичної мускулатури:
 - дослідження рухової функції апарату артикуляції
 - дослідження динамічної організації рухів апарату артикуляції.
- IV Стан звуковимови [60]

Далі проводилося основне дослідження, результати якого будуть представлені нижче:

- I. Дослідження анатомічної будови апарату артикуляції

Обстеження апарату артикуляції починається з перевірки будови його органів: губ, язика, зубів, твердого і м'якого піднебіння, щелеп. При цьому ми визначали, наскільки їхня будова відповідає нормі.

- Губи (товсті, укорочені, розщеплення верхньої губи, післяопераційні рубці, норма);
- зуби (рідкісні, криві, дрібні, зайві, поза щелепною дугою, каріозні, недорозвинені, норма);
- прикус (відкритий передній, відкритий бічний, норма);
- будова щелепи (прогенія, прогнання, норма);
- мова (товста, розпластана, напружена, маленька, довга, вузька, норма);
- під'язичне вуздечко (коротка, натягнута, прирощена, норма);
- маленький язичок: відсутній, укорочений, роздвоєний, звисає нерухомо на середній лінії, відхиляється убік;
- піднебіння (високе, надмірно вузьке, плоске, низьке, ущелина твердого піднебіння, ущелина м'якого піднебіння, норма) [60].

За підсумками обстеження будови апарату артикуляції ми зробили висновок, що у 25% всіх дошкільнят (2 дітей) відзначаються невеликі відхилення в будові апарату артикуляції (коротка під'язична зв'язка, порушення прикусу), у 75% дітей (6 дітей.) немає відхилень.

II. Дослідження стану мимічної мускулатури у спокої та динаміці

2.1. Дослідження обсягу та якості рухів м'язів чола

Зміст завдань: нахмурити брови; підняти брови; наморщити лоба

Характер виконання: виконання правильне; рухи виконуються зі співдружними рухами (мружаться очі, посмикуються щоки і т. д.); рух не вдається.

2.2. Дослідження обсягу та якості рухів очей

Зміст завдань: легко зімкнути повіки; щільно зімкнути повіки; закрити праве око, потім ліве; підморгнути;

Характер виконання: виконання правильне; рух не вдається; виникають співдружні рухи.

2.3. Дослідження обсягу та якості рухів м'язів щік

Зміст завдань: надути ліву щоку; надути праву щоку; надути обидві щоки одночасно;

Характер виконання: виконання правильне; ізольоване надування однієї щоки не вдається; сильно напружується протилежна випнута щока.

2.4. Дослідження можливості довільного формування певних мімічних поз

Зміст завдань: виразити мімікою особи (подив; радість; переляк; смуток; сердита особа);

Характер виконання: правильне виконання мімічних поз; рух не вдається; мімічна картина нечітка.

2.5. Дослідження символічного праксису проводять спочатку за зразком, а потім за мовленнєвою інструкцією

Зміст завдань: свист; поцілунок; посмішка; оскал; плювок; цокання;

Характер виконання: обсяг рухів обмежений, симетричність носогубних складок; поява співдружних рухів, гіперкінезів, салівації; рух не вдається.

Дітям було запропоновано виконати серію рухових завдань за показом та словесною інструкцією. За кожну серію проб виставлялася оцінка у балах за такими критеріями:

- завдання не виконані;
- завдання виконуються з помилками, після повторних показів та інструкцій за допомогою дорослого відзначаються синкінезії;
- поодинокі помилки, потрібна невелика допомога дорослого, відзначаються синкінезії, дизритмія;
- завдання виконуються правильно, але у сповільненому темпі;
- усі завдання виконуються правильно, у запропонованому темпі.

Далі нами визначався рівень сформованості рухової функції мімічної та артикуляційної моторики:

- 20-15 балів – високий рівень;
- -7 балів – середній рівень;
- -0 балів – низький рівень.

Були отримані результати, які ми подаємо в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Дослідження стану м'якої мускулатури у спокої та динаміці

№ з/п	Учасники експериментальної групи	Завдання					Бали	Рівень
		М'язи чола	Руки очей	М'язи щік	Мімічні пози	Символічний праксис		
1	Іван	2	1	2	0	1	6	Низький
2	Данило	2	1	2	0	1	6	Низький
3	Кирил	3	1	3	1	1	9	Середній
4	Юлія	3	2	3	1	2	11	Середній
5	Ірина	2	1	2	0	1	6	Низький
6	Микола	3	1	2	1	2	9	Середній
7	Карина	2	0	1	0	2	5	Низький
8	Денис	2	1	1	1	0	5	Низький



Рис. 2.1. Стан м'якої мускулатури у спокої та динаміці

Висновок: у 62,5% дітей виявлено низький рівень, а у 37,5 середній рівень стану мимічної мускулатури у спокої та динаміці.

III. Дослідження стану тонусу м'язів мимовільної та довільно артикуляційної моторики: лицьової, губної, язичної мускулатури.

Оцінювався стан тонусу м'язів апарату артикуляції в спокої, при спробах до мовної діяльності, в процесі мовлення, при мимічних, загальних і артикуляційних рухах. Стан м'язового тонусу в органах артикуляції (лицьової, губної та язичної мускулатури) оцінювалося при спільному огляді логопеда та невропатолога. Діти з дизартрією порушення тонусу артикуляційних м'язів характеризуються спастичністю, гіпотонією чи дистонією. Нерідко має місце змішаний характер і варіабельність порушень м'язового тонусу в апараті артикуляції (наприклад, в лицьовій і губній мускулатурі може бути виражена гіпотонія, а в язичній - спастичність). Відзначається наявність або відсутність гіпомімії, асиметрії обличчя, згладженості носогубних складок, синкінезій, гіперкінезів лицьової та язичної мускулатури, тремору язика, девіації (відхилення) язика убік, гіперсалівації.

Ми оцінювали мимовільні рухи апарату артикуляції під час їжі (смоктання, зняття їжі з ложки, пиття з чашки, відкушування, жування, ковтання). З'ясовувалися особливості порушення акту прийому їжі у дитини: відсутність або утруднення жування твердої їжі та відкушування від шматка; поперхування та захлинування при ковтанні.

Дослідження рухової функції апарату артикуляції. Усі завдання мають проводитися при багаторазовому повторенні необхідного руху

1. Дослідження рухової функції губ за словесною інструкцією проводиться після виконання завдання показу

Зміст завдання: зімкнути губи; округлити губи як із вимови звуку «О» - утримати позу; витягнути губи в трубочку, як із вимовою звуку «у», і втримати позу; зробити «хоботок» (витягнути губи та зімкнути їх); д) розтягнути губи в «усмішці» (зубів не видно) та утримати позу; підняти верхню губу вгору, видно верхні зуби; опустити нижню губу вниз, видно нижні зуби; одночасно

підняти верхню, опустити нижню; багаторазове повторення вимови губних звуків б-б-б, п-п-п;

Характер виконання: виконання правильне; діапазон рухів невеликий; наявність співдружних рухів; надмірна напруга м'язів, виснаження рухів; чи проявляється тремор, салівації, гіперкінези; активність участі правої та лівої сторін губ; змикання губ з одного боку; рух не вдається.

2. Дослідження рухової функції щелепи проводять спочатку за показом, та був за словесної інструкції

Зміст завдання: широко розкрити рот, як із проголошенні звуку «а» і закрити; зробити рух нижньою щелепою праворуч; зробити рух ліворуч; зробити рух нижньою щелепою вперед;

Характер виконання: виконання правильне; рухи щелепою недостатнього обсягу; чи немає співдружних рухів, тремору, салівації; рух не вдається.

3. Дослідження рухових функцій мови (дослідження обсягу та якості рухів мови) за показом та за словесною інструкцією

Зміст завдання: покласти широку мову на нижню губу і потримати під рахунок від 1 до 5; покласти широку мову на верхню губу і потримати під рахунок від 1 до 5; перекладати кінчик язика по черзі з правого кута рота в лівий кут, торкаючись губ; висунути мову «лопатою», «жалом»; відстовбурчити праву, потім ліву щоку мовою; підняти кінчик язика до верхніх зубів потримати під рахунок від 1 до 5 і опустити до нижніх зубів; заплющити очі, витягнути руки вперед, а кінчик язика покласти на губу; руху мовою вперед-назад.

Характер виконання: виконання правильне; рухи мови недостатнього діапазону; у м'язах з'являються співдружні рухи; мова рухається незграбно, всією масою, повільно, неточно; є відхилення мови убік, чи утримується мова у певному положенні; виснаженість рухів; чи немає тремору, гіперкінезу мови; чи не проявляється салівація; рух не вдається.

4. Дослідження рухової функції м'якого піднебіння

Зміст завдання: широко відкрити рот і чітко вимовити звук «а» (у цей момент в нормі м'яке небо піднімається); провести шпателем, зондом або папірцем, скрученим у трубочку, по м'якому небу (у нормі повинен з'явитися блювотний рефлекс); при висунутому між зубами язика надуті щоки і сильно подути так, ніби задувається полум'я свічки.

Характер виконання: виконання правильне; обсяг рухів обмежений, відзначаються співдружні рухи, мала рухливість піднебінної фіранки, гіперкінези, салівація, рух не вдається.

5. Дослідження тривалості та сили видиху

Зміст завдання: зіграти на будь-якому духовому інструменті-іграшці (губній гармошці, дудочці, флейті тощо); піддувати пушинки, аркуш паперу тощо.

Характер виконання: силу та тривалість видиху; укорочений видих (залежно від віку випробуваного).

Таблиця 2.2

Дослідження рухової функції апарату артикуляції

№ з/п	Учасники експериментальної групи	Завдання					Бали	Рівень
		Рухова функція губ	Рухова функція щелепи	Рухова функція мови	Рухова функція м'якого піднебіння	Тривалість та сила видиху		
1	Іван	2	1	1	1	0	5	Низький
2	Данило	1	0	1	0	1	3	Низький
3	Кирил	2	1	2	2	1	8	Середні
4	Юлія	1	1	0	1	1	4	Низький
5	Ірина	1	0	2	2	1	6	Низький
6	Микола	2	1	1	1	2	7	Середній
7	Карина	2	0	1	2	2	7	Низький
8	Денис	1	1	2	1	1	6	Низький

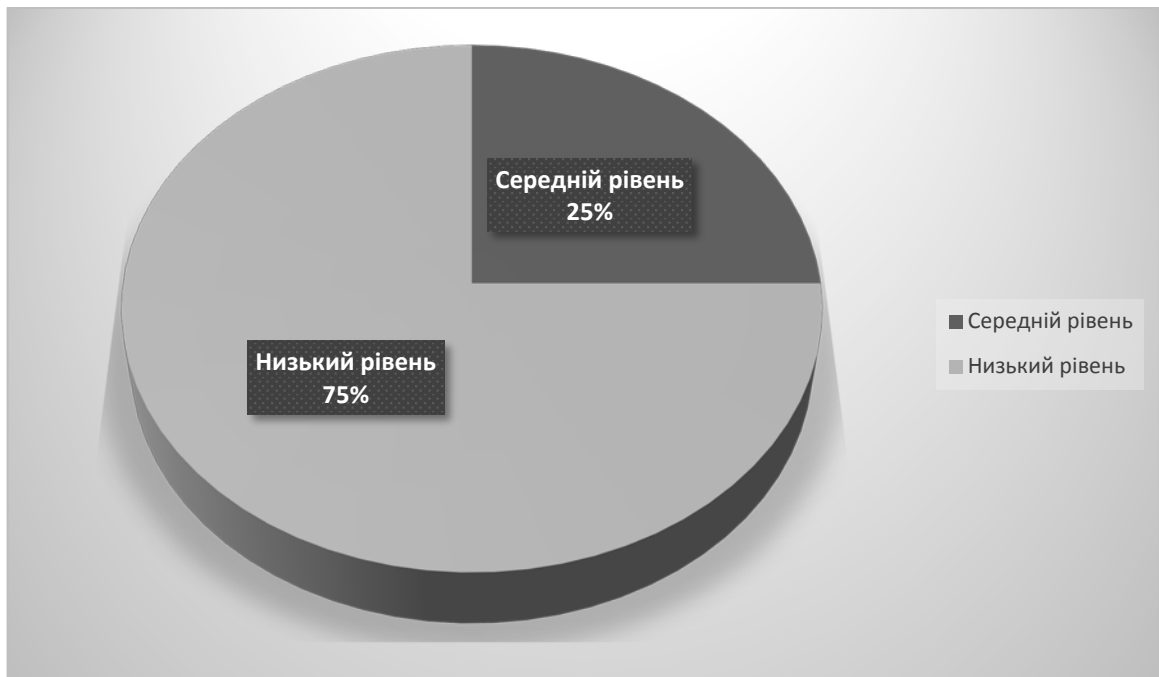


Рис. 2.2. Рухова функція артикуляційного апарату

Висновок: у 75% дітей виявлено низький рівень рухової функції апарату артикуляції.

4. Дослідження динамічної організації рухів апарату артикуляції. Всі завдання, що спочатку проводяться за показом, а потім за словесною інструкцією при багаторазовому повторенні проведеного комплексу рухів:

4.1. Показати зуби, висунути язик, потім широко відкрити рот. проявляється заміна одного руху іншим, пошук артикуляції, на одному русі, недиференційованість рухів, порушення плавності рухів, напруженість мови, посмикування мови, руху мови не вдаються; легко вдається перемикання з однієї артикуляційної пози на іншу, з однієї фонемі на іншу, з однієї фонемі на іншу і одного звукового ряду на інший.

4.2. Широко відкрити рота, доторкнутися кінчиком язика до нижніх зубів (різців), потім підняти кінчик язика до верхніх зубів (різців) і покласти на нижню губу.

4.3. Покласти широку мову на губу, загнути кінчик язика, щоб вийшла чашка, занести цю чашечку в рот.

4. Широко розкрити рота, як при звуку «а», розтягнути губи в посмішку, витягнути в трубочку.

5. Широко розкрити рот, потім попросити напівзакрити та закрити його

6. Повторити звуковий чи складовий ряд кілька разів (послідовність звуків чи складів змінюється) А-І-У; У-І-А; КА-ПА-ТА; ПА-КА-ТА; ПЛА-ПЛЮ-ПЛО; РАЛ-ЛАР-ТАР-ТАЛ; СКЛА-ЗМА-ЗДРА.

Характер виконання всіх 6 завдань: проявляється заміна одного руху іншим, пошук артикуляції, на одному русі, недиференційованість рухів, порушення плавності рухів, напруженість мови, посмикування мови, руху мови не вдаються; легко вдається перемикання з однієї артикуляційної пози на іншу, з однієї фонемі на іншу, з однієї фонемі на іншу і одного звукового ряду на інший.

Результати подані в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Дослідження рухової функції апарату артикуляції

№ з/п	Учасники експериментальної групи	Завдання						Бали	Рівень
		1	2	3	4	5	6		
1	Іван	2	1	1	2	0	1	7	Середній
2	Данило	1	1	1	2	0	1	6	Низький
3	Кирил	1	0	1	3	1	1	7	Середній
4	Юлія	2	1	2	3	1	2	11	Середній
5	Ірина	2	1	1	2	0	1	6	Низький
6	Микола	1	0	1	0	1	2	5	Низький
7	Карина	1	2	0	1	3	2	9	Низький
8	Денис	0	2	1	0	1	2	6	Низький

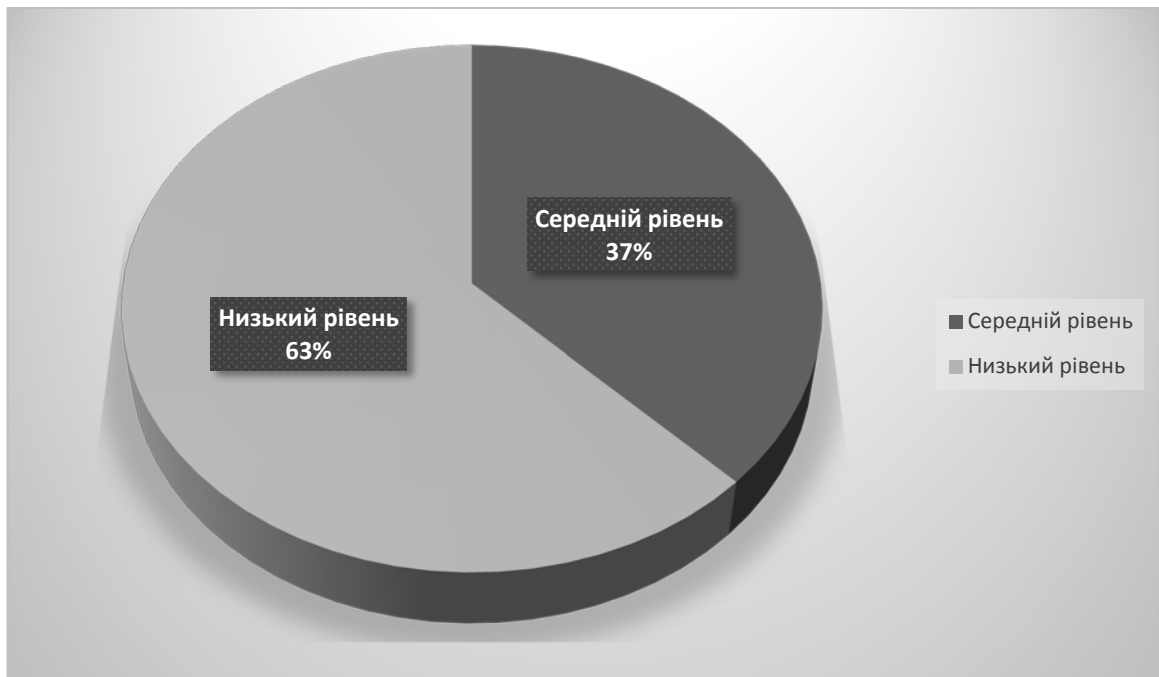


Рис.2.3. Динамічна організація рухів апарату артикуляції

Висновок: у 62,5% дітей виявлено низький рівень динамічної організації рухів апарату артикуляції.

Отже, отримані дані підтверджують наявність у всіх обстежених дошкільнят недоліків стану апарату артикуляції.

Проведене нами обстеження дозволило побачити такі специфічні особливості: поліморфні порушення рухової функції органів апарату артикуляції, обумовлені недостатньою точністю, координацією і перемиканням рухів, особливо тонких диференційованих рухів губ, язика, наявністю неврологічної симптоматики у вигляді тону, супутніх. Результати дослідження дозволяють сформулювати загальні та специфічні завдання логопедичного масажу щодо корекції звуковимови при дизартрії.

IV. Стан звуковимови

Оцінюючи стану звуковимови нас цікавило таке: кількість порушених звуків, які фонетичні групи порушені, характер порушень вимови (спотворення, заміни, відсутність звуків, змішання) у різних умовах (ізолювано, у складах, словах, у фразах, у спонтанній промові). Дітям

пред'являлися предметні картинки, склади, слова, речення, відмови з досліджуваними звуками. За підсумками відбитого та самостійного відтворення дошкільнятами лексичного матеріалу виставлялася оцінка за такими критеріями:

- відсутність звуків, заміна більш простими за артикуляцією;
- заміна, спотворення звуків;
- ізольована вимова звуків правильна, але в мові не автоматизовані, самоконтроль не сформований;
- звуки поставлені, йде їхня автоматизація, у потоці мови нечіткість, пропуск звуків, але виробляється самокорекція;
- звуки вимовляються правильно переважають у всіх фонетичних позиціях, достатній самоконтроль.

Далі нами визначався рівень сформованості звуковимови:

20-15 балів – високий рівень;

7 балів – середній рівень;

0 балів – низький рівень.

В результаті обстеження було отримано результати, які ми подаємо в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Стан звуковимови

№ з/п	Учасники експериментальної групи	Завдання					Бали	Рівень
		Задньомовні, передньомовні	Свистячі	Шиплячі	Сонорні	Дзвінкі та глухі, тверді та м'які		
1	Іван	1	1	0	0	0	2	Низький
2	Данило	3	1	1	0	3	8	Середній
3	Кирил	3	2	1	1	3	10	Середній
4	Юлія	3	1	0	0	2	5	Низький
5	Ірина	3	1	0	0	1	5	Низький
6	Микола	4	1	1	0	3	9	Середній
7	Карина	3	1	0	0	2	6	Низький
8	Денис	2	1	0	1	2	6	Низький

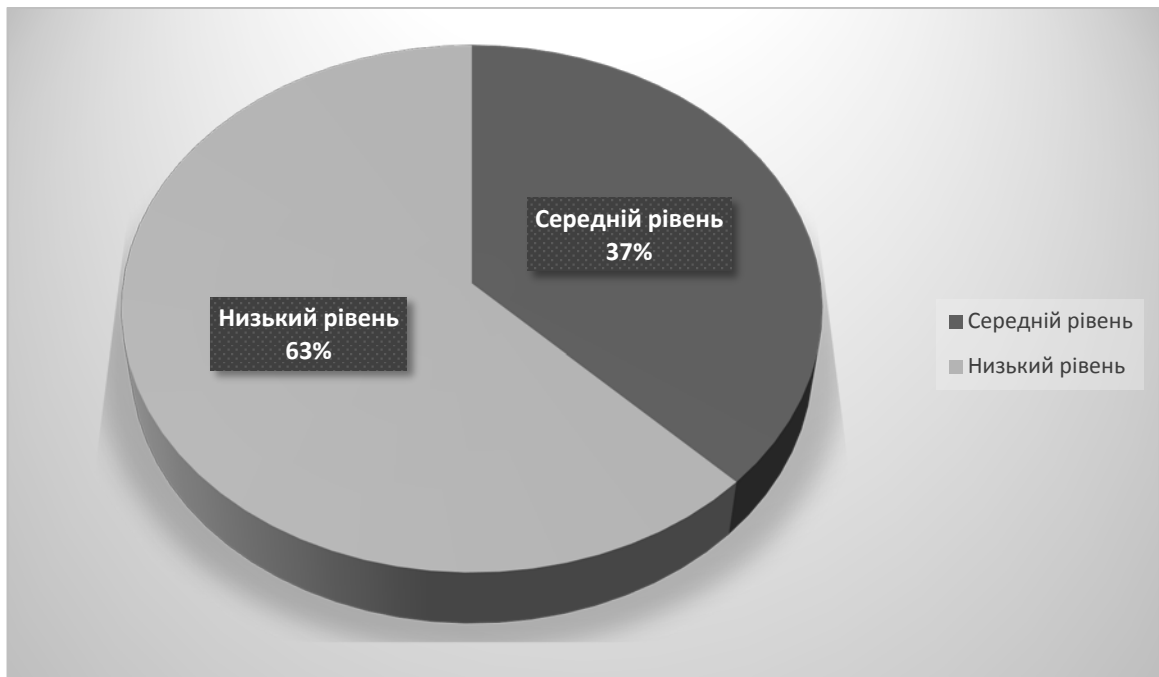


Рис.2.4. Стан звуковимови

Висновки: виявлено низький рівень звуковимови у 62,5% дітей у кожній групі; середній рівень – у 37,5%; найбільше порушуються групи свистячих, шиплячих та сонорів, часто виявляються дефекти дзвоніння та дефекти твердості-м'якості, задньомовних та передньомовних зустрічаються рідше.

Слід також наголосити на деяких недоліках відтворення складової структури; у дошкільнят відзначається напруга артикуляційної моторики, уповільнені рухи органів артикуляції при відтворенні слів складної складової структури, порушення звуконаповнюваності, особливо це стосується слів, що рідко вживаються, а також зростання кількості помилок при відтворенні слів, що містять порушені звуки.

Отже, загальним всім дітям є поліморфний характер порушень звуків. Можна відзначити нестабільний характер звуковимовлення, виражені труднощі відтворення звуків, що ізольовано вимовляються правильно, в потоці мови, в словах складної складової структури, в словах за наявності фонетично близьких звуків.

2.2. Логопедичний масаж у практичній роботі вчителя-логопеда з дошкільниками при дизартричних порушеннях

Виходячи з отриманих даних, ми пропонуємо наступні підходи до організації роботи:

- послідовний поетапний вплив логопедичним масажем на м'язи артикуляційної моторики.
- корекцію здійснювати під час індивідуальних логопедичних занять шляхом включення окремих прийомів масажу до роботи.

Для початку розглянемо основні прийоми масажу та техніку їх виконання:

1. Погладжування

Погладжування - це маніпуляція, при якій масажуюча рука ковзає по шкірі, не зрушуючи її в складки, з різним ступенем натискання

Фізіологічний вплив під час погладжування посилюються обмінні процеси. Залежно від методики застосування прийому та його дозування погладжування може надавати заспокійливу або збуджуючу дію на нервову систему. Наприклад, поверхнєве площинне погладжування заспокоює, глибоке та уривчасте – збуджує [9].

Техніка виконання:

1) площинне погладжування - виконується пензлем або пальцями без напруги, випрямленими і зімкнутими, рухи роблять у різних напрямках (подовжньо, поперечно, колоподібно, спіралеподібно, як однією рукою, так і двома). Застосовують при масажі кінцівок, обличчя, язика.

2) щипцеподібне захоплення - виконують птахоподібно складеними пальцями, частіше 1-2 або 1-2-3. Застосовують при масажі кінцівок, язика

3) прасування - виконують тильними поверхнями зігнутих під прямим кутом у фалангових суглобах пальців кисті, однією або двома руками. Застосовують на обличчі, кінцівках [9].

З погладжування починають процедуру масажу, використовують його у процесі масажу та закінчують процедуру цим прийомом. На початку

використовують поверхнєве погладжування, потім більш глибоке. Погладжування проводять повільно, плавно, ритмічно, з різним ступенем натискання на поверхню, що масажується.

2. Розтирання

Розтирання - це маніпуляція, при якій масажуюча рука ніколи не ковзає по шкірі, а зміщує її, зрушуючи, розтягуючи в різних напрямках.

Фізіологічний вплив. Розтирання діє значно енергійніше погладжування, сприяє збільшенню рухливості тканин, що масажуються по відношенню до підлягаючих шарів. При цьому посилюється приплив лімфи і крові до тканин, що масажуються, що значно покращує їх харчування, обмінні процеси в них, підвищує скорочувальну функцію м'язів, покращується їх еластичність, рухливість. Енергійне розтирання по ходу найважливіших нервових стовбурів та в місці нервових закінчень на поверхні тіла викликає зниження нервової збудливості та релаксацію [9].

Техніка виконання:

Прямолінійне розтирання - виконують кінцевими фалангами одного або декількох пальців. Застосовують при масажі кінцівок та обличчя

Кругове - виконують із круговим зміщенням шкіри кінцевими фалангами з опорою на один палець. Даний прийом можна проводити тильною стороною напівзігнутих пальців або окремими пальцями, наприклад першим. Застосовують на всіх областях, що масажуються. Виток завжди спрямований нагору.

Штрихування - роблять подушечками кінцевих фаланг 2-3 або 2-5 пальців. Вони при цьому випрямлені, максимально розігнуті і знаходяться під кутом 30 градусів до поверхні, що масажується. Натискають короткими, поступальними рухами, зміщуючи підлягають тканини, пересуваються в заданому напрямку як поздовжньо, так і поперечно. Застосовують в області зниження тонуусу м'язових груп на всіх областях, що масажуються.

Щипцеподібне - виконують кінцевими фалангами 1-2 або 1-3 пальці. Рухи можуть бути прямолінійними чи круговими. Застосовують на всіх областях, що масажуються.

Для посилення дії прийому розтирання збільшують кут між пальцями і поверхнею, що масажується. Рухи під час розтирання проводять у будь-якому напрямку, незалежно від напрямку лімфотоку. Прийом розтирання чергують із прийомами погладжування та іншими [9].

3. Розминання

Розминання - це прийом, у якому масажуюча рука виконує 2-3 фази.

- фіксація, захоплення області, що масажується;
- здавлювання, стискання;
- розкочування, роздавлювання, саме розминання.

Фізіологічний вплив має основний вплив на м'язи, при цьому значно покращується харчування тканин, підвищується обмін речовин, зменшується або повністю знімається м'язова втома, підвищується працездатність м'язів. На м'язах має тонізуючу спрямованість, але якщо проводити більше 6 хвилин на одному сегменті, то релаксуючу. Розминання є пасивною гімнастикою м'язів.

Техніка виконання:

Поздовжнє розминання - проводять по ходу м'язових волокон, Вздовж осі м'язів. Випрямлені пальці розташовують на масажованій поверхні так, щоб перші пальці обох кистей знаходилися на передній поверхні сегмента, що масажується, а інші пальці або палець розташовувалися по сторонах або з іншого боку сегмента (фіксація). Потім по черзі виконують решту 2 фаз. При змінюють при масажі кінцівок та язика.

Поперечне розминання - встановлюють пальці поперек м'язових волокон, щоб 1 пальці були по один бік ділянки, що масажується, а інші по іншу. Можна виконувати двома пальцями. При масажі двома руками, кисті або пальці ефективніше встановлювати один від одного на відстані і потім одночасно або поперемінно виконувати всі три фази. Одна кисть зміщує м'язи,

виконуючи 3 фазу від себе, а інша в той же час виконує 3 фазу до себе, тобто різноспрямовано. Застосовують на кінцівках та мові [9].

Зрушення - зафіксувавши поверхню, що масажується, виробляють короткі, ритмічні рухи, зрушуючи тканини один до одного. Протилежні рухи називаються розтягуванням. Застосовують на всіх областях, що масажуються. Виконують двома руками, двома пальцями.

Натискання - виконують пальцем. Виконують у зонах розташування БАТ (біологічна активна точка).

Щипцеподібне розминання – виконують 1-2 або 1-3 пальцями. Захоплюють, відтягують, розминають локальні ділянки, вичавлюють. Застосовують на обличчі та мові.

Прийоми розминання проводять плавно, повільно, без ривків. Рухи виробляють як у висхідному, так і в низхідному напрямку, відцентровому та доцентровому, без перескакування з однієї ділянки на іншу. Інтенсивність збільшують поступово, від процедури до процедури [9].

4. Вібрація

При вібрації масажуюча рука надає тілу масового коливального руху. Фізіологічний вплив. Різновиди прийому мають виражену рефлекторну дію. Тривалі, дрібні, з малою амплітудою вібрації викликають у заспокоєння, що масажується, розслаблення. Нетривалі, уривчасті, з великою амплітудою – протилежна дія.

Техніка виконання:

- безперервна вібрація - виконують кінцевою фалангою одного або кількох пальців. Застосовують на всіх областях, що масажуються. Вона може бути стабільною та лабільною (змінною);

- уривчаста вібрація (покалування) - полягає в нанесенні наступних один за одним ударів кінчиками напівзігнутих пальців, тильною стороною злегка розведених пальців. Рухи виконуються однією чи двома руками поперемінно чи одночасно. Застосовують на всіх областях, що масажуються;

- струшування – прийом проводять тільки на кінцівках;

– пунктування виконують кінцевими фалангами 2-3 або 2-5 пальців. Проводять прийом одним пензлем або двома – «пальцевий душ», «стоккато». Застосовують на обличчі, кінцівках, мові.

Сила та інтенсивність впливу залежать від кута між масажним пензлем і тілом. Чим ближче він до 90 градусів, тим сильніший вплив. Прийом комбінують з погладжуванням та іншими прийомами.

Вибір спрямованості масажу. Перш, ніж розпочати роботу, вибирають спрямованість масажу. Існує дві спрямованості: релаксуюча та тонізуюча.

Релаксуюча: поєднання погладжування та легкої вібрації. Виключено прийоми розтирання та розминання. Прийом розминання проводиться понад 6 хвилин одному робочому сегменті. Поєднують з погладжуванням і безперервною вібрацією (або уривчасто) з малою амплітудою), протягом 1-2 хвилин на одному робочому сегменті. Прийому розтирання немає.

Тонізуюча. Розтирання 1-2 хвилини, розминання 2-6 хвилин. Поєднують з погладжуванням та варіантами переривчастої вібрації [9].

Диференційоване застосування різних прийомів масажу дозволяє знизити м'язовий тонус при спастичності м'язів і навпаки підвищити його при гіпотонії артикуляційної мускулатури. Диференційований масаж допомагає у подальшому формуванню та здійсненню довільних (активних), координованих рухів органів артикуляції.

Логопедичний масаж виконується в ділянці м'язів голови, шиї, а також верхнього плечового пояса. Особлива увага повинна приділятися м'язам периферичного мовного апарату, до яких належать насамперед м'язи язика та губ, а також щік та м'якого піднебіння. Саме ці м'язи забезпечують мовлення.

Логопедичний масаж доцільно застосовувати за рекомендацією лікаря, який проводить медичну діагностику. Медичний висновок повинен містити вказівку на наявність неврологічної симптоматики в мускулатурі артикуляції, а також форму і ступінь прояву неврологічного синдрому (спастичний парез, гіперкінетичний, атактичний, спастико-ригідний). Але навіть маючи

медичний висновок невропатолога, логопед має вміти самостійно провести обстеження стану м'язового тону та будови органів артикуляції.

Відомо, що у дітей з неврологічною патологією відзначається змішаний варіативний характер порушень м'язового тону, тобто. в одних групах м'язів може відзначатися спастичність, а в інших – гіпотонія. У зв'язку з цим в одних випадках буде потрібний розслаблюючий масаж, а в інших - стимулюючий.

Логопеду потрібно визначити стан тону наступних м'язів: язика, губ, обличчя, шиї, верхнього плечового пояса. Це встановлюється під час огляду дитини шляхом спостереження та пальпації [9].

Далі розглянемо зміст роботи за етапами:

I етап – масаж обличчя:

Масажні лінії на обличчі мають певні напрямки:

1. Від брів до лінії зростання волосся.

- від середини чола до скронь;
- від внутрішнього кута ока до зовнішнього по верхньому віці та у зворотному напрямку по нижньому;
- від кореня носа до скроневої області;
- від кута рота до козелок вушної раковини;
- від середини підборіддя до мочки вуха;
- по передній поверхні шиї – знизу вгору, по бічних – зверху вниз.

Погладжування. Починають з лобової та скроневої областей. Виробляють долонною поверхнею чотирьох пальців.

Рух починають правою долонею від середини чола праворуч до скроневої області, а лівою долонею в ліву сторону. Потім від скроневої області руки прямують до перенісся, зустрічаються в міжбрівній ділянці, звідки поперемінно виробляють рухи - легкі, що погладжують, від брів до лінії росту волосся [9].

Погладжування кругових м'язів ока. Рух від скроневої області по нижньому віці до внутрішнього кута ока і далі біля початку брови 3-й палець

розташовується над бровою з м'якою фіксацією, 4-й палець під бровою. Повертаємося до скроневої області.

Погладжування повік роблять подушечками 3-4 пальців так само. По нижньому віці до внутрішнього кута ока і далі по верхньому віці до скроневої області.

Погладжування підчоямкової області. Легко, без тиску 3-4 пальці спускаються від спинки носа по виличній дузі до скроневих западин, де разом з 2-ма пальцями роблять натиск.

Погладжування кругового м'яза рота. Виробляють подушечками 2-3 пальців по черзі правою та лівою руками. Погладжують м'язи довкола рота. При цьому другий палець над верхньою губою, а третій піднижньою, з'єднуються біля кутів рота. Від кутів рота рух продовжують до козелок вушних раковин.

Погладжування підборіддя. Розведеними пальцями захоплюють підборіддя та верхню губу. Другі пальці на верхній губі, треті в ямці підборіддя, 4 і 5 пальці під підборіддям з легким натиском, потім кисті направляються до мочки вуха.

Погладжування передньої поверхні шиї та підборіддя. Виробляють долонними поверхнями пальців обох рук по передній поверхні шиї до середини підборіддя. Захоплюють його та фіксують з легким натиском.

Другі пальці під нижньою губою, а 3-4 під підборіддям. Після цього напрямок до мочки вуха та по бокових поверхнях шиї спускаються. Потім повторюють рух.

Розтирання. Розтирання підборіддя та кругового м'яза рота виробляють з-під підборіддя спіралеподібними рухами до кутів рота, потім від кутів рота до підборідної ямки, по лінії кутів рота до середини верхньої губи. Переходять на крила носа. Від крил носа до скроневих областей.

Розтирання м'язів носа. 2-5 пальці обох рук фіксують підборіддя. Подушечками 1 пальців виробляють кругові рухи на крилах носа та середині спинки носа [9].

Розтирання м'язів чола. Від середини чола до скроневих областей, від брів до лінії росту волосся, у будь-якому напрямку.

Розтирання щічних м'язів. Використовують усі прийоми. Напрямок будь-який. Після розтирання всі «обгладжують».

Розминання. Хвилясте розминання підборіддя. Перші пальці кистей розташовуються під нижньою губою. 2-5 пальцями охоплюють підборіддя знизу. Одночасно 1 та 2-5 пальцями «вивертають» м'які тканини підборіддя. При цьому 2-5 пальці направляються догори, а 1 пальці вниз поперемінно. Рух повторюють 2-3 рази. Закінчують хвилеподібними рухами долонь по краю нижньої поверхні до мочки вуха.

Розминання м'язів підборіддя та щік. Виробляють масажними лініями, починаючи від середини підборіддя. Пальцями лівого пензля захоплюють шкіру і підлягають тканини і «передають» у праву, потім захоплюють наступну ділянку, прямуючи до мочки вуха. Потім іншу сторону охоплюють так само (підборіддя), і так по всіх лініях.

Кругове розминання м'язів підборіддя. Тильною стороною зігнутих пальців виробляють кругові рухи під підборіддям до кута нижньої щелепи (від середини) [9].

Щипкові розминання м'язів підборіддя та щік. Рухи масажними лініями за трьома вертикальними напрямками: з-під краю нижньої щелепи до кута рота; з-під нижньої щелепи до середини щоки; з-під кута нижньої щелепи до середини латеральної поверхні щоки.

Защипування («формування») носогубних складок, перенісся. Подушечками 1 і 2 пальців (інші пальці стиснуті в кулак). Від нижньої частини носогубної складки дрібними щипками піднімаються до крил носа. Рух повторюють 3-5 разів. На переніссі защипування складки роблять 3-5 разів.

Притискання шкіри та м'язів обличчя у місцях виходу гілок трійчастого нерва. Рухи виконують обома руками. Короткими натисками 2-5 пальців пензля шкіру повільно піднімають вгору і подушечками пальців роблять глибокий тиск у місці виходу підборіддя гілки трійчастого нерва (дещо нижче

кутів рота). Далі виробляють натиск вище та кілька назовні від крил носа (друга підочноямкова гілка). Наступний тиск роблять у першій третині брови (лобова гілка трійчастого нерва).

Притискаючи уривчасті рухи.

а) 2 пальці під нижньою губою, 3-5 під підборіддям. Після тиску різко відривають руки від обличчя (3 рази).

б) 2 пальці на верхній губі (над нею), треті - під нижньою губою. 4-5 - під підборіддям. Рухи ті самі.

в) Напівзігнуті долоні (пальці) на верхній край нижньої щелепи. Ті ж уривчасті е руху.

г) Пальці у скроневій ділянці. Повторюють самі рухи.

Побиття обличчя (стаккато) - випрямленими пальцями.

а) Від скроневих западин до центру чола і назад до скронь, звідти по верхньому краю вилицевої дуги до крил носа - до середини вушної раковини - до кутів рота - до мочки вуха - до підборіддя. Усі рухи повторюють кілька разів.

б) Знизу вгору (до середини чола). «Пальцевий душ» - легша дія, пальці зігнуті. За тими ж лініями.

Закінчують погладжуванням обличчя масажними лініями зверху вниз (від середини чола до підборіддя) [60].

При спастиці м'язів виключають розтирання та розминання.

Прийоми, що сприяють зняттю високого тонусу м'язів.

При спастиці м'язів обличчя виконують 3 основні прийоми. Проводять по масажним лініям вище описаної послідовності.

1. Погладжування площинне, різної спрямованості, прасування.

2. Вібрація. Безперервна: тривалі, дрібні, з малою амплітудою руху.

Розслаблення губних м'язів при спастичності:

1. Поміщають вказівні пальці на точку, що знаходиться між серединою верхньої губи та кутом рота з обох боків. Напрямок руху пальців до середини

губ. При цьому верхня губа збирається у вертикальну складку. Такий же рух роблять по відношенню до нижньої губи, а потім до обох губ.

2. Вказівні пальці поміщають у те саме положення, але рух йде вгору на верхній губі, оголюючи верхні ясна, і вниз на нижній губі, оголюючи нижні ясна.

3. Поміщають кінчики вказівних пальців у кути рота дитини, розтягують губи дитини за допомогою пальців. Зворотним рухом повертають губи у вихідне положення. Ці вправи роблять при різному положенні рота: рот закритий, відкритий, напіввідкритий, широко відкритий [60].

Після проведення масажу дітям проводять пасивну, пасивно-активну, активну мімічну гімнастику.

II етап – масаж мови

Масаж язика при підвищеному тонусі в м'язах язика

Сегментарний масаж мови

1 Безпосередньо масаж мови роблять з використанням 2-х основних прийомів (через стерильний бинт):

- погладжування площинне, щипцеподібне, поздовжнє, поперечне, спіралеподібне.
- вібрація безперервна, стабільна і лабільна, дрібна з малою амплітудою «пальцевий душ».
- закінчують масаж погладжуванням.

Якщо дитина добре переносить масаж, вводять розминання, так як при застосуванні розминання на одному сегменті більше 6 хвилин воно надає розслаблюючу дію на м'язи. Використовують всі прийоми розминання: поздовжнє, поперечне, зрушення, розтягування, натискання, щипцеподібне, затискають язик між двома шпателями і простягають його між ними, притискають широкий кінчик язика до верхніх зубів і масажують на зубах. Усі прийоми чергуються з погладжуванням. Закінчують масаж погладжуванням язика [60].

Масаж язика при зниженому тонусі в м'язах язика. При гіпотонії мова тонка, розпластана в ротовій порожнині, губи мляві, не можуть щільно стулятися. Внаслідок цього рот зазвичай напіввідкритий, виражена гіперсалівація.

При гіпотонії м'язів язика застосовують зміцнюючий, тонізуючий масаж. Для того, щоб у роботі не заважало надлишкове слиновиділення енергійно масажують кінчиками вказівних або великих пальців вивідні протоки слинних залоз. У ротову порожнину відкриваються протоки 3-х пар залоз:

- слинна залоза відкривається напередодні рота на рівні другого (першого) великого корінного зуба верхньої щелепи;
- піднижньощелепна залоза - загальна протока відкривається на піднесенні під язиком;
- під'язикова залоза - загальна протока з'єднується з протокою піднижньощелепною.

Для масажу мови використовують 3 основні прийоми:

- погладжування - (площинне, щипцеподібне);
- розминання - (подовжнє, поперечне, зрушення);
- вібрація - («пальцевий душ», «стоккато»);
- закінчують масаж поглажуванням [60].

Для розвитку достатньої сили м'язів губ та язика використовуються спеціальні вправи з опором: із застосуванням стерильного бинта та трубочок різного діаметру:

- дитина викладає мову на нижню губу, логопед захоплює кінчик язика через стерильний бинт пальцями та долає спроби дитини втягнути мову до рота;
- дитина охоплює трубочку губами і намагається її утримати, незважаючи на спроби логопеда витягнути її з рота. Починають із трубочок великого діаметра і поступово зменшують діаметр.

Після масажу мови проводять гімнастику артикуляції з максимальним підключенням більш збережених аналізаторів (слухового, тактильного). Всі вправи дитина робить з відкритими та закритими очима для привернення уваги до пропріоцептивних відчуттів.

III етап – масаж рук

Масаж пензля

Виробляють погладжування площинне, щипцеподібне, і тильної поверхні кисті, починаючи від кінчиків пальців до середньої третини передпліччя, потім масажують окремо кожен палець у напрямку до його основи по тильній, долонній та бічній поверхнях.

Розтирання - по бічній та долонній поверхні кожного пальця та кисті кругове, прямолінійне, штрихування.

Розминання - щипцеподібне, натискання, зсув, розтяг.

Вібрація - пунктування, похитування, струшування, пасивні та активні рухи. Масаж передпліччя. Виробляють погладжування площинне, щипцеподібне, прасування.

Розтирання – прямолінійне, кругове, спіралеподібне, штрихування.

Розминання - поздовжнє, поперечне, натискання, зсув, розтяг.

Вібрація - похитування, струшування, безперервна стабільна та лабільна.

Масаж долонних поверхонь

Розтирання долонь одне одного. Дитина крутить ребристий олівець між долонями (усієї долонною поверхнею), між щільно зімкнутими пальцями обох рук, між двома вказівними, двома середніми пальцями тощо. Потім утримує олівець за інструкцією між двома вказівними, вказівними та безіменними, за інструкцією змінює розташування пальців на олівці [9; 60].

Потім проводять пальчикову гімнастику пасивно, пасивно активно, активно.

2.3. Аналіз результатів експериментальної роботи з усунення порушення звуковимови у дітей із дизартричними розладами

Після проведення регулярних занять з логопедичним масажем на розвиток рухової функції апарату артикуляції і мимічної моторики з дітьми старшого дошкільного віку з дизартричними проявами показники результативності логопедичних занять зросли. Дослідження стану мимічної мускулатури у спокої та динаміці на етапі контрольного експерименту представлено в таблиці 2.5 та рис. 2.5

Таблиця 2.5

Дослідження стану мимічної мускулатури у спокої та динаміці

№ з/п	Учасники експериментальної групи	Завдання					Бали	Рівень
		М'язи чола	Руки очей	М'язи щік	Мімічні пози	Символічний праксис		
1	Іван	3	4	2	4	2	15	Високий
2	Данило	3	4	2	3	1	13	Середній
3	Кирил	4	2	3	1	1	11	Середній
4	Юлія	4	4	3	4	4	19	Високий
5	Ірина	2	4	2	2	3	13	Середній
6	Микола	4	3	2	3	4	16	Високий
7	Карина	2	1	3	4	2	12	Середній
8	Денис	4	2	3	4	3	16	Високий

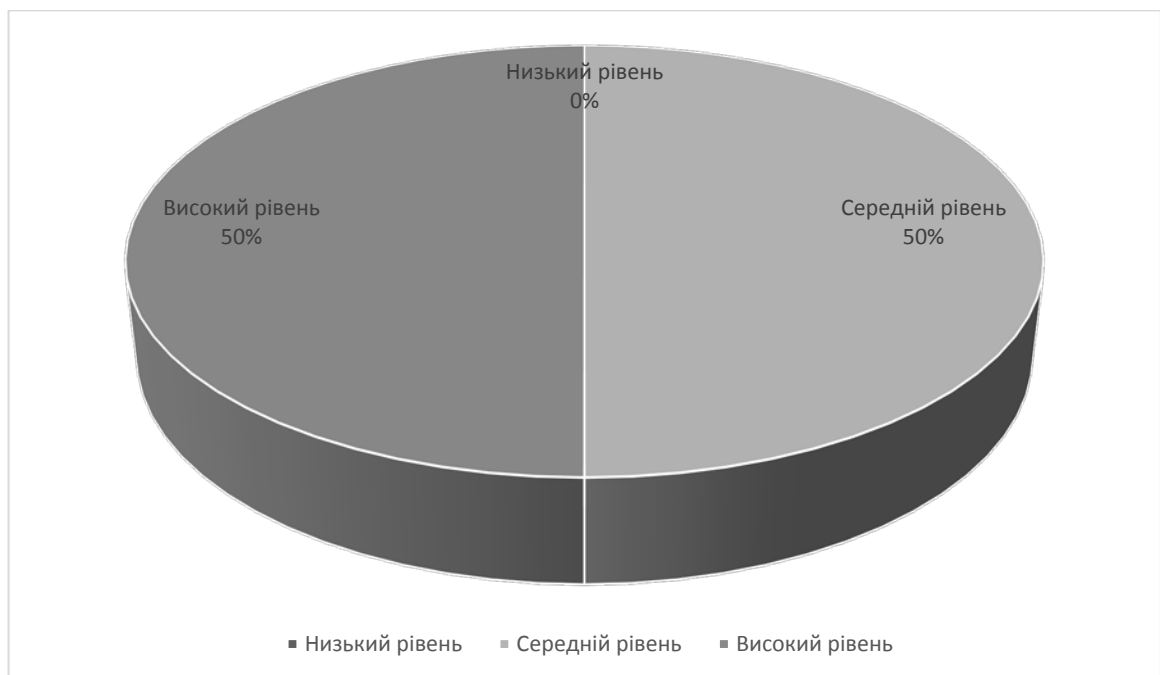


Рис. 2.5. Стан м'якої мускулатури у спокої та динаміці на етапі контрольного експерименту

Висновок: у 50% дітей виявлено високий рівень стану м'якої мускулатури у спокої та динаміці.

Порівняльні показники констатувального та контрольного експериментів дослідження стану м'якої мускулатури у спокої та динаміці виросли (рис. 2.6)

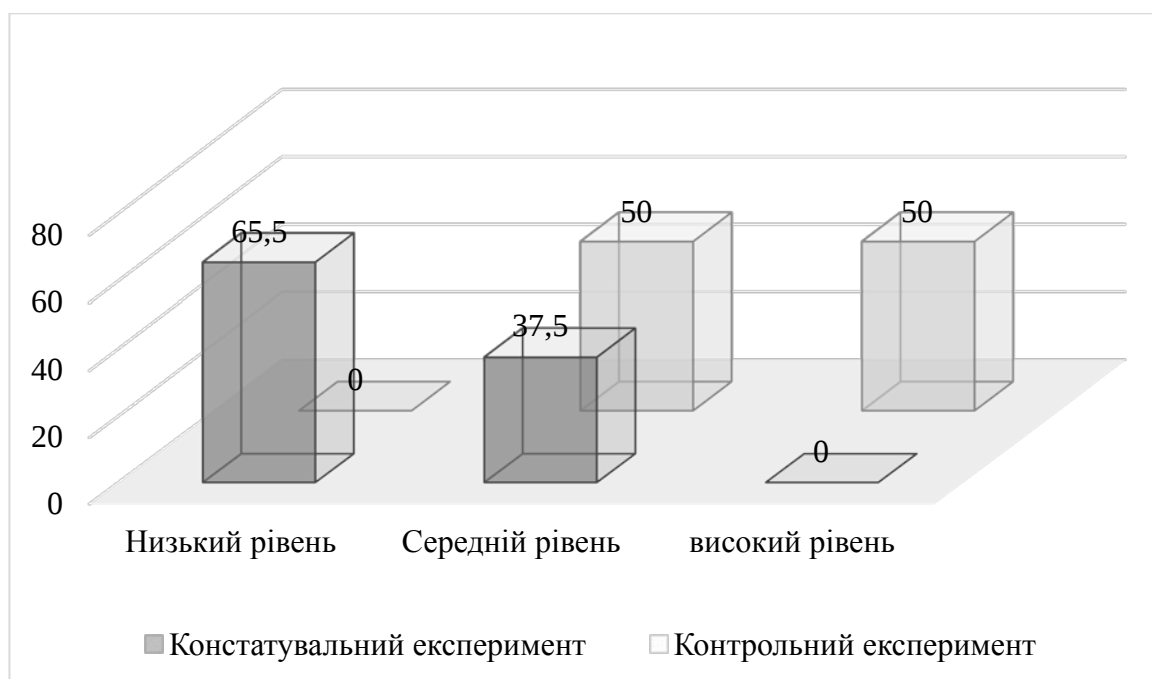


Рис. 2.6. Порівняльні показники стану м'якої мускулатури у спокої та динаміці на етапах констатувального та контрольного експериментів

II. Дослідження стану тону м'язів мимовільної та довільно артикуляційної моторики: лицьової, губної, язичної мускулатури.

Дослідження рухової функції апарату артикуляції. За результатами обстеження ми отримали дані, які подаємо у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Дослідження рухової функції апарату артикуляції

		Завдання	Бали	Рівень
--	--	----------	------	--------

№ з/п	Учасники експериментальної групи	Рухова функція губ	Рухова функція щелепи	Рухова функція мови	Рухова функція м'якого піднебіння	Тривалість та сила видиху		
1	Іван	2	4	2	2	3	13	Середній
2	Данило	4	3	4	2	2	15	Високий
3	Кирил	2	2	3	4	2	13	Середній
4	Юлія	2	4	4	3	4	17	Високий
5	Ірина	3	3	1	2	4	13	Середній
6	Микола	3	1	2	4	3	13	Середній
7	Карина	4	4	3	3	4	18	Високий
8	Денис	1	4	3	2	2	12	Середній

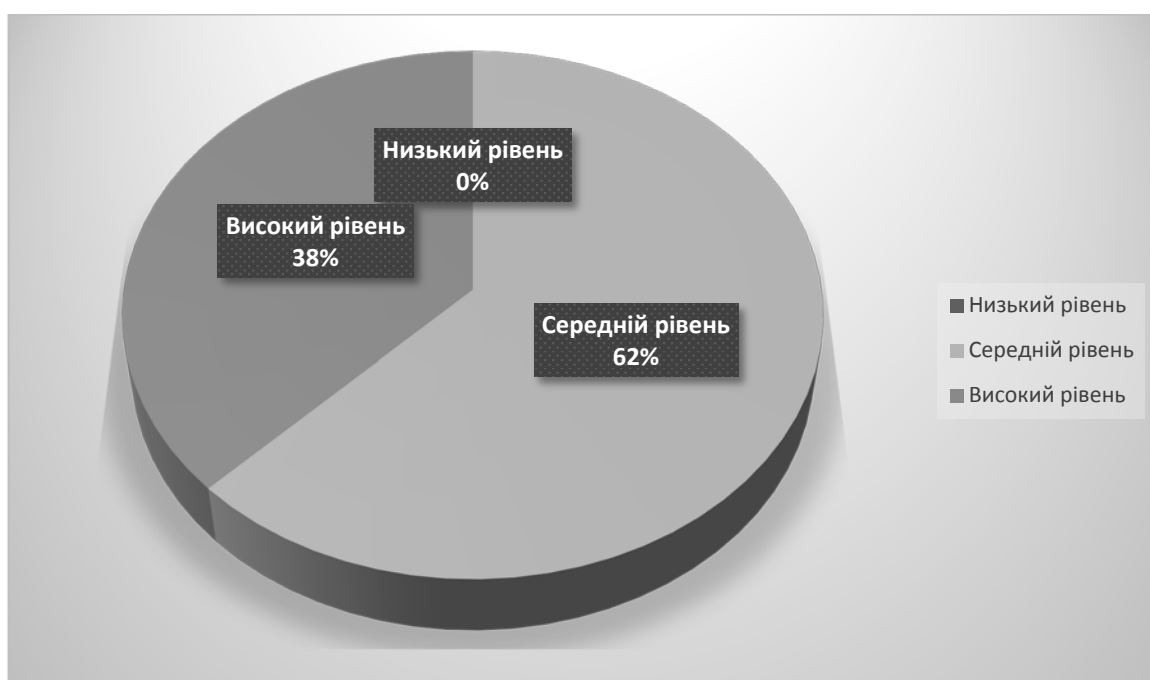


Рис. 2.7. Рухова функція артикуляційного апарату контрольного експерименту

Висновок: у 63% дітей виявлено високий рівень рухової функції апарату артикуляції.

Порівняльні показники констатувального на контрольного експериментів дослідження рухової функції апарату артикуляції вирости (рис. 2.8)

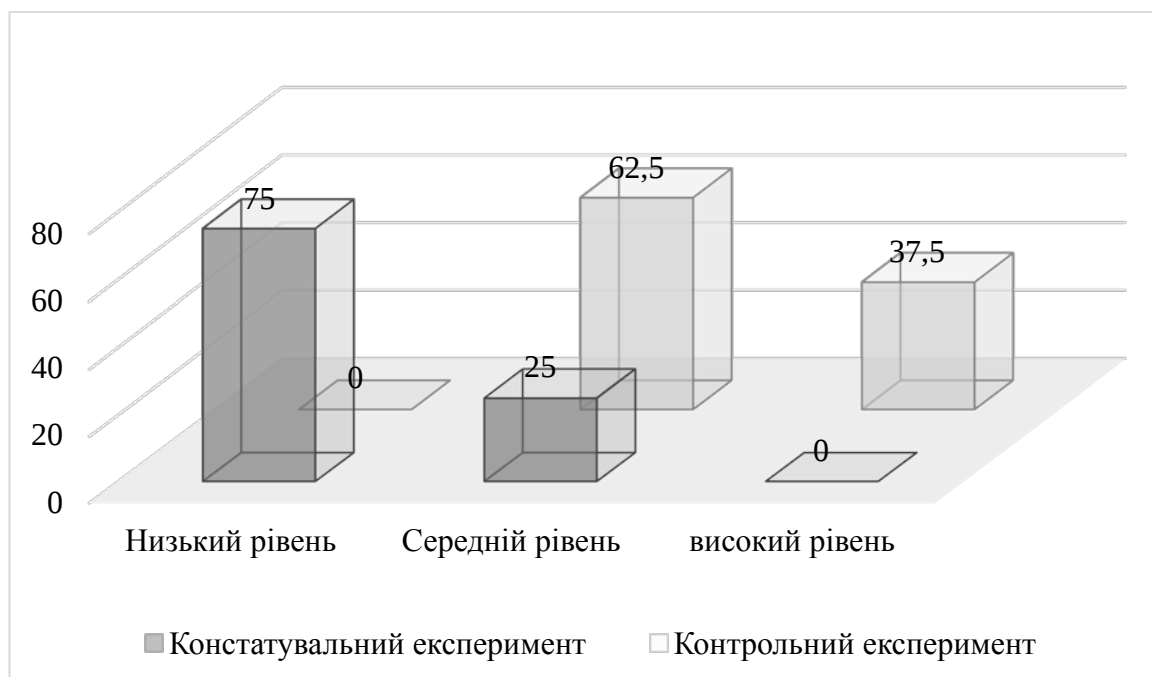


Рис. 2.8. Порівняльні показники рухової функції апарату артикуляції на етапах констатувального на контрольного експериментів

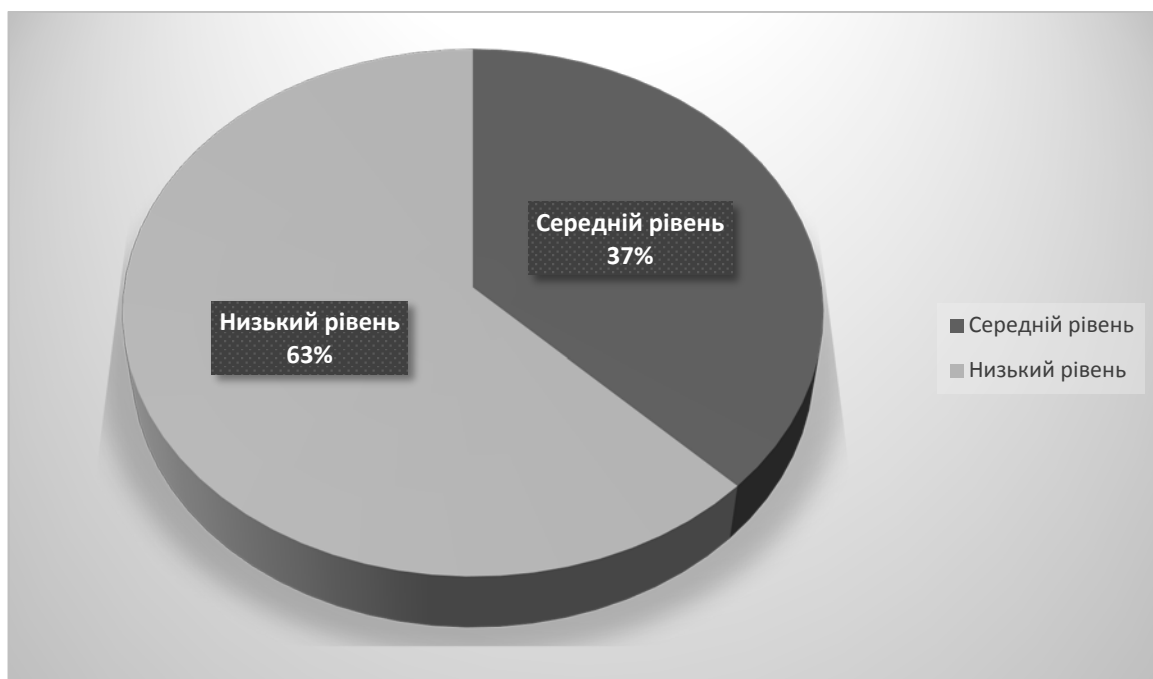
III. Дослідження динамічної організації рухів апарату артикуляції

Були отримані такі результати в експериментальній групі дошкільнят, які ми представимо у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

Дослідження рухової функції апарату артикуляції на етапі контрольного експерименту

№ з/п	Учасники експериментальної групи	Завдання						Бали	Рівень
		1	2	3	4	5	6		
1	Іван	2	2	1	3	1	4	13	Середній
2	Данило	2	2	1	4	2	1	12	Середній
3	Кирил	1	4	3	4	1	3	16	Високий
4	Юлія	2	1	2	4	1	2	12	Середній
5	Ірина	2	1	1	2	1	1	8	Середній
6	Микола	1	3	2	1	1	2	10	Середній
7	Карина	3	4	3	2	4	2	18	Високий
8	Денис	1	2	1	3	1	2	10	Середній



*Рис.2.9 Динамічна організація рухів апарату артикуляції
на етапі контрольного експерименту*

Порівняльні показники констатувального та контрольного експериментів дослідження динаміки організації рухів апарату артикуляції виросли (рис. 2.10)

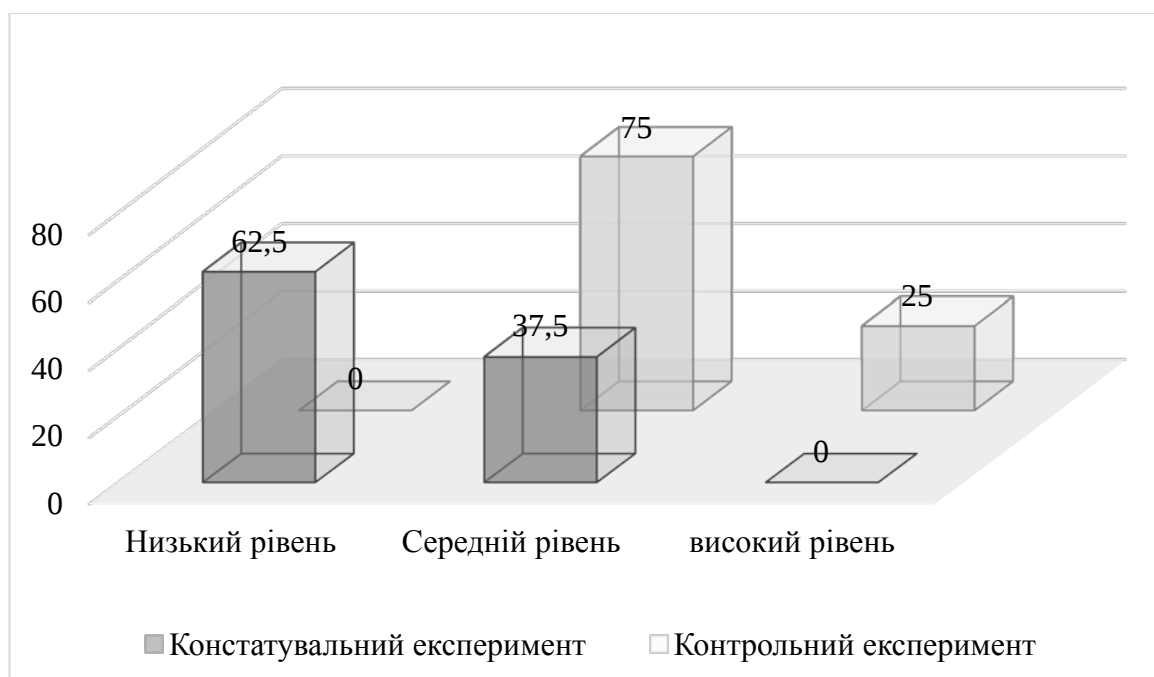


Рис. 2.10. Порівняльні показники динаміки організації рухів апарату артикуляції на етапах констатувального та контрольного експериментів

Порівняльний аналіз показує, що покращилася кінестетична і кінетична основа рухів органів артикуляції, зросла точність рухів (особливо складних, що вимагають правильної м'язово-просторової організації), тривалість утримання пози, вправи виконуються з хорошою амплітудою, перемикання здійснюється більш плав. Міміка дошкільнят стала яскравішою, мімічні рухи виразнішими. Поліпшення рухової функції губ, язика, піднебіння, щелепи, м'язів обличчя сприяло підвищенню чіткості дикції.

IV. Звукова вимова

Отримано такі результати в експериментальній групі дошкільнят, які ми представимо в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Стан звуковимови на етапі контрольного експерименту

№ з/п	Учасники експериментальної групи	Завдання					Бали	Рівень
		Задньомовні, передньомовні	Свистячі	Шиплячі	Сонорні	Дзвінкі та глухі, тверді та м'які		
1	Іван	1	2	1	2	3	9	Середній
2	Данило	3	2	2	2	4	13	Середній
3	Кирил	3	4	2	3	4	16	Високий
4	Юлія	3	3	1	1	2	10	Середній
5	Ірина	3	4	1	2	2	12	Середній
6	Микола	4	3	3	4	4	18	Високий
7	Карина	3	3	1	2	2	11	Середній
8	Денис	2	2	2	1	3	10	Середній

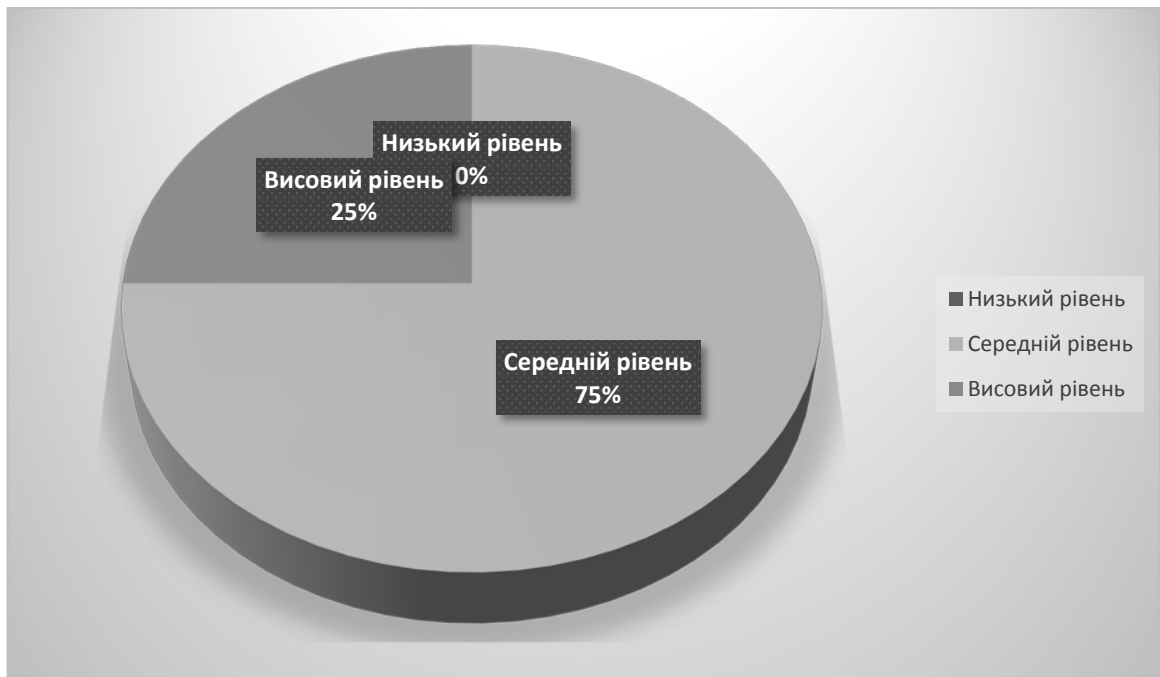


Рис.2.11. Стан звуковимови на етапі контрольного експерименту

Висновки: виявлено середній рівень звуковимови у 75% дітей, високий рівень – у 25%;

Порівняльні показники констатувального на контрольному експериментів дослідження стану звуковимови вирости (рис. 2.12)

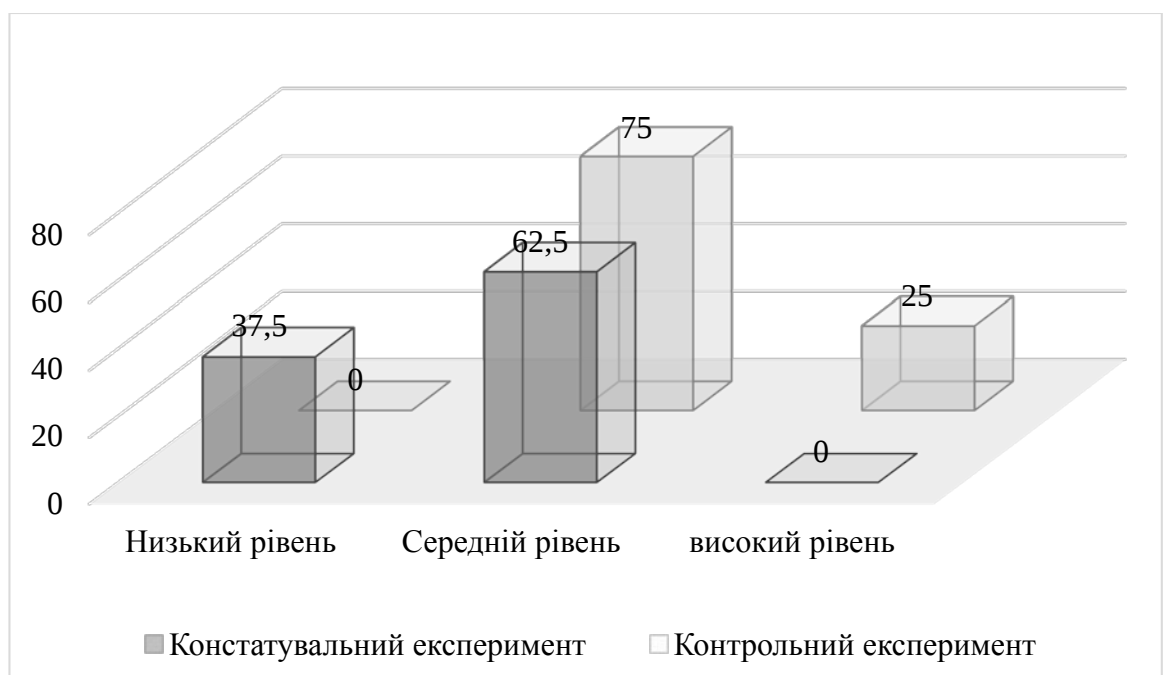


Рис. 2.12. Порівняльні показники динаміки організації рухів апарату артикуляції на етапах констатувального та контрольного експериментів

Порівняльний аналіз показує, що отримані хороші результати в корекції звуковимови у дітей: всі звуки поставлені, їх автоматизація відбувається на різних етапах (у складах, словах, реченнях та зв'язному мовленні). Поліпшення звуковимови сприяє збереженню звуконаслідуванню в словах різної складової структури і ритмічного малюнка слова, а також робить позитивний вплив на становлення фонематичного слуху. Переважна більшість дошкільнят експериментальної групи вільно використовують поставлені звуки у спонтанній мові, здійснюють самоконтроль; Проблеми з'являються лише за ускладнення мовного матеріалу.

Отже, на констатуючому етапі дослідно-експериментальної роботи нами виявлялися показники рівня сформованості артикуляційної та мімічної моторики, стан тону м'язів мимовільної та довільно артикуляційної моторики (рухової функції апарату артикуляції, динамічної організації рухів артикуляційного апарату), стан звук.

Зазначені недоліки звуковимови викликані порушеннями рухової функції органів апарату артикуляції (недостатньою точністю, координацією і перемиканням рухів, особливо тонких диференційованих рухів губ, язика, наявністю неврологічної симптоматики у вигляді мінуючого тону, супутніх рухів).

Запропонована методика корекції звуковимови відображає особливості роботи при дизартрії, головною метою якої є використання логопедичного масажу на всіх етапах корекційної роботи. Описані методи та прийоми можуть використовуватись логопедами в рамках індивідуальних занять. Апробація представленої методики доводить свою ефективність, що відбивається на результатах, показаних дітьми експериментальної групи. Можна прогнозувати, що з використанням логопедичного масажу підвищується

ефективність корекції звуковимови в дітей із дизартричними розладами дошкільного віку.

2.4. Рекомендації для батьків щодо використання логопедичного масажу в корекційно-логопедичній роботі з дітьми старшого дошкільного віку при дизартричних порушеннях

Для усунення дизартрії необхідний комплексний вплив, що включає медичне, психолого-педагогічне та логопедичне напрямки. Медична дія, що визначається неврологом, повинна включати медикаментозну терапію, ЛФК, рефлексотерапію, масаж, фізіотерапію та ін.

Розвиток сенсорних функцій; уточнення просторових уявлень; формування конструктивного праксису; розвиток вищих кіркових функцій; формування тонких диференційованих рухів рук; формування пізнавальної діяльності; психологічну підготовку дитини до навчання до школи.

Логопедична робота при дизартрії передбачає обов'язкове включення батьків у корекційно-логопедичну роботу. Логопедична робота включає кілька етапів. На початкових етапах передбачається робота з нормалізації м'язового тону апарату артикуляції. З цією метою логопед проводить диференційований масаж. Плануються вправи з нормалізації моторики апарату артикуляції, вправи по зміцненню голосу, дихання. Спеціальні вправи вводяться поліпшення просодики промови. Обов'язковим елементом логопедичного заняття розвитку дрібної моторики рук.

Батьки починають спілкуватися з немовлям, коли той ще не здатний до комунікативної діяльності, його поведінка є головною умовою формування потреби дитини у спілкуванні. Основні рекомендації батькам, які мають дитину раннього віку: якнайбільше розмовляти з ним, читати малюку книги, розповідати потішки, описувати все, що роблять; не допускати сюсюкання під час спілкування; говорити чітко та виразно. Лікування дизартрії у дітей вимагає комплексного підходу і залежить від багатьох факторів - часу

виявлення дефекту, вибору хорошого фахівця, наполегливості та терпіння батьків.

Незважаючи на мовні дефекти, діти розуміють, що відрізняються від інших і починають комплексувати, часто використовують жести замість слів або просто воліють мовчати, а батьки не приділяють цьому уваги.

Результат - така поведінка входить у звичку, викликаючи дефіцит словникового запасу та порушення складності мови.

Батькам слід приділяти особливу увагу спілкуванню з дитиною. Але роботу в домашніх умовах можна проводити лише після консультації з неврологом та логопедом.

Завдання, які стоять перед батьками у роботі зі своєю дитиною: вироблення мотивації; контроль за виконанням завдань та мовленням дітей; зацікавлена участь у корекційній роботі, що проводиться логопедом, та її результати.

Батьки дітей з дизартрією повинні враховувати, що мовленнєвий розвиток дитини залежить від характеру її стосунків з дорослими, від особливостей спілкування з ними. Вплив сімейного оточення, активне втручання їх у розвиток створюють необхідні передумови на формування правильної промови. Участь батьків у щоденних заняттях значно скорочує термін логопедичної роботи.

Для розвитку мови та корекції дизартрії в домашніх умовах можна виконувати по черзі такі нескладні вправи гімнастики артикуляції:

1. Гімнастика для щік та губ:

- надути губи та щоки;
- надіти щоки по черзі;
- втягнути щоки (між зубами);
- зімітувати смоктальні рухи;
- вібрація губами.

2. Гімнастика для нижньої щелепи:

- відкрити і закрити рота, клацнувши зубами;

– прикусити зубами марлеву пов'язку, при цьому дорослий тримає її та намагається витягнути, поступово збільшуючи силу.

3. Гімнастика для мови:

– облизування губ;
– вправу зі шматочком цукру: покладіть шматочок цукру за щоку, щоб дитина його розсмоктувала.

4. Для розвитку звуковимови існують спеціальні скоромовки та потішки.

Оскільки розвиток артикуляційної моторики перебуває у зв'язку з недостатнім розвитком тонких рухів пальців рук, необхідно вдосконалювати ручну вміливість. Діти з дизартрією часто спостерігається порушення рухів пальців і кистей рук, вони можуть самотійно одягнутися, причесатися, діяти з дрібними предметами. Тому необхідно проводити вправи, що сприяють формуванню різноманітних рухів пальців і кистей рук і пов'язувати їх з ігровою діяльністю дитини та її повсякденним життям. Наприклад:

- Діяти з великими предметами, потім з дрібними.
- Правильно захоплювати предмети, утримувати та відпускати їх (підбирати іграшки, предмети, різні за розміром, формою, вагою).
- Перекладати предмети з одного місця на інше, розкласти на щільному аркуші паперу, орієнтуючись на їх контури, завчасно нанесені дорослим.
- Групувати іграшки або предмети за розміром (кольором, вагою).
- Розкласти дрібні предмети: гудзики, палички, зерна по невеликим коробочкам або мішечкам.
- Нанизувати намисто, кільця, гудзики на нитку.
- Пересувати кісточки на рахунках.
- Вирізати з паперу картинки за контуром і ра скрашувати їх.
- Стискати гумову губку або тенісний м'ячик.
- Ліпити з пластиліну.
- Збирати мозаїку.

- Займатися конструюванням.

Батьки повинні з увагою ставитися до незначних успіхів дитини, позитивно оцінювати її посидючість, старання. Своєчасно розпочата систематична робота з розвитку рухів пальців готує успішне оволодіння технікою письма.

Проводяться такі вправи:

- На щільному картоні малюють контур кисті дитини з рівномірно розведеними пальцями. Дитина фіксує свою руку відповідно до контуру.
- Кладе кисть руки на стіл і на прохання батьків по черзі піднімає потрібні пальці (якщо одразу не вдається виконати вправу, дорослий притримує рукою ті пальці, які мають залишитися нерухомими).
- Щільно складає обидві долоні разом і постукує пальцями один про одного (мізинець про мизинець, безіменний про безіменний і т. д.). Для збільшення м'язового навантаження на кожну пару можна надягати тонку гумку невеликого діаметра.
- За завданням дорослого дитина показує по черзі пальці по одному, по два, по три: висуває вперед другий і п'ятий пальці (інші стиснуті в кулак).
- Відбивання такту кожним пальцем, імітація гри на піаніно.
- «Відстрілювання» ватяної кульки (шашки та ін.) одним, двома, чотирма пальцями.

Діти з дизартрією можуть відчувати труднощі в їжі та самообслуговуванні. Їм потрібно допомагати в міру, інакше може постраждати розвиток їх самостійності (за допомогою бинта змінити ручку ложки, кружки, зробити її товстішою; закріпити посуд на підносі). При навчанні пиття спочатку використовують гумову трубку для втягування рідини. Дитина захоплює трубку ротом, потім потрібно трохи потягнути її до себе, щоб вона утримувалася одними губами. Для зміцнення та розвитку щелепних м'язів дуже корисно під час їжі надягати на голову дитини (під щелепи) еластичний гумовий джгут. За допомогою цього джгута під час жування відбувається посилені гімнастика м'язів, що сприяє виробленню правильного звуковимови.

ВИСНОВКИ

Останнім часом у процесі логопедичної практики дедалі частіше зустрічаються діти, порушення промови яких схожі з проявами складних форм дислалії, але з тривалішою і складнішою динамікою навчання та корекції промови. Ретельне логопедичне обстеження та спостереження виявляють у них ряд специфічних порушень: порушення рухової сфери, просторового гнозису, фонетичної сторони мови (зокрема просодичних характеристик мови), фонації, дихання та інші, що дозволяє зробити висновок про наявність органічних уражень центральної нервової системи.

1. Дизартрія – порушення вимовної сторони мови, що виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи. Основною відмінною ознакою дизартрії від інших порушень мови є те, що в цьому випадку страждає не вимова окремих звуків, а вся вимовна сторона мови.

У дітей-дизартриків відзначається обмежена рухливість мовної та мимічної мускулатури. Мова такої дитини характеризується нечіткою, змашеною звуковимовою; голос у нього тихий, слабкий, інколи ж, навпаки, різкий; ритм дихання порушений; мова втрачає свою плавність, темп мови може бути прискореним чи сповільненим.

Причинами виникнення дизартрії є різні шкідливі фактори, які можуть впливати внутрішньоутробно під час вагітності (вірусні інфекції, токсикози), у момент народження (затяжні або стрімкі пологи, що викликають крововилив у мозок немовляти) та в ранньому віці (інфекційні захворювання мозку та мозкових оболонок), менінгоенцефаліт та ін.).

У закладах дошкільної освіти можуть бути діти з легкими ступенями дизартрії (інші назви: стерта форма, дизартричний компонент). Ці форми виявляються більш легкою мірою порушення рухів органів апарату артикуляції, загальної і дрібної моторики, а також у порушеннях вимовної сторони мови - вона зрозуміла для оточуючих, але нечітка.

Діти зі стертими формами дизартрії не виділяються різко серед своїх однолітків. Однак вони мають деякі особливості. Так, ці діти нечітко говорять та погано їдять. Зазвичай вони не люблять м'ясо, хлібні скоринки, моркву, тому що їм важко жувати. Небагато пожувавши, дитина може тримати їжу за щогою, поки дорослі не зроблять їй зауваження. Часто батьки йдуть малюкові на поступки – дають м'яку їжу, аби лише поїв. Тим самим вони, не бажаючи того, сприяють затримці у дитини розвитку рухів апарату артикуляції. Необхідно поступово привчати дитину добре пережовувати та тверду їжу.

2. Важливу роль у корекції дизартричних порушень відіграє логопедичний масаж. Метою логопедичного масажу при усуненні дизартрії є усунення патологічної симптоматики в периферичному відділі мовного апарату. Основними завданнями логопедичного масажу при корекції вимовної сторони мови при дизартрії є: нормалізація м'язового тону, подолання гіпо-гіпертону в мимічній та артикуляційній мускулатурі; усунення патологічної симптоматики такої, як гіперкінези, синкінезії, девіація та ін; стимуляція позитивних кінестезії; поліпшення якостей артикуляційних рухів (точність, обсяг, переключення та ін); збільшення сили м'язових скорочень; активізація тонких диференційованих рухів органів артикуляції, необхідні корекції звуковимови.

Основними прийомми логопедичного масажу є: погладжування та розминання лобової області (чергуються прийоми погладжування та розминання. Зазвичай правою рукою проводяться зигзагоподібні рухи в напрямку поперек чола до початку росту волосся. Після цього ліва рука послідовно здійснює легкий погладжуючий рух від лобового бугра до скроні ліворуч, потім праворуч); розминання носа (ідтримуючи потилицю дитини лівою рукою, масажист вказівним і великим пальцями правої руки злегка вібрують зигзагоподібні рухи від кінчика і крил до основи носа); розминання щік. Логопедичний масаж виконується обома руками. Великі та вказівні пальці згинаються під кутом 90 градусів і розминають обличчя у напрямку від нижньої щелепи до вуха, вилицевої області та нижнього віку. При розминанні

правої сторони логопед розташовується праворуч, лівою – ліворуч); розгладжування лобових м'язів (вказівними та середніми пальцями він погладжує лоб від середньої лінії до скронь); вібрація обличчя (потрібно буде встати ззаду дитини, розташувати пальці рук між вилицею і нижньою щелепою зліва і робити швидкі, але м'які рухи, що вібрують. Потім повторити праворуч); розгладжування м'язів між губою та підборіддям (проводиться двома великими пальцями, які рухаються від точки під нижньою губою до висхідних гілок нижньої щелепи).

3. Практична частина дослідження присвячена опису дослідно-експериментальної роботи з використання масажу як основного фактору корекції звуковимови у дошкільному віці, яка здійснювалася на базі ДНЗ «28 комбінованого типу Чернівецької міської ради за участю 8 дітей старшої групи.

На формуючому етапі експерименту було використано масаж як основний чинник корекції звуковимови в дітей із дизартрією. Детально описані види та прийоми логопедичного масажу, що використовуються в логопедичній практиці, метою якого є нормалізація м'язового тону мімічної та артикуляційної мускулатури, створення позитивних кінестезії у м'язах, які до цього недостатньо брали активну участь в акті артикуляції звуків.

Застосування логопедичного масажу дозволяє значно скоротити час корекційної роботи, особливо формуванням вимовної боку промови. Завдяки використанню логопедичного масажу відбувається нормалізація м'язового тону. Тільки використання логопедичного масажу, особливо у початкових стадіях корекційної роботи, може забезпечити позитивний ефект. Логопедичний масаж надає загальний позитивний вплив на організм в цілому, викликаючи сприятливі зміни в нервовій та м'язовій системах, що відіграють основну роль у мовленнєво-руховому процесі.

Контрольний етап експерименту включав повторну діагностику. В результаті ми змогли побачити наступну динаміку: за всіма параметрами дошкільнята експериментальної групи показують вищі результати. У дітей

практично сформовані рухи органів апарату артикуляції, зміцнилася язична мускулатура, розвинена точність і переключення рухів губ, язика, щелепи. В цілому мова дошкільнят стала більш чіткою, виразною, емоційно-забарвленою, інтонаційною.

4. Батькам слід приділяти особливу увагу спілкуванню з дитиною яка має дизартричні порушення. Завдання, які стоять перед батьками у роботі зі своєю дитиною: вироблення мотивації; контроль за виконанням завдань та мовленням дітей; зацікавлена участь у корекційній роботі, що проводиться логопедом, та її результати.

Батьки дітей з дизартрією повинні враховувати, що мовленнєвий розвиток дитини залежить від характеру її стосунків з дорослими, від особливостей спілкування з ними. Вплив сімейного оточення, активне втручання їх у розвиток створюють необхідні передумови на формування правильної промови. Участь батьків у щоденних заняттях значно скорочує термін логопедичної роботи.

Для розвитку мови та корекції дизартрії в домашніх умовах можна виконувати по черзі такі нескладні вправи гімнастики артикуляції: гімнастика для щік та губ (надути губи та щоки; надіти щоки по черзі; втягнути щоки (між зубами); зімітувати смоктальні рухи; вібрація губами); гімнастика для нижньої щелепи (відкрити і закрити рота, клацнувши зубами; прикусити зубами марлеву пов'язку, при цьому дорослий тримає її та намагається витягнути, поступово збільшуючи силу); гімнастика для мови (облизування губ; вправу зі шматочком цукру: покладіть шматочок цукру за щоку, щоб дитина його розсмоктувала); вправи для розвитку звуковимови існують спеціальні скоромовки та потішки.

Діти з дизартрією часто спостерігається порушення рухів пальців і кистей рук, вони можуть самотійно одягнутися, причесатися, діяти з дрібними предметами. Тому необхідно проводити вправи, що сприяють формуванню різноманітних рухів пальців і кистей рук і пов'язувати їх з ігровою діяльністю дитини та її повсякденним життям. Наприклад: дії з

великими предметами, потім з дрібними; правильно захоплювати предмети, утримувати та відпускати їх (підбирати іграшки, предмети, різні за розміром, формою, вагою); перекладати предмети з одного місця на інше, розкласти на щільному аркуші паперу, орієнтуючись на їх контури, завчасно нанесені дорослим; групувати іграшки або предмети за розміром (кольором, вагою); розкласти дрібні предмети: гудзики, палички, зерна по невеликим коробочкам або мішечкам; нанизувати намисто, кільця, гудзики на нитку; пересувати кісточки на рахунках; вирізати з паперу картинки за контуром і ра скрашувати їх; стискати гумову губку або тенісний м'ячик; ліпити з пластиліну; збирати мозаїку; займатися конструюванням.

Батьки повинні з увагою ставитися до незначних успіхів дитини, позитивно оцінювати її посидючість, старання. Своєчасно розпочата систематична робота з розвитку рухів пальців готує успішне оволодіння технікою письма.

Отже, система логопедичної роботи з дітьми при дизартрії передбачає комплексний характер. Одним із засобів корекційного впливу є логопедичний масаж який має на меті не тільки зміцнення або розслаблення м'язів артикуляції, але й стимуляцію пропріоцептивних відчуттів, що сприяє чіткості кінестетичного сприйняття.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бариляк І.Р. Проблеми профілактики спадкової патології та вроджених вад розвитку. Журнал АМН України, 9(4). 2003. С. 656–667.
2. Березан О.І. Неврологічні основи логопедії: Навчальний посібник для студентів спеціальності 6.010105 «Корекційна освіта». Полтава: Друкарня ПП ТТкалич А.М., 2008. 92с.
3. Боряк О.В. Корекція просодичної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією засобами логопедичної ритміки: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03. НПУ ім. М.П.Драгоманова. Київ, 2012. 20 с.
4. Ваталінської О.Ю. Професійна компетентність вчителя-логопеда як умова здійснення логопедичної роботи.
URL:http://www.rusnauka.com/34_NIEK_2013/Pedagogica/2_150920.doc.htm
5. Винарського Є.М., Шур С.М. Порушення звукової системи мови при бульбарної дизартрії дорослих. В зб.: «Нариси з патології мови і голоси», під ред. проф.С. С. Ляпідевського, вип. 3. М., «Просвіта», 1967, стор.128-135.
6. Гайван Т.Я., Макарова С.М.. Логопедична робота з дітьми. Веста, 2008. 183 С.
7. Галущенко В.І. Дослідження ритмічної здатності у дітей зі стертою формою дизартрії. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету. Серія «Соціально-педагогічна» / за ред.: О.В.Гаврилова, В.І.Співака. Кам'янець-Подільський: ПП Мошинський В.С., 2008. Вип. 8 С.166
8. Голуб А.В. Узагальнені результати впровадження інноваційного підходу до корекції усного мовлення дітей старшого дошкільного віку при дизартріях // Науково-методичний журнал «Логопедія» / за ред. М.К. Шеремет. К.,: ДІА, 2018. № 12. С. 19-23.
9. Голуб А. В. Корекція порушення усного мовлення у дітей при дизартріях: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03. Київ, 2019. 272 с.

URL: https://old.npu.edu.ua/images/file/vidil_aspirant/dicer/Д_26.053.23/Golub.pdf.

10. Горопаха Н. Інтерактивні методи формування фахових компетентностей майбутніх вчителів-логопедів. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології, 2019, № 3 (87) URL: <https://pedscience.sspu.sumy.ua/wp-content/uploads/2019/07/7.pdf>

11. Декларація ООН про права розумово відсталих осіб URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_119#Text

12. Жадленко І. Компетентісний підхід щодо професійної підготовки майбутніх вчителів-логопедів у вищій школі. URL: https://www.cuspu.edu.ua/en/71--2014/-4-5-6/1287-kompetentisnij_pidxid_schodo_profesijno%D0%87_pidgotovki_majbutnix_vchiteliv-logopediv_u_vischij_shkoli

13. Ілляшенко Т.Д., Бастун Н.А., Сак Т.В. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання. Навчальний посібник для педагогів та шкільних психологів. Київ : ІЗМН, 1997. 128 с.

14. Кисла О. Ф. Корекційна педагогіка: навчальний посібник для студентів. К. : Кондор, 2016. 320 с.

15. Кондратенко І. Ю. Виявлення та подолання мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку / І. Ю. Кондратенко. К.: Айріс-прес, 2005. 224 с.

16. Конопляста С. Ю. Ринолалія від А до Я : монографія. Київ : Книга-плюс, 2015. 312 с.

17. Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопсихологія: навч. посіб. / С. Конопляста, Т. Сак; за ред. М. К. Шеремет. Київ:Знання, 2010.293 с.

18. Конопляста С.Ю., Галущенко В.І. Розвиток сенсомоторного рівня мовленнєво-рухової організації у дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією. Логопедія : науково-методичний журнал. 2013. № 4. С. 44–50.

19. Конопляста С.Ю., Сак Т.В. Логопсихологія: навч. посіб. / С.Ю. Конопляста, Т.В. Сак; за ред. М.К. Шеремет. К.: Знання, 2010. 293 с.

20. Концепція спеціальної освіти осіб з психічними та фізичними вадами в Україні (витяги) Кримінальний Кодекс України (вибрані статті) - ВВР, 2001, №25-26, с.131.

21. Крутій К.Л. Діагностика мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку. Навчальний посібник. Запоріжжя: ТОВ «ЛПІС» ЛТД, 2005. 208с. URL: <https://www.twirpx.com/file/1027828/>

22. Лепетченко М. В. Логопедія. Дизартрія : навчально-методичний посібник [для студ. спец. 6.010105 Корекційна освіта] / М. В. Лепетченко. Д., 2015. 36 с

23. Лепетченко М. В. Логопедія. Дизартрія : навчально-методичний посібник [для студ. спец. 6.010105 Корекційна освіта] / М. В. Лепетченко. Д., 2015. – 36 с.

24. Лист МОН № 1/9-498 від 05.08.2019 «Методичні рекомендації щодо організації навчання осіб з особливими освітніми потребами в закладах освіти в 2021/2022 н.р.» URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/inkluzivne-navchannya/2019/08/07/rekomendatsiiorganizatsiya-navchannyaooop.pdf>

25. Лист МОН № 1/9-539 від 08.08.2013 «Про організаційно-методичні засади забезпечення права на освіту дітям з особливими освітніми потребами» URL: <https://mon.gov.ua/ua/osvita/inkluzivne-navchannya/dlya-fahivciv/metodiki-inkluzia>

26. Логопедія : підручник / за ред. М.К. Шеремет. Вид. 5-те. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2018. 856 с

27. Лупінович С.М. Довідник вчителя-логопеда. Запоріжжя, 2007. 127 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/296723/>

28. Мартинчук О.В. Сутність поняття та зміст професійної компетентності фахівців у сфері інклюзивного навчання дітей з тяжкими порушеннями мовлення URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/33689071.pdf>

29. Мартинюк В. Ю. Мінімальна мозкова дисфункція : навч. посібник / В. Ю. Мартинюк, С. М. Зінченко. К.: Інтермед., 2011. 168 с. 8.

30. Марченко І. С. Педагогічні технології комунікативного розвитку дітей із тяжкими порушеннями мовлення (логопедична робота). Київ: Слово, 2016. 317 с.
31. Миронова С. П. Основи корекційної педагогіки: навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 264 с.
32. Нагорна О. Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами : навч.-метод. посіб. Рівне, 2016. 141 с.
33. Обухівська А.Г. Соціальна роль логопеда в системі надання допомоги населенню // Педагогіка та методика спеціальні: Зб. наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2001. Вип.1. С.56-59.
34. Основи спеціальної та інклюзивної педагогіки: навч. посіб. / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків : Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди, 2018. 338 с.
35. Панченко І.І. Особливості фонетико-фонематичного аналізу розладів звуковимови і деякі принципи лікувальнокорекційних заходів при дислалічних і дизартричних порушеннях мови. - В кн.: Розлади мови і голосу в дитячому віці. М., 1973.
36. Пахомова Н. Г. Актуальні проблеми спеціальної освіти : навч. посіб. Полтава : АСМІ, 2018. 329 с.
37. Пахомова Н.Г. Умови формування мовленнєвої компетенції у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією. Теорія і практика сучасної логопедії. Вип. 2. Київ, 2005. С. 69–74.
38. Поваляева М.А. Справочник логопеда. Изд. 5-е. Ростов на Дону: Феникс, 2006. 445 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/129745/>
39. Посадова інструкція вчителя-логопеда URL: <https://www.pedrada.com.ua/article/12-posadov-obovyazki-ta-trivalst-robochogo-tijnya-vchitelya-logopeda>
40. Про затвердження Порядку комплектування дошкільних навчальних закладів (груп) компенсуючого типу. Наказ МОН, МОЗ № 240/165

від 27.03.06 року. Міністерство освіти і науки України. URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0414-06#Text>

41. Професійне мовлення вчителя-логопеда. URL:
<https://osvita.if.ua/data/pages/226/be82a3370b1acee0fa703d90c419876b.pdf>

42. Ревуцька О. В. Вибрані питання логопедії : навч. посібн. Бердянськ : ФОП Ткачук О.В., 2014. 288 с.

43. Рібцун Ю. В. До питання диференційної діагностики дислалії та мінімальних проявів дизартрії / Ю. В. Рібцун // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова : зб. наук. пр. № 21. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. С. 226–230.

44. Рібцун Ю. В. Корекційна робота з розвитку мовлення дітей п'ятого року життя із фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення : програмно-методичний комплекс. К.: Кафедра, 2013. 284 с. URL:
http://lib.iitta.gov.ua/7553/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%A0%D1%96%D0%B1%D1%86%D1%83%D0%BD.pdf

45. Рібцун Ю. В. Мелодії кольорових звуків. Фонетико-фонематична компетентність дошкільника : альбом для ігор-занять із дітьми 5–6 років. К., 2014. 210 с.: іл. (Серія „Мовленнєва полікомпетентність дошкільника”). URL:
http://logoped.in.ua/wp-content/uploads/2018/01/Melodii_Ribtsun.pdf

46. Савченко М. А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей К.: Радянська школа 1991 URL:
http://distance.dnu.dp.ua/ukr/nmmateriali/documents/logopediya_dyslaliya.pdf

47. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник . – К. : Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2009. Частина I. 224 с.

48. Соботович Є. Ф. Вибрані праці з логопедії / уклад. В. В. Тищенко, Є. Ю. Линдіна. К : Видавничий дім Дмитра Бураго, 2015. 305 с.

49. Тарасун В.В. Морфофункціональна готовність дітей з особливостями у розвитку дошкільного навчання: діагностика і формування. Монографія. К.: Видавництво НПУ імені М.П. Драгоманова, 2008. 299 с.

50. Тарасун В.В. Психолого-педагогічні основи превентивного навчання дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку: Авторефер. дис... док. пед. наук. К., 1999. 57 с.

51. Тарасун В.В. Формування мовної особистості – новий напрям логопедичної роботи. Дефектологія. 2007. № 4 С. 3–11.

52. Теорія і практика сучасної логопедії: Зб. наукових праць: Вип. 1. – К.: Актуальна освіта, 2004. 168 с.

53. Тищенко В.В. Ієрархія фонематичних процесів в онтогенезі дитячого мовлення // Теорія та практика сучасної логопедії: Зб. наукових праць: Вип. 4. К.: Актуальна освіта, 2007. С. 3-18.

54. Тищенко В.В. Перспективи вивчення особливостей пізнавальної та мовленнєвої діяльності дітей з ДЦП // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації. Суми, 2012. С. 53-56.

55. Тищенко В.В., Рібцун Ю.В. Як навчити дитину правильно розмовляти: Від народження до 5 років: Поради батькам. К.: Літера ЛТД, 2006. 128 с., іл. 203

56. Трофименко Л.І. Діагностика та корекція загального недорозвитку мовлення у дітей дошкільного віку: Навчально-методичний посібник. К: 2014. 72 с.

URL: <http://lib.iitta.gov.ua/8723/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D0%BE%D1%81%D1%82.%20%D0%A2%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE%202014.pdf>

57. Трофименко Л.І. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей старшого дошкільного віку із ЗНМ: Програмно-методичний комплекс. 2013. 108 с. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/10502/1/Trofimenko5.pdf>

58. Тубичко Ю.О. Комплексна корекція порушень мовленнєвого розвитку а дітей старшого дошкільного віку зі стертою формою дизартрії URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/4909/1/Tubychko%20Julia%20Alexander.pdf>

59. Український дефектологічний словник / В.І. Бондар, Л.С. Вавіна, А.М. Висоцька, Є.Ф. Соботович та ін. За ред. акад. В.І. Бондаря. – К.: Милосердя України. – 2001.
60. Федорова Н. В. Гуманістична спрямованість підготовки майбутніх логопедів як головна вимога сучасної української освіти: дисертація. Київ: 2019. URL: http://ispukr.org.ua/wp-content/uploads/2019/12/%D0%B4%D0%B8%D1%81%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F_%D0%A4%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0-3.pdf
61. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник/ Шеремет М.К., Мартиненко І.В. К.: КНТ, 2006. 360 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/1124644/>
62. Шеремет М. К., Базима Н. В. Розвиток мовленнєвої активності дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку: навч.-метод. посібник. Київ : ДІА, 2017. 192 с
63. Шеремет М. К., Ревуцька О. В. Дислалія [навчальний посібник]. К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. 160 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/1162379/>
64. Шеремет М. К., Ревуцька О. В. Логопедія (корекційна робота при дислалії) : навч. посіб. К., 2009. 160 с.
65. Шеремет М.К. Актуальні проблеми спеціальної освіти. // Науковий часопис. Зб. наукових праць. К.: НПУ імені М.П., 2007. № 7. С. 79-81.
66. Шеремет М.К. Логопедія. Підручник, третє видання, перероблене та доповнене. За ред. М.К.Шеремет. К.: Слово, 2014. 672 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/1734590/>
67. Шеремет М.К. Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови. Педагогіка та методика спеціальні. наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова. Київ, 2001. Вип. 1. С. 36-37