

### **2.3. Логопедична корекція мовленнєвого розвитку дітей із ринолалією**

Ринолалію вважають одним із тяжких порушень мовлення. Основним зовнішнім симптомом ринолалії є порушена вимова носових звуків, неприродність голосу, аномальна будова мовленнєвого апарату.

Патологічні особливості будови і діяльності мовленнєвого апарату зумовлюють численні відхилення у розвитку структурних компонентів мовленнєвої діяльності. У дітей з вродженим незрошенням губи і піднебіння порушується не лише артикуляція, а й розвиток просодочних компонентів мовлення (інтонація, темп, ритм). Мовлення розвивається із запізненням: значно пізніше з'являються склади, слова, фрази. Майже усі звуки мовлення набувають глухого відтінку, порушується артикуляційна характеристика деяких звуків. Особливості письма зумовлені несформованістю фонематичної системи мови.

У даному підрозділі узагальнено та систематизовано напрацьований досвід корекції ринолалії науковцями: І. Єрмакової, А. Іпполітової, Н. Захарової, О. Алмазової, Л. Вансовської, Н. Серебрової, В. Чиркіної Т. Волосовець, Т. Воронцової та ін. Також висвітлено актуальні сучасні питання для широкого кола спеціалістів, які займаються логопедичною практикою з дітьми-ринолаліками. Обґрунтовано високу результативність системного, послідовного і комплексного логопедичного впливу на дитину вродженим незрошенням губи і піднебіння. Включено комплекс рекомендацій та вправ з цією категорією дітей по тренуванню різних мовленнєвих навичок: фонаціного дихання, контролю темпу та ритму мовлення, правильної артикуляції. Окреслено перспективи використання представлених принципів і напрямів корекційної роботи з подолання ринолалії.

Логопедична корекція мовленнєвого розвитку дітей із ринолалією – це системна робота над різними компонентами мовлення, яка повинна вплинути на: розвиток дихання, фонематичного сприймання, просодочних елементів мовлення; постановку звуків, активізацію твердого і м'якого піднебіння. При проведенні корекційно-

відновлюваної роботи вчителю-логопеду потрібні не лише знання практичних прийомів корекції мовлення при ринолалії, але й розуміння цілісної клінічної та психолого-педагогічної картини цього складного патологічного стану. Від фахової підготовки спеціалістів залежить ефективність та стійкість отриманих результатів.

Всесвітня організація охорони здоров'я внесла ринолалію до розладів голосу, але особливості будови та діяльності артикуляційного апарату мають також численні відхилення як у розвитку звуків мови, так і інших компонентів мовленнєвої діяльності. При ринолалії, на відміну від механічної дислалії, артикуляція значної частини звуків, як голосних, так і приголосних, відрізняється від норми. При ринолалії, на відміну від ринофонії, за якої наявні порушення у мелодиці, темпі, інтонації, ритмі та виразності голосу, відзначається ще те, що порушується звуковимовна сторона мовлення.

Перші праці з ринолалії написані лікарями. В Давній Греції лікарі намагалися зрозуміти механізм порушення голосу. Дослідження згодом були зосереджені на активізації рухомості твердого і м'якого піднебіння, щоб максимально забезпечити змикання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки. Пояснювали, що завдяки досягненню розвитку цього процесу, можна розвивати передумови для виправлення тембру звуків, розділяючи між собою ротову та носову порожнини.

Проте хірургічні відкриття в корекційному впливі на вроджені анатомічні вади наприкінці XIX – на початку XX ст. не виправдали очікувань та не отримали позитивних результатів лише завдяки оперативному втручання у виправленні порушень усіх компонентів мовлення. А. Лімберг (1963<sup>325</sup>) вважав, що головним завданням хірурга є відтворення анатомічної будови твердого і м'якого піднебіння зі збереженням нормального розвитку їхніх функцій. Щоб відновити функції мовлення, на його погляд, потрібно використовувати ще й інші корекційні впливи та методики щодо подолання порушень – логопедія, ортодонтія, фізіотерапія тощо.

---

<sup>325</sup> Лімберг, А. А. (1963). Планирование местно-пластических операций на поверхности тела. М.: Медицина, 595-597.

У наукових школах відкривалися різноманітні напрями подолання порушень мовлення при вроджених вадах верхньої губи і піднебіння. Представники так званої німецької наукової школи (Г. Гутцман (1936<sup>326</sup>); М. Хватцев (1959<sup>327</sup>) та ін.) робили висновки з необхідності забезпечення через активізацію рухомості м'якого піднебіння. Вважали, що на ділянку піднебіння доцільно здійснювати вплив різними сильними подразниками – застосовували електростимуляцію та вібротерапію. Логотерапевтичні заходи обов'язково передбачали спочатку активність у застосуванні вібротерапії, а згодом вводилися відповідні тренінги на заняттях з артикуляційної та дихальної гімнастики.

Відомий німецький вчений Г. Гутцман для активізації функцій піднебінно-глоткового змикання рекомендував комплекс дихальних та артикуляційних тренінгів. Логопедичний вплив розпочинати пропонував з системи загальних вправ гімнастики, поступовим введенням занять із формування мовленнєвих навичок. Науковець вважав доцільним активно застосовувати гучний голос, адже завдяки цьому відповідно підвищувалася активність м'якого піднебіння та змінювався тип дихання. Щоб підвищити тиск в ротовій порожнині, професор вбачав потребу у використанні затискача для носа. Це давало можливість коригувати вимову приголосних звуків на більш природню, чіткішу та зрозумілішу. Згодом уже без застосування носового затискача автоматизували сформовані навички мовлення.

Були спеціалісти, які давали пропозицію на діафрагмальному диханні проводити постановку звуків, тобто з відкритим носом, при цьому наголошували на важливості роботи безпосередньо із голосом. Фахівці даного напрямку, який умовно називали французьким, віддавали перевагу активному застосуванню правильного, природнього дихання і голосу. Вони відмовилися від того, щоб неприродні силові вправи та рухи використовувати та поклали цей принцип в основу своїх методик виховання мовлення. Застосовували методики навчання вокалу для постановки правильного дихання та голосу. Існує думка, що принципи ортофонічного методу постановки

---

<sup>326</sup> Гутцман, Г. (1936). Логотерапия при оперированой небной расщелине. В кн.: Вопросы логопедии.

<sup>327</sup> Хватцев, М. Е. (1959). Логопедия, 466-469.

голосу у дітей з назальним відтінком мовлення відкрила саме французька логопедична школа.

Прихильники та розробники принципу первісної іррадіації, рекомендували активно застосовувати прийоми постановки голосу, які використовують у процесі логопедичного впливу у роботі дітьми із порушеннями слуху. Також впроваджували шепітне мовлення, пропонували застосовувати різноманітні механічних прийоми у корекційній роботі.

Є й інші напрями відновлення голосу при ринолалії. Опираючись на започатковані французькими вченими підходи, Ф. Рау (1939<sup>328</sup>), З. Нелюбова (1938<sup>329</sup>), Т. Воронцова (1987<sup>330</sup>), Л. Дмитрієв (2000<sup>331</sup>) та інші розробляли власні підходи і пропонували нові методики виховання правильного мовлення, довели доцільність проведення логокорекційної роботи як у доопераційний, так і післяопераційний період.

Ринолалія за своїми проявами відрізняється від дислалії при наявності зміненого назалізованого тембру голосу. При нормальній фонації під час вимови всіх звуків мови, крім носових, у людини відбувається завдяки піднебінно-глотковому змиканню (скорочення м'язів м'якого піднебіння, бічної і задньої стінок глотки). Відбувається, при фонації, потовщення валика Пассавана (задньої стінки глотки) одночасно з рухами м'язів м'якого піднебіння. Під час вимови м'яке піднебіння безперервно піднімається і опускається на різну висоту залежно від вимовних звуків і швидкості мовлення. Виділяють різні форми ринолалії відповідно до характеру порушень функції піднебінно-глоткового змикання.

*Відкрита ринолалія* – це порушення фонаційної сторони мовлення і звуковимови. Відкрита ринолалія є досить важкою формою як у корекції, так і у механізмах. При відкритій формі ринолалії ротові звуки набувають назального відтінку. Найбільш змінюється тембр

---

<sup>328</sup> Рау, Е. Ф. (1939). Логотерапевтическая работа с детьми, страдающими открытой гнусавостью. Вопросы материнства и младенчества, №3.

<sup>329</sup> Нелюбова, З. Г. (1987). Принципы, методы и система исследования лиц, страдающих ринолалией на почве врожденных расщелин губы и неба. Межвуз. сб. науч. тр. М.: МГПИ им. Ленина, 18-30.

<sup>330</sup> Воронцова, Т. М. (1964). До питання логопедичної роботи при відкритій ринолалії після уранопластики. Уч. записки МДПІ.

<sup>331</sup> Дмитриев, Л. Б. (2000). Основы вокальной методики. М.: Музыка, 368.

голосних *i, y*. Значно порушується при вимові тембр приголосних: до фрикативів додається хрипкий звук, що з'являється в носовій порожнині; проривні, бокові та дрижачі звучать нечітко. Розрізняють функціонально і органічно зумовлену відкрити ринолалію. Ринолалія органічної форми може бути як вродженою, так і набутою.

*Ринолалія набутої відкритої органічної форми* з'являється при перфорації твердого та м'якого піднебіння внаслідок пошкодження язикоглоткового і блукаючого нервів, поранення, тиск пухлини та інше.

*Вроджена органічна відкрита ринолалія* зазвичай є наслідком вродженого розщеплення м'якого або твердого піднебіння, вкорочення м'якого піднебіння, відсутності або роздвоєння язичка, прихованої щілини; парезів і паралічів м'якого піднебіння внаслідок ураження язикоглоткового і блукаючого нервів. У дітей з вродженою розщелиною є серйозні функціональні розлади (смоктання, ковтання, зовнішнього дихання та інші), які знижують опірність до різних захворювань.

В усному мовленні звуки артикуються беззвучно або з малою силою голосу, не отримують слухового підкріплення. Страждає розвиток просодичних елементів мови. Всі оральні звуки стають назальними, змінюється характер задньопіднебінних звуків. Виявляються і інші дефекти: нейтралізація зубних звуків за способом творення; заміна проривних фрикативних; свист при вимові шиплячих чи навпаки; оглушення сонорних в кінці слова; відсутність вібранта або заміна на *и*; пониження розбірливості звуків у скупченні та кінцевій позиції; переміщення артикуляції в задні зони.

Серед факторів, впливають на виникнення ущелини, можна відзначити:

- генетичні;
- біологічні (грип, паротит, токсоплазмоз під час вагітності матері тощо);
- хімічні (контакт з шкідливими речовинами, нікотин, алкоголь, наркотики, неконтрольний прийом лікарських засобів і вітамінів);
- соціальні (стреси);
- ендокринні захворювання матері.

Прийнята наступна класифікація ущелин:

1. Вроджена ущелина верхньої губи:

– схована ущелина (без деформації шкірно-хрящового відділу носа або з його деформацією);

– повна ущелина;

2. Вроджені ущелини піднебіння:

– ущелини м'якого піднебіння (субмукозні, неповні, повні);

– ущелини м'якого та твердого піднебіння;

– повна ущелина альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння (одностороння, двостороння);

– повна ущелина переднього відділу твердого піднебіння та альвеолярного відростка.

*Ринолалія функціональної відкритої форми* виникає у дітей із млявою артикуляцією при фонації, коли наявний неповноцінний підйом м'якого піднебіння. Причинами є наслідування назальному мовленню, наявні зміни у глотці через пухлини та травми, парез м'якого піднебіння, відсутність контролю власного мовленням при порушеннях слухової функції. Ознака цієї форми ринолалії – більш виражене порушення вимови голосних звуків. Функціональна відкрита ринолалія корегується фоніатричними вправами, звуки ставляться класичними методами.

Дослідження показують, що розбірливість мови дитини-ринолаліка знижена на 50%, а особливості усного мовлення у багатьох випадках є причиною відхилень у формуванні інших мовленнєвих процесів. Зокрема вони ведуть до несформованості фонематичної системи мови, що є перешкодою до оволодіння грамотою.

Структура мовленнєвого дефекту при ринолалії, тобто симптоматика, буде відрізнятися залежно від її різновидів. Наприклад, для відкритої патології будуть характерні такі симптоми:

– порушення дихальної функції;

– труднощі під час грудного вигодовування або самостійного харчування дітей від двох років;

– недолік маси тіла новонародженого;

– присутність вроджених ущелин;

– мимовільні коливальні рухи очей;

– тихе мовлення;

- гіперрефлексія;
- затримка мовленнєвого розвитку;
- наявність гримас під час спілкування;
- обмежений словниковий запас;
- дратівливість і замкнутість;

підвищення схильність до таких хвороб, як отит і бронхіт, пневмонія або євстахіїт.

*Закрита форма ринолалії* – це зміни фонаційної сторони мовлення, порушення тембру голосу, повне або часткове виключення носового резонансу як наслідок порушення природнього проходження струменя повітря через ніс.

Виділяють наступні форми ринолалії: передню закриту ринолалію, коли відзначається непрохідність носових порожнин (при хронічній гіпертрофії слизової носа, викривленні носової перегородки, пухлинах носової порожнини); задню закриту ринолалію, коли зменшена носоглоткова порожнина (аденоїдні розростання, фіброми, поліпи, пухлини носоглотки).

Закриту форму ринолалії відповідно ще розділяють функціональну та органічну. *Функціональна закрита форма ринолалії* відзначається при сильному підйомі м'якого піднебіння і закриття доступу до носоглотки звуковими хвилями. *Органічна закрита ринолалія* виникає через непрохідність носової порожнини.

Запропоновано використовувати систему дихальних і логопедичних тренінгів, різноманітні прийоми фонопедії, завдяки яким є можливим подолання гугнявого, неприродного відтінку голосу.

Характеристику закритої форми ринолалії складають наступні клінічні прояви:

- зміна тембру голосу;
- порушення у вимові носових звуків;
- труднощі при спілкуванні зі сторонніми людьми;
- неприродність і тьмяність голосу;
- необхідність у постійному диханні через рот;
- схильність до простудних недуг;
- розвиток астеничного синдрому;
- порушення письма, що виражається в дисграфії;

– недостатній запас слів, порівняно з однолітками аналогічної вікової категорії.

*Змішана форма ринолалії* – це порушення у мовленні, що проявляються у присутності назального тембру голосу та низьким носовим резонансом під час вимови носових звуків. Може спостерігатися при вкороченні м'якого піднебіння і аденоїдних розростаннях. Якщо проявляється піднебінно-глоткова недостатність та виникають ознаки відкритої ринолалії після аденоктомії, то відповідно і якість мовлення може значно знизитися. Необхідно провести відповідне обстеження будови м'якого піднебіння, визначити яка форма ринолалії більше порушує тембр мовлення. Корекційно-логопедичні прийоми використовують у подоланні відкритої ринолалії лише після відновлення носового дихання.

Диференційовано відбувається логопедична корекція порушень мовлення у дітей із ринолалією, відповідно від віку, особливостей периферичного відділу артикуляційного апарату і від рівня розвитку мовлення.

У дитини спостерігається відсутність артикуляційних ігор та інтенсивного лепету через наявні порушення цілісності будови периферичного артикуляційного апарату і як наслідок здійснюється гальмування підготовки органів мовлення до формування укладів артикуляції. Є дані про поступове зменшення лепетливої активності (Т. Волосовець, 1995<sup>332</sup>). У цієї категорії дітей голос тихий із значно помітним назальним відтінком, здавлений, млявий, глухий, неприродний, виснажений, слабкий та приглушений. Якщо у дитини наявне таке порушення, як ринолалія, то розвиток мовлення у такому випадку відбувається із значним запізненням. Проявляється це у наявному великому часовому проміжку початку вимови перших складів у дитини, слів та відповідних фраз у перші роки її життя, які прийнято вважати сензитивними для формування не лише звукового компоненту мовлення, але й інтелектуальної діяльності. Слова із рядом особливостей в більшості випадків з'являються у віці двох років, також можуть виникнути і пізніше. Щодо розвитку фразового мовлення відповідно також є інтервал часу, що зумовлюється значним

---

<sup>332</sup> Волосовець, Т. В. (1995). Логопедическая работа с детьми в возрасте 1-3 лет с врожденными расщелинами губы и неба. Автореф. дисс. канд. наук.



запізненням, поширені випадки і у віці після чотирьох років (О. Уракова, 1972<sup>333</sup>). Часто затримує мовленнєвий розвиток і такий характерний нюанс, що у дітей з ринолалією ще вторинно порушена і слухова функція одночасно із природженою анатомічною вадою периферичного артикуляційного апарату.

Розвиток імпресивного мовлення хоч і відбувається здебільшого нормально, але через те, що зазнає багато різноманітних змін, залишаються малозрозумілими для оточення слова і фрази. Приголосні звуки з'являються лише завдяки активізації задньої частини спинки язика, неприродній участі кореня язика в артикуляційному укладі. Цей процес проявляється як наслідок неправильного розташування язика в ротовій порожнині.

Вимова деяких приголосних звуків становить особливі труднощі. Свистячі та шиплячі звуки у ринолаліків набувають своєрідного звучання. Страждає дзвінкість приголосних, спостерігається оглушення дзвінких звуків.

Забезпечення вимови дитиною голосних звуків відбувається завдяки положенню язика у задній частині порожнини рота та видихання через ніс струменю повітря. Основними ознаками являються відповідний назальний тембр та слабка губна артикуляція.

За наявністю антропофонічних (спотворене звучання фонем), та фонологічних (заміна однієї фонемі на іншу) ознак утворюються звуки мовлення як наслідок ринолалії. Майже усі приголосні та голосні звуки сильно назалізовані, артикуляційні уклади їх значно змінені, не мають між собою чіткої диференціації, зазнають замін всередині груп звуків, практичне звучання багатьох із них не наближається до норми. Усі звуки, що вимовляє дитина з вродженим незрошенням губи та піднебіння, на слух сприймаються як дефектні. Таким чином, звуковимова порушується тотально, незважаючи на те, що може бути наближеною до норми артикуляція деяких із них.

Порушення фонетико-фонематичного оформлення сторони мовлення доцільно розглядати як первинні порушення у структурі мовленнєвої компетентності (А. Іпполітова, 1983<sup>334</sup>). Отож порушення

---

<sup>333</sup> Уракова, О. І. (1972). Сравнительная характеристика ринолаликов и детей с нормальной речью. *Дефектология*, 2.

<sup>334</sup> Ипполитова, А. Г. (1983). Открытая ринолалия. М.: Просвещение, 93.

в усному мовленні дітей з ринолалією можуть мати суттєвий негативний вплив на формування усіх процесів мовлення.

У дітей з ринолалією причинами лексико-граматичних порушень являються не лише вади будови обличчя, а значну роль відіграють інші соціальні чинники такі як психічне здоров'я, відсутність вчасного корекційного впливу, прогалини у психологічному вихованні, компенсаторні можливості та відповідне оточення. Здебільшого у дітей є достатнє розуміння лексичного значення слів та все ж потрібна допомога у побудові та спрощенні висловлювань, розвитку розгорнутого мовлення.

У письмі чітко проявляється не сформованість фонематичної системи мови. Це відбувається у зв'язку із значним порушенням у вимові звуків. Для основи формування писемного мовлення є недостатнім вивчення дитиною артикуляційних укладів.

Якщо дитина до початку навчання грамоти оволоділа чітким і зрозумілим мовленням, то розвиток звуко буквеного аналізу буде успішним. Однак якщо у дитини в початкових класах збереглися порушення у вимові та фонаційному оформленні звуків, то це безумовно призведе до стійких письмових порушень. Адже особливості дисграфії залежать від багатьох причин. Основними з них є компенсаторні можливості дитини, особливості будови апарату мовлення, психологічний і соматичний статусу дитини, методів і термінів логопедичного впливу, участі сім'ї в процесі навчання дитини.

Основним показником для розподілу дітей в логопедичні установи є розвиток мовленнєвих процесів. Дітям дошкільного віку з порушенням фонетичної сторони мовлення надається корекційно-логопедична допомога у дитячій поліклініці або у лікарні в післяопераційний період.

Діти, у яких наявні недорозвинення процесів мовлення у інших проявах, зараховуються в спеціальні дитячі садки в групи дітей з фонетико-фонематичним або загальним мовленнєвим недорозвиненням мовлення. Діти шкільного віку, що мають виражені порушення фонематичного сприймання, отримують допомогу на логопедичних пунктах при загальноосвітніх школах.

Ринолалію розглядають як тяжку ваду. Благополучна її корекція відбувається лише під впливом комплексних заходів: вчасна діагностика порушень розвитку, тривалий логопедичний вплив та обізнаність у напрямках роботи з цією категорією дітей, ранній корекційний вплив, обов'язковий індивідуальний підхід, врахування важливих компенсаторних можливостей дитини. Вплив логопедичної роботи при ринолалії повинен мати наукове підґрунтя. Особливо цінним є також комплексний, послідовний, системний підхід.

Логопед, опираючись на психолого-педагогічною класифікацією порушень мовлення, повинен планувати напрямки корекційного впливу. Починати процес логопедичної діагностики доцільно із визначення стану розвитку діяльності мовленнєвих компонентів мовлення. Важливі напрями та завдання корекційного впливу на дитину із ринолалією визначають, отримавши результати обстеження рівня сформованості просодичної, фонетичної, лексико-граматичної сторін мовлення.

Велике значення має система, розроблена А. Іпполітовою, яка вперше запропонувала проведення логопедичних занять в доопераційний період, метою яких є уникнення утворення компенсаторних патологічних звичок і створення бази для розвитку нормального мовлення. У структуру логокорекційних занять повинні входити важливі напрямки роботи: розвиток та диференціація мовленнєвого дихання; для формування африкат та сонорних звуків важливим є навчання навички диференціювати короткий та довгий як ротовий, так і носовий видих; навчання ротового, плавного і тривалого видиху для постановки голосних та приголосних звуків; формування артикуляційних укладів м'яких звуків, шляхом постановки, автоматизації та диференціації інших звуків. У методиці А. Іпполітовою чітко визначено етапи (підготовчий, основний) і особливості логокорекційної роботи в доопераційному і післяопераційному періоді. Акцентувати увагу протягом формування артикулем слід на невимушеному та плавному переключенні рухів. Ця робота проводиться для уникнення у мимічній і лицьовій мускулатурі так званих синкінезій. Поетапність процесу роботи над звуками залежить безпосередньо від стану сформованості артикуляційних позицій.

Запропоновано працювати у наступній послідовності над артикулемами голосних звуків: розпочинати слід із *a, e, o, y, u, я, ю*, а звуком *й* доцільно завершувати даний етап роботи. Над такими звуками як *я, є, ю* розпочинається робота зі сполучень, які складаються із звука *й* та голосних звуків *a, e, o, y*. Даний звук *й* розкриває можливість спостерігати за напрямом струменю видихуваного повітря.

З. Нелюбова мала власну думку щодо послідовної роботи над приголосними звуками: *п, б, ф, в, т, д, л, к, г, с, з, х*. М. Хватцев рекомендував у такій послідовності працювати над звуками : *п, т, к, л, б, д, г, с, з, ш, ж*. За пропозицією Е. Рау визначають наступну поетапність у постановці даних звуків: *п, б, м, т, д, т, ф, л, к, г, с, з, х...*

Якщо проаналізувати та підсумувати, то можна зробити висновок, що зазначені автори вважали доцільним розпочинати постановку приголосних зі проривних (*п, б*) і передньоязикових (*т, д, н*). Були наявними щодо цього твердження сумніви у А. Іпполітової. Вона вносила власні пропозиції і зазначала, що початок роботи слід пов'язати з постановкою щілинних *ф* і *в*, адже саме їх вимова не потребує підвищеної сили голосу і не потрібне застосування додаткових зусиль для ослабленої дитини. Змінивши уклад артикуляції, на основі звуків *ф* і *в*, дається пропозиція постановки *с* і *з*, адже дитина може вже самостійно відтворити холодний повітряний струмінь. А. Іпполітова не надавала значенню збереженості укладу деяких звуків, тому впевнено рекомендувала розпочинати з нуля роботу над постановкою усіх звуків мови.

Популярністю в практичній логопедії користується поетапна методика корекції розладів голосу при ринолалії І. Єрмакової (1984<sup>335</sup>). Саме І. Єрмакова визначила вікові функціональні особливості розладів голосу у дітей та підлітків із ринолалією та розробила для них відповідну систему постановки голосу. Вона звертала увагу на індивідуальний підхід до своїх учнів із вродженими незрощеннями губи і піднебіння в логокорекційному процесі. Розробник методики наголошує на важливості проведення

---

<sup>335</sup> Єрмакова, И. И. (1984). Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков: кн. для логопеда. М.: Просвещение, 143.

доопераційного етапу роботи. Це дасть змогу попередити формуванню негативних патологічних звичок і створити відповідні передумови для повноцінного розвитку мовлення. Розпочинати корекційну роботу потрібно із доопераційної підготовки м'якого піднебіння до піднебінно-глоткового змикання після проведення операції. Цей процес передбачає профілактику дистрофії м'язів глотки і реалізацію функціональних передумов для нормального утворення звуків. Позиції голосних *a* і *e*, за висновками автора методики, надають можливість повноцінно активізувати розвиток сегментів м'якого піднебіння. Вже із першого заняття потрібно давати дитині голосові вправи, навчати правильному розташуванню язика в ротовій порожнині та м'якій подачі голосу. І. Єрмакова вважала, що неправильна позиція язика у роті значно більше порушує мовлення, ніж несформоване піднебінно-глоткове змикання. Велику роль надавала доцільності активізації рухомості язика і навчанню правильного розташування в порожнині рота. Гімнастику та логопедичний масаж для органів артикуляції вбачала у доцільності щоденного проведення, адже кінестетичні відчуття в дітей із ринолалією значно знижені. Надавала І. Єрмакова рекомендації щодо проведення одночасної роботи не більше ніж із трьома видами завдань, враховуючи індивідуальні особливості кожного учня-логопата. Слід зазначити, що важливо уникати швидких та різких рухів органів артикуляції, адже вони вимагають додаткових зусиль і не дають очікуваного результату, у дитини виникають труднощі у відтворенні рухів та запам'ятовуванні зміни кінестетичних відчуттів. Для того, щоб вихованець із ринолалією мав можливість відпрацьовувати дихальні вправи, потрібно для початку оволодіти навичками спрямованого повітряного струменю. Лише після формування подовженого і достатнього діафрагмально-реберного видиху спеціаліст розпочинає роботу над вокальними вправами та постановкою голосних звуків. Постановку слід розпочинаючи з протяжної вимови на м'якому видиху голосних звуків *a-a-a*, *e-e-e*, а згодом звуки *o*, *i*, *y*, *u* доцільно додавати у процес. А коли вихованець зможе вимовити, протягуючи, «ізольовані» голосні звуки, необхідно продовжувати працювати над вимовою сполучень із кількох голосних звуків. Фонематичний слух логопеду

розвивати потрібно також у підготовчому періоді: проводиться робота над формуванням вміння виділяти потрібний звук з ряду ізольованих звуків, обов'язково здійснюються завдання розрізнення на слух ротових та носових звуків та акцентується увага на їхній правильній вимові, також необхідно навчати у слові знаходити даний звук, працюємо над визначати місця звука в слові.

Основне, на думку І. Єрмакової, – сприяти поліпшення комунікативної функції мовлення, задовольняючись на цьому етапі лише наближеною артикуляцією та використанням аналогічних звуків.

Пройдений етап формування правильного дихання є передумовою початку роботи над постановкою приголосних звуків. За І. Єрмаковою, робота повинна проводитися із приголосних фонем *л, л', в, в', ф, ф'*, тому що їхня вимова диференціюється без особливих труднощів у складах. Наполягає автор методики щодо необхідності та важливості саме на цьому етапі використання нових навичок у спонтанному мовленні. Згодом постановка приголосних відбувається у наступній поетапності: *п, п', б, б', м, м', с, с', з, з', т, т', д, д', н, н', ш, г, к, х, р, р'*. Дана методика рекомендує завершувати роботою із постановки *африкатів* і звуку *ж*. Працюють також на цьому етапі одразу над диференціацією носових звуків та ротових: *м – п; м' – п'; н – д; н – т; м – б; м' – б'* тощо.

Л. Вансовська (2000<sup>336</sup>) вважає, що робота над подоланням назалізації повинна розпочинатися не із звичного уже звуку *а*, а з інших звуків голосних переднього ряду *і* та *е*, тому що ці голосні фонemi відкривають можливість струмись повітряного видиху спрямувати в передній відділ порожнини рота і розташувати біля нижніх різців язик. Спеціаліст згідно цієї методики під час роботи з вихованцем розмовляє тихим голосом, посилює напруження м'язів глотки та м'якого піднебіння, а нижню щелепу при цьому висовує вперед. Робота корекційна розпочинається із подолання назалізації голосних фонем, згодом відбувається постановка сонорних звуків *л* та *р*, а ще пізніше здійснюється відповідна робота над проривними та щілинними приголосними звуками.

---

<sup>336</sup> Вансовская, Л. И. (2000). Устранение нарушения речи при врожденных расщелинах неба. СПб.: Гиппократ, 132.

За методичними рекомендаціями науковців-попередників із відновлення у підлітків і дорослих голосу О. Алмазова (1973<sup>337</sup>) рекомендувала систему методичного впливу на відновлення голосу у дітей із ринолалією у разі органічних пошкоджень гортані. Розглядаючи методи корекції ринолалії, можна звернути увагу на авторську характеристику різноманітних форм ринофонії і підхід комплексного впливу до її усунення, що пояснюється об'єднанням психотерапевтичних заходів із ортофонічними тренінгами та рядом лікувально-профілактичних вправ.

Великий внесок у методику корекції ринолалії внесла Г. Чиркіна (1969<sup>338</sup>), яка на основі тривалого вивчення цієї категорії дітей запропонувала систему методичного впливу з психолого-педагогічного подолання даного порушення мовлення. Згідно із розробленою методикою Г. Чиркіної, логокорекційний вплив повинен мати комплексний характер і бути спрямованою на корекцію фонетичних розладів, розвиток лексики, граматики і граматичного мислення.

Виходячи із зазначеного, проаналізувавши методи і прийоми, які використовують логопеди у практиці, можна виділити основні напрями корекційної роботи з подолання ринолалії в доопераційний період:

- 1) підготовка піднебінної завісу до піднебінно-глоткового змикання;
- 2) активізація м'язів артикуляційного апарату;
- 3) робота над диханням;
- 4) постановка голосних звуків;
- 5) розвиток фонематичного слуху;
- 6) корекція звуковимови (робота над звуками-аналогами).

В післяопераційний період корекційне навчання дітей, що мають відхилення тільки фонетичної сторони, проводиться за такими напрямками:

- 1) нормалізація діяльності артикуляційного апарату;
- 2) формування артикуляції звуків;
- 3) усунення назального відтінку голосу;

---

<sup>337</sup> Алмазова, Е. С. (1973). Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. М.: Просвещение, 151.

<sup>338</sup> Чиркина, Г. В. (1969). Дети с нарушениями артикуляционного аппарата. М.: Педагогика, 119.

- 4) диференціація звуків;
- 5) нормалізація просодичного боку мовлення;
- 6) автоматизація набутих навичок у вільному спілкуванні;
- 7) корекція фонематичного сприймання.

Логопеду, після завершення операції, необхідно негайно розпочати проводити із вихованцем роботу із розвитку мовлення. Логопедичні заняття після уранопластики є обов'язковими і проводяться з урахуванням доопераційної роботи. Методи роботи модифікують залежно від особливостей мовлення дитини.

Комплексний підхід у логопедичній роботі з розвитку фонетичної сторони мовлення у дітей із ринолалією безпосередньо повинен забезпечити процеси: усунення назального відтінку голосу, розвиток рухомості м'якого піднебіння, навчання чіткої та правильної артикуляції звуків, формування навичок фонематичного сприймання. Корекційно-логопедичний вплив повинен відштовхуватися від індивідуального підходу до дитини та має право вносити зміни у разі того, чи прооперована дитина чи ні, чи проводилася до операції логопедична робота чи ні, чи тривалим був термін підготовчої корекційної роботи чи ні, чи наявна у дитини психологічна готовність до логопедичних занять чи відсутня.

Рекомендовані Л. Вансовською характеристики відкривають уявлення про відповідне розмежування порушень мовлення в разі ринолалії та дають розуміння в оцінюванні результативності корекційного впливу:

- 1) нормальне або наближене до норми (сформована звуковимова і усунена назалізація);
- 2) значно покращене мовлення (сформована звуковимова за помірної назалізації);
- 3) покращене мовлення (сформована артикуляція не всіх звуків на фоні помірної назалізації);
- 4) без покращення (несформована артикуляція звуків на фоні гіперназалізації).

Використання системи медичних, профілактичних, педагогічних та психологічних напрямів у корекції ринолалії дає можливість результативно використати компенсаторні здібності організму дитини; вчасно діагностувати порушення як у фізичному, так і у



мовленнєвому та нервово-психічному розвитку; отримати змогу здійснити профілактику різноманітних ускладнень та вторинних порушень. Такі умови активними зусиллями різних фахівців та обов'язковою участю батьків дають змогу здійснити систему спеціального, комплексного та корекційного впливу на розвиток дитини із ринолалією із першого дня її народження.

Необхідно зазначити про важливість первинної ланки профілактики. Забезпечення запобігання утворенню компенсаторних патологічних змін потрібно розпочинати ще до народження дитини шляхом створення для породіллі максимально комфортних та доброзичливих умов, які надаються державною службою охорони здоров'я матері і дитини. Важливим є вчасне інформування усіх членів сім'ї та близьких родичів про розвиток мовлення в нормі. Потрібно їм пояснити про доцільність систематичних занять із дитиною із грамотного, активного та свідомого розвитку мовлення. Коли в сім'ї народжується дитина із ринолалією, вона одразу повинна отримати логокореційну допомогу від спеціаліста. Логопед повинен розповісти батькам методики корекційного впливу на вади, пояснити етапи подолання порушень мовлення, розкрити результативність та якість корекційної роботи у співпраці спеціалістів та батьків.

Логопедичні зусилля і використання комплексу лікувальних заходів певною мірою можна розглядати як профілактичні, вони допомагають попередити можливі відхилення у розвитку, спричинені безпосередньо самою вадою та створити передумови формування повноцінної артикуляційної бази. Із метою попередження низки порушень в цей період основну увагу потрібно звертати на нижче наведені чинники.

*Запобігання появі астеничного синдрому.* Оскільки діти з ринолалією мають схильності до простудних захворювань і ослаблені соматично, із перших днів народження вони потребують загартовування та відповідної стимуляції їхнього фізичного розвитку. У зв'язку із цим фактором є потреба у використуванні різноманітних повітряних ванн, водних процедур, прогулянок на вулиці. Завдяки позитивному впливу фізичних спеціальних вправ, рухливим іграм, відповідним прийомам масажу можна забезпечити необхідну стимуляцію фізичного розвитку. Довело свою ефективність

збалансоване та повноцінне харчування, приймання вітамінних препаратів у зміцненні здоров'ї дитини.

*Профілактика фіксації язика в неправильному положенні.* Для цього вже в ранньому дитинстві дитину не рекомендують розташовувати у положенні на спині, тому що це може бути фактором западання язика назад. З метою запобігання розташування язика у неправильному положенні необхідно вкладати малюка так, щоб він лежав на животі чи на боці, щоб стимулювати утримання кінчика язика якомога ближче до альвеол. Для того, щоб стимулювати рухи кінчика і передньої частини спинки язика, спеціалістами рекомендується застосовувати спеціальні вправи та відповідні руханки.

*Профілактичні методи запобігання порушенням дихальної функції.* Оскільки при ринолалії дихання не диференційоване, видих зазвичай є неекономним та коротким, потрібно використовувати заходи, спрямовані на профілактику остаточної фіксації способу дихання дитини. Формування довгого, достатнього, стійкого, економного ротового видиху, якого достатньо буде для побудови цілої фрази – є важливим та основним завданням із запобігання порушень дихальної функції. Дихальна спеціальна гімнастика та ігрові руханки дають можливість навчити малюка диференціювати носове та ротове дихання. Необхідно застосовувати наслідувальний, розвинений рефлексу малюків. Наприклад, спочатку під час смоктання, а потім, після року, у відповідних вправах із розвитку мовленнєвого видиху. Використовують ще різноманітні цікаві ігри та вправи на дмухання, нюхання, формування звуконаслідування. Граючись із дитиною, потрібно одразу формувати ротовий видих за допомогою різних яскравих матеріалів: клаптиків паперу, смужок вати, сніжинок, повітряних кульок, метеликів, іграшок із фетру тощо. Слід використовувати наступні запитання: «А як можна зігріти ручки за допомогою дихання?», малюк повинен видихнути теплим струменем повітря на долоні х-х-х..., «Що це за квіточка має такий ніжний запах?» — малюк через ніс вдихає повітря та через ротик видихає його. Спочатку доцільно використовувати прості дихальні вправи, а вже пізніше потрібно ускладнювати їх до відпрацювання видиху через рот із додаванням голосу, акцентувати увагу на вимові

голосних і приголосних звуків, вкладати ігрові моменти та зміст у голосові вправи.

*Активізація діяльності м'язів піднебінно-глоткового кільця.* Малюку, з метою профілактики, можна давати вправи типу природнього ковтання, невимушеного покашлювання та легкого позіхання. Доцільно використовувати пальцевий масаж м'якого піднебіння чи його окремих ділянок, якому має можливість навчитися ще в пологовому будинку мама новонародженої дитини. Вправи по полосканню горла добре стимулюють м'яке піднебіння після операції. Ефективним є також застосування фізіотерапевтичних заходів. Профілактичні заходи повинні сприяти змиканню м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки та запобігти ускладненням порушень мовлення. Потрібно навчити дитину злизуванню краплин води з губи, пити спочатку краплями, а пізніше маленькими ковточками воду чи сік для активізації роботи м'язів глотки та м'якого піднебіння. Лише враховуючи вік і можливості дитини можна давати відповідні вправи. Обов'язковою рекомендацією є проведення щоденних логопедичних та корекційних занять до року із спеціалістом та в домашніх умовах (після відповідної підготовки батьків), спираючись на здатність дитини наслідувати дорослого.

*Створення передумов формування правильної звуковимови шляхом активізації артикуляційних м'язів.* Часто використовують самостійні рухи (дитині необхідно опустити вниз нижню губу, скласти губи в трубочку, розтягнути їх у посмішці, виконати артикуляційну вправу «качечка», підняти вверх верхню губу тощо). Можна також подушечками пальців рук або шпателем активізовувати кінчик язика (піднімати язик до верхньої губи або притискати його до нижньої частини рота, опускати кінчик язика на нижню губу тощо). Логопед разом з батьками повинен проводити роботу для досягнення рухомості та пластичності верхньої губи і у ранній і у віддалений післяопераційні періоди, при цьому рекомендовано застосовувати ряд вправ та прийомів масажу. Спеціаліст активно включає в роботу пасивні артикуляційні вправи та різні масажні рухи після зняття швів, рекомендовано проводити логопедичні заняття із дитиною щодня. При потребі необхідно спеціально підібраними масажними рухами розслабити напружені ділянки м'язів обличчя.

*Розвиток сили і гучності голосу.* У дитини із ринолалією наявне глухе та тихе звучання голосу. У цьому випадку доцільно застосовувати корекційний вплив у даному напрямі якомога раніше. У ранньому віці слід починати роботу над розвитком слуху та зору малюка, адже саме вони відіграють важливу роль у розвитку голосу як необхідної складової мовлення. Відомо, що голос забезпечує інтонаційне забарвлення та виразність мовлення. Уже протягом перших місяців життя дитини потрібно працювати над розвитком навиків прислухатися до різних звуків в оточенні, до звертання близьких людей, у яких часто наявний лагідний голос у спілкуванні з малюком. Цікаво, що у дитини з'являються перші короткі звуки типу *a-a-a, a-гу, бу* уже на 3-му місяці життя. Саме цей період називають «гулінням», для його розвитку необхідна увага дитини до вимови й артикуляції звуків дорослими. Спеціаліст та батьки повинні надати допомогу дитині, щоб вона побачила, відчула та почула артикуляцію звука і слова. Протягом першого року життя малюку можна наспівувати веселі мелодії, імітувати разом з ним в ігровій формі різні голоси тварин, природи, пташок тощо. Щоб стимулювати підвищення дитиною сили голосу можна гратися в піжмурки, кликати її, відійшовши при цьому на велику відстань. Для розвитку голосу також застосовують записи улюблених пісень і мелодій мультфільмів, різноманітних відео для дітей та відповідні фонозаписи звуків у природі.

Аналізуючи особливості домовленнєвого розвитку малюка, батькам рекомендується продовжити співпрацю з логопедом над розвитком навичок мовлення і запобіганням мовленнєвим порушень. Необхідно провести роботу із підготовки м'якого піднебіння до піднебінно-глоткового змикання, здійснити профілактику дистрофії м'язів глотки та піднебіння, спрямовуючи зусилля для опускання кореня й укріплення кінчика язика, переміщення язика вперед, активізації рухів щік та губ, постановки правильного дихання, формування нормального струменю повітря, уникнення труднощів у диференціації звуків в зв'язному мовленні. Спроби розташування язика вперед є ефективною вправою на занятті, вони є передумовою зниження назального відтінку голосу, постановки звуків та виховання правильного мовленнєвого дихання. Також для активізації органів

артикуляції таких як губи, м'яке піднебіння, щоки, нижня щелепа проводять масаж у ділянках носа та рота, коли наявне напруження м'язів.

Інколи через різні причини уранопластику вдається провести лише після трьох років. Логопед в такому випадку повинен провести корекційне втручання, використовуючи логопедичні прийоми та методики, у формування звукової сторони мовлення. Якщо успішно проведена робота над розвитком природних голосових даних, над формуванням фізіологічного і фонаційного дихання та над активізацією здорових відділів мовлення апарату, тоді за допомогою застосування вокальних вправ розвиваються та формуються правильні артикуляційні уклади та слуховий контроль за власним мовленням. Поетапність роботи над постановкою та автоматизацією звуків залежить від сформованості артикуляційних укладів звука. Дуже важливим є проведення навіть часткової логопедичної профілактичної роботи, тому що саме вона є основою для розвитку звуків мовлення та їх вимови в післяопераційному періоді.

Корекційно-логопедична робота, яка проводиться в доопераційний період, здійснює забезпечення бази артикуляційних укладів і формує звуковимовну сторону мовлення, а також позитивно впливає на загальний розвиток малюка. Щоб профілактика порушень мовлення була результативною, ефективною та повноцінною, потрібно спрямовувати її відновлення функціональних та анатомічних здібностей артикуляційних органів.

Відповідно для успішної логопедичної корекції порушень мовлення потрібно результативно здійснювати вплив із подолання, правильно вибрати відповідні прийоми та методи корекції, визначити причини та рівень мовленнєвих дефектів, проаналізувати, які мовленнєві компоненти страждають. Обстеження дітей з ринолалією має ґрунтуватися на певних принципах.

*Принцип комплексності* передбачає обстеження дитини необхідними спеціалістами такими як фізіотерапевт, психолог, ортодонт, педіатр, отоларинголог, логопед, стоматолог, невропатолог, психоневролог.

Проаналізовуючи природу порушень у дітей із вродженими незрощеннями губи і піднебіння, можна зробити висновки, що

відбуваються порушення не лише анатомічної будови та структури артикуляційного апарату, але і його функціональні можливості також значно знижені. Наприклад, порушення функцій органів артикуляції можна простежити через відсутність або загальмованість піднебінних і глоткових рефлексів, через незрощення м'якого і (або) твердого піднебіння, верхньої губи, підслизової щілини, через дефекти під'язикової вуздечки зубного ряду, прикусу тощо. Здійснення комплексного лікування дає змогу ці порушення побачити та прогнозувати терміни логопедичного впливу на дитину, тому необхідними є обов'язкові обстеження ортодонтом та щелепно-лицевим хірургом. У дитини з ринолалією поряд із піднебінною патологією одночасно можуть бути наявні такі захворювання як хвороби придаткових пазух носа, викривлення носової перегородки, новоутворення в порожнині рота та носа, звуження носових ходів тощо. Через це простежується доцільність у проведенні відповідного обстеження лікарем-отоларингологом малюка.

Лікар-педіатр у зв'язку із соматичною загальною ослабленістю малюка із ринолалією та системною хворобливістю такої дитини повинен здійснити професійну діагностику.

Косметичні і природжені вади обличчя після уранопластики здебільшого мають негативний вплив на формування особистості дитини із ринолалією та її психіки. Через це рекомендують проходити обстеження у психолога та лікаря-психоневролога.

В практиці медицини все більш відомі випадки поєднання різних вад розвитку. Може бути, що дитина має ряд інших захворювань поряд із наявною природженою патологією губи та піднебіння. У цьому випадку малюку необхідно пройти обстеження у дитячого офтальмолога, ендокринолога та невролога. Завжди у дітей із ринолалією є мовленнєві порушення, через це для цих дітей рекомендується також і логопедична консультація.

*Принцип системного та цілісного вивчення* вбачає, що діагностика категорії дітей із ринолалією повинна бути всебічною і багатоплановою. Адже як вища психічна діяльність мовлення реалізується та формується в тісному зв'язку з усіма іншими психічними вищими процесами, діагностування передбачає не лише вивчення окремої вади мовлення, а й розгляд взаємозв'язків між

іншими психічними процесами діяльності малюка та між порушеннями мовлення дитини, також з'ясування компенсаторних здібностей її тощо. Пояснює це те, що обирати тактику психолого-педагогічних обстежень та проводити відповідний аналіз отриманих результатів необхідно лише у системі із визначеною лаконічною структурою.

Під час психолого-педагогічного діагностування потрібно дізнатися про становлення процесу мовленнєвого та загального розвитку в ранньому дитинстві, з'ясувати ставлення та поведінку оточуючих людей щодо до цієї дитини, особисті відчуття дитина та роздуми щодо даної вади; провести діагностику психічних пізнавальних процесів таких як мислення, сприймання, пам'ять, увага, емоційно-вольова сфера, визначити особистісні особливості дитини із ринолалією. Принципово важливим є забезпечення комплексного аналізу та підходу до визначення рівня розвитку мовлення. Під час комплексного впливу необхідно з'ясувати не лише порушену сторону системи мовлення, але й доцільно визначити зв'язок із іншими мовленнєвими компонентами мовлення, тобто потрібно враховувати як первинну так і вторинну структуру порушень. Психолого-педагогічне обстеження доцільно проводити на основі цих принципів.

*Принцип цілеспрямованості* діагностики розглядає як зв'язок первинних та вторинних порушень так і аналіз виникнення вади мовлення. Під час процесу діагностики логопедом мають бути визначені причини мовленнєвих порушень та особливості їх процесу перебігу; в основу закладено не лише опис та перелік даних проявів вад, але й необхідно ретельно проаналізувати їхні наслідки та причини. Діагностування дитини із ринолалією доцільно розпочинати із з'ясування та аналізу первинних порушень діяльності органів артикуляції, також голосу та дихання, прослідкувати взаємозв'язок порушень моторики артикуляції, рівня слухової діяльності та функції дихання із станом звуковимовної системи, розвитку фонематичного слуху тощо. Тому, коли спостерігається наявність у дитини ринолалії, потрібно провести цілеспрямовану діагностику та ретельний аналіз отриманих результатів з метою з'ясування первинних, вторинних та

третинних порушень мовлення, а також простежити їхні зв'язки між собою.

*Принцип порівняння* допомагає провести зіставлення результатів отриманих даних під час обстеження із даними розвитку у нормі. Даний принцип відкриває можливості для з'ясування рівня порушеного розвитку та структуру дефекту.

*Принцип динамічності* полягає у зборі анамнезу та отриманні даних про вид та структуру порушення, його особливості та якісні зміни у динаміці під час багаторазових досліджень в різні часові проміжки. Статичні дані про стан компонентів мовленнєвої діяльності є також важливим етапом обстеження, адже вони відстежують необхідну інформацію, необхідну для формування логопедичного висновку.

*Принцип індивідуального підходу* базується на визначеннях можливостей та віку дитини для того, щоб ефективно підібрати навантаження та вправи, з'ясувати компенсаторні можливості вихованця, визначити зони її найближчого розвитку, а це в разі сприяє зростанню шансів результативності логотерапії та скороченню її термінів. Мовленнєві порушення та особливості особистості дитини взаємопов'язані між собою. Врахування особистих характеристик дитини та вплив індивідуального підходу під час діагностики, надає змогу в'яснити сутність та зміст динаміки порушення, розглянути вплив порушень мовлення на навчання дитини, на її стосунки з однолітками та дорослими, простежити особливості формування психічних процесів. Основним у використанні принципу індивідуального підходу є забезпечення корекційного впливу відповідно до віку дитини та її психофізіологічних особливостей. Часові проміжки та обсяги матеріалів для діагностики повинні підбиратися із врахуванням індивідуальних особливостей та віку дитини. Негативне ставлення дитиною до процесу обстеження, до самого спеціаліста, до процесу логопедичних занять може спричинити надто довге у часі та виснажливе обстеження із перевантаження вихованця складними вправами та завданнями.

*Принцип емоційності обстеження та наочності.* Діагностування вихованця з ринолалією доцільно проводити емоційно, цікаво, оптимістично та весело. Процес проведення діагностики у дитини



повинен викликати лише позитивні емоції. Доцільно використовувати різноманітний демонстраційний матеріал такий як наочні ігри, предметні, тематичних та сюжетні картинки, іграшки, побутові предмети, природні матеріали. Перед тим потрібно з'ясувати вік дитини, її інтереси та мету використання наочності. Наприклад, при діагностиці стану загальної та дрібної моторики краще використовувати процес рухливої гри; коли проводимо обстеження стану звуковими можна застосовувати логопедичні ігри, лото, музичні іграшки, дидактичні матеріали. Ігровою формою проведення заняття досягають емоційності діагностики. Застосовують цікаві матеріали, жваво змінюють форми діяльності дитини, велику роль відіграють артистичність та доброзичливість логопеда. Це активно сприяє емоційному тісному контакту спеціаліста із вихованцем, що забезпечує результативність діагностування, а також запобігає можливості перевтоми дитини.

Психолого-педагогічне діагностування за допомогою цих принципів є ефективним, результативним, багатоплановим та комплексним, дає змогу забезпечити зони найближчого розвитку та визначити вірний логопедичний висновок, тобто сформувані так званій «мовленнєвий статус» вихованця, що забезпечує позитивну динаміку у логокорекційній роботі.

Обстеження дітей з ринолалією здійснюється логопедом індивідуально в умовах логопедичного кабінету профілактично-лікувального, лікувального закладу або закладу дошкільної освіти, школи.

В процес психолого-педагогічного обстеження цієї категорії дітей включають:

- 1) збір анамнестичних даних;
- 2) опис анатомічних особливостей;
- 3) обстеження загального мовленнєвого розвитку;
- 4) вивчення змін в емоційно-вольовій сфері дитини.

До збору анамнестичних даних відносяться вивчення історії розвитку дитини у бесіді з батьками та аналіз медичних висновків лікарів-фахівців різних профілів.

В описі анатомічних особливостей будови всього артикуляційного апарату логопед класифікує вид незрощення, в

якому віці були зроблені операції губи і піднебіння, докладно описує стан всіх органів артикуляції.

Коли проводиться діагностика необхідно дати оцінку якості та рівня порушень, звернути увагу на рухливість органів мовлення і відновлення функцій артикуляційного апарату. На початковому етапі слід простежити які є анатомічні особливості в мовленнєвому апараті та якого характеру дефекти можна побачити:

1) губи: щілини верхньої губи, післяопераційні рубці, скорочена верхня губа;

2) зуби: неправильний прикус і посадка зубів;

3) язик великий, вузький, скороченість під'язикової вуздечки;

4) тверде піднебіння: вузьке, готичне;

5) будова м'якого піднебіння: щілина, коротка, роздвоєний маленький язичок, взагалі його відсутність;

б) дефекти у будові зубнощелепної ділянки: прогенія, прогнатія, неправильне положення зубів та ураження їх карієсом, боковий чи відкритий прикус тощо.

Під час обстеження потрібно звернути увагу на зміни дихання:

1) чи користується дитина змішаним диханням;

2) життєвий обсяг легень знижений, прискорене дихання, відставання в розвитку грудної клітини;

3) особливості фонаційного дихання: чи прискорене чи поверхневе; його взаємозв'язок із ключичним типом дихання, фонаційне дихання.

При обстеженні голосу слід зазначити характеристики: голос глухий, здавлений, слабкий, виснажений, тихий, приглушений, з вираженим носовим відтінком; обмежений модуляціями; наявні акустичні зміни в спектрі голос, що в свою чергу заважають його дзвінкості та роблять мовлення незрозумілим для оточення.

При обстеженні глоткового рефлексу потрібно вказати чи він: збережений, підвищений, знижений. При обстеженні загального мовленнєвого розвитку перевіряється стан звуковими, фонематичного сприймання, складової структури слова, лексико-граматичний стан мовлення, зв'язне мовлення.

Що стосується фонетичного сприймання у вихованців з природженим дефектом апарату артикуляції, то слід зауважити, що

розвиток його знижений і проходить в недостатніх умовах. Для обстеження фонетичного сприймання застосовують прийоми та методи, спрямовані на:

- порівняння, впізнавання та розрізнення простих фраз;
- запам'ятовування даних слів та знаходження їх у ряду поряд з іншими словами;
- запам'ятовування звукових рядів;
- виділення потрібного звуку серед низки інших звуків, потім знаходження його у складах і словах;
- запам'ятовування складових рядів.

Серед порушень мовлення у дітей з ринолалією порушення фонетико-фонематичної сторони мовлення займає основне місце у структурі мовленнєвої діяльності, первинно при цьому порушується фонетичне оформлення мовлення і це впливає на розвиток лексико-граматичної сторони мовлення. Позитивну динаміку в подоланні цих порушень можна прогнозувати лише за умови одночасної корекції інших мовленнєвих порушень.

Для того, щоб визначити у вихованця рівень можливостей фонематичного сприймання застосовують вправи різної складності: відстукати або проплескати кількість складів у словах різної складової структури; здогадатися чи відповідає ритмічний малюнок запропонованій картинці.

Із вправ на повторення ізольованих звуків доцільно розпочинати проведення діагностування розрізнення звуків мовлення. Порушення у фонематичному сприйманні проявляється здебільшого, коли вихованець повторює близькі за звучанням фонемі. Також неодмінно слід звернути увагу на розпізнавання свистячих, шиплячих, африкат, сонорів, а також дзвінких та глухих звуків.

Вивчення змін в емоційно-вольовій сфері дитини. Вже при першому знайомстві можна побачити, як дитина вступає в контакт з педагогом. Надалі в бесіді з батьками слід дізнатися, як до дитини ставляться в сім'ї, чи є у неї друзі, чи активна дитина на заняттях в дошкільному закладі або в школі. Важливо знати, яке ставлення дитини до своїх недоліків мовлення, чи реагує на зауваження щодо них, чи є бажання їх виправити.

Зазначена система обстеження з ринолалією ґрунтується на низці загальних і спеціальних принципів, забезпечує всебічне, комплексне обстеження з метою вивчення структури і ступеня тяжкості мовленнєвої вади, індивідуальних відхилень у фізичному, психічному особистісному статусі дитини. Обстеження дає змогу виявити зону актуального і найближчого розвитку, спираючись на позитивні і враховуючи негативні детермінанти, що впливають на перебіг розвитку конкретної дитини; визначити найефективніші психолого-педагогічні шляхи, методи і прийоми організації і здійснення логопедичного навчання, а також забезпечити можливості для об'єктивного оцінювання результатів корекційного впливу.

Подаємо схему логопедичної корекції мовленнєвого розвитку дітей із ринолалією.

### *1. Активізація м'якого піднебіння.*

Мета спрямована на профілактику дистрофії м'язів глотки; на нормалізацію мовного видиху та формування спрямованого струменю повітря; на підготовку відповідних органів артикуляції до піднебінно-глоткового змикання; на корекцію ключичного типу дихання; на фіксацію правильного розташування язика; на укріплення кінчика язика та опущення його кореня; на розвиток рухомості губ та щік.

Масаж м'якого піднебіння:

1) масажні рухи прийомом погляджування по середній ділянці піднебін'я (м'якого та твердого) слід проводити від верхніх різців для того, щоб досягти рефлексу ковтання;

2) точковий масаж пальцем, язиком;

3) поштовхоподібний масаж пальцем, язиком.

Активна гімнастика м'якого піднебіння:

1) ковтання води маленькими порціями;

2) імітація позіхання;

3) покашлювання кілька разів під ряд з паузами та без них (повітря через рот);

4) вимовляння голосних на твердій атаці (язик біля нижніх різців).

## *2. Активізація артикуляційного апарату*

Вправи для активізації кінчика язика:

- 1) облизування краплин води із блюдця та ложки;
- 2) провести кінчиком язика об поверхні різців;
- 3) порахувати зуби кінчиком язика;
- 4) погладити щоки кінчиком язика;
- 5) обвести кінчиком язика по колу ротової порожнини;
- 6) котити по альвеолах цукерку круглої форми за допомогою кінчика язика.

Проведення самомасажу кінчика язика: покусування язика, присмоктування кінчика язика, проштовхування язика крізь зціплені зуби.

## *3. Робота над постановкою правильного дихання.*

Мета полягає у формуванні діафрагмально-реберного дихання.

Навчання регульованому видиху:

- 1) «попльовування»;
- 2) завдання, що складаються із дмухання на пір'їни, ватні кульки, паперові смужки, свічки;
- 3) завдання, що полягають у катанні по столі олівця та невеликих пластмасових іграшок на воді за допомогою видихуваного сильного струменю повітря через рот;
- 4) вправи на спрямування фіксованого видиху у трубочку, дуття мильних бульбашок;
- 5) вправи, що полягають у грі на сопілці, трубі та саксофоні, які розвивають дихання;
- 6) завдання із надування кульок повітряних.

## *4. Зняття напруження м'язів обличчя.*

Мета: тренувати рухливість губ, щік, переміщувати розташування язика у правильне положення, активізувати кінчик та корінь язика.

Рухи щелепами: відкривання-закривання рота (фіксація пальцем під носом); бокові рухи нижньої щелепи; вимова без голосу таких звуків як *a, e, i, o, y*, імітуючи їхню артикуляцію.

Масаж гігієнічний.

Розвиток рухомості губ:

- 1) губи витягувати вперед — розтягувати у посмішці;

2) без голосу здійснювати імітацію звуку п-п-п для укріплення губ;

3) для зміцнення губ використовувати утримання ними бульбика протягом тривалого часу;

4) верхню і нижню губу втягувати у ротову порожнину.

Вправи для активізації язика:

1) висувати язик з порожнини рота та пересувати його в попереднє положення;

2) вверх тягнутися язиком до носа та опускати його до підборіддя;

3) проводити рухи язиком в різні сторони у напрямку куточків рота;

4) висувати язик у формі широкій та у вузькій, чергуючи положення;

5) у внутрішній частині ротової порожнини піднімати язик до альвеол та повертати у зручне розташування;

6) обводити язиком по колу губи із зовнішньої сторони;

7) обводити язиком по колу губи та щоки із внутрішньої сторони рота;

8) проводити додатковий масаж застосовуючи поплескування шпателем, пальцем, ложкою; вилизування тарілок.

#### *5. Робота над формуванням тембру голосу:*

1) проспівувати, понижуючи та підвищуючи голос, голосних звуків та сполучень між ними: у, о;

2) тренувати вимову однакових звукосполучень в одній тональності та з підвищенням голосу, читання віршованих текстів;

3) чітко вимовляти гучним голосом вигуків;

4) наспівувати різноманітні мелодії ;

5) вичитувати лише голосні звуки у віршах;

6) грати у сюжетні ігри, застосовувати діалоги персонажів казок;

7) читання загадок, лічилок, приказок, скоромовок, байок, казок, текстів.

#### *6. Формування фонематичного слуху:*

1) із низки різних звуків обрати потрібний звук;

2) впізнати у слові, яке прозвучало, необхідний звук;

3) розпізнати, де саме розташовується вивчений звук у слові;

4) вміти диференціювати звуки;

5) розрізнити вірне звучання даного звуку.

Голосові вправи проводяться на голосних звуках а, о, у, е, які ставляться в першу чергу і включаються в щоденні вправи. Голосні спочатку артикуються без голосу, потім з голосом з поступовим збільшенням числа повторень голосних на одному видиху. Далі проводиться робота над чіткою уривчастою вимовою ряду голосних на одному видиху. Потім проводиться робота над вимовою голосних звуків з невеликими паузами і тривала злита вимова голосних звуків.

У разі ринолалії проведена робота із корекції приголосних звуків ідентична роботі із подолання дислалії. Практично та ефективно використовувати наступну поетапність роботи над приголосними: *в* та *в'*, *ф* та *ф'*; *п*, *б* та *т*, *д*; *х*, *г*, *к* та *с*, *з*, *ц* та *ш*, *ж*, *ч*, *щ*; *м*, *н* та *л*, *л'*, *й*; *р*, *р'*, *д'*, *т*.

Одночасно проводиться робота з диференціації звуків.

#### *7. Виконання дихальних вправ:*

- 1) вдихнути і видихнути носом;
- 2) здійснити вдих носом та видих через ротову порожнину;
- 3) вдихнути та видихнути ротом;
- 4) відпрацювати подачу сильного струменю повітря через рот;
- 5) плавний видих холодним струменем;

б) виконувати завдання на формування правильного дихання доцільно поетапно у різних положеннях: і пересуваючись, і напівлежачи, і сидячи, і стоячи на місці.

#### *8. Розвиток висоти голосу.*

- 1) вокальні вправи: *а*, *е*, *о*, *у*, *і* вимовляти зв'язно, плавно з відчуттям рухів діафрагми;
- 2) проспівування голосних звуків: *а* (низько), *а* (високо);
- 3) відтворення із застосуванням звуку *а* різноманітних мелодій пісень;
- 4) ігрові вправи для розвитку висоти голосу.

#### *9. Розвиток сили голосу.*

Вимовляння з підсиленням та послабленням звучання звуків:

1. *аааА.*
2. *Аааа.*
3. *оооО.*
4. *Оооо.*

5. ауауАУ.

6. АУауау.

Логопедичні вправи на розвиток дитячого дихання допомагають виробити правильне діафрагмальне дихання, тривалість видиху, його силу і поступовість. Вони часто поєднуються з рухами рук, тулуба, голови. У вправах на розвиток дихання включається логопедичний мовленнєвий матеріал, який вимовляється на видиху.

Артикуляційні вправи спрямовані на розвиток темпо-ритмічної та мелодико-інтонаційної основи мовлення, мовленнєвого дихання, фонематичних процесів, збагачення словникового запасу, удосконалення звуковимови, розвиток навичок зв'язного мовлення дітей.

Голосові вправи використовуються для вдосконалення вимови голосних і приголосних звуків, укріплення голосових зв'язок.

Розглянемо один із прикладів ефективного процесу логопедичної корекції мовлення дитини із ринолалією.

Дитина – Мудрий Артем, 4 роки.

Вперше батьки звернулися у лютому 2021 р. зі скаргами на порушення у дитини вимови голосних й носових приголосних звуків. У січні дитину прооперовано з приводу відновлення піднебіння (уранопластика).

Стан мови на момент звернення:

- мовлення фразове;
- словниковий запас дещо знижений;
- незначні аграматизми;
- користувався в мовленні простими реченнями;
- спостерігалося накладання додаткових шумів на деякі звуки, схожих на хропіння під час сну; також відбувалося специфічне порушення тембру голосу і звуковими (стигматизм, ротацизм).

Неповноцінні анатомо-фізіологічні умови мовотворення, обмеженість моторного компонента мовлення стали причиною аномального розвитку звукової сторони в хлопчика.

Корекційні заняття з дитиною логопедія здійснювала за методикою подолання ринолалії:

- проводила вправи на нормалізацію видиху через рот та на формування тривалого струменю повітря, вимовляючи дитиною більшість звуків мовлення;



- тренувала правильні артикуляційні уклади;
- корегувала вправами неприродній відтінок голосу;
- працювала над проведенням диференціації звуків для профілактики порушень у звуковому аналізі;
- автоматизація набутих навичок у вільному мовленнєвому спілкуванні.

У результаті наполегливої роботи з хлопчиком протягом 12-ти місяців, словниковий запас досяг 1500-2000 слів. З'явилося правильне носове дихання. У спонтанному мовленні вихованець вживає практично всі частини мовлення. Дошкільник засвоює узагальнюючі слова. Відбувся інтенсивний розвиток граматичної будови мовлення, але мають місце деякі граматичні помилки у правильному застосуванні відмінкових закінчень.

Дитина висловлює особисту думку з приводу різноманітної діяльності, ділиться власними міркуваннями про події, які відбулися. Із підказками дорослих переказує казки, повторює невеликі вірші. Спостерігається покращення звуковимови: правильно вимовляє свистячі і шиплячі звуки, але ще може замінювати їх один одним (наприклад, шапка – «сапка», жовтий – «зовтий»).

Дитина прийнята у дитячий навчальний заклад загального типу. На даний період спеціаліст продовжує роботу над диханням та розвитком висоти голосу; над розвитком фонематичного сприймання; з диференціації звуків. Працює над постановкою фонем *p*.

Рекомендовано батькам продовжити відвідування дитиною логопедичних занять.

Логокорекція проводилася логопединою отоларингологічного відділення, яка протягом 7 років проводила дослідження ефективності запропонованої системи комплексної роботи, спрямованої на подолання ринолалії у дітей засобами логопедичних вправ і доцільність застосування її в логопедичній практиці.

Аналіз результатів корекції порушень мовленнєвого апарату на мовленнєвий і психофізичний розвиток вихованця, довів те, що вроджене незрощення губи і піднебіння являє собою анатомо-фізіологічний дефект, з яким одночасно проявляються і патологічні зміни у не сформованих системах організму та мають негативний вплив на емоційний стан вихованця.

Порушення мовлення перешкоджають повноцінному розвитку психічних функцій вихованця з вродженим незрошенням губи і піднебіння, особливо негативно впливають на процес особистісних змін.

Дефекти у разі ринолалії здебільшого супроводжуються іншими порушеннями у розвитку такими як органічні ураження центральної нервової системи, які спричиняють і розумову відсталість.

В цих дітей в дитячому і підлітковому віці зростає ймовірність розвитку нервово-психічних розладів, які можуть спричинити вторинно і затримку інтелектуального розвитку.

Причинами можуть бути і психологічна травматизація дітей з цією вадою розвитку через тривалу госпіталізацію; загальне недорозвинення та інші складні порушення мовлення; порушення комунікації таких дітей з однолітками і дорослими; недостатньо сприятливі умови виховання. Згодом низка причин сприяє виникненню у дітей з цією патологією серйозних соціальних і психологічних проблем.

Наявність змін гомеостазу організму дитини із ринолалією та супутніх захворювань, етіологія вроджених незрошень верхньої губи та піднебіння, порушень основних функцій (дихання, ковтання, мовлення, годування), неможливість проводити первинну профілактику зумовлюють необхідність у системних заходах до медичної та психолого-педагогічної і соціальної реабілітації.

Проведене дослідження підтвердило гіпотезу про те, що розробка та впровадження системи комплексного впливу подолання порушень, спрямованої на корекцію ринолалії, створить передумови соціально-психологічної реабілітації та реалізації відповідного розвитку мовлення дітей.

Отже, реабілітація дітей із вродженими незрошеннями губи та піднебіння спрямована на реалізацію як системного корекційного впливу, який застосовується в умовах медичних закладів із відповідною спеціалізацією кваліфікованою командою фахівців та за наявністю обґрунтованої логопедичної і психокорекційної допомоги.

Медичний і психолого-педагогічний вплив на розвиток дитини із ринолалією, застосування сучасних актуальних технологій та прийомів реабілітації сприятимуть ефективній інтеграції їх у суспільстві.