



Міністерство освіти і науки України
Мукачівський державний університет
Кафедра дошкільної та спеціальної освіти



ЛОГОПЕДІЯ (ДИЗАРТРИЯ, РИНОЛАЛІЯ)
Конспект лекцій
для здобувачів першого (бакалаврського)
рівня вищої освіти
спеціальності 016 «Спеціальна освіта»
спеціалізації 016.01 - логопедія

Мукачево – 2026

УДК 376-056.264(072)(042.3)

*Розглянуто та рекомендовано до друку науково-методичною
радою Мукачівського державного університету
протокол № 8 від 19 лютого 2026 року
Розглянуто та схвалено на засіданні
кафедри дошкільної та спеціальної освіти
протокол № 11 від 20 січня 2026 року*

Укладач:

Барна Х.В. – к.пед.н., доцент кафедри дошкільної та спеціальної освіти МДУ.

Рецензент: Фенчак Л.М. к.пед.н., доцент кафедри теорії та методики початкової освіти МДУ

Л69 Логопедія (Дизартрія, ринолалія): конспект лекцій з дисципліни «Логопедія (Дизартрія, ринолалія)» для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 Спеціальна освіта, спеціалізація 016.01 - логопедія / укладач Х.В. Барна. Мукачево: МДУ, 2026. 70с.

У посібнику лекційний матеріал побудований відповідно до навчальної програми. Розкрито основні поняття таких важких системних порушень, як дизартрія, ринолалія, причини, симптоматику, методику діагностики та корекційно-реабілітаційної роботи з даною категорією осіб, які висуваються на сучасному етапі до вчителя-логопеда. Навчально-методичне видання адресовано здобувачам спеціальності «Логопедія», логопедам, корекційним педагогам, а також психологам і медичним працівникам, які працюють з особами, що мають важкі мовленнєві порушення.

© МДУ, 2026

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	4
Програма навчальної дисципліни	9
РОЗДІЛ I. ДИЗАРТРИЯ	14
НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ДИЗАРТРИЇ	14
Тема 1. Загальні поняття про дизартрії.	14
Тема 2. Класифікація дизартрії за принципом локалізації мозкового ураження	16
Тема 3. Стерта форма дизартрії	18
Тема 4. Класифікації дизартрії на основі синдромологічного підходу.	20
Тема 5. Особливості пізнавальної діяльності дітей з дизартричними порушеннями	23
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ДИЗАРТРИЇ	24
Тема 6. Особливості обстеження мовлення та моторики при дизартрії	24
Тема 7. Методика обстеження когнітивного та психосоціального розвитку у дизартриків	27
Тема 8. Система корекційно - педагогічної роботи при дизартрії	29
Тема 9. Стратегії логопедичного впливу	31
Тема 10. Діагностика та напрями корекції стертої форми дизартрії	34
РОЗДІЛ II. РИНОЛАЛІЯ	42
ХАРАКТЕРИСТИКА РИНОЛАЛІЇ ЯК ПОРУШЕННЯ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ	42
Тема 11. Історичні аспекти вивчення ринолалії	42
Тема 12. Етіологічні чинники виникнення природжених недоліків обличчя	44
Тема 13. Механізм процесу голосоутворення в нормі і в разі ринолалії	47
Тема 14. Класифікація природжених незрощень губи і піднебіння	49
Тема 15. Основні форми ринолалії	51
Тема 16. Особливості розвитку дітей з ринолалією	56
СИСТЕМА КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ПРИ РИНОЛАЛІЇ	59

Тема 17. Комплексне обстеження осіб з ринолалією	59
Тема 18. Логопедичне обстеження осіб з ринолалією	60
Тема 19. Профілактика порушень мовлення в разі природжених незрошень губи та піднебіння	62
Тема 20. Корекційна робота при вроджених незрошеннях твердого і м'якого піднебіння	64
Рекомендовані джерела	67

Передмова

На сьогодні такі важкі мовленнєві порушення як дизартрія та ринологія посідають високе місце серед порушень комунікативного характеру. Вони характеризуються порушеннями звуковимови, граматичного ладу мовлення, темпу і плавності мовлення та бідності словника. Навчальною дисципліною, що забезпечує ефективний напрямок у системі корекційно-розвивальної, реабілітаційної роботи щодо подолання психофізичних і мовленнєвих порушень є «Логопедія (дизартрія та ринологія).

Програмою передбачено вивчення дисципліни «Логопедія (дизартрія та ринологія)» в IV семестрі. Дисципліна розглядається як складова змісту навчальної підготовки майбутніх логопедів і побудована на відповідних теоретичних, наукових засадах та практичній підготовці.

Метою дисципліни є: сформувати у здобувачів вищої освіти спеціальності 016 Спеціальна освіта теоретико-методологічних знань про такі види порушень мовлення як дизартрія, ринологія, їх форми, причини виникнення, шляхи подолання та попередження; надати практичні навички роботи з дітьми на основі засвоєних прийомів виявлення, корекції та профілактики даних мовленнєвих розладів.

Основними завданнями вивчення дисципліни «Логопедія (дизартрія, ринологія)» є:

- формування теоретичних знань щодо загальної характеристики дизартрії, ринології етіології, механізмів, симптоматики, класифікації, динаміки перебігу даного порушення мовлення за умов спонтанного та цілеспрямованого навчання та виховання;
- розвиток у здобувачів вищої освіти уміння правильно діагностувати дизартрію, ринологію та визначати ефективні шляхи корекційного впливу;
- ознайомлення здобувачів вищої освіти з питаннями організації логопедичної допомоги та профілактики дизартрії та ринології.

Прослуховування курсу забезпечить формування у здобувачів вищої освіти системи компетентностей, які є критеріями оцінки якості знань з курсу:

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК -3. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

ЗК -4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК -5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК -7. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

ЗК -9. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Компетентності спеціальні (фахові) (КС)

СК -3. Здатність застосовувати психолого-педагогічні, дефектологічні, медико-біологічні, лінгвістичні знання у сфері професійної діяльності.

СК -4. Здатність планувати та організовувати освітньо-корекційну роботу з урахуванням структури та особливостей порушення (інтелекту, мовлення, слуху, зору, опорно-рухових, функцій тощо), актуального стану та потенційних можливостей осіб із особливими освітніми потребами.

СК -7. Здатність дотримуватися вимог до організації корекційно-розвивального освітнього середовища.

СК -8. Готовність до діагностико-консультативної діяльності.

СК -11. Здатність дотримуватися основних принципів, правил, прийомів і форм суб'єкт-суб'єктної комунікації.

СК -16. Здатність до особистісного та професійного самовдосконалення, навчання та саморозвитку

СК -17. Здатність усвідомлення сучасних тенденцій у спеціальній та інклюзивній освіті, прогнозувати їх потенційні наслідки та моделювати сучасний освітній процес відповідно з технологіями.

СК -18. Здатність до застосування знань основних видів і технологічних підходів до планування власної професійно-корекційної діяльності відповідно до порушень мовлення та з урахуванням індивідуальних та вікових особливостей.

СК -19. Здатність проектувати індивідуальні корекційні програми для дітей з психофізичними та мовленнєвими порушеннями

СК -20.Здатність здійснювати планування, організувати і результативно здійснювати логопедичну роботу з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей дітей дошкільного та шкільного віку з порушеннями мовлення.

Програмові результати навчання:

РН -2 Здійснювати пошук, аналіз і синтез інформації з різних джерел для розв'язування конкретних задач спеціальної та інклюзивної освіти

РН -7 Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами у професійному середовищі, володіти фаховою термінологією та професійним дискурсом.

РН -10 Здійснювати спостереження за дітьми з психофізичними порушеннями (інтелекту, мовлення, зору, слуху, опорно-рухових функцій тощо), реалізовувати корекційно-педагогічну роботу з урахуванням їхніх психофізичних, вікових особливостей, індивідуальних освітніх потреб, можливостей та здібностей.

РН -15 Застосовувати у професійній діяльності сучасні універсальні та спеціалізовані інформаційні системи та програмні продукти; бібліотечні ресурси та технології, зокрема електронні; спеціальну апаратуру та інструменти.

РН -19 Бути обізнаними у плануванні навчальної, виховної та логопедичної роботи з дітьми з тяжкими порушеннями мовлення, забезпеченні її реалізації та оцінки отриманих результатів.

РН -20 Володіти знаннями про вікові та індивідуально типологічні особливості осіб з тяжкими порушеннями мовлення.

РН -21 Володіти знаннями про причини, механізми, структуру та симптоматику таких мовленнєвих порушень як дислалії, ринології, дизартрії, порушення голосу, ФФНМ, ЗНМ, порушень темпо-ритмічної сторони мовлення, алалії, афазії, писемного мовлення.

PH -22 Застосовувати сучасні технології в діагностиці та корекції порушень мовлення дітей, уміння визначити стан сформованості мовлення у різні вікові періоди розвитку дитячого організму.

PH -23 Здійснювати консультування дітей з порушеннями мовлення, їхніх батьків з проблем навчання, виховання, розвитку та корекції.

PH -24 Мати навички самостійного навчання та удосконалення педагогічної майстерності, вирішувати професійні проблеми, дотримуючись етичних норм поведінки.

Програма навчальної дисципліни

Змістовий модуль 1. Науково-теоретичні засади вивчення дизартрії

Тема 1. Загальні поняття про дизартрії.

Основні відомості про етіопатогенетичні механізми дизартрії. Короткі історичні відомості з проблем дизартрій. Аналіз сучасних теорій про мовленнєве порушення. Статистичні відомості про поширеність дизартричних порушень. Зв'язок дизартрії з органічною поразкою моторних структур центральної нервової системи. Основні причини органічного ураження моторних структур мозку.

Тема 2. Класифікація дизартрії за принципом локалізації мозкового ураження

Бульбарна дизартрія. Клінічні ознаки млявого паралічу як основного патогенетичного механізму бульбарної дизартрії. Псевдобульбарна дизартрія. Екстрапірамідна (підкіркова) дизартрія. Механізми порушення плавності мовлення. Кіркова дизартрія та її ознаки. Характер порушення усного мовлення при еферентній та аферентній формі кіркової дизартрії. Мозочкова дизартрія. Особливості порушення м'язового тону, рухових рефлексів та мовлення.

Тема 3. Стерта форма дизартрії

Характеристика дефекту при стертій дизартрії. Моторно-рухова та неврологічна симптоматика стертої форми дизартрії (моторика, особливості артикуляційного апарату, спастичність м'язів, гіперкінези, апраксія, девіація, гіперсаливація) Особливості порушення мовлення при стертій дизартрії. Причини диспраксії та її прояви.

Тема 4. Класифікації дизартрії на основі синдромологічного підходу.

Дизартрія при дитячому церебральному паралічу. Симптоми ДЦП. Форми дизартрії на основі синдромологічного підходу: спастико-паретична, спастико-ригідна, гіперкінетична атактична тощо. Види гіперкінезу. Класифікація дизартрії за ступенем зрозумілості мовлення для оточуючих.

Класифікація ДЦП за ураженими частинами тіла; за порушеннями руху та м'язового тону.

Тема 5. Особливості пізнавальної діяльності дітей з дизартричними порушеннями.

Характеристика порушення зорового, слухового та кінестетичного сприймання. Особливості інтелектуального розвитку у дітей з дизартріями. Затримка розвитку логічного мислення та нерівномірність розвитку інших психічних функцій. Органічний психосиндром при дизартричних порушеннях.

Змістовий модуль 2. Комплексний підхід до діагностики та реабілітації при дизартрії

Тема 6. Особливості обстеження мовлення та моторики при дизартрії.

Діагностика стану сформованості передумов мовленнєвого розвитку. Діагностика стану сформованості мовлення: 1) вивчення анамнестичних даних; 2) обстеження артикуляційного апарату, мимічної мускулатури, звуковимови та лексико-граматичного ладу мовлення, просодики, фонематичних процесів, читання та письма; 3) виявлення легких дизартричних розладів; 4) особливості кваліфікації складних поєднаних порушень. Діагностика моторики.

Тема 7. Методика обстеження когнітивного та психосоціального розвитку у дизартриків.

Схема і методика збору анамнезу. Аналіз даних медичного висновку про неврологічний статус дитини. Характеристика структурно-змістовних моделей обстеження мовлення і немовленнєвих процесів у дітей з дизартрією. Аналіз схем і методик обстеження. Аналіз та інтерпретація матеріалів обстеження. Аналіз і інтерпретація матеріалів обстеження з залученням даних нейрофізіології, нейропсихології, психології, лінгвістики, психолінгвістики.

Тема 8. Система корекційно - педагогічної роботи при дизартрії

Принципи корекційно-педагогічного впливу. Система корекційної логопедичної роботи. Організація і зміст роботи, що забезпечує умови формування правильної звуковимови у дітей з дизартрією. Виховання бажання і потреби правильного мовлення і впевненості в необхідності і ефективності логокорекційної роботи.

Тема 9. Стратегії логопедичного впливу.

Подолання гіперсаливації, гальмування гіперкінезів, нормалізація тону м'язів засобами масажу, розвиток дихання, артикуляційної моторики, рухів кисті руки, ритмізація загальної та дрібної моторики, міогімнастика. Сучасні логопедичні технології подолання дизартрії (анартрії). Організація та забезпечення невербальних засобів комунікації. Сенсорне виховання в умовах дизартрії.

Тема 10. Діагностика та напрями корекції стертої форми дизартрії

Диференційна діагностика стертої дизартрії. Особливості логопедичної роботи при стертій дизартрії. Методика подолання фонетичних порушень при стертій дизартрії. Методика подолання фонематичних порушень при стертій дизартрії. Методика розвитку лексико-граматичного рівня мовлення у дошкільників зі стертою дизартрією.

Змістовий модуль 3. Характеристика ринолалії як порушення психофізичного розвитку

Тема 11. Історичні аспекти вивчення ринолалії.

Ринолалія у систематиці порушень мовленнєвого розвитку. Перші згадки про ринолалію в працях вчених Давньої Греції. Німецька наукова школа у подоланні ринолалії. Ортофонічний метод постановки голосу у дітей з гугнявістю за системою французької логопедичної школи. Медична допомога дітям з ринолалією.

Тема 12. Етіологічні чинники виникнення природжених недоліків обличчя

Екзогенні та ендогенні чинники виникнення вроджених незрощень верхньої губи та піднебіння (ВНВГП). Етіологія незрощень губи та

піднебіння: спадково зумовлені (моногенні природжені порушення розвитку, хромосомні синдроми); незрощення, пов'язані із впливом середовища; незрощення мультифакторної природи.

Тема 13. Механізм процесу голосоутворення в нормі і в разі ринолалії

Класифікація вроджених незрощень губи та піднебіння. Будова і функції піднебіння в нормі та при уроджених розщелинах: особливості будови, функція дихання, функція м'якого піднебіння при фонації.

Тема 14. Класифікація природжених незрощень губи і піднебіння.

Однобічні (право- і ліво-), двобічні (симетричні і несиметричні), серединні; приховані і наявні, повні і неповні.; ізольовані і поєднані. Характеристика механізму піднебінно-глоткового змикання при вроджених розщелинах. Причини порушення звуковимови, тембру голосу. Астенічний синдром: причини і характеристика. Мультидисциплінарний підхід до подолання ринолалії.

Тема 15. Основні форми ринолалії

Відкрита форма ринолалії. Причини та види уроджених розщелин губи, твердого і м'якого піднебіння. Особливості розвитку дітей з розщелинами: фізичний розвиток, соматичний стан, сенсомоторний розвиток. Розвиток мовлення та предметно-ігрової діяльності. Закрита ринолалія та її види. Змішана форма ринолалії.

Тема 16. Особливості розвитку дітей з ринолалією

Особливості розвитку мовлення дитини з ВНГП: словник, звуковимова, фонетико-фонематичний розвиток та лексико-граматична сторона мовлення. Порушення писемного мовлення. Вплив вроджених незрощень губи і піднебіння на соматичний розвиток дитини. Психічний розвиток та формування особистості дитини з ринолалією.

Змістовий модуль 4. Система корекційної роботи при ринолалії

Тема 17. Комплексне обстеження осіб з ринолалією.

Принципи, методи та система обстеження осіб з розщелинами. Збір анамнестичних даних. Роль біофакторів: тип і вид розщелини; терміни оперативного втручання; піднебінно-глоткове змикання; аномалії в будові і порушення функції органів артикуляції; голосова і дихальна функції; загальний соматичний стан. Стан моторної функції: загальна моторика, дрібна моторика пальців рук, артикуляційна моторика. Стан тонального слуху й інтелекту. Об'єктивні методи дослідження.

Тема 18. Логопедичне обстеження осіб з ринолалією.

Логопедичне обстеження: психологічна база мовлення; обстеження звуковимови; стан фонематичного слуху; звуко-складовий і звуко-буквенний аналіз; обстеження лексикограматичного ладу; складова структура слова; словотвір; монологічне мовлення. Обстеження провідної діяльності віку: особливості ігрової діяльності дітей. Вивчення медичної і психологопедагогічної документації. Роль соціальних факторів у подоланні ринолалії.

Тема 19. Профілактика порушень мовлення в разі природжених незрощень губи та піднебіння

Запобігання появі астенічного синдрому та порушенням дихальної функції. Запобігання фіксації язика в неправильному положенні. Активізація діяльності м'язів піднебінно-глоткового кільця. Розвиток рухомості артикуляційних м'язів, сили та гучності голосу. Способи годування дитини.

Тема 20. Корекційна робота при вроджених незрощеннях твердого і м'якого піднебіння.

Мета, основні завдання та принципи корекційної роботи. Зміст логопедичної роботи в доопераційний період. Завдання основного етапу доопераційної логопедичної роботи – включення голосу при подовженому ротовому видиху; формування короткого видиху; формування ротового видиху. Поетапна робота при уроджених незрощеннях твердого і м'якого піднебіння. Сучасні дослідження вітчизняних науковців щодо питань корекції мовленнєвих порушень при ринолалії.

РОЗДІЛ І. ДИЗАРТРІЯ

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ДИЗАРТРІЇ

Тема. Загальні поняття про дизартрії

План

1. Основні відомості про етіопатогенетичні механізми дизартрії.
2. Прояви порушень артикуляційного апарату при дизартрії
3. Причини органічного ураження моторних структур мозку

Ключові слова: дизартрія, механізми, патогенез, симптоматика

Основні відомості про етіопатогенетичні механізми дизартрії.

Дизартрія (*грець. dis — порушення ознаки, arthroo — розчленовую*) – це порушення вимовної сторони мовлення зумовлене недостатньою інервацією мовленнєвого апарату. При цьому розлади артикуляції, голосоутворення, темпу, ритму й інтонації мовлення.

Патогенез дизартрії визначається органічним ураженням центральної і периферійної нервової системи, необхідних для управління руховим механізмом мовлення. До таких відносять:

периферичні рухові нерви до м'язів мовного апарата (язика, губ, щік, неба, нижньої щелепи, глотки, гортані, діафрагми, грудної клітки);

ядра периферичних рухових нервів, розташовані в стовбурі й у підкіркових відділах мозку і здійснюють емоційні безумовно-рефлекторні мовленнєві реакції: плач, сміх, вигуки. При цих периферичний параліч (парез).

Руховий механізм мовлення забезпечується також більш високо розташованими мозковими структурами:

підкірково-мозочковими ядрами і провідними шляхами, що здійснюють регуляцію м'язового тонуусу і послідовність м'язових скорочень мовної мускулатури у роботі артикуляційного, дихального і голосового апарата, а також емоційну виразність;

ураження провідних систем, що забезпечують проведення імпульсів від кори мозку до ядер черепно-мозкових нервів, розташованих у стовбурі

головного мозку викликають центральний парез (параліч) мовної мускулатури;

при ураженні кіркових відділів головного мозку виникають різні центральні моторні розлади мовлення.

Прояви порушень артикуляційного апарату при дизартрії

До особливостей моторики артикуляційного апарату осіб з дизартричними розладами належать шість видів порушень: обмеженість або недостатність довільних рухів органів мовлення, змінний характер порушень м'язового тону в мовленнєвій мускулатурі, наявність гіперкінезів, частота оральних синкінезій, порушення імпульсації від м'язів артикуляційного апарату, вплив патологічних тонічних рефлексів на м'язи артикуляційного апарату.

Причини органічного ураження моторних структур мозку

Порушення моторних структур мозку відбувається під впливом різних несприятливих зовнішніх факторів, що впливають у внутрішньоутробному періоді розвитку, у момент пологів і після народження.

Пренатальний період: захворюваннями матері (вірусні інфекції, серцево-судинна, ниркова недостатність, психічні та фізичні травми, радіація, алкоголізм, лікарська інтоксикація.

Натальний період: черепно-мозкова травма, крововилив у мозок, народження дитини в асфіксії та ін.

Постнатальний період: менінгіти, менінгоенцефаліти, черепно-мозкові травми в ранній період розвитку дитини.

При найбільш тяжких формах ДЦП наявне ураження верхніх й нижніх кінцівок і дитина залишається нерухомою, а дизартрії (анартрії) спостерігаються у всіх дітей.

Діти з дизартрією рухливі, неспокійні, схильні до дратівливості, коливання настрою, метушливості, часто виявляють брутальність, неслухняність.

Контрольні запитання та завдання

1. Розкрийте етіопатогенетичні механізми дизартрії.
2. Охарактеризуйте основні причини органічного ураження моторних структур мозку.

Завдання для самостійної роботи

1. Підготувати конспект з докладним переліком питань для збору анамнезу дитини з дизартрією.
2. Скласти таблицю «Історія формування вчення про дизартрію»

Тема 2. Класифікація дизартрії за принципом локалізації мозкового ураження

План

1. Особливості бульбарної дизартрії
2. Псевдобульбарна дизартрія та її ступені.
3. Екстрапірамідна (підкіркова) дизартрія
4. Порухення при кірковій та мозочковій дизартріях

Ключові слова: бульбарна, псевдобульбарна кіркова, екстрапірамідна, мозочкова, анартрія

Особливості бульбарної дизартрії

За клінічною класифікацією, в залежності від осередку ураження дизартрія підрозділяється на різні форми.

Бульбарна дизартрія (від лат. *bulbus* цибулина, форму якої має довгастий мозок) проявляється при захворюванні (запаленні) або пухлині довгастого мозку. При цьому руйнуються ядра рухових черепно-мозкових нервів (язикоглоткового, блукаючого, під'язикового, іноді трійчастого, лицьового).

Характерним є параліч або парез м'язів глотки, гортані, язика, м'якого піднебіння (порушується ковтання твердої й рідкої їжі, ускладнене жування, недостатня рухливість голосових складок, м'якого піднебіння, що приводить до слабкості та носового відтінку голосу, мова невиразна, у край нечітка, уповільнена, не реалізуються дзвінкі звуки)

Псевдобульбарна дизартрія та її ступені

Псевдобульбарна дизартрія є наслідком перенесеного в раннім дитинстві, під час пологів або у внутрішньоутробному періоді органічного ураження мозку в результаті енцефаліту, пологових травм, пухлин, інтоксикації й ін. Пошкоджуються провідні шляхи, що йдуть від кори головного мозку до ядер язикового, блукаючого, під'язикового нервів (порушується загальна й мовленнєва моторика, мускулатура обличчя, погано ковтає, їсть, поперхається, захлинається, тече слина, порушена мускулатура обличчя).

Виділяють три ступені порушення мовної моторики псевдобульбарної дизартрії:

Легкий ступінь: повільні, недостатньо точні рухи язика, губ, розлад жування й ковтання виявляється не яскраво, у рідких захлипуваннях, недостатньо чітка артикуляція, мова трохи вповільнена, змазаність при вимові звуків: ж, ш, р, ц, ч, дзвінкі звуки вимовляються з недостатньою участю голосу, важкі для вимови м'які звуки. Основним дефектом є порушення фонетичної сторони мови.

Середній ступінь: відсутність рухів лицьових м'язів, не може надути щоки, витягнути губи, щільно зімкнути їх, рухи язика обмежені, м'яке піднебіння малорухоме, назальний відтінок голосу, рясна слинотеча, ускладнені акти жування й ковтання, мовлення невиразне, змазане, тихе, дзвінкі приголосні замінюються глухими, губи малорухливі, звуки наприкінці слова й у сполученнях приголосних опускаються.

Важкий ступінь: глибоке ураження м'язів і повна бездіяльність мовного апарату, обличчя маскообразне, нижня щелепа відвисає, рот постійно відкритий, язик нерухомо лежить на дні ротової порожнини, рухи губ різко обмежені, ускладнені акти жування й ковтання, мовлення відсутнє, іноді є окремі нечленороздільні звуки.

Екстрапірамідна (підкіркова) дизартрія

Ця дизартрія виникає при ураженні підкіркових вузлів головного мозку (порушення м'язового тону і наявність гіперкінезу), які підсилюються при

мовленні. Дитина може правильно вимовляти окремі звуки, слова й короткі фрази, і через мить вже не в змозі вимовити ні звуку. Іноді мимовільні вигуки, «прориваються» гортанні звуки. Виразність мови страждає через неплавне перемикання артикуляційних рухів при вимові звуків, а також через порушення тембру й сили голосу.

Порушення при кірковій та мозочковій дизартріях

Порушується довільна моторика артикуляційного апарата (вимова складних по звуко-складовій структурі слів). Утруднюється динаміка перемикання від одного звуку до іншого. Особливо важкі сполучення приголосних звуків. При прискореному темпі з'являються запинки, що нагадують заїкуватість. При корекції дефектні звуки швидко виправляються ізолювано, але важко автоматизуються.

Мозочкова дизартрія характеризується скандованою «рубаною» мовою, іноді супроводжується вигуками окремих звуків. У чистому виді ця форма в дітей спостерігається рідко.

Контрольні запитання та завдання

1. Охарактеризуйте клінічні ознаки бульбарної та псевдобульбарної дизартрій
2. Розкрийте порушення усного мовлення при кірковій, підкірковій та мозочковій дизартріях.

Завдання для самостійної роботи

1. Заповнити таблицю ознак бульбарної, підкіркової, мозочкової дизартрії.
2. Підготувати ігри з розвитку артикуляційної моторики у дітей з дизартрією.

Тема 3. Стерта форма дизартрії

План

1. Стерта дизартрія та її причини
2. Моторно-рухова та неврологічна симптоматика стертої форми дизартрії
3. Особливості порушення мовлення при стертій дизартрії.
4. Причини диспраксії та її прояви

Ключові слова: стерта форма, причини, механізми, симптоматика, диспраксії

Стерта дизартрія та її причини

Стерта форма дизартрії діагностується після п'яти років. Вона схожа з складною дислалією, але долається значно довше. Причинами є:

Під час внутрішньоутробного розвитку: гострі та хронічні інфекції, інтоксикації нікотинном, алкоголем, наркотиками або медикаментами при неправильному лікуванні, токсикози, резус-конфлікти, гіпоксії (кисневе голодування).

Під час пологів: асфіксія, пологові травми, крововиливи при стрімких або затяжних пологах

У ранньому віці: інфекційні хвороби нервової системи (менінгіти, менінгоенцефаліти), ДЦП, пухлини, травми голови.

Моторно-рухова та неврологічна симптоматика стертої форми дизартрії

Обстежуючи дітей 5—6 років зі стертою формою дизартрії, виявляємо такі симптоми: діти незграбні, обмежений обсяг активних рухів, швидка стомлюваність при навантаженнях; пізно і важко опановують навички самообслуговування; мляві губи, кутики рота опущені, під час мовлення губи залишаються млявими, слабкий смоктальний рефлекс. Язик тонкий, млявий, кінчик малоактивний; обличчя амімичне, м'язи тверді, напружені, язик товстий, без вираженого кінчика, малорухомий; тремтіння язика й голосових зв'язок при навантаженні; неможливість виконання певних рухів артикуляційного апарату; відхилення язика від середньої лінії; підвищене слиновиділення під час мовлення.

Особливості порушення мовлення при стертій дизартрії

Порушення звуковимови: змішування, перекручування, заміни й відсутність звуків, міжзубна вимова, бічні призвуки, просодики, словника, граматики, фонематичної сторони, вторинні порушення (нечітка вимова та порушення дихання утруднюють сприйняття власного мовлення та мови оточуючих, що негативно впливає на розвиток словника та граматики)

Причини диспраксії та її прояви

Частою ознакою дизартрії є недостатність артикуляційного праксису (диспраксія). Під *артикуляційною диспраксією* розуміють нездатність здійснювати послідовні дії органами артикуляції, неможливість перемикання з однієї позиції на іншу. Артикуляційна диспраксія розглядається як самостійний розлад у тих випадках, коли у дітей порушено формування лише звукової сторони мовлення. Основні симптоми включають:

Заміна та спотворення звуків: «р» на «л»

Заплутування звуків та слів до незрозумілого мовлення

Обмежений запас звуків, які вони можуть вимовляти правильно

Порушення ритму і темпу мовлення: надто повільним або швидким і неповним

Причини: генетична схильність, родинна спадковість, патологічне протікання вагітності, гіпоксія.

Категорії диспраксії: конструктивна, оромоторна, психомоторна, ідеомоторна (складності під час виконання однокрокових моторних задач, наприклад, розчісування волосся).

Контрольні запитання та завдання

1. Розкрити причини та механізми стертої дизартрії
2. Які причини диспраксії та її прояви

Завдання для самостійної роботи

1. Проаналізувати історії хвороби пацієнтів зі стертою формою дизартрії
2. Заповнити таблицю «Немовленнєві та мовленнєві ознаки стертої форми дизартрії»

Тема 4. Класифікації дизартрії на основі синдромологічного підходу.

План

1. Причини та симптоми дизартрії при ДЦП
2. Форми дизартрії на основі синдромологічного підходу
3. Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДЦП.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, причини, синдромологічний підхід, реабілітація

Причини та симптоми дизартрії при ДЦП

ДЦП -це комплекс порушень, що впливають на здатність людини рухатися, підтримувати рівновагу та поставу. ДЦП виникає внаслідок ураження головного мозку дитини, ділянок, що відповідають за рух.

Фактори ризику і *причини* розвитку ДЦП: недоношеність, гіпоксія, інфекційні ураження мозку дитини, розлади системи згортання крові дитини, травма чи крововилив у мозок, вірусні та інфекційні захворювання матері та плоду під час вагітності, захворювання щитоподібної залози, вплив хімічних речовин та шкідливих звичок при вагітності, гемолітична хвороба новонародженого, генні мутації, ускладнення при вагітності та пологах.

Головна ознака ДЦП є рухові порушення, що проявляються в період розвитку дитини (вміння тримати голову, перевертатись зі спини на живіт, сидіти, повзати, стояти та ходити), зміни м'язового тону: від повного розслаблення до сильного напруження, порушення координації рухів (атаксія), повільні, гнучкі рухи (атетоз), тремор або неконтрольовані безладні рухи, безпричинний неспокій або в'ялість.

Вторинними проявами бувають:розлади ссання, ковтання, слинотеча, затримка у розвитку мови, судоми (епілепсія), порушення зору, слуху, розумова відсталість.

Форми дизартрії на основі синдромологічного підходу

На основі синдромологічного підходу виділяють наступні форми дизартрії стосовно до дітей з ЦП:

При спастико-паретичній дизартрії провідним синдромом є спастичний парез мовної мускулатури. Порушення артикуляційної моторики: зміни тону артикуляційних м'язів за типом спастичності (підвищення тону м'язів язика, губ). Буває змішаний характер порушення м'язового тону.

При спастико-паретичній дизартрії обсяг артикуляційних рухів м'язів язика і губ обмежений. У артикуляційній моториці прояв спастичного парезу може бути різним:

Спастико-ригідна дизартрія спостерігається при подвійній геміплегії. Провідним синдромом є спастичний парез мовної мускулатури і порушення тонічного управління мовною діяльністю по типу екстрапірамідного розладу

Процес мововиробництва порушений через максимальне порушення тону у всій мовній та скелетній мускулатурі.

Гіперкінетична дизартрія - провідним синдромом є гіперкінези м'язів язика та обличчя, які спостерігаються на тлі дистонії, рідше гіпотонії. Обсяг артикуляційних рухів може бути достатнім.

За ураженими частинами тіла ДЦП класифікують: геміплегія (ураження однієї половини тіла), диплегія (параліч вражає обидві половини тіла, але більшою мірою ноги), тетраплегія (ураження рук та ніг).

За порушеннями руху: спастична форма – напружені м'язи, атактична – порушення рівноваги та координації, дискінетична – неконтрольована рухова діяльність (можуть бути як повільні та гнучкі, так і швидкі та рвучкі, уражаються м'язи обличчя і язик, що призводить до проблем із ковтанням та мовленням), змішана – найчастішим спастично-дискінетична.

Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДЦП

На сьогодні існують схеми лікування, які спрямовані на розвиток функцій, що бракують для можливості вести якомога більш повноцінне життя: кінезіотерапія (масаж, ЛФК), методи В.І. Козьявкіна, В. Войта, концепція К. і Б. Бобат, кондуктивна педагогіка Петьо, медикаментозне лікування, сенсорна інтеграція, акупунктурна терапія, засоби ортопедичної корекції, хірургічне лікування, іпотерапія, акватерапія, технічні пристрої медичної реабілітації.

Контрольні запитання та завдання

1. Охарактеризувати причини та симптоми дизартрії при ДЦП.
2. Розкрити форми дизартрії на основі синдромологічного підходу

Завдання для самостійної роботи

1. Підготувати перелік питань для збору анамнезу дитини із ДЦП
2. Підготувати доповіді по нейрофізіологічній реабілітації дітей з ДЦП

Тема 5. Особливості пізнавальної діяльності дітей з дизартричними порушеннями

План

1. Характеристика сенсорних порушень.
2. Особливості розвитку психічних функцій у дітей з дизартріями.
3. Органічний психосиндром при дизартричних порушеннях

Ключові слова: сенсорні порушення, психічні функції, органічний психосиндром

Характеристика сенсорних порушень.

Серед сенсорних розладів переважають порушення зорового, слухового та кінестетичного сприймання .

Порушення зорового сприймання може бути зумовлене недостатністю фіксації погляду та стеження за предметом, порушенням конвергенцій (загальний процес зближення, набуття схожих ознак або об'єднання різних об'єктів, систем чи явищ), обмеженням поля зору, зниження гостроти зору та іншими причинами.

Порушення слуху спостерігаються в разі гіперкінезів на високі тони.

Порушення кінестетичного сприймання є причиною нездатності дитини відтворити артикуляційний рух, спираючись тільки на свої кінестетичні відчуття.

Особливості розвитку психічних функцій у дітей з дизартріями

Загальною ознакою психічного розвитку у цієї категорії дітей є: затримка розвитку логічного мислення, несформовані більшість узагальнювальних понять, нерівномірність розвитку психічних функцій виявляється у затримці формування просторових уявлень, зорового гнозису, праксису і вищих кіркових функцій, відчувають труднощі під час складання цілого з частин;

Органічний психосиндром при дизартричних порушеннях

Органічний психосиндром виявляється в уповільненості психічних процесів, підвищеній дратівливості, виснажливості, набриданні, частих

порушеннях пам'яті, частий головний біль, запаморочення, неспроможність переносити спеку, духоту тощо.

Контрольні запитання та завдання

1. Охарактеризувати порушення зорового, слухового та кінестетичного сприймання, інтелектуального розвитку у дітей з дизартріями
3. Як проявляється органічний психосиндром при дизартричних порушеннях

Завдання для самостійної роботи

1. Підготуйте дидактичний матеріал для обстеження психічних процесів
2. Напишіть характеристику на дитину-дизартрика

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ДИЗАРТРІЇ

Тема 6. Особливості обстеження мовлення та моторики.

План

1. Діагностика стану сформованості передумов мовленнєвого розвитку.
2. Діагностика стану сформованості мовлення
3. Діагностика стану сформованості моторики

Ключові слова: обстеження, анамнез, передумови, мовлення, моторика

Діагностика стану сформованості передумов мовленнєвого розвитку

Мета обстеження дитини з дизартрією – вивчення стану сформованості позамовленнєвих функцій (гнозису і праксису), мовленнєвих процесів (експресивного й імпресивного мовлення, читання, письма), а також інтелектуальних можливостей.

При цьому важливо при обстеженні стану мовленнєвого розвитку дитини враховувати особливості її домовленнєвого періоду (до 8 місяців):

який голос, чи було гуління, лепіт, чи реагувала і реагує на інтонацію дорослого, чи відшукує джерело звуку у просторі, чи маніпулює іграшками, чи робить вибір іграшок

як дитина їсть (чи витікає їжа з рота, чи захлинається при її ковтанні

чи було звуконаслідування, коли з'явилися перші слова, чи виконує елементарні вербальні інструкції, чи виконує прості маніпуляційні дії з іграшками за вербальною інструкцією

виділити основні ланки патологічної картини, які зумовлюють виникнення низки вторинних (системних) порушень мовлення і психічних процесів.

Виявлення стану *загальної рухової і мовленнєворухової сфери*.

Перші ознаки можна відзначити вже у новонародженого. Це — слабкість крику або його відсутність (афонія), порушення смоктання, ковтання, відсутність або слабкість деяких вроджених безумовних рефлексів, асиметрія обличчя, підтіканням молока з одного кута рота, відвисанням нижньої губи, що перешкоджає захопленню соски або соска.

Діагностика стану сформованості мовлення

Вивчення стану мовленнєвомоторної сфери дитини логопед може використати спеціальну серію проб:

Вивчення стану сформованості *моторики язика*: дитина висуває язика вперед, піднімає вгору, облизуючи язиком губи, робить язик широким, вузьким, щоб зналізувати стан під'язикового нерва.

Виявлення *обсягу рухів органів артикуляційного апарату*: загасити свічку, закрити або зажмурити очі, надути щоки, щоб зробити висновки про стан нерва обличчя.

Визначення *статичної координації* мовленнєвих рухів: відкриваючи рота, одночасно піднімати язик вгору.

Визначення мовленнєвої *динамічної координації*: вимовляють 1-2-3 складові слова, зі збігом приголосних; притиснути кінчик язика до нижніх різців і подмухати на язик; ударити кінчиком язика по верхніх різцях за нерухомою нижньою щелепи; витягнути губи вперед і подмухати в щілину між губами; опустити кінчик язика вниз, підняти його вгору і притиснути до зубів.

Визначення стану *сформованості рухової функції язикоглоткового нерва і кінстетичної чутливості* мовленнєворухового апарату:

рухову функцію язикоглоткового нерва вивчають: досліджуючи функцію м'якого і твердого піднебіння, тобто *скорочення їх* під час фонації звука *a*;

кінстетичну чутливість вивчають: за допомогою шпателя, яким логопед піднімає язик дитини вгору, опускає вниз, притискає до верхніх різців, відводить назад. Потім дитина повинна самостійно відтворити ці рухи.

У процесі обстеження можуть бути виявлені такі особливості *мовленнєвої моторики*: напруженість, слабкість, млявість, руховий неспокій язика, порушення переключення рухів

Обстеження мовленнєвого праксису:

виконання тієї самої дії за словесною інструкцією;

відтворення низки свідомих символічних актів (свисту, цокання, поцілунку);

обстеження динамічної організації праксису (або кінстетичних рухових мелодій) з використанням завдань на:

рухове виконання ритмів, які логопед відстукує олівцем по столу;

переключення рухів (проби «кулак – долоня – ребро»; «кулак – кільце»; на реципрокно координацію (проба Озерецького): швидко і одночасно змінювати позиції обох рук).

З позицій структурної лінгвістики в логопедичній практиці обстежують особливості використання дитиною фонемних одиниць вимовляння в процесі читання та письма.

З позиції психолінгвістики вивчають особливості смислового змісту звукового потоку (як говорять герої казки), фонематичного сприйняття мовлення, розпізнавання і диференціації звукової будови мовлення, особистісної готовності до вдосконалення звукової системи мовлення.

Діагностика стану сформованості моторики

Педагог аналізує:

виконання дитиною завдань: біг, ходіння, стрибки (на правій нозі, на лівій, навперемінно);

кидання предмета;

як дитина витягує в одному напрямку ногу і руку, як витягує ногу в одному напрямку, а руку – в другому.

стрибкоподібність наростання напруження від спроби до спроби;

різкі сплески і падіння тону;

збереження впродовж усього обстеження постійно підвищеного напруження, що було виявлено після першого повороту голови;

стан тих функцій рухової сфери, порушення яких утруднює навчальну діяльність дитини. Це стан локомоторно-статичних функцій, як пряме стояння, пересування, можливість самостійного вільного ходіння, стан рухів кисті і пальців рук.

стан моторно-зорової координації, що дає змогу виявити відсутність пошуково підготовчих рухів очей, рухів очей «навздогад» або у протилежний бік.

Контрольні запитання та завдання

1. Охарактеризувати обстеження артикуляційного апарату
2. Розкрити методику діагностики стану сформованості моторики.

Завдання для самостійної роботи

1. Заповнити таблицю «Діагностика стану сформованості передумов мовленнєвого розвитку».
2. Заповнити таблицю «Діагностика стану сформованості мовлення, моторики»

Тема 7. Методика обстеження когнітивного та психосоціального розвитку

План

1. Схема і методика збору анамнезу та медичного висновку
2. Обстеження мовлення і немовленнєвих процесів у дітей з дизартрією
3. Аналіз та інтерпретація матеріалів обстеження

Ключові слова: анамнез, гнозис, праксис, синтез, аналіз

Схема і методика збору анамнезу та медичного висновку

1. Анкетні дані.

2. Анамнез.

Збір анамнезу – логопед проводить бесіду з батьками, для визначення історії розвитку дитини. Оцінка артикуляційного апарату – перевірка тону, сили та координації язика, губ та щелепи. Рівень мовного розвитку – оцінюється правильність вимови звуків, слів і фраз, а також темпу та ритму мовлення. Оцінка дихання і голосу – якість голосової подачі, тембру, гучності. Спеціальні тести – повторення звуків, слів, скоромовок.

Обстеження мовлення і немовленнєвих процесів у дітей з дизартрією

Для вивчення *гностичної* організації праксису (тобто побудови рухового процесу) логопед може використати низку проб:

відтворення позиції руки в просторі. Під час виконання цих проб можуть виявлятися труднощі утримування *симультанно* (одночасно) співвідношення обох рук;

вивчення апраксії: дитині дають завдання відтворити запропоновану позу руки. До таких проб належить відтворення різних поз пальців руки;

обстеження предметно-символічного праксису вивчають (застібання гудзика, шнурування черевика, забивання гвіздка, поманити, посварити пальцем);

Обстеження гностичних процесів: оптичного (предметного) гнозису (дитина повинна назвати сприйняті нею фігури, фігура *Поппелрейтера*, проба *Рево д'Аллона*, показ сюжетних малюнків); *просторових* синтезів (орієнтація в просторі малюванням фігури, або викладанням її із сірників, проба *Хеда*); *суцесивних* (послідовних: послухати і відтворити низку ритмічних ударів) синтезів.

Аналіз та інтерпретація матеріалів обстеження

Основні критерії діагностики:

наявність слабо виражених, але специфічних артикуляційних порушень у вигляді обмеження об'єму найбільш тонких і диференційованих артикуляційних рухів, зокрема недостатність загинання кінчика язика вгору, асиметричне положення витягнутого вперед язика, тремор і неспокій, зміни конфігурації;

наявність синкінезій (рух нижньої щелепи при русі язика вгору, рухів пальців рук при мовленнєвих рухах);

сповільнений темп артикуляційних рухів;

труднощі утримування, перемикання артикуляційних позицій;

стійкість порушень звуковимови і труднощі автоматизації поставлених звуків;

наявність просодичних порушень.

Контрольні запитання та завдання

1. Розкрити методика збору анамнезу
2. Охарактеризуйте методики обстеження немовленнєвих процесів

Завдання для самостійної роботи

1. Скласти схему обстеження дитини з дизартрією.
2. Заповнити мовленнєву карту обстеження дитини з дизартрією

Тема 8. Система корекційної педагогічної роботи при дизартрії

План

1. Принципи корекційно-педагогічного впливу.
2. Система корекційної логопедичної роботи.
3. Виховання бажання і потреби правильного мовлення

Ключові слова: принципи, системність, розвиток, опора, етапи

Принципи корекційно-педагогічного впливу

Логопедичний вплив при дизартрії спирається на спеціальні принципи:

Етіопатогенетичний принцип – урахування механізмів порушення

Принцип системності- вплив на всі компоненти мовленнєвої функціональної системи

Принцип розвитку-урахування «зони найближчого» розвитку

Принцип опори на закономірності онтогенетичного розвитку формування психічних функцій

Принцип поетапного формування розумових операцій

Принцип урахування провідної діяльності

Принцип диференційованого підходу

Система корекційної логопедичної роботи

Система корекційної роботи при дизартрії — це комплексна, поетапна діяльність, спрямована на нормалізацію м'язового тону, розвиток мовленнєвого дихання, артикуляційної моторики та покращення звуковимови. Робота охоплює логопедичний масаж, артикуляційну гімнастику, вправи для дихання та формування просодики, зазвичай включаючи підготовчий, постановочний та автоматизаційний етапи.

Основні напрямки та етапи корекції дизартрії:

Логопедичний масаж: Спрямований на нормалізацію тону м'язів артикуляційного апарату (язика, губ, щік).

Артикуляційна гімнастика: Розвиток рухливості та сили м'язів для подолання нечіткості мовлення.

Дихальна гімнастика: Формування тривалого, плавного мовленнєвого видиху.

Робота над просодикою: Корекція голосу (гучності, тембру) та ритмоінтонаційної сторони мовлення.

Розвиток дрібної моторики: Стимуляція мовленнєвих центрів через роботу рук.

Постановка та автоматизація звуків: Послідовне виправлення звуковимови, починаючи з ізольованого звуку і закінчуючи зв'язним мовленням.

Контрольні запитання та завдання

1. Які принципи корекційно-педагогічного впливу
2. Розкрити етапи логопедичної роботи

Завдання для самостійної роботи

1. Проаналізувати планування логопеда та визначити якими принципами керувався під логотерапії
2. У таблиці напишіть завдання до кожного етапу роботи логопеда

Тема 9. Стратегії логопедичного впливу

План

1. Подолання гіперсалівації, гальмування гіперкінезів, нормалізація тону м'язів засобами масажу, розвиток дихання, артикуляційної моторики, рухів кисті руки, ритмізація загальної та дрібної моторики, міогімнастика.
2. Сенсорне виховання в умовах дизартрії.

Ключові слова: гіперсалівація, гіперкінези, тонус, масаж, моторика

Корекція гіперсалівації

1. Вчити підсмоктувати слину з зімкнутими губами, а потім ковтати її. Спочатку з закинutoю головою, а потім в нормальному положенні.
2. Нагадування про необхідність проковтування слини перед мовленням або перед артикуляційних вправою, промочування рота серветкою.
3. Тримати рот закритим, якщо вона не розмовляє і не приймає їжу.
4. Вчити диференціювати відчуття сухого і мокрого підборіддя.

Вправи зменшення гіперсалівації

1. Імітація позіхання, жування, ковтання з закинutoю головою. (Жування і ковтання рекомендується проводити з закритим ротом).



2. «Пташенята» («Віконечко»). Відкрити рот широко і утримувати його в такому положенні протягом 3-5 секунд. Закрити рота. Язик при виконанні вправи спокійно лежить на дні ротової порожнини. Утримувати рот відкритим протягом 5-10 секунд.

3. «Вусики». Утримувати губами смужку паперу, трубочки для коктейлю різних діаметрів, дерев'яний або металевий шпатель, бульбашки з-під ліків різних діаметрів.



4. «Товстун – худенька». Надування обох щік одночасно. Втягування щік в ротову порожнину при відкритому роті і зімкнутих губах.



5. «Кульки». Надувати поперемінно щоки 4-5 разів.

6. «Вправа для йогів» – рот відкритий, дитина обертає язиком під губами, потім логопед пропонує їй ковтнути слину.

Активізація м'язів з використанням меду або хлібної кульки.

1. Покласти на кінчик язика хлібну кульку (подрібнені вітаміни, накапати з піпетки 1-2 краплі сиропу), із зусиллям зробити ковтальні рухи.



2. На кінчик язика капнути крапельку меду. Виконувати вправу «Годинники» або робити рухи язиком вперед-назад.

Вимова голосних: а, е, і на твердій атаці для активізації м'язів м'якого піднебіння.

-а а а; е е е; і і і;

-ае..., ае...; ЕА..., АІ..., ЕІ...;

-АЕІ.,

Дуже корисно при гіперсалівації жування і ковтання твердої їжі (твердих овочів і фруктів, сушок, сухариків).

Полоскання при гіперсалівації водою або настоєм шипшини, кори дуба. мінеральною водою, рідким киселем, кефіром, густим киселем.

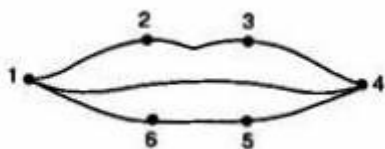
Для подолання гіперсалівації активно застосовується *логопедичний масаж* в області підщелепної ямки, вказівним пальцем під підборіддям протягом 4-5 секунд, точковий масаж в поглибленнях під язиком, в двох точках



одночасно

Масаж здійснюється за допомогою вказівного, середнього пальця або зонда. Обертальні рухи виконуються проти годинникової стрілки, не більше 6-10 секунд. *Масаж м'якого піднебіння.* Погладжують і розминають рухаючи пальцем по середній лінії твердого та м'якого піднебіння від верхніх різців до увулі для отримання вираженого глоткового рефлексу.

Нетрадиційним методом подолання гіперсалівації є **кріотерапія**.



Розташування активних точок в області губ. Почергове прикладання шматочків льоду до точок на губах (від п'яти секунд до 1 хв).

Логопедична робота при дизартрії проводиться поетапно.

Перший етап, підготовчий: підготовка артикуляційного апарату до формування артикуляційних укладів, виховання потреби в мовному спілкуванні, розвиток і уточнення пасивного словника, корекція дихання та голосу, розвиток сенсорних функцій, слухового сприймання та звукового аналізу, а також сприйняття й відтворення ритму.

Другий етап - формування первинних комунікативних вимовних навичок: розвиток мовного спілкування та звукового аналізу (корекції артикуляційних порушень: при спастичності - розслаблення м'язів артикуляційного апарату, вироблення контролю над становищем рота, розвиток артикуляційних рухів, розвиток голосу; корекція мовленнєвого дихання; розвиток відчуттів артикуляційних рухів і артикуляційного праксису.

Сенсорне виховання в умовах дизартрії

Тісний взаємозв'язок розвитку мовлення, сенсорних функцій, моторики та інтелекту визначає необхідність корекції порушень мовлення при дизартрії у дітей у поєднанні зі стимуляцією розвитку всіх її сторін, сенсорних і психічних функцій, здійснюючи тим самим формування мовлення як цілісної психічної діяльності (шнурування, нанизування намиста на нитку, штрихування за допомогою олівця, ліплення пластиліном, формування звукового аналізу слова, розвиток лексико-граматичної будови та зв'язного мовлення, масаж, гімнастика, лікувальна фізкультура, фізіотерапевтичне лікування, розвиток кінестетичного та кінетичного орального праксису.

Контрольні запитання та завдання

1. Розкрити методику подолання гіперсаливації, гальмування гіперкінезів
2. Розкрити зв'язок сенсорного виховання та мовлення

Завдання для самостійної роботи

1. Вивчити етапи формування основних рухів у дітей і скласти хронологічну таблицю.
2. Підберіть вправи що сприяють зменшенню гіперсаливації

Тема 10. Діагностика та напрями корекції стертої форми дизартрії

План

1. Диференційна діагностика стертої дизартрії.
2. Методика подолання фонетичних порушень при стертій дизартрії.
3. Методика розвитку лексико-граматичного рівня мовлення у дошкільників зі стертою дизартрією.

Ключові слова: діагностика, стерта дизартрія, проби, методика, лексика
Диференційна діагностика дислалії та мінімальних проявів дизартрії

Таблиця 1. Диференційна діагностика дислалії та мінімальних проявів дизартрії

<i>Діагностичні критерії</i>		<i>Логопедичний висновок</i>	
		<i>Дислалія</i>	<i>Стерта форма дизартрії</i>
<i>Анамнестичні дані</i>	вагітність і пологи	в нормі	ускладнені
	крик	дзвінкий, тривалий	часто глухий, короткий, із обмеженим інтонуванням
	органічне ураження ЦНС	відсутнє	наявне у вигляді вогнищевої мікросимптоматики
	неврологічна симптоматика	відсутня	наявна у вигляді асиметрії обличчя, м'якого піднебіння, згладженості носо-губних складок; незначні девіації язика, різне розкриття очних щілин; внаслідок парезу губ рот у спокої напіввідкритий
	м'язовий тонус	зміна тонусу відсутня	змінений за паретичним типом зі значною вираженістю як в артикуляційній і мимічній мускулатурі, так і в мускулатурі рук
	салівація	ковтання слини автоматизується у процесі розвитку мовлення	під час мовлення слина накопичується у роті та витікає з його куточків; утруднена автоматизація ковтання слини
	вегетативні порушення	часті, у вигляді гіпергідрозу (підвищеного потовиділення) шкіри долонь і стоп, червоного	яскрава вираженість у вигляді значного гіпергідрозу кінцівок, зміна їх кольору та температури

		дермографізму шкіри, симптому Хвостека	
	ранній мовленнєвий розвиток	гуління, лепет	недостатньо інтоновані
		затримка мовленнєвого розвитку	відсутня
Рухова сфера	загальна характеристика	в нормі; висока пластичність і координованість	дещо уповільнений темп розвитку; точність рухів знижена, недостатнє відчуття ритму; статична та динамічна диспраксія
	динамічний праксис	збережений	порушений; уповільнене переключення з одного руху на інший
	загальна моторика,	без патології сухожильні рефлекси рівномірні	яскраво виражена незграбність
	артикуляційні рухи	можуть бути збереженими чи утрудненими внаслідок органічних дефектів периферичного мовленнєвого апарату	неточні; язик постійно хаотично рухається, девіації язика; корінь язика напружений, кінчик виражений недостатньо; при відкритті рота язик неспокійний, злегка відтягується назад, при потребі у русі язик стає вузьким і довгим або в'ялим і неповоротким у русі; при дещо підвищеному тонусі м'язів кореня язика може відмічатися однобічне

			зниження тонузу його бічної сторони чи кінчика
	синкінезії	відсутні	наявні – рух нижньої щелепи при підйомі язика вгору, рух пальців при рухах язика
Тривалість вироблення та стійкість гігієнічних навичок		швидка і стійка	повільна і недостатня
Розлади сну		відсутні	досить часті
Емоційна сфера		стабільна	нестабільна
Пізнавальна сфера	пізнавальна активність	достатня	низька; труднощі переключення з одного виду діяльності на інший
	увага різних модальностей	в нормі	нестійка
	оптико-просторовий гнозис		неточний; труднощі орієнтування в схемі тіла
	сформованість сенсорних еталонів		недостатня; труднощі при визначенні та називанні кольорів і відтінків, розмірів і форм предметів
Мовленнєва діяльність	найбільш ушкоджена ланка	звуковимова	звуковимова, просодика
	мовленнєва активність	підвищена	знижена
	комунікабельність	легка	утруднена
	дихальна функція	в нормі	дихання поверхнєве, ключичне, аритмічне; затримка в розвитку мовленнєвого дихання; додаткові вдихи під час промовляння фраз (речень)

просодична складова	голос	дзвінкий, багато модульований, чистий	глухий, слабкий, здавлений, затухаючий, переривчастий, нерідко з назалізованим відтінком; напруження м'язів глотки та шиї під час гучного мовлення
	темп мовлення	відповідає віковій нормі	часто прискорений, рідше – уповільнений
	ритм	в нормі	деяка аритмія при зв'язних висловлюваннях
	дикція	чітка	змазанність мовлення
	інтонація	відповідає віку	дещо збіднена
	паузація	в нормі	необґрунтована у зв'язку з недостатнім володінням мовленнєвим диханням; відсутні паузи між фразами
порушення звуковимови	голосних	не спостерігається	наявне
	приголосних	окремих або однієї (кількох) групи	як простих, так і складних за артикуляцією; спотворення звуків; розпад африкат на окремі складові; значна кількість бокових і міжзубних варіантів унаслідок асиметричної іннервації язика
автоматизація звуків	швидка	утруднена, тривала; виправлений автоматизований ізольований звук залишається порушеним під час зв'язного мовлення	
слуховий контроль	достатньо	не помічаються помилки у	

		сформований	власному мовленні
	складова структура	можливі поодинокі помилки у словах складної складової структури	часто формується із затримкою; помилки в послідовності вимови складів у слова
	порушення лексико-граматичної складової	не спостерігається	наявні; утруднений вибір потрібного слова, складність формування висловлювання,
	Критичність до власного дефекту	наявна	відсутня, байдуже ставлення
	Динаміка виправлення в ході логокорекційних ігор-занять	швидка та легка	тривала та складна внаслідок резистентності (стійкості) порушення звуковимови

Щоб діагностувати стерту форму дизартрії проводять функціональні проби.

Дитину просять, висунути язик уперед, утримувати його нерухомо по середній лінії й одночасно слідкувати очима за предметом, який логопед рухає вправо-вліво. Проба є позитивною, якщо язик рухається у сторону предмета, а пальці рук розчепірюються.

Дитину просять виконувати артикуляційні рухи язиком («Млинці», «Гойдалка», «Маятник», «Грибок»), поклавши при цьому руки на її шию. При найбільш тонких диференційованих рухах язика відчувається напруження м'язів шиї, а інколи й легке закидання голови, що свідчить про дизартрію.

Поза Ронберга (закрити очі та витягнути руки). Повинен стояти рівно і не відхилятися.

Стрибки на одній нозі (3роки- 5разів, 5років – 7разів) на одному місці.

Понести м'яч в ложці. Великий палець зверху. Якщо висуває язик, то сінкінезії. Проба є позитивною.

Артикуляційна вправа «Киця п'є молоко». Язик має бути завжди широким.

Тримає руки вперед і надавити. Відмічаємо силу.

Кидати м'яч. (Відмічаємо чи слабо кидає, чи сильно).

Методика подолання фонетичних порушень при стертій дизартрії

На першому етапі: масаж для зміцнення лицьової мускулатури, артикуляційні вправи, постановка та автоматизація звуків, голковколуювання, гірудотерапію, лікувальні ванни, дельфінотерапія, піскотерапія, сенсорна терапія; медичний вплив; психолого-педагогічна допомога.

розвиток дрібної моторики та моторики артикуляційного апарату;

формування й автоматизація правильної артикуляції звуків мовлення;

формування інтонаційної виразності мовлення;

формування сприйняття усного мовлення.

Постановку звуків при стертій дизартрії починають з голосних звуків. Спочатку робота ведеться над корекцією таких звуків: е, а, і, и, о, у, сонорні [м'-м], [н'-н], [j], [л'-л], [р'-р], смичкові-вибухові [п'-п], [б'-б], [т'-т], [д'-д], [к'-к], [г'-к], щілинні [ф'-ф], [в'-в] і передньоязикові [с'-с], [з'-з], [ш-ж], [х'-х], [ш], [ч], [ц].

Методика розвитку лексико-граматичного мовлення зі стертою дизартрією

Словник: Ознайомлення з новими словами через предмети, явища, дії, властивості. Заохочення до вживання нових слів у мовленні (ігри типу «Назви одним словом», «Знайди зайве»). Групування слів за темами (одяг, їжа, тварини), за частинами мови (іменники, дієслова).

Грамматика: Навчання узгодженню слів (рід, число, відмінок), правильному утворенню речень. Словосполучення: Гра «Якого кольору?», «Хто що робить?», «Де живе?».

Робота над реченням: Побудова простих і складних речень, переказ коротких текстів, складання історій за картинками.

Звуковимова: розвиток рухливості мовного апарату. Вправи на розрізнення звуків, ритмічні ігри. Постановка та автоматизація звуків з поступовим переходом до складових та слів.

Контрольні запитання та завдання

1. Охарактеризувати функціональні проби
2. Розкрити основні напрями подолання стертої форми дизартрії

Завдання для самостійної роботи

1. Проаналізувати сучасні логопедичні технології подолання дизартрії
2. Заповнити таблицю «Невербальні засоби комунікації».
3. Підготувати повідомлення «Сенсорне виховання в умовах дизартрії».

РОЗДІЛ II. РИНОЛАЛІЯ

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РИНОЛАЛІЇ

Тема 11. Історичні аспекти вивчення ринолалії

План

1. Ринолалія у систематиці порушень мовленнєвого розвитку
2. Німецька наукова школа у подоланні ринолалії
3. Ортофонічний метод постановки голосу у дітей з гугнявістю за системою французької логопедичної школи
4. Медична допомога дітям з ринолалією в Україні

Ключові слова: назалізація, тверде і м'яке піднебіння, уранопластика, порушення голосу, ортофонічний метод

Ринолалія у систематиці порушень мовленнєвого розвитку.

Термін «ринолалія» (від грец. *rhinos* — ніс, *lalia* — мовлення) означає мовлення в ніс. Історично для визначення цього мовленнєвого порушення в літературі (особливо зарубіжній і медичній) використовували й інші терміни: «палатолалія» (*Klaus-Peter Becker, Milosh Sovak*), «палаптолалія», «ринофонія». На відміну від механічної дислалії порушується вимова не тільки приголосних, а й голосних звуків. Від ринофонії, за якої спостерігається лише збільшення назалізації (від грец. *nasus* — ніс), або носового резонансу голосу, ринолалія вирізняється ще й наявністю стійких порушень звуковимовної сторони мовлення.

Сама уранопластика (від грец. *uranos* — піднебіння) не позбавляє надлишкової назальності голосу дитини. А. Лімберг (XIX — на початку XX ст.) основне завдання хірурга - відновлення твердого і м'якого піднебіння разом із фізіотерапією, ортодонтією, логопедією тощо.

У 1864 р. Б. Лангенбек – звертав увагу на нормалізацію голосу та мовлення. Доктор Макуен надавав перевагу навчанню, ніж хірургічному лікуванню.

Німецька наукова школа у подоланні ринолалії.

Представники німецької наукової школи (Г. Гутцман (1924); Г. Арнольд (1959) добивалися рухомості м'якого піднебіння (електростимуляцію, вібромасаж) з поступовим уведенням занять з артикуляційного і дихального тренінгів. Перші 2—3 міс. хворим було рекомендовано використовувати тільки фальцетний голос, а потім до оволодіння грудним голосом.

Г. Гутцман, який ще в 30-ті роки ХХ ст. рекомендував починати логопедичну роботу з комплексу загальних гімнастичних вправ, після яких проводити мовленнєві вправи із застосуванням носового затискача для підвищення тиску в порожнині рота, що забезпечувало чіткішу вимову приголосних звуків, використання гучного голосу, оскільки при цьому певною мірою змінювався тип дихання, підвищувалася активність м'якого піднебіння.

Мовленнєві вправи починали з вимови сполучення *ana*, де перший звук вимовляли голосом звичайної сили і висоти, а сполучення *na* — значно сильніше, з акцентом на другий звук *a*. Аналогічно відпрацьовували вимову решти звуків. Мовленнєві навички закріплювали без використання носового затискача.

Бейс, Фрешельс та ін., використовували шепітне мовлення, прийоми постановки голосу, застосовували комплекси механічних прийомів для розвитку рухомості артикуляційного апарату. Інші фахівці пропонували ставити звуки на діафрагмальному диханні, з відкритим носом, працювати над голосом).

Ортофонічний метод постановки голосу у дітей з гугнявістю за системою французької логопедичної школи

Французький метод в основі якого принцип використання природного, правильного дихання і голосу через *спів* (ортофонія — поєднання голосових, дихальних, артикуляційних вправ на тлі медикаментозного впливу) (С. Борель-Мезоні, 1929; В. Ведю, 1929 та ін.).

М. Зеєман рекомендував початок з шепітного мовлення, включати тихий голос з м'яким голосовим початком. Спираючись на ці підходи розробляли нові методики, довели необхідність проведення логокорекційної роботи як у доопераційний, так і в післяопераційний період.

Медична допомога дітям з ринолалією в Україні

Перші відомості про природжені вади обличчя в Європі з'явилися ще в 1438 р. У вітчизняній науці перші подібні статистичні дані були опубліковані у 1865 р. Серед 180 тис. вихованців дитячого будинку було виявлено 118 дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння. Перші науково обгрунтовані дані про поширеність цієї патології розвитку в Україні були надані Л. Харьковим на початку 90-х років ХХ ст. і продовжені в дослідженнях А. Гулюка, Г. Музичиної, Л. Яковенко та ін.

Середньостатистичне співвідношення новонароджених з ВНГП до здорових дітей в Україні нині становить приблизно 1,11 : 1000; у Європі коливається від 1 : 500.

Контрольні запитання та завдання

1. Дайте визначення, етіологію, механізми та наукові напрямки вивчення ринолалії.
2. Чому ринолалія відноситься до порушень голосу.

Завдання для самостійної роботи

1. Заповнити таблицю «Підходи до визначення ринолалії».
2. Знайти джерела про сучасну медичну допомогу дітям з ринолалією.

Підготувати повідомлення

Тема 12. Етіологічні чинники виникнення природжених вад обличчя

План

1. Екзогенні та ендогенні чинники виникнення вроджених незрощень верхньої губи та піднебіння (ВНВГП).
2. Етіологія незрощень губи та піднебіння:
 - а) спадково зумовлені (моногенні природжені порушення розвитку, хромосомні синдроми);

б) незрощення, пов'язані із впливом середовища;

в) незрощення мультифакторної природи.

Ключові слова: етіологія, екзогенні, ендогенні, незрощення губи та піднебіння, спадковість

Екзогенні та ендогенні чинники виникнення вроджених незрощень верхньої губи та піднебіння (ВНВГП)

Питання етіології природжених порушень обличчя і нині залишається не вирішеним, незважаючи на численні дослідження вітчизняних і зарубіжних авторів (Ю. Гулькевич, Г. Лазюк, К. Гулькевич, Б. Бурдье, О. Гуцан, *Freund, Talmant, Rival* зі співавт., *Fraser, Curtis, Bhatia*)

Усі причини виникнення ВНВГП умовно поділяють на екзогенні та ендогенні.

До екзогенних належать:

несприятливий екологічний вплив, іонізуюча радіація, хімічні мутагени, фармакологічні препарати, (антибіотики, кортикостероїди, гормональні, жарознижувальні засоби), алкоголь, наркотики, тютюн. «Групу ризику» становлять батьки, що мають професію водія далекого прямування, працівника АЕС, моряка-підводника, фізика, працівника шкідливого виробництва тощо.

Ендогенні чинники: захворювання матері в перші два місяці вагітності, а хронічні захворювання матері, вітряна віспа, кір, краснуха, інфекційний паротит; вірусні респіраторні інфекції, інктузійні цитомегалії, протозойні інфекції (токсоплазмоз, малярія), вірус герпесу, гепатит, пієлонефрит, ендокринні захворювання матері, гінекологічна патологія, захворювання серцево-судинної системи, вітамінна недостатність (особливо фолієвої кислоти та вітаміну В6).

Етіологія незрощень губи та піднебіння

спадково зумовлені (моногенні природжені порушення розвитку, хромосомні синдроми);

Незрошення губи і піднебіння становлять 86,9 % усіх вроджених порушень розвитку обличчя і є тенденція до збільшення випадків піднебінної патології (хлопчиків в 4 рази більше, ніж дівчаток, але в дівчат тяжчі форми).

Спадково зумовлені незрошення губи та / або піднебіння становлять гетерогенну (від грец. *getero* — різний, різноманітний) групу і охоплюють:

моногенні природжені вади розвитку (ПВ), які спричинені мутацією одного гена й успадковуються згідно із законами Менделя. До них належать:

ізолювані незрошення губи/піднебіння за відсутності природжених вад або аномалій розвитку інших органів і систем;

синдроми множинних вроджених вад розвитку (МВВР), коли незрошення губи/піднебіння є тільки однією складовою синдрому.

Моногенні синдроми залежно від типу наслідування поділяють на аутосомно-домінантні (ризик для нащадків дитини з незрошенням становить 50 %), аутосомно-рецесивні (25 %), зчеплені зі статтю (рідко), і синдроми з нетрадиційним типом наслідування.

Хромосомні синдроми зумовлені змінами кількості або структури хромосом; незрошення, пов'язані із впливом шкідливих чинників середовища на 6—7 тижні розвитку ембріона є вкрай небезпечним щодо виникнення ВНГП;

незрошення мультифакторної природи зумовлена одночасним впливом на формування фенотипу (сукупність усіх ознак організму, які виявляються впродовж усього життя) певної кількості генних мутацій (змін) і несприятливих умов середовища.

Структура порушення при уроджених розщелинах губи та піднебіння

Наявність вроджених незрошень губи або піднебіння є загальною ознакою для багатьох нозологічних форм спадкових захворювань. Збільшується кількість дітей зі складними або поєднаними вадами, де вроджені незрошення губи піднебіння виявляються у поєднанні із складними генетичними хворобами, захворюваннями опорно-рухової системи, зумовленими органічними ураженнями ЦНС у поєднанні з тяжкими

психічними станами, на тлі з неврологічною патологією тощо. Діти з ВНГП — це поліморфна як у клінічному, так і в психологічно-педагогічному плані категорія людей.

Багатофакторна етіологія вроджених незрощень верхньої губи та піднебіння зумовлюють потребу у комплексному підході до її медичної та психолого-педагогічної і соціальної реабілітації.

Контрольні запитання та завдання

1. Розкрийте причини виникнення ВНВГП
2. Дайте характеристику спадково зумовлених незрощень губи та / або піднебіння
3. Обґрунтуйте комплексний підхід до реабілітації ВНВГП

Завдання для самостійної роботи

1. Виписати в таблицю екзогенні та ендогенні чинники виникнення вроджених незрощень верхньої губи та піднебіння
2. Скласти схему: «Структура порушення при уроджених розщелинах губи та піднебіння»

Тема 13. Механізм процесу голосоутворення в нормі і в разі ринолалії

План

1. Будова і функції центрального мовленнєвого апарату.
2. Функції периферичного мовленнєвого апарату та його порушення при ринолалії
3. Характеристика механізму піднебінно-глоткового змикання при вроджених розщелинах.
4. Причини порушення звуковимови, тембру голосу.

Ключові слова: мовленнєвий апарат, функції, дихальний, голосовий, артикуляційний

Будова і функції центрального мовленнєвого апарату

Мовленнєвий апарат складається з центрального (регулювального) мовленнєвого та периферичного (виконавчого) апаратів.

Центральний мовленнєвий апарат міститься в головному мозку і складається з: кори головного мозку, підкіркових вузлів, провідних шляхів,

ядер стовбура і нервів, що йдуть до дихальних, голосових і артикуляційних м'язів.

Функції периферичного мовленнєвого апарату та його порушення при ринолалії

У разі ринолалії порушена діяльність саме верхньої частини периферичного мовленнєвого апарату, який, у свою чергу, складається з трьох відділів: дихального, голосового й артикуляційного. Мовленнєвий акт тісно пов'язаний з дихальним, оскільки людина говорить на видиху. Тому важливим є забезпечення тривалого, плавного видиху.

Характеристика механізму піднебінно-глоткового змикання при вроджених розщелинах

У разі формування незрошення верхньої губи та піднебіння верхньощелепний виступ не з'єднується із медіальним носовим виступом. Результатом цього стає утворення стійких однієї або двох борозен, де епітеліальна тканина розтягується та зміщується донизу, що призводить до формування незрошення.

Причини порушення звуковимови, тембру голосу

Щілина піднебіння виключає розмежування ротової і носової порожнин і у дитини поступово формується носо-ротове дихання, за якого тривалість видиху різко скорочується. Дихання стає частим, переривчастим, життєвий об'єм легенів знижується, відстає в розвитку грудна клітка, зменшується її екскурсія. Учені стверджують, що маленькі діти кричать і плачуть нормальним голосом, а носовий відтінок виявляють вперше в лепетному мовленні, коли дитина починає артикулювати перші приголосні звуки.

Характеристика вторинних порушень

Первинний дефект (щілина піднебіння) спричиняє вторинні порушення: спотворена артикуляція та назальний відтінок заважають правильному слуховому сприйманню звуків, що веде до труднощів у звуковому аналізі, порушенні писемного мовлення, ЗНМ; функціональні

зміни артикуляції; психологічні та соціальні особливості, фізіологічні наслідки

Контрольні запитання та завдання

1. Організація, зміст і методика роботи з відновлення мовлення на ранньому етапі впливу.
2. Як змінюється функції піднебіння при уроджених розщелинах

Завдання для самостійної роботи

1. У таблиці напишіть функції центрального та периферичного мовленнєвого апарату
2. У вигляді схеми охарактеризуйте вторинні порушення.

Тема 14. Класифікація природжених незрощень губи і піднебіння

План

1. Природжені незрощення верхньої губи
2. Природжені незрощення піднебіння
3. Мультидисциплінарний підхід до подолання ринолалії

Ключові слова: вроджені приховане, неповне, повне, двобічне незрощення губи та твердого піднебіння, мультидисциплінарний підхід

Природжені незрощення верхньої губи

Природжені незрощення верхньої губи:

однобічні (право- і ліво-); двобічні (симетричні і несиметричні); серединні

Усі види, в свою чергу, поділяють на приховані і наявні: повні і неповні.

Крім того, вроджені незрощення верхньої губи можуть бути: ізольованими і поєднаними (супроводжуються незрощенням альвеолярного відростка і піднебіння, незрощенням тільки альвеолярного відростка або тільки незрощенням піднебіння).

Наявні незрощення верхньої губи характеризуються незрощенням усіх її тканин за глибиною (слизовий, м'язовий, шкірний покрив) і висотою.

У разі прихованих незрощень губи збереженими залишаються шкірні і слизові оболонки, спостерігається лише незрощення м'язового шару. Візуально виявляють незначну втягненість шкірного покриву, або борозенку.

За неповного незрощення тканини залишаються збереженими лише там, де починається ніс, а вся губа фактично розділена на два фрагменти.

Уразі повного незрощення тканини губи — від червоної кайми до дна носової порожнини — повністю роз'єднані, тим самим утворюючи малий і великий фрагменти. При цьому саме дно носового ходу відсутнє.

За правобічного незрощення великий фрагмент — правий, менший — лівий, лівобічного — навпаки.

Двобічне незрощення губи передбачає наявність двох бічних і серединного фрагментів, яке у разі поєднаних вад включає не тільки тканини губи, а й міжщелепну кістку, що переходить у леміш.

Природжені незрощення піднебіння

Серед природжених незрощень піднебіння розрізняють: *одно- і двобічні*. У свою чергу, їх поділяють на:

наявні та приховані твердого піднебіння і (або) м'якого піднебіння; наскрізні (повні) та ненаскрізні — неповні (тільки твердого, тільки м'якого або твердого і м'якого без незрощення коміркового відростка).

Незрощення піднебіння можуть бути ізольованими і поєднаними. У разі прихованого незрощення піднебіння найчастіше можна виявити широкий середній відділ глотки, різко закоротке піднебіння, велофаренгіальну недостатність (коли м'яке піднебіння не змикається із задньою стінкою глотки (з валиком Пассавана), втягнутість тканин, синюшний або блідий відтінок слизової оболонки над місцем незрощення кістки (у вигляді невеликого трикутника) по середній лінії твердого піднебіння або м'язів на м'якому піднебінні.

У разі ізольованих незрощень піднебіння незрощеними можуть бути тільки м'яке або м'яке з частиною твердого піднебіння, комірковий відросток залишається цілим, а піднебіння складається з двох фрагментів.

У разі двобічних незрошень альвеолярний відросток, тверде і м'яке піднебіння складаються з трьох фрагментів — двох бічних і серединного, представленого міжщелепною кісткою і лемешем.

Мультидисциплінарний підхід до подолання ринолалії.

Багаторічна праця професіональних колективів лікарів Європи дала змогу відпрацювати і рекомендувати стандарти мультидисциплінарного підходу до лікування таких пацієнтів.

У разі природжених незрошень анатомічні дефекти виявляють тільки в третьому — верхньому відділі периферичного мовленнєвого апарату (наявність самого незрошення, недорозвинення м'язового комплексу твердого і м'якого піднебіння, зміни в будові щелеп і зубних рядів). Однак ці анатомічні зміни призводять до стійких функціональних дефектів у всіх трьох відділах периферичного мовленнєвого апарату і як наслідок — до своєрідного механізму звуковимови,

Контрольні запитання та завдання

1. Дайте характеристику природженим незрошення верхньої губи
2. Дайте характеристику природженим незрошення піднебіння

Завдання для самостійної роботи

1. Підготувати інформацію «Клінічна картина при ущелинах піднебіння».
2. Розробити консультації вчителя-логопеда для батьків (тема за вибором)

Тема 15. Основні форми ринолалії

План

1. Причини та види уроджених розщелин губи, твердого і м'якого піднебіння при відкритій ринолалії.
2. Закрита ринолалія та її причини.
3. Змішана форма ринолалії.

Ключові слова: ринолалія, форма, відкрита, закрита, змішана

Причини та види уроджених розщелин губи, твердого і м'якого піднебіння при відкритій ринолалії.

При нормальній фонації під час вимови всіх звуків, крім носових, у людини відбувається відокремлення носоглоткової і носової порожнини від глоткової і ротової піднебінно-глотковою змичкою, яка утворюється за рахунок скорочення м'язів м'якого піднебіння, бокової і задньої стінок глотки.

Під час акту мовлення м'яке піднебіння безперервно опускається і піднімається на різну висоту в залежності від звуків, що промовляються та від темпу мови. Вона менша для голосних, ніж для приголосних. Найбільш слабка піднебінно-глоткова змичка при вимові приголосного «в», сама сильна-при «с», яка в 6-7 разів сильніша, ніж при «а».

При нормальній вимові назальних звуків м, м'; н, н' струмінь повітря вільно проходить в простір носового резонатора.

Причиною носового відтінку голосу може бути як надмірне, так і недостатнє резонування носової порожнини в процесі мовлення.

Залежно від характеру порушення функції піднебінно-глоткового змикання виділяють різні форми ринолалії і за етіологічними показниками кожна з них може бути органічно і функціонально зумовленою.

Відкрита ринолалія — це порушення як звуковимовної, так і фонаційної сторони мовлення. Відкрита ринолалія характеризується дефектною артикуляцією і акустичним дефектом звуків мови: в момент мовлення струмінь проходить водночас і через рот, і через ніс, внаслідок чого виникає носовий резонанс при вимові всіх звуків. Найбільш помітний і змінений тембр голосних «і», «у».

Органічна відкрита ринолалія може бути набутою і природженою.

Набута відкрита органічна ринолалія – (утворюється після травми ротової і носової порожнини або в результаті параліча м'якого піднебіння, ушкодження язико-глоткового і блукаючого нервів, поранення, тиску пухлини) - виникає в разі перфорації (лат. perforatio, від perforo — пробиваю) — сукупність отворів) твердого і м'якого піднебіння внаслідок черепно-мозкової травми або у разі розвитку остеомієліту (*остеомієліт* —

це інфекційне захворювання, яке вражає кісткову структуру. Причиною хвороби є бактерії і грибки.

Причини природженої відкритої органічної ринолалії

природжені незрошення м'якого та твердого піднебіння, закороткого м'якого піднебіння, відсутності або роздвоєння uvula, субмукозної (прихованої) щілини;

парезів і паралічів м'якого піднебіння в разі ураження язикоглоткового і блукаючого нервів.

Серед факторів, що впливають на виникнення ущелини, можна відзначити:

генетичні;

біологічні (грип, паротит, токсоплазмоз під час вагітності матері тощо);

хімічні (контакт з шкідливими речовинами, нікотин, алкоголь, наркотики, неконтрольований прийом лікарських засобів і вітамінів);

соціальні (стреси);

ендокринні захворювання матері.

Природжену відкриту органічну ринолалію характеризує своєрідний комплекс симптомів:

Зміна положення і активності язика: тіло язика відтягнуте до глотки, кінчик язика млявий, атонічний.

Порушення діяльності м'язів м'якого піднебіння - пасивне, або мало рухоме і не виконує своєї функції розмежування носової і ротової порожнин

Порушення взаємодії м'язів периферичного артикуляційного апарату: порушується взаємодія артикуляційних і м'язів, що проявляється в зайвих рухах м'язів обличчя в процесі артикуляції.

Тотальне порушення звуковимови.

Перші слова з'являються приблизно у 2 роки, а іноді значно пізніше і мають якісні особливості. Фразове мовлення також зазвичай з'являється інколи — після 4—5 років.

Фонетико-фонематичні порушення виступають провідною вадою у структурі мовленнєвої діяльності.

Лексико-граматична сторона мовлення: труднощі у побудові розгорнутого зв'язного мовлення

Особливості письма несформованість фонематичної системи мови може стати підґрунтям для не формування писемного мовлення.

Функціональна відкрита ринолалія може проявлятися при істеріях. В основному порушена вимова тільки голосних звуків

Причини: гіпокінез, зміни, які відбуваються у глотці через її травми у глотці і пухлини; порушення контролю за власним мовленням у разі зниження слухової функції; наслідування назальному мовленню.

Закрита ринолалія та її причини.

Закрита ринолалія (гугнявість) — це порушення фонаційної сторони мовлення обумовлена направленістю мовного видиху тільки через рот, в результаті чого страждає артикуляційна і акустична характеристика носових звуків м, м'; н, н' та тембр голосу.

Вона характеризується зниженням фізіологічного носового резонансу під час вимовляння носових звуків (м, м', н, н'). Якщо носового резонансу немає, то ці фонематичні звуки звучать як ротові (б, б', д, д'). Крім спотвореної вимови носових приголосних порушена і вимова Голосні набувають неприродного, мертвого відтінку.

Причинами закритої ринолалії є органічні зміни в носовому просторі, або функціональні розлади піднебінно-глоткового змикання (наприклад, підвищений тонус м'якого піднебіння)

Розрізняють: передню та задню закрити ринолалію

Причини передньої закритої ринолалії: хронічна гіпертрофія слизової носа; поліпи у носовій порожнині; викривлення перегородки носа; пухлини у носовій порожнині.

У разі передньої закритої ринолалії порушується нормальне проходження повітря в носові ходи.

Причини задньої закритої ринолалії: великі аденоїдні розрощення; носоглоткові поліпи; фіброми чи інші пухлини.

Закриту ринолалію прийнято ще поділяти на *органічну і функціональну*.

Функціональна закрита ринолалія зустрічається у дітей часто, але не завжди правильно розпізнається. Тембр носових та голосних звуків може бути порушений більше, ніж при органічній формі.

Причина функціональної закритої ринолалії - гіперфункція м'якого піднебіння.

Органічна закрита ринолалія виникає через непрохідність носової порожнини: (хронічний насморк, поліпи у носовій порожнині; викривлення перегородки носа; пухлини у носовій порожнині, великі аденоїдні розрощення; носоглоткові поліпи; фіброми чи інші пухлини). Як тільки настає правильне носове дихання зникає і дефект.

При цьому використовують систему дихальних і логопедичних тренінгів, різноманітні прийоми фонопедії, завдяки яким є можливим подолання гугнявого, неприродного відтінку голосу.

При закритій ринолалії спостерігаються лише фонологічні (темброві) порушення, а артикулювання, залишається збереженим, то правомірніше було б віднести її до ***ринофонії***

Змішана форма ринолалії.

Змішана ринолалія — це стан мовлення, що характеризується низьким носовим резонансом під час вимови носових звуків та наявністю назального тембру голосу.

Причини:

1. поєднання закритої носової порожнини (її непроходження) і недостатності піднебінно-глоткового контакту функціонального і органічного проходження;
2. поєднання закороткого м'якого піднебіння, підслизового його незрощення та аденоїдних розрощень.

У таких випадках аденоїди будуть перешкодою для проникнення повітря через носові ходи. Стан мовлення може погіршитися після аденектомії, оскільки виникає піднебінно-глоткова недостатність і виявляються ознаки відкритої ринолалії.

Контрольні запитання та завдання

1. Які причини виникнення відкритої ринолалії
2. Охарактеризуйте причини закритої ринолалії

Завдання для самостійної роботи

1. Складіть протокол обстеження дитини з (ВНГП) підготуйте матеріали для обстеження.
2. Складіть на основі протоколу обстеження розгорнуту психолого-педагогічну характеристику дитини з (ВНГП)

Тема 16. Особливості розвитку дітей з ринолалією

План

1. Особливості розвитку мовлення дитини з ВНГП
2. Порушення писемного мовлення.
3. Вплив вроджених незрощень губи і піднебіння на соматичний розвиток дитини.
4. Психічний розвиток та формування особистості дитини з ринолалією

Ключові слова: незрощення губи, піднебіння, мовлення, порушення, соматичний розвиток

Особливості розвитку мовлення дитини з ВНГП

У зв'язку з порушенням анатомічної цілісності периферичного мовленнєвого апарату дитина позбавлена можливості інтенсивного лепету, артикуляційної «гри», тому певним чином гальмується і збіднюється підготовчий етап організації артикуляційних укладів. Найтипівіші лепетні звуки **п**, **б**, **т**, **д** дитина артикулює дуже тихо або навіть беззвучно, порушуються інтонація, темп, ритм, слова з'являються приблизно у 2 роки, а іноді значно пізніше і мають якісні особливості.

Фразове мовлення також зазвичай з'являється у цих дітей із запізненням, інколи — після 4—5 років.

Фонетико-фонематичні порушення виступають провідною вадою у структурі мовленнєвої діяльності, причому первинними вважають порушення фонетичного оформлення мовлення.

Порушення лексико-граматичної сторони мовлення зумовлене не тільки анатомічною вадою обличчя, а й недоліками сімейного виховання, відсутністю вчасного корекційного навчання, впливом середовища, компенсаторними можливостями, станом психічного здоров'я тощо. Імпресивне мовлення розвивається відносно нормально.

Порушення писемного мовлення.

Особливості *письма* зумовлені несформованістю фонематичної системи мови внаслідок порушень звуковимови. Тому звукові образи, що засвоїла така дитина у своїй свідомості, є неповноцінними і не можуть стати підґрунтям для формування писемного мовлення.

Прояви дисграфії залежать від низки чинників: тяжкості вади артикуляційного апарату, соматичного і психологічного статусу дитини, характеру і строків логопедичного впливу, участі сім'ї в процесі навчання дитини.

Вплив вроджених незрощень губи і піднебіння на соматичний розвиток дитини.

Вроджені незрощення верхньої губи і піднебіння є одним із чинників, що вкрай несприятливо впливає на організм дитини і спричинює у ньому грубі функціональні і морфологічні зміни.

Наявність незрощень зумовлює низку соматичних розладів, що призводять до порушень росту і нормального розвитку дитячого організму (А. Лімберг, 1933; R. B. White, 1981, W. J. Doyle зі співавт., 1986 та ін.).

Л.Деребалюк констатувала, що у дітей, старших за 4 роки, порушення носового дихання зумовлені не стільки широким з'єднанням порожнин носа і рота, скільки непрохідністю носових ходів через виникнення ендоназальних

перешкод (гіпертрофія носових раковин (у 53 % хворих), викривлення перегородки носа (у 40 %), а також наявність поліпів, аденоїдів і звуження носових отворів).

Психічний розвиток та формування особистості дитини з ринолалією

Неповноцінність мовлення негативно позначається на формуванні всіх психічних функцій дитини з ВНГП, особливо на процес становлення особистості. ВНГП часто поєднуються з іншими порушеннями розвитку, а також з органічними ураженнями центральної нервової системи, що виявляється в розумовій відсталості. У таких хворих різко зростає ризик розвитку різних нервово-психічних розладів уже в дитячому і підлітковому віці — від легких невротичних явищ до реактивних станів, що нерідко супроводжуються вторинною затримкою інтелектуального розвитку.

Серед причин виділяють: загальне недорозвинення і тяжкі мовленнєві порушення, несприятливі умови виховання і психічну травматизацію, частою госпіталізацією хворих. Все це призводить до виникнення серйозних соціальних і психологічних проблем.

Контрольні запитання та завдання

1. Розкрийте особливості розвитку мовлення дитини з ВНГП
2. Який вплив ВНГП на соматичний та психічний розвиток дитини.

Завдання для самостійної роботи

1. Підготуйте повідомлення «Сучасні дані про соматичний розвиток дитини ринолаліка»
3. Заповнити таблицю «Структура дефекту» при ринолалії.

СИСТЕМА КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ПРИ РИНОЛАЛІЇ

Тема 17. Комплексне обстеження осіб з ринолалією

План

1. Принципи обстеження осіб з розщелинами
2. Обстеження дитини з ринолалією різними фахівцями
3. Об'єктивні методи дослідження

Ключові слова: принципи, обстеження, комплексне, системне, динамічність

Принципи обстеження осіб з розщелинами

Принцип комплексності: обстеження різними фахівцями.

Принцип цілісного, системного вивчення: обстежити стан пізнавальних психічних процесів, емоційно-вольової сфери, особистісні особливості дитини.

Принцип цілеспрямованості обстеження: аналіз процесу виникнення мовленнєвого порушення та — взаємозв'язок первинних порушень і вторинних нашарувань.

Принцип порівняння - зіставлення отриманих під час обстеження даних з подібними даними в нормі.

Принцип динамічності - якість розвитку у динаміці.

Принцип індивідуального підходу визначення зони найближчого розвитку.

Принцип наочності та емоційності обстеження. Обстеження слід проводити цікаво, емоційно, оптимістично, жваво, тільки індивідуально.

Обстеження дитини з ринолалією різними фахівцями

I. Анкетні дані, відомості про сім'ю дитини та умови її виховання

II. Дані анамнезу: скарги хворого або його родичів, спадковість, вагітність, пологи, маса і зріст дитини, наявність природженого незрощення верхньої губи і/або піднебіння, вид незрощення, коли зроблено хірургічну операцію, результати відновлювальної хірургії, особливості годування, хвороби порушень моторики, мовленнєвий розвиток, ставлення дитини до свого порушення.

III. Обстеження медичних фахівців та психолога

Об'єктивні методи дослідження

Рентгенографія. Для нормалізації мовленнєвої функції важливо визначити довжину і рухомість м'якого піднебіння, стан глоткової мускулатури, можливості змикання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки. Спектральний аналіз (дослідження голосової функції). Рентгенотомографія

(вивчення положення органів артикуляції). Спірометрія (вивчення дихальної функції).

Контрольні запитання та завдання

1. Які принципи обстеження?
2. Розкрийте логопедичне обстеження дитини з ринолалією

Завдання для самостійної роботи

1. Підготувати наочний матеріал і посібники для обстеження дитини.
2. Підготувати конспект з докладним переліком питань для збору анамнезу дитини з відкритою ринолалією

Тема 18. Логопедичне обстеження осіб з ринолалією

План

1. Методика обстеження загальної характеристики мовлення та будови і функції артикуляційного апарату
2. Методика обстеження дихальної функції та просодичної сторони мовлення
3. Методика обстеження фонетичної і фонематичної сторін мовлення
4. Методика обстеження лексики і граматичної будови мовлення
5. Роль соціальних факторів у подоланні ринолалії.

Ключові слова: методика, обстеження, мовлення, соціалізація, фактори

Методика обстеження загальної характеристики мовлення та будови і функції артикуляційного апарату

З'ясувати, які засоби спілкування доступні дитині (окремі звуки, склади, звуконаслідування, міміка, жести, слово чи фраза); які засоби виразності виявляються у мовленнєвих реакціях (радість, здивування, розчарування, роздратування). Характер загального звучання мовлення (прояви назальності, хрипкості, неприродності голосу особливості темпу мовленнєвих висловлювань і дотримання ритмічного малюнка їх). Якість дикції, зрозумілість мовлення. Емоційна виразність мовлення (нормальне, маловиразне, монотонне).

Обстеження довжини м'якого піднебіння, форми твердого піднебіння, наявність післяопераційних рубців, аномалії прикусу, будова губ, язика та їх функції.

Методика обстеження дихальної функції та просодичної сторони мовлення
фізіологічне дихання у стані спокою: тип дихання, його глибина і сила;
стан мовленнєвого дихання: тип, сила, тривалість фонаційного видиху;
наявність проходження повітря через ніс під час вимовляння ротових звуків,
координація дихання і фонації тощо.

Обстеження стану голосової функції та інтонаційної сторони мовлення спрямоване на визначення таких характеристик: сила, висота, тембр, мелодика голосу, темп і ритм мовлення.

Методика обстеження фонетичної і фонематичної сторін мовлення
у дитини до 3 років визначають здатність до звуконаслідування;
після 3 років досліджують стан звукоскладової структури слова (відображено повторити за логопедом слова з 1, 2, 3, 4 складів);
обстеження стану звуків, у складах, словах, реченнях (самостійно, за показом, за словесною інструкцією);
обстеження стану фонематичного сприймання (тверді— м'які, глухі— дзвінкі, свистячі—шиплячі, сонори);
стан звукового аналізу і синтезу слова

Методика обстеження лексики і граматичної будови мовлення
пасивний словник: розуміння форм однини і множини (з 3—4 років);
прийменниково-відмінкових конструкцій з прийменниками на, під, в, за, біля, над (після 4 років); зменшувальних суфіксів (4—5 років); диференціація дієслів з різними префіксами (з 5 років); словосполучень і простих речень (покажи: ручкою олівець і ручку олівцем; картинки, де хлопчик грає в м'яч;
розуміння зв'язного мовлення (з 5 років).

Стан лексики і граматичної будови експресивного мовлення
загальна характеристика експресивного мовлення: іменники,
дієслова, прикметники, граматичної будови і зв'язного мовлення;

обстеження стану читання і письма

Роль соціальних факторів у подоланні ринолалії

Співпраця логопеда з батьками, основа взаємовідносин логопеда з батьками закладається в ході знайомства логопед на індивідуальній консультації визначає цілі і завдання спільної роботи, ознайомлює батьків із системою корекційної роботи. Логопед має:

провести анкетування

оформити логопедичні куточки

проводити індивідуальні консультації, бесіди

обов'язкове ведення індивідуального логопедичного зошита, що дасть можливість більше контролювати корекційний процес

Контрольні запитання та завдання

1. Розкрийте методика обстеження мовлення та будови і функції артикуляційного апарату
2. Яка роль батьків у подоланні ринолалії

Завдання для самостійної роботи

1. Заповнити мовленнєву карту на дитину з відкритою ринолалією.
2. Скласти перспективний план роботи (на рік) на дитину в доопераційний період.

Тема 19. Профілактика порушень мовлення в разі природжених незрощень губи та піднебіння

План

1. Запобігання появі астеничного синдрому та порушенням дихальної функції.
2. Методика запобігання фіксації язика в неправильному положенні.
3. Активізація діяльності м'язів піднебінно-глоткового кільця.
4. Розвиток рухомості артикуляційних м'язів, сили та гучності голосу.
5. Проблема годування дитини з ВНГП.

Ключові слова: астения, синдром, язик, піднебінно-глоткове кільце

Запобігання появі астеничного синдрому та порушенням дихальної функції.

Розроблення і впровадження системи профілактичних, медичних, психологічних і педагогічних заходів дає змогу повноцінно використати захисні і компенсаторні можливості організму дитини загалом, своєчасно виявити відхилення у фізичному, нервово-психічному і мовленнєвому розвитку, запобігти ускладненням і вторинним нашкодам.

Запобігання порушенням дихальної функції – це сформуванню достатньо довгий, економний, стійкий ротовий видих, якого буде достатньо для цілої фрази, вчити диференціювати ротове і носове дихання (імітувати дихання собаки (*a-a-a*) з висунутим язиком, гріємо ручки (*x-x-x*), нюхаємо квітку (вдих через ніс, видих ротовий)).

Методика запобігання фіксації язика в неправильному положенні та активізації діяльності м'язів піднебінно-глоткового кільця.

З перших днів життя дитину треба класти лежати на животі чи на боці. Потім вправи на стимуляцію рухів кінчика і передньої частини спинки язика. З метою активізації діяльності м'язів піднебінно-глоткового кільця (позіхання, покашлювання, ковтання, починаючи з краплі, потім маленькими ковточками, відкинувши голову назад, пальцевий масаж м'якого піднебіння, провокація блювотного рефлексу примушує швидко і сильно рухатися м'яке піднебіння).

Розвиток рухомості артикуляційних м'язів, сили та гучності голосу

З раннього віку учать (зібрати губи в трубочку, розтягнути їх в посмішку, зробити «качечку», підняти верхню губу вгору, опустити нижню губу). За допомогою шпателя «працювати» з кінчиком язика (притискати до дна рота, піднімати до верхньої губи, опускати на нижню губу), пізніше — комплекс артикуляційної гімнастики.

З перших місяців потрібно розвивати зір та слух дитини, які мають велике значення для розвитку голосу як важливого компонента мовотворення, оскільки він забезпечує чутність мовлення та його інтонаційну виразність (імітувати голоси природи, тварин і пташок, наспівуючи мелодії, укладання ляльки спати, піжмурки, кликати когось).

Контрольні запитання та завдання

1. Як запобігти астенічному синдрому та активізувати м'язи піднебінно-глоткового кільця
2. Розкрийте проблему годування дитини з ВНГП

Завдання для самостійної роботи

1. Підготуйте повідомлення «Сучасні способи запобігання появі астенічного синдрому та порушенням дихальної функції у ринолаліків».
2. Як можна запобігти фіксації язика в неправильному положенні

Тема 20. Корекційна робота при вроджених незрощеннях твердого і м'якого піднебіння.

План

1. Мета, основні завдання та принципи корекційної роботи
2. Етапи логопедичної роботи при ВВР
- 3 Завдання та зміст логопедичної роботи в доопераційний період
4. Післяопераційна робота при уроджених незрощеннях твердого і м'якого піднебіння

Ключові слова: завдання, етапи, доопераційний, післяопераційний, корекція.

Мета, основні завдання та принципи корекційної роботи

Проводити заходи щодо компенсації недостатності піднебінно-глоткового затвору. Далі формується фізіологічне і фонаційне дихання. Активне піднебінно-глоткове змикання і дихальна «опора» дозволяють перейти до вирішення основного завдання - усунення надлишкового носового резонансу і вироблення навичок фізіологічного голосоведення зі збалансованим резонансом. Тільки після цього виправляється звуковимова.

Етапи логопедичної роботи при ВВР

Доопераційний підготовчий етап

Післяопераційний етап. Постановка голосних звуків. Усунення надлишкового носового резонансу.

Етап корекції звуковимови, координаці дихання, фонації й артикуляції .

Етап повної автоматизації нових навичок Тривалість проведення кожного етапу визначається індивідуально. Одне заняття триває в середньому 30 хвилин.
Корекційно-виховна робота по всіх напрямках

Завдання та зміст логопедичної роботи в доопераційний період

Підготувати м'язи піднебінної завіси до змикання після операції і попередити дистрофію м'язів глотки.

Виробити спрямований видихувальний повітряний струмінь

Зміцнити мускулатуру гортані.

Створити передумови для правильної звуковимови, розвиваючи оральний праксис і переміщуючи язик в порожнині рота вперед.

Диференціювати слухове сприйняття фонем.

Широко відкривши рот, дитина повторює *a, e* за логопедом. Поступово діти привчаються утримувати язик в потрібному положенні, далі *aaa, eee* та до сполучень *aaee-eeaa* (6-8 разів у день), імітація свисту із затиснутими крилами носа.

Корекція дихання до операції передбачає вироблення здатності чітко видутти повітря злегка напруженими губами і подовження видиху. *Голосові вправи* до операції - це вимова звуку *m* на основному тоні голосу, потім голосних *o, i, y, u* далі до співучого, злитого вимовляння сполучень голосних спочатку з двох, а потім із трьох звуків з різною силою голосу та з різною інтонацією.

Післяопераційна робота при уроджених незрощеннях твердого і м'якого піднебіння

Починати з протяжного вимовляння голосних *a* й *e*. З 3-4 - го заняття голосні звуки вимовляють попарно, разом *ae-ea*. Визначити, від якого з них піднебіння піднімається вище, з нього і починати тренуватися: *aaae, eeea*. Буває, що піднебіння краще і вище піднімається під час вимови звуку *o*, а ще краще під час співу.

Для розтягання свіжих рубців, застосовують сухе проковтування, «плювання», дуття на вату. Не рекомендуються свистки, сопілки, тому що

вони вимагають значно більшої напруги. Перші кілька днів вправи складаються тільки з вимови звуків *a, e o*. потім додаються поступово інші звуки.

Найбільш легко із сонорами *л, л'* і фрикативними *в, в', ф, ф'*, далі вибухові. Відпрацьовують вимову звука зі зменшенням сили голосу на першому голосному і збільшенням на другому.

аВА аВЯ аЛА аЛЯ аФА аФЯ

Контрольні запитання та завдання

1. Мета, основні завдання та принципи корекційної роботи
2. Розкрийте етапи логопедичної роботи при ВВР
3. Обґрунтуйте зміст логопедичної роботи в доопераційний та післяопераційний періоди

Завдання для самостійної роботи

1. Підібрати вправи для розвитку рухливості м'якого піднебіння, голосової функції
2. Скласти конспект заняття з дитиною в післяопераційний період

Рекомендовані джерела інформації Базові

1. Логопедія: підручник для студентів ВНЗ / за ред. Шеремет М.К. 5-те вид., перероб. та допов. Київ : Слово, 2019. 856 с.
2. Логопедія (Дизартрія, ринолалія): конспект лекцій для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 Спеціальна освіта / укладач Х.В. Барна. Мукачево: МДУ, 2026. 69с.
3. Манько Н. В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку : *Науково-методичний посібник*. К : КНТ, 2008. 256с.
4. Теорія та практикум з логопедії : *навчально-методичний посібник для студентів спеціальності 016"Спеціальна освіта" ОС "Бакалавр"* / укладач Х.В. Барна. Ужгород : ЗППО, 2021. 124 с.
5. Хрестоматія з логопедії: Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринолалія : *навчальний посібник* / за заг.ред. Шеремет М.К., Мартиненко І.В. 2-ге вид., змін. і доповн. Київ : КНТ, 2021. 380с.

Допоміжні

6. Барна, Х., Кашуба, Л., О. Лабенко, О. Ігротерапія в корекції мовленнєвих порушень : *навчально-методичний посібник для вчителів початкових класів, вихователів, дефектологів, логопелів та студентів педагогічних факультетів*. Харків : ФОП Озеров Г.В., 2021. 180 с.
7. Барна, Х. В. Іванова, О. Кас'яненко Використання ігрових вправ у корекції просодичної сторони мовлення в дітей дошкільного віку. *Витоки педагогічної майстерності. Серія "Педагогічні науки" : збірник наукових праць* / гол. ред. М.В.Гриньова. Полтава, 2018. Випуск 22. С. 17-21.
8. Барна, Х., Чекан О., Кас'яненко О., Фізер В. Особливості використання музично-ритмічних рухів у подоланні порушень звуко-складової структури слова. *Актуальні питання гуманітарних наук. Серія: Педагогіка : міжвузівський збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка*. Дрогобич, 2020. Випуск 30. Том 3. С. 218-223
9. Барна Х.В. Островка О. В.. Професійна підготовка майбутніх логопедів до корекційно-відновлювальної роботи з подолання ринолалії. *Сучасні тенденції розвитку науки й освіти в умовах поглиблення євроінтеграційних процесів [Електронний ресурс]* : збірник тез доповідей за матеріалами V Міжнародної науково-практичної конференції, м. Мукачево, 15 травня 2025 р. / гол. ред. Л.І. Капітан. Мукачево, 2025. С.17–19.
10. Барна, Х. В., Мотичка, Г. П. Особливості рухових порушень у дітей з важкими вадами мовлення. *Наука майбутнього : збірник наукових праць*

- студентів, аспірантів та молодих вчених* / гол. ред. В.В. Гоблик. Мукачево : РВВ МДУ, 2019. Випуск 1(3). С.116-119.
11. Барна, Х. В. Віннікова, Я. Б. Віннікова Сутність поняття просодії як інтонаційної сторони мовлення. *Сучасні тенденції розвитку науки й освіти в умовах поглиблення євроінтеграційних процесів*: збірник тез доповідей за матеріалами Міжнародної науково-практичної конференції, 14-15 травня 2020 р., Мукачево / гол. ред. Т.Д.Щербан. Мукачево : МДУ, 2020. С.47-48.
 12. Барна, Х. В. Поллогі В. М. Теоретичні аспекти вивчення інтонаційної виразності мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії. *Сучасні тенденції розвитку науки і освіти в умовах поглиблення євроінтеграційних процесів* : збірник тез доповідей II Всеукраїнської науково-практичної конференції (Мукачево, 17-18 травня 2018 р.) / гол. ред. Т.Д. Щербан. Мукачево: МДУ, 2018. С.20-22.
 13. Дідкова Л.М. Клініко-педагогічна характеристика дітей зі стертою дизартрією. *Науковий часопис. Актуальні проблеми логопедії* С. 57-62. <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/7777/didkova.pdf?sequence=1>
 14. Кас'яненко О.М., Барна Х.В.. Вплив програм раннього втручання на соціально-комунікативний розвиток дітей раннього віку з ризиком затримки мовлення. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія* : збірник науковий праць / редкол., голова Андрущенко В.П. Київ, 2025. Вип. 48. С.46–54. ISSN 2310-0893 (print) [Копія][Фахове видання][Інші наукометричні бази].
 15. Кас'яненко Оксана, Ямчук Таїса, Барна Христина. Інтегративний підхід до раннього втручання в логопсихологічній корекції онтогенетичних порушень мовлення у дітей раннього віку. *Молодь і ринок* : щомісячний науково-педагогічний журнал / гол. ред. М.Галів. Дрогобич, 2025. № 10 (242). С. 117–124. ISSN 2308-4634 (print) ISSN 2617-0825 (online)[Копія],[Index Copernicus],[Фахове видання].
 16. Кашуба Л.В., Барна Х.В.. Корекція мовленнєвих порушень: нейропсихологічний аспект. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія* : збірник науковий праць / редкол., голова Андрущенко В.П. Київ, 2025. Вип. 48. С. 54–60. ISSN 2310-0893 (print) [Копія][Фахове видання][Інші наукометричні бази].
 17. Марченко І. С., Тюленєва О. Г. Педагогічні заходи з формування комунікативної поведінки дітей із дизартрією при ДЦП: *навч.-метод. посібник* К.: Слово, 2013. 96 с.

18. Пінчук Ю. В., Циба Л. Л. Мовленнєві вправи для виховання у дітей правильної вимови звуків Р, Р', Л, Л' : *навчально-методичний посібник*. Київ : КНТ, 2007. 136 с.
19. Рібцун, Ю. В. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей молодшого дошкільного віку із ЗНМ : *Програмно-методичний комплекс*. Реком. МОНУ / Ю. В. Рібцун. К : Освіта України, 2011. 292 с.
20. Савченко М.А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей. 3-є видання, доповнене. Тернопіль: Навчальна книга: Богдан, 2007. 160 с.
21. Чекан Оксана Іванівна, Барна Христина Василівна, Марценюк Владислав Андрійович. Логопедичний масаж як засіб корекції дизартрії у дітей молодшого шкільного віку з неврологічною патологією. *Педагогічна Академія: наукові записки* : електронний журнал / гол.ред. Цехмістр Я.В. Винники, 2025. № 21. ISSN 2786-9458 (online)
22. Чекан, О. І. Іванова, В.В., Барна Х.В. Теоретичний аспект дослідження просодичної сторони мовлення у дітей дошкільного віку з дизартрією. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Педагогіка Соціальна робота* : збірник наукових праць. Ужгород : Говерла, 2019. Вип.2(45). С.228-231. (Фахове видання) (Збірник проіндексовано)).
23. Barseghyan V. et al. "Addressing Speech Disorders: A Quick Review and Description."
<https://www.google.com/search?q=24.%09Barseghyan+V.+et+al.+%E2%80%9CAddressing+>
24. Novyan & Nakobyan. "The peculiarities of speech therapy correction of rhinolalia in postoperative period."

Навчально-методичне видання

ЛОГОПЕДІЯ (ДИЗАРТРІЯ, РИНОЛАЛІЯ)

Конспект лекцій
Укладач: *Х.В. Барна*

Тираж 10 пр.

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 6984 від 20.11.2019 р.

Редакційно-видавничий відділ МДУ
89600 м.Мукачево
Вул.Ужгородська. 26
Тел.2-11-09