**Лекційні матеріали**

**Лекція 1-2**

ТЕМА: Методика логопедичної роботи при ВВР (за І. Єрмаковою)

План

* + - * 1. Мета, основні завдання та принципи корекційної роботи.
        2. Етапи логопедичної роботи. Загальна характерисика.
        3. Підготовчий (доопераційний) етап.
        4. Пiсляоперацiйний етап. Постановка голосних звукiв. Усунення надлишкового носового резонансу.
        5. Етап корекцiї звуковимови, координацi дихання, фонацiї й артикуляції
        6. Повна автоматизація набутих навичок.

Література

1. Ермакова И.И.Коррекция речи и голоса у детей и подростков. – М, 1996.
2. Ипполитова А.Г. Открытая ринолалия. – М., 1989.
3. Соболева Е.А. Ринолалия.- М., 2006.
4. Соломатина Г.Н., Водолацкий В.М. Устранение открытой ринолалии у детей. – М, 2005.
5. Хрестоматия по логопедии / Под ред.. Л.С. Волковой. – М, 1997. – Т. І.
   * + 1. **Мета, основні завдання та принципи корекційної роботи**

Мета проведення логопедичної роботи з дітьми із ВВР – попередедити або усунути патологічні компенсаторні механізми звуковимови та сформувати повноцінне неназалізоване мовлення.

Корекцiйно-педагогiчна робота з корекції мовленнєвих розладів при ринолалії передбачає жорстку фiзiологiчно обгрунтовану послiдовнiсть. Вона не залежить вiд вiку дитини, ступеня важкостi порушення фонетичної сторони мовлення, виду анатомічного дефекту, його стану (до чи пiсля пластичної операції). У першу чергу проводяться заходи щодо компенсацi недостатності пiднебiнно-глоткового затвору. Тим самим готується анатомо-фiзiологiчний базис для нормалiзацiї мовлення. Після цього вся увага приділяється постановці фiзiологiчного i фонаційного дихання, оскільки воно є основою повноцiнного голосоутворення, голосоведення та звуковимови. Активне пiднебiнно-глоткове змикання i дихальна “опора” дозволяють перейти до вирiшення основного завдання - усунення надлишкового носового резонансу i вироблення навичок фiзiологiчного голосоведення зi збалансованим резонансом вiдповiдно до норми мовлення. Тiльки пiсля цього доцiльно виправлення звуковимови, оскiльки сильний спрямований повiтряний струмiнь дозволяс продукувати повноцiннi звуки. Введення їх у слово чи фразу на основi правильно органiзованих дихання i голосоведення забезпечує можливiсть вироблення стереотипу нормального мовлення. Логопеди ж дуже часто захоплюються сумнiвною перспективою якомога швидше виправити звуки. Але корекцiя артикуляцiй, проведена до постановки дихання i голосу, полiпшує лише розбiрливiсть мовлення, зберiгаючи змазанiсть приголосних i надлишковий носовий резонанс під час вимови усіх звуків.

Корекцiйна логопедична робота з подолання ВВР будується з урахуванням наступних особливостей: будови артикуляцiйного апарату до i пiсля операцiї уранопластики, впливу обмежень функцiй пiднебiння i глотки на звуковимову i голосоутворення, iндивiдуальної реакцiїi дитини на свiй стан. При цьому дотримуються як загально дидактичних, так і спеціальних логопедичних принципів (виписати самостійно).

У залежностi вiд цього iндивiдуально пiдбираються методичнi прийоми.

* + - 1. **Етапи логопедичної роботи при ВВР**

Різні автори по-різному підходять до виділення етапів подолання ВВР.

Виписати назву і мету етапів, запропонованих Г. Іпполітовою (Хрестоматия по логопедии / под.ред. Л.С.Волковой.. – М., 1997. – Т.1.)

І.І.Єрмакова виділяє чотири загальних етапи корекційної роботи, а саме:

1. Дооперацiйний пiдготовчий етап (виписати мету).
2. Пiсляоперацiйний етап. Постановка голосних звукiв. Усунення надлишкового носового резонансу (виписати мету).
3. Етап корекцiї звуковимови, координацi дихання, фонацiї й артикуляції (виписати мету).
4. Етап повної автоматизацiї нових навичок (виписати мету).

Тривалiсть проведення кожного етапу визначасться iндивiдуально. Характерним для кожного етапу є те, що основна робота на них спрямована на рiшення визначених задач, які потребують реалізації на конкретному етапі хоча можуть застосовуватися вправи, що вiдповiдають iншим етапам.

Логопедичнi занятгя з дiтьми, що страждають уродженими розщелинами пiднебiння, повиннi проводитися тiльки iндивiдуально. Груповi заняття не пiдходять по декiльком причинам. Насамперед, розходження в змiнах функцiй по глибинi й обсягу вимагають пiдбору визначених спрямованих тренувань. Навiть на одному етапi занять дiти одного вiку можуть мати потребу в рiзних рекомендацiях. Оскiльки кожен дитячий органiзм має iндивiдуальну витривалiсть, кiлькiсть вправ, як i їхнiй комплекс, пiдбирається iндивiдуально.

Вiдомо, що нечiтке, неправильне повторения приводить до закрiплення патологiчних навичок. З огляду на те, що найчастiше опорою контролю при ринолалiї слугує тiльки зоровий аналiзатор, а можливостi правильних повторень обмеженi, жоднi неправильно вимовлений звук, слово на заняттях не повиннi залишитися без уваги логопеда. При цьому дитина потребує постiйного пiдкрiплення словесних інструкцій зоровими кінестетичними відчуттями. Крім тогоу групi часто не вдасться помiтити вiдхилень у дрiбних тонких рухах i звучаннi фонем. Невмiння правильно виконати завдання, що легко дається iншим, часто породжує в малятах негативiзм i навiть повну вiдмову займатися. У старших же пробуджується почуття неповноцiнностi, вони зневiряються у своїх силах. Порушення, що звичайно виникас в групi пiд час вправ з дуттям, вiдволiкає дiтей вiд цiлеспрямованих занять.

Одне заняття триває в середньому 30 хвилин. На заняттi проводиться корекпiйно-виховна робота з усiх напрямкiв. Тiльки на дихальну гiмнастику дiти ходять у кабiнет лiкувально фiзкультури.

Пiд час прийому у кабiнетi обов’язкова присутнiсть дорослого, котрий буде тренувати дитину вдома. Вiн повинен мати спецiальний зошит i детально записувати в нього всi iнструкцiї i завдання. Логопед точно вказує, яку кiлькiсть разiв потрiбно повторювати кожну вправу вдома. Батькам необхiдно займатися з дитиною кiлька разiв на день не бiльше 10-15 хвилин за один прийом.

* + - 1. **Підготовчий (доопераційний) етап.**

Мета - не допустити закрiплення компенсаторних патологiчних звичок i створити базу для розвитку нормального мовлення.

Завдання:

1. Пiдготувати м’язи пiднебiнної завіси до змикання пiсля операцi i попередити дистрофiю м’язiв глотки.

2. Виробити спрямований видиху вальний повiтряний струмінь та загальмувати ключичний тип дихання.

З. Змiцнити мускулатуру гортанi.

4. Створити передумови для правильної звуковимови, розвиваючи оральний праксис i перемiщуючи язик в порожнинi рота вперед.

5. Диференцiювати слухове сприйнятгя фонем.

Якщо тривалiсть дооперацiйного етапу дозволяє, то необхiдно приступити до постановки правильних артикуляцiйних укладiв приголосних звукiв.

Доцільність дооперацiйних логопедичних занять при розщелинах пiднебiння обгрунтована давно, хоча далеко не завжди реалiзується на практицi. Завдяки ж профiлактичним мiрам удається швидше активiзувати пiднебiнно-глотковий затвір пiсля операцiї i виробити кiнестезiї не назалiзованого мовлення в найкращих, близьких до норми умовах. Тодi дитина включас кiнестезiї пiднебiнно-глоткового змикання в правильно органiзований руховий стереотип. В іншому випадку рухи пiднебiння загальмовуються для пристосування до патологiчних дихального й артикуляцiйного стереотипiв.

Найбільш ефективним засобом розвитку рухливості піднебінної завіси є вокальні вправи. Виховання змикання при фонацi представляеться найбiльш фiзiологiчним. При ньому легше виробляеться умовно-рефлекторний зв’язок мiж вiдчуттям пiдйому пiднебiнної завісии i звукоутворенням за рахунок участi мовленнєворухового, мовленнєвослухового i кинестетичного аналiзаторiв. Дитина одночасно вiдчувае пiдйом сегментiв пiднебiння, вимовляе звук i чує його змiнене, полiпшене в порiвняннi зi звичайним звучання. Особливості артикуляції голосних *а* і едозволяють застосовувати їх для розвитку рухливості сегментів піднебіння.

Вправи з голосними *а, е* вводять на першому ж заняттi. Широко вiдкривши рот, дитина повторює їх за логопедом. Необхiдно тiльки залучити увагу до м’якого голосоначалу i положенню язика при фонацi Язик варто присунути до зубiв. При вiдтягуваннi його до глотки починають вправлятися, викладаючи язик на нижню губу. Надалi доторкаються кiнчиком до нижнiх рiзцiв. Поступово дiти привчаються утримувати язик в потрiбному положеннi. Починають з почергового 2-3- кратного повторення ааа, еее, але через 4-5 занять переходять до элитого i трохи роэтягнутого проголошення сполучень *ааее-ееаа* також по 2-3 рази пiдряд 6-8 разiв у день.

Спочатку сегменти пiднебiння можуть залишатися майже нерухомими. Спостерiгасться лише легке їх посмикування. Але при регулярних тренуваннях вони починають пiднiматися, трохи розходячись при цьому в сторони.

Розвитку дистрофiчного процесу в м’язах глотки перешкоджає пiдвищене навантаження. Воно збiльшує їхнiй обсяг i рухову активнiстъ.

Особливо важливi подiбнi тренування при пiдготовцi до носiння функцiонального глоткового обтуратора чи операцiї, коли носова порожнина iзолюсться винятково м’язами глотки. для цього використовують природнi моделi, що хоча i не так часто, але повторюються в повсякденному житті: iмiтацiя глоткового рефлексу i позiхання. Обидвi вправи дiти повторюють за наслiдуванням 3 рази пiдряд 6-8 разiв на день. Якщо дитинi не вдасться вiдтворити глотковий рефлекс, то логопед викликас його дотиком шпателя до задньої стiнки глотки чи кореня язика. У домашнiх умовах це роблять батьки тупим черенком ложки. Але дуже швидко дiти самостiйно вчаться iмiтувати глотковий рефлекс.

Можлива також iмiтацiя свисту (повноцiнний свист до закригття розщелини недоступний) iз затиснутими крилами носа. При свистi конфiгурацiя м’язiв глотки, що скоротилися, найбiльш близька до мовної.

Вправи для розвитку рухливостi сегментiв пiднебiння i стiнок глотки роблять регулярно аж до хiрургiчного втручання.

Корекцiя дихання до операцi передбачає вироблення здатностi чiтко видути повiтря злегка напруженими губами i подовження видиху.

Починаються вправи з навчання спрямованому дуттю, оскiльки дiти з розщелинами не володiють спрямованим повiтряним струменем i повiтря при видиху у цих дітей витiкає в нiс. Спрямований повiтряний потiк забезпечить надалi достатнiй внутрiшньоротовий тиск повiтря для утворення приголосних звукiв. У ходi занять дiти запам’ятовують вiдчуття спрямованого повiтряного потоку i можуть потiм його вiдтворити при виконаннi дихальної гiмнастики.

Недоцільно до операції застосовувати широковідомі, але вимагаючі підвищених зусиль вправи: катати олівець по столу видуваним струменем повітря, надувати кульки, дути в соломинку. Вони збільшують напругу лицьової і глоткової мускулатури, підсилюють гримаси, прискорюють видих. Головна мета в цей період — отримання хай слабкого, але свідомо направленого повітряного струменя для постановки звуків і виховання диафрагмально-ребрового типу дихання.

Голосовi вправи до операцiї зводяться до навчання дитини подовженому проголошенню звуку м на основному тонi голосу. дитина виконує вправу, не напружуючи гортанi i контролюючи резонанс. Характер регiстра - головний чи грудний – це зумовлено віком дитини.

При здоровому голосовому апаратi можна приступати до постановки голосних звукiв i вокальних вправ ще до операцi.

Постановка голосних починасться зі звуків *а* та *е*, що до цього часу досить вiдпрацьованi артикуляцiйними вправами, далi переходять до голосних *о, i, у*, *и*. Цей порядок відпрацювання звукiв заснований на змiнi сили, необхiдної для втримання сегментiв пiднебiння в горизонтальному положеннi, i на зростаннi обсягу глоткової порожнини при артикуляцi голосних, з яких *у* та *i* мають найбiльш виражений носовий резонанс як при iзольованому проголошеннi, так i в мовленнєвому потоці.

Коли дитина навчиться протяжно вимовляти в грудному регiстрi iзольованi голоснi, можна переходити до спiвучого, злитого проголошення сполучень голосних спочатку з двох, а потiм iз трьох звуків з різною силою голосу та з різною інтонацією.

Спочатку голосні вимовляють голосом середньої висоти на одному тоні, потім розширюють діапазон. Вправи вимовляють те низьким голосом — «ведмідь», то високим — «білочка», то середнім — «лисиця». Але частіше звертаються до середніх тонів, оскільки вони найбільш природні для дитини і разом з тим резонують в грудній клітці. Маленькі діти дуже охоче підтримують цю гру. Часто вони починають імпровізувати, подаючи «голоси» різних тварин, причому досить точно міняючи висоту голосу. Вони навіть намагаються передати характер тварини: «добрий ведмідь — злий ведмідь». Такі ігри слід заохочувати, оскільки завдяки ним розвивається інтонація і поліпшуються слухові диференціювання.

Ще до операцi необхiдно готувати артикуляцiйний апарат до правильного звукоутворення. Це дозволить затратити мiнiмальну кiлькiсть часу на корекцiю звукiв пiсля уранопластики i запобiгги пристосуванню дефектних навичок до нових умов.

Змiна положения язика в порожнинi рота впливає на спотворення мовлення бiльше, нiж недостатнiсть пiднебiнно-глоткового змикання. Перемiщення язика в значнiй мiрi визначає ефективність усiєї роботи, оскiльки це створює умови для постановки правильної артикуляцiї, зниження носового резонансу голосу, нормалiзацiї фонацiйного подиху. Тому для досягнення ефективності післяопераційної логопедичної роботи цьому розділу роботи необхідно приділити особливу увагу. Роз’яснюючи будь-яку вправу, обов’язково уточнюють позицiю язика i стежать за його положениям. Крiм того, призначають ряд спецiальних артикуляцiйних вправ.

При загальнiй напруженостi чи млявостi язика починають зi звичайної артикуляцiйної гiмнастики. Дитина вчиться висувати язик, забирати його, пiднiмати та опускати, рухати вправоруч-лiворуч, розслаблювати “млинчиком” i напружувати “жалом” тощо.

Слід зазначити той факт, що кiнестезiї в осiб з розщелинами пiднебiння зниженi, тому одночасно працюють не бiльш нiж над трьома видами вправ. Крiм того, навантаженi великою кiлькiстю завдань, дiти плутають їх чи виконують неточно.

При рубцовій деформації верхньої губи доводиться розвивати її рухливість. Починають з підняття і опускання верхньої губи. Дитина закушує нижню губу, а потім під рахунок піднімає і опускає верхню 5 — 6 разів підряд. Вправу виконують перед дзеркалом.

Необхідною умовою досягнення ефективності логопедичної роботи на післяопераційному етапі є розвиток фонематичного слуху.

До операцiї дитина повинна опанувати диференцiацiєю звукiв мовлення. Практичний досвiд показує, що навiть при такому грубому розладi вимовної сторони мовлення, як ринолалiя, можна навчити дитину не тiльки впізнавати фонему, але й розрiзняти на слух правильнiсть її звучання.

Діти вчаться:

1) виділяти звуки з ряду ізольованих;

2) визначати наявність звуку, що вивчається, в слові;

3) визначати місце звуку в слові;

4) відрізняти правильний звук від спотвореного (зокрема, ротової від носового);

5) визначати правильність вимови звуку, що вивчається, в словах.

Відрізняти правильне звучання від спотвореного як ізольованих звуків, так і слів діти вчаться, тільки слухаючи логопеда або інших дорослих. При цьому обличчя того, хто говорить не має бути видно. Логопед або відвертається, або ставить дитину до себе спиною, прикриває губи екраном (аркушем паперу). Вимовляти звуки і слова слід чітко, голосно. Вправа проводиться за принципом гри «Вгадай»: «Вгадай, що я скажу» і «Вгадай, чи правильно я говорю». Цей прийом використовують постійно на всіх етапах роботи.

Відтворення звука вимагають у дитини тільки після того ,як вона оволоділа його правильною вимовою. До цього ,відповіді дитини з ВВР є невербальні.

* + - 1. **Пiсляоперацiйний етап. Постановка голосних звукiв. Усунення надлишкового носового резонансу**

Безпосередньо пiсляоперацiйний етап триває дуже недовго, усього два-три тижня. Далі проводять роботу з постановки голосних звуків, усунення надлишкового носового резонансу, корекції звуковимови та координації дихання, фонацiї й артикуляцiї.

Саме пiсля пластичної операцiї забезпечується анатомо-фiзiологiчна база нормального мовлення. Головною метою логопедичних занять стає розвиток повноцiнного пiднебiнно глоткового змикання. Тiльки в першi тижнi пiсля пластичної операцiї може бути розтягнутi пiднебiнна завіса i розвинута максимальна її рухливiсть. Включення ж тільки що сформованого пiднебiння у фонацiю значно полегшує та прискорює введення навички ротового резонансу голосних у спонтанне мовлення.

До корекцiйно-педагогiчної роботи на цьому етапi приступають пiсля накладення функцiонального глоткового обтуратора чи на 15-20-у добу пiсля операцiї. У цей перiод через тривалий режим мовчання й охоронного гальмування мовлення хворих погiршуеться. М’яке пiднебiння буває набряклим, практично нерухомим, чутливiсть його вiдсутня, а деякi рухи спричиняють бiль. Дiти уникають артикуляцiї. Носовий вiдтiнок мовлення пiдсилюється, тому основною задачею стає розгальмовування сформованої пiднебiнної завіси i розвиток її рухливостi чи стимуляцiя щiльного контакту стiнок глотки з обтуратором.

Через пiвроку пiсля пластики процес рубцювання закiнчується, що незворотньо зменшує ефективнiсть вправ для активiзацiї м’якого пiднебiння. Тому в першi мiсяцi пiсля пластики пiднебiння логопедичнi заняття повиннi проводитися регулярно - 3 рази на тиждень, а вдома з дитиною повиннi щодня займатися батьки.

Рухова активнiсть пiднебiння розвивасться поступово протягом 6-8 мiсяцiв. Увесь цей час приходиться щодня повторювати артикуляцiйнi вправи.

Заняття знову починаються з протяжного вимовляння голосних *а* й *е*. Якщо пiднебiнна завіса при цьому залишається нерухомою, одночасно з фонацiєю голосного викликають глотковий рефлекс. Деякi дiти, вiдчувши незвичний рух пiднебiнної завіси, з першого разу запам’ятовують його i легко вiдтворюють пiд час фонацiї. Бiльшостi це удасться вiдразу. Рухливiсть м’якого пiднебiння під час повторення *а*, *е* зростає у цих дітей поступово вiд посмикування до помiтного руху в продовж двох тижнiв.

Голоснi вимовляють спокiйно, трохи протяжно, голосом середньої звучності. Під час відтворення звуку на твердiй атацi можна спостерiгати рiзкий пiдйом пiднебiнної завіси, але через слабкiсть м’язiв вдержати його не вдається. Промовляння на твердiй атацi показує потенцiйну можливiсть пiднесення м’якого піднебіння, але розтягування м’язiв досягається тiльки повiльними i плавними рухами. Логопеду потрібно спостерiгати, скiльки разiв пiднiмається пiднебiння при фонацiї звуків *а*, *е*. Кiлькiсть пiдйомiв як правило коливається вiд 1 до 4. Потiм пiднебiнна завіса провисає, i продовження тренувань ефекту вже не дає, а тiльки закрiплює шкiдливу навичку. Тому число вправ протягом дня й в один прийом встановлюється суворо iндивiдуально. Даючи рекомендацiї батькам, логопед їм докладно роз’ясняє, що голоснi потрiбно вимовляти по-черзi, голосом середньої звучностi не раніше, ніж через 1,5 години пiсля прийняття їжi, з iнтервалом мiж заняттями не менш 30 хвилин. У середньому, дiти 6-7 рокiв повторюють звуки *а*, *е* по 2 рази пiдряд 5-6 разiв на день протягом двох днiв, 6-8 разiв у день протягом 3 днiв, по 3 рази пiдряд 6-8 разiв протягом 5 днiв, а потiм по 3 рази підряд 8-10 разiв у день протягом мiсяця. Потiм кiлькiсть повторень зменшується в зворотному порядку: 6-8 разiв у день - 10 днiв, 4-6 ще 10 днiв, по 3 рази протягом 4 мiсяцiв, але в один прийом увесь цей час проговорюють голоснi 3 рази пiдряд.

З третього-четвертого занятгя голоснi звуки вимовляють попарно, разом *ае-еа*. Тут потрiбно визначити, вiд якого з них пiднебiння пiднiмається вище, з нього i починати тренуватися. Цей голосний звук варто спочатку тягти довше: *ааае, еееа*. Але згодом тривалiсть звучання фонем зрiвiнюється. Буває, що пiднебiння краще i вище пiднiмається під час вимови звука *о*, аніж під час вимови звуків *а* чи *е*. Цю ймовiрнiсть завжди треба перевiрити i тодi обов’язково включити звук у початковi пiсляоперацiйнi вправи.

Набагато активнiше i вище, нiж при звичайнiй фонацiї пiднiмається пiднебiнна завіса під час спiву, що легко спостерiгати вiзуально. Крiм того, чiтко чутно i зменшення носового вiдтiнку. Голоснi *а*, *е*, *о* можуть звучати зовсiм чисто. Мимовiльний пiдйом піднебінної завіси під час спiву з успiхом можна використовувати для розгальмовування пiднебiння i розтягування рубців.

Для розтягання свiжих рубців, крiм спiву, можна застосовувати сухе проковтування. За даними С.Рубінова, iнтенсивнiсть скорочення мускулатури збiльшується зi зменшенням змiсту ковтка, i при багаторазовому проковтуваннi слини тривалiсть пiднебiнно-глоткового змикання теж збiльшується. Оскiльки цi рухи не розвивають мовленнєвого затвору через розходження конфiгурацiї i функцiї замикальних механiзмiв глоткової мускулатури, ковтальнi рухи доцiльно використовувати тiльки для розтягування рубців протягом 5-6 мiсяцiв. Через пiвроку процес рубцювання закiнчується, i вправи подiбного роду вже не допомагають розтягги пiднебiнну завісу.

З дiтьми, що не займалися до операцiї, починають з “плювання”, дуття на вату i т.п. Не рекомендусться застосовувати свистки, сопiлочки i подiбнi їм iграшки, а також надування куль, тому що вони вимагають значно бiльшої напруги, чим необхiдно для мовлення. Ця напруга може iррадiювати на м’язи щиї й обличчя.

Як тiльки пiднебiння стане утримуватися в пiдйомi 1-2 секунди, варто приступати до нормалiзації резонансу голосних звукiв. Попередньо дитинi пояснюються поняття резонансу, розходження носового i ротового резонансiв, вона учиться диференцiювати на слух резонанс голосних, які вимовляються логопедом. Сама дитина тренується спочатку в відтворенні iзольованих голосних звукiв, потiм у сполученнях по 2 i 3 звука. Голоснi вводяться в порядку *а, е, о, i*, *и, у*. Першi кiлька днiв вправи складаються тiльки з вимови звуків *а, е о*, потім додаються поступово інші звуки.

Усi звуки дитина вимовляс розтягнуто, разом, з утрировано вiдкритими артикуляцiями. Язик просунутий до нижнiх зубiв. Рот широко вiдкритий. Увагу дитини залучаємо до кiнестезiй широкого розкриття глотки i вiдкрите звучання голосних. Вибiр регiстра звучання - головний чи грудний-залежить вiд вiку дитини 5 довжини пiднебiння, дiтям старше 10 рокiв чи що мають укорочене пiднебiння рекомендується постановка голосу в грудному регiстрi. Але в будь-якому випадку фонацiя здiйснюється тiльки на м’якiй атацi.

З дiтьми, що вперше звернулися до логопеда пiсля операцi доводитьсяпрацювати одночасно над постановкою діафрагмально-реберного типу дихання та цілеспрямованого подиху. Дуже важливо вiдразу приступити до перемiщення язика в переднiй вiддiл порожнини рота, тому що спонтанно це пiсля уранопластики не вiдбувається.

**5. Етап корекцiї звуковимови, координацi дихання, фонацiї й артикуляції**

Пiсля досягнення змикання м’якого піднебіння з задньою стінкою глотки, оволодiння спрямованим струменем видихуваного повітря та вимовою голосних без носового резонансу переходять до наступного етапу корекційної роботи – формування правильної звуковимови усіх звуків. Новим цей етап у роботі з дитиною можна назвати умовно тому, що робота над формуванням правильних артикуляційних укладів окремих звуків, зокрема голосних, проводилася і на підготовчому етапі та це не було провідним завданням зазначеного етапу.

Основною метою саме цього етапу логопедичної роботи є корекцiя приголосних звукiв, введення їх у мовленнєвий матеріал скоординовано з дихальною опорою i ротовим резонансом голосних. Кінестезії, які виникають при цьому забезпечують вiдтворення фонетично правильних звуків мовлення. Подiбних вiдчуттiв дитина з ринолалiєю нiколи ранiше не сприймала, у її пам’яті їх немає. Це означас, що на зазначеному етапi вiдбувається створення i закрiплення нових мовленнєворухових i мовленнєвослухових зв’язкiв, які дозволяють створити новий мовленнєвий стереотип. [

Артикуляцiйнi вправи для посилення пiднебiнно-глоткового змикання вже втрачають своє першорядне значення. При рухливiй пiднебiннiй завісі вiд них взагалi можна вiдмовитися.

Уведення нових навичок в усне мовлення починається з проговорювання складів, де приголосний звук стоїть в інтервокальній позицiї - мiж двома голосними.

У процесі роботи над приголосними фонемами значні труднощі виникають під час введення приголосного звука у прямий склад. Це пояснюється необхідністю більш високого підняття м’якого піднебіння у порівнянні з оберненим складом, більшою злитістю фонем у прямому складі. Крім того під час відтворення сполучення “приголосний - голосний” дiти з ринолалiєю виявляють також спробу додатково відтворити стару патологічну артикуляцію в момент переключення від приголосного звуку до голосного, тобто вони спираються на старi зв’язки. Подолати цi труднощi допомагають повторення звукосполучень під час фонацiї в грудному регiстрi iз приголосною фонемою iнтервокальній позицiй. У таких умовах легше утримувати пiдйом пiднебiння завдяки вже поставленим голосним звукам.

Найбiльш легко їм вдається повторення вправ iз сонорами *л, л’* i фрикативними *в, в’, ф, ф’*, поставити якi пiсля операцi вдасться легше i простiше iнших звукiв. Дитина має можливiсть вимовляти цi фонеми довше, нiж звичайно, плавно переходячи до артикуляцiї голосного.

Вибухові приголосні фонеми вводяться у вправи після фрикативних.

Дитина, проговорюючи звукосполучення, повинна зручно сидіти на стiльцi, поклавши руку на груди. Звукосполучення необхідно повторювати на м’якому видосі, за наслідуванням за логопедом, а потім самостійно. При правильному виконанні вправи долонею дитина буде відчувати дрібну вібрацію грудної клітини.

Потім відпрацьовують вимову звука зi зменшенням сили голосу на першому голосному звуці i збільшенням на другому. Вихідне положення як і у попередній вправі:

аВА аВЯ аЛА аЛЯ аФА аФЯ

аВЕ иВЕ аЛЕ аЛЕ аФЕ аФЕ

аВО аВО аЛО аЛО аФО аФО

аВУ аВЮ аЛУ аЛЮ аФУ аФЮ

аБИ аВІ аЛИ аЛI аФИ аФI

Аналогічні вправи виконують з усіма приголосними по ходу роботи над ними. Так дитину підводять до беззвучної вимови першої голосної фонеми i переходять до повторення відкритих складів, що завершує введення голосних у склади.

Прагнучи якнайшвидше ввести викликанi фонеми в слова i речення, з дiтьми проговорюють короткi фрази, тому що крiм правильного резонансу, необхідно закрiпити нормальне положення язика, при введеннi фонеми в мовленнєвий матерiал пропонують слова, що включають тiльки поставленi звуки. Виключення може складати тiльки звук *р*, якщо цей звук замiняється проторним чи одноударним звуком без носового вiдтiнку. Цi вправи полегшують слуховий i кинестетический контроль, забезпечують постiйне повторення i фiксацiю тiльки правильних рухово-звукових моделей, що створює мiцнi слухомовленнєворуховi зв’язки.

Тому логопеду доводиться iндивiдуально для кожної дитини пiдбирати слова i фрази, з огляду на його вiк i рiвень розвитку мовлення.

Розвиток фонематичного слуху на цьому етапi спрямовано на співставлення порушеної звуковимови дитини i правильної. Починаеться навчання з аналiзу артикуляцй i нових вiдчуттiв, сприйнятих під час правильного вимовляння фонеми. Увагу дитини постійно зосереджують на положенні органів артикуляції під час вимови звука, струмінь видихуваного повітря тощо. Логопед запитує дитину: “До яких зубiв доторкнувся язик: до верхнiх чи до нижнiх? Який був вiтерець: холодний чи теплий? Де вiдчув вiтерець: у горлi на язику?” Потім спонукують дитини прислухатися до своїх відчуттів при виконаннi вправ: “Подуй, поплескай губами i послухай. Який звук виходить? Вiн звучить як завжди, чи по-iншому? А який тобi бiльше подобається: новий чи старий? Як, по-твоему, який правильний?” Пiд час такої бесiди фонему кiлька разiв повторюють, i так поступово закрiплюється зв’язок артикулеми зi звучанням.

Щоразу, вимовивши новий звук, дитина повинна одержати оцiнку “правильно” чи “неправильно”. У цей перiод весь матерiал занять вона проговорює за логопедом. Кожен звук, склад, слово вона слухає, вiдтворює i слухає, оцiнює. Доцільно перепитувати: “Ти правильно сказав?” Жодного випадку дефектне проголошення не повинне залишитися без уваги. Логопед може навiть перепитати слово, вимовляючи його так, як сказала дитина.

Знову вправляються в розрiзненнi правильних i дефектних фонем у словах i складах, які вимовляє дорослий. Але на зазначеному етапi ще рано аналiзувати звучання слiв зi збігом приголосних чи фонем, близьких за звучанням. Парнi звуки диференціюють лише під час їх замiн. Поки не досягнуте чiтка вимова звуку, усi вiдповiдi на завдання повиннi бути не вербальними: пiдняти руку, плеснути в долонi i т.п..

1. **Повна автоматизація набутих навичок**

Для досягненяя автоматизацiї нових навичок правильного звукоутворення проводиться робота з введення в спонтанне мовлення сформовані звуки.

Слід зазначити, що введення поставлених звукiв у спонтанне мовлення проходить неоднаково в дiтей рiзного вiку.

Для молодших дошкiльникiв поява нових фонем - процес, тiсно зв’язаний з розвитком мовлення. Якщо фонема чiтко диференцiюється на слух, то дiти віком вiд 3-х до 5-ти рокiв легко, а часто і спонтанно починають переключатися на новий звук Тому доцiльно на заняттях з малятами наближати їх до живої ситуативної обстановки - це iгри типу лото, вiдгадування загадок, додавання слiв у реченнi, сюжетнi iгри з називанням однорiдних предметiв. По ходу занять iгри i бесiди ускладнюються i стають бiльш тривалими.

Пiдiбраний дидактичний матерiал дозволяє сконцентрувати увагу дитини на визначенiй групi звукiв, а форма занять, що передбачає вiльнi, довiльно побудованi й емоцiйно забарвлені вiдповiдi, що і забезпечує закрiплення нових навичок спонтанного мовлення. При цьому логопед повинен ретельно пiдготувати й органiзувати заняття так, щоб лексика, яка на ньому відпрацьовується складалася тiльки з уже викликаних звукiв. Тодi основна увага концентрується на координацiї мовленнєвих кінестезій, подиху, звуковимові i тембрі голосу.

Уникаючи скандованого поскладового промовляння, слiд якомога ранiше переходити вiд слова до фрази. Промiжним варiантом можуть бути словосполучення чи повторення речень iз трьох слiв у два прийоми. Раннє введення фрази у вправи допомагає закрiпити координацiю видиху iз синтагмою. Фрази вимовляються спiвучо. Голоснi звуки допомагають утримувати ротовий резонанс.

Скоромовки, прислiв’я, вiршi й iнший подiбний матерiал потрiбний тiльки для закрiплення артикуляцiй. Вони не допомагають полiпшити живе невимушене мовлення. Також немає необхiдностi вчити напам’ять багато вiршiв, лiчилок, прислiв’їв, їх рекомендують тiльки для тренувань удома.

Дiти старшого дошкiльного i молодшого шкiльного вiку вже критично вiдносяться до свого недолiку. Вони соромляться не тiльки дефектної, але i нової правильної вимови. Вони бояться кожного випадку залучення уваги до себе (але iнодi можуть i зовсiм байдуже вiдноситися до свого недолiку). Досить легко опановуючи мовленнєві вправи, вони iнодi вiдмовляються правильно вимовляти викликанi звуки в спонтанному мовленні. У цьому випадку особливого значення набуває психотерапевтичний аспект роботи. Крiм бесiд з дитиною, обов’язково залучають до корекційного процесу батькiв, вихователя дитячого садка чи вчителя. Успiшний виступ дитини на святi, чiтка вiдповiдь у дошки допомагають зламати старi стереотипи, позбутися вiд комплексу неповноцінності.

Мовленнєві вправи на цьому етапi практично не зменшують залишкової ринофонiї, тому що на заняттях дiти мимоволi вимовляють тексти з бiльш уповiльненою i перебiльшеною артикуляцiєю. Залишкова ринофонiя особливо стійко зберiгається в пiдлiткiв i дорослих. Пояснюється це незкоординованiстю рухiв знову сформованої пiднебiнної завіси в потоцi спонтанного мовлення i тривалим досвiдом патологiчної навички.

Пiсля закiнчення занять з дiтьми здiйснюється диспансерне спостереження. Перший час їх оглядають один раз у 3-4 тижнi. Потiм iнтервали поступово збiльшуються до пiвроку. Таке спостереження дає можливiсть вчасно прийти на допомогу дитинi, провести з ним невеликi курси вправ ( по 2-3 тижня), якщо дитина почне втрачати певні мовленнєві навички.

**Лекція 3**

**Тема:** Методика корекції звуковимови у дітей з вродженою відкритою ринолалією

План

1. Наукові засади формування звуковимови у дітей з ринолалією у поопераційний період.
2. Особливості логопедичної роботи з корекції звуковимови після уранопластики.
3. Розвиток фонематичного слуху на III-му етапі логопедичної роботи (За І.Єрмаковою).
4. Комплекс завдань для формування звуковимови дітей з ринолалією після операції.
5. Конспекти-зразки логопедичних занять із навчання правильної вимови звуків для дітей дошкільного віку.

**Література:**

1. Ермакова И.И.Коррекция речи и голоса у детей и подростков. – М, 1996.
2. Ипполитова А.Г. Открытая ринолалия. – М., 1989.
3. Соболева Е.А. Ринолалия.- М., 2006.
4. Соломатина Г.Н., Водолацкий В.М. Устранение открытой ринолалии у детей. – М, 2005.
5. Хрестоматия по логопедии / Под ред.. Л.С. Волковой. – М, 1997. – Т. І.

**Наукові засади формування звуковимови у дітей з ринолалією в постопераційний період**

З дітьми із ринолалією починають заняття після уранопластики. Це залежить від якості доопераційної підготовки на заняттях з логопедом і від результатів операції. Вони можуть бути різними. В кращому випадку при уранопластиці повністю відновлюється м'яке піднебіння, тобто воно стає досить довгим і рухливим, так що при підйомі майже стикається із задньою стінкою глотки (з валиком Пассаван). Частіше ж м'яке піднебіння і після уранопластики залишається укороченим, а зіткнення зі стінкою глотки не відбувається, внаслідок чого повного піднебінно-глоткового затвора не утворюється. Іноді після операції на піднебінні залишаються свищі (незрощені ділянки піднебіння), і виникає питання про повторні операції.

 На заняття можуть приходити діти, які:

- не проходили доопераційної логопедичної підготовки;

-проходили часткову підготовку до операції і поліпшили свою вимову;

-які пройшли повний курс доопераційних логопедичних занять за пропонованою методикою;

- отримали до операції логопедичну допомогу за іншими методиками.

Час приходу на логопедичні заняття після уранопластики також може бути різним. Облік всіх цих факторів дозволяє в кожному окремому випадку визначати конкретні шляхи логопедичної роботи після уранопластики. Перш за все - про значення результативності операції. Можливості логопедичної роботи дозволяють компенсувати незначні дефекти і домогтися правильного мовлення у дитини без повторної операції. Хірургічне втручання створює передумови до оволодіння дитиною правильного мовлення.

Логопед повинен допомогти дитині навчитися користуватися мовленням в анатомічно нових умовах. Для всіх хворих (в минулому або ті, що не проходили доопераційну підготовку) необхідні логопедичні заняття після уранопластики. Це пов'язано з тим, що анатомія м'язової тканини піднебіння після операції змінюється, що може відбитися на якості мовлення навіть у разі його повної нормалізації до операції. Дозування занять та їх тривалість в таких випадках варіюються, хоча принципи і методика їх проведення залишаються однаковими.

Якщо доопераційні заняття проводилися за правильною методикою, то дитина має повну можливість після операції говорити правильно. Іноді потрібно лише 5-6 занять, щоб допомогти опанувати нормальним мовленням в нових умовах. Для цього повторювалися артикуляції всіх голосних і приголосних звуків за зошитом дитини і при постійному контролі за діафрагмовим диханням і ротовим видихом, проводилося закріплення досвіду чистої вимови в повсякденному мовленні. Спочатку темп мовлення уповільнювався; поступово він нормалізувався, і увага хворого прямувало на виразність мовлення. Постійний контроль за мовленням дитини спочатку здійснювався логопедом, а потім батьками та особами, що оточували дитину вдома і в школі. Періодично логопед консультував дитину. Але, як було вже сказано, операція не завжди надає позитивний ефект на якість мовлення. Якщо дитина займалася до операції з логопедом, але повної чистоти вимови добитися не вдалося, а після операції носове звучання її не зникло, необхідно всю логопедичну роботу почати заново.

При наявності носового відтінку в мовленні дитини не можна використовувати як опорного жодного звуку. Недотримання цього правила може призвести до того, що ефект логопедичного впливу позначиться тільки на якості артикуляції звуків, акустична ж їх характеристика так і залишиться дефектною. На логопедичних заняттях після уранопластики необхідно приділяти більшу увагу розвитку слухового контролю та фонематичного сприйняття.

Для дітей дошкільного віку, що займалися до операції з логопедом, можна ввести спеціальні заняття з підготовки до навчання грамоті. Це дозволить протягом більш тривалого часу автоматизувати навички правильної вимови і попередити в майбутньому порушення письма. Велика увага в післяопераційній роботі слід приділяти участі мімічних м'язів у мовленні, попередження появи їх зайвої напруженості в процесі мовлення і виникнення синкінезій. Ринолаліки, до операції займалися за іншими методиками або зовсім не одержали логопедичної допомоги, повинні бути ретельно обстежені логопедом. При виборі шляху впливу враховуються їх можливості та особливості дефекту мовлення. Якщо вимова дитини із ринолалією, що надійшла на логопедичні заняття після операції, немає носового відтінку, немає напруги в лицьових і мімічних м'язах, але відсутній ряд звуків, то з нею можна займатися як при дислалії, тобто використовувати способи викликання відсутніх звуків.

Автоматизація набутих на занняті навичок, проходить у кожного по-різному. Це може залежати від ряду причин. Помилки, допущені дитиною при мовленнєвому спілкуванні, можуть бути викликані тим, що вона передчасно почала використовувати в побуті навички, набуті на логопедичних заняттях. При цьому стійкість набутих навичок та їх автоматизація порушуються.

Контакт логопеда і дитини триває досить довго і після закінчення логопедичних занять. Це викликано низкою причин. Часто дітям із ринолалією роблять косметичні операції для ліквідації залишкових дефектів носа і верхньої губи. Зазвичай такі операції проводяться у віці 18-20 років. Іноді робиться трансплантація (пересадка) тканини на губі. Період включення в діяльність верхньої губи після трансплантації досить тривалий і поступовий. У цей період у хворого може з'явитися носовий відтінок у мовленні, так як у верхньому відділі мовленнєвого апарату знову змінилися умови: порушилася звичний м'язовий взаємозв'язок.

Після операції на губі для проходження повітряного струменя через ротовий отвір потрібно дещо більше розкриття рота, ніж раніше (до операції). Логопедичні консультації в даному випадку будуть корисні. Вони можуть зводитися до 3-5 бесід, але це необхідно, щоб мовлення залишилося нормальним. Операція носа та виправлення носових перегородок теж вимагають післяопераційного спостереження за вимовою. Логопедичне і психотерапевтичне втручання потрібне також і в період статевого дозрівання, коли у дітей змінюється голос. У силу фізіологічних змін в гортані і зміни дихання в період статевого дозрівання у підлітків знову може з'явитися носовий відтінок у мовленні. Цей відтінок поступово зникне, якщо він сам згадає про закономірності нормальної вимови, але часто в цей момент йому потрібна допомога логопеда. Логопед з'ясовує його труднощі і регулює темп мовлення, артикулювання, вирівнює дихання. У цей час в логопедичній роботі необхідно використовувати зорове сприйняття, кінестетичний та слуховий контроль. Широке використання різних аналізаторів дозволяє домогтися ефективних результатів в найкоротші терміни.

Отже, логопедична робота після уранопластики будується з урахуванням доопераційної роботи та ефективності операції. Методи роботи модифікуються залежно від особливостей мовлення пацієнта з урахуванням його психологічного статусу.

1. **Особливості логопедичної роботи з корекції звуковимови після уранопластики**

Після розробки доступного піднебінно-глоткового змикання, оволодіння спрямованим повітряним струменем, вимови голосних без носового резонансу і постановки дихання переходять до роботи з вироблення і закріплення нових мовленнєворухових і мовленнєвослухових зв'язків, які повинні привести до створення нового мовленнєвого стереотипу. Корекція голосних звуків проводилася на попередніх етапах. Далі відбувається корекція приголосних звуків, які вводяться в мовленнєвий матеріал скоординовано з дихальною опорою і ротовим резонансом голосних. Виникаючі при цьому кінестезії забезпечують відтворення фонетично правильного мовлення. Подібних відчуттів дитина з ринолалією ніколи раніше не відчувала, в її пам'яті їх немає.

На цьому етапі артикуляційні вправи для посилення піднебінно-глоткового змикання втрачають на своє першорядне значення. Введення нових навичок в усне мовлення починається з промовляння вправ зі складами, де приголосний звук стоїть у інтервокальній позиції – між двома голосними.

У процесі роботи над приголосними фонемами від підготовки їх до автоматизації найбільш важким представляється введення звуку в прямий відкритий склад, тобто з'єднання його з наступним голосним. Це пояснюється необхідністю більш високого підняття піднебінної занавіски в порівнянні із оберненими складами, більшою злитістю фонем в прямому складі і спробою дитиною компенсувати приглушене звучання посиленим видихом і перебільшеною артикуляцією.

При вимові сполучення «приголосний - голосний» діти з ринолалією виявляють також спробу додатково відтворити стару патологічну артикуляцію в момент перемикання від приголосного звуку до голосного, тобто вони спираються на старі зв'язки. Подолати ці труднощі допомагають повторення звукосполучень при фонації в грудному регістрі з приголосними фонемами інтервокальної позиції. У таких умовах легше утримувати підйом піднебіння завдяки вже поставленим голосним звукам. Найбільш легко вдається повторення вправ з сонора [л], [л’] і фрикативний [в], [в'], [ф], [ф'] поставити, які після операції вдається легше і простіше інших звуків. Дитина має можливість вимовляти ці фонеми триваліша, ніж зазвичай, плавно переходячи до артикуляції голосного:

**ава авя ала аля АФА афя  
АВЕ аве але но афе АФЕ  
аво аве ало но АФО АФЕ  
аву авю алу алю АФУ афю  
Ави Аві али али афи АФІ**

Вибухові приголосні фонеми вводяться у вправи після фрикативних.

Дитина, промовляючи звукосполучення, сидить на стільці, поклавши руку на груди. Звукосполучення повторює на м'якому видиху, відображено за логопедом, а потім самостійно. При правильному виконанні вправи долоня відчуває дрібну вібрацію. Потім відпрацьовують проголошення зі зменшенням сили голосу на першому голосному звуці і збільшенням на другому. Початкове положення колишнє:

**АВА аВЯ АЛА АЛЯ АФА аФЯ  
АВЕ АВЕ аЛЕ Альо аФЕ АФЕ  
АВО АВЕ Ало Альо АФО АФЕ  
АВУ аВЮ АЛП Алю АФУ аФЮ  
Ави АВІ али АЛІ аФИ АФІ**

Аналогічні вправи виконують з усіма приголосними по ходу роботи над ними. Так дитину підводять до беззвучної вимови перших голосних фонеми і переходять до повторення відкритих складів, що завершує введення голосних у склади. Щоб полегшити проголошення відкритих складів, треба прагнути викликати звук по можливості не ізольованим, а в поєднанні з голосним. Тоді приголосні набагато легше вводяться в спонтанне мовлення, оскільки саме склад є одиницею артикуляційної програми. Прагнучи якомога швидше ввести викликані фонеми в слова і пропозиції, з дітьми промовляють короткі фрази. Так що крім правильного резонансу слід закріпити нормальне положення язика, при введенні фонеми в мовний матеріал пропонуються слова, що включають тільки поставлені звуки. Виняток може становити тільки [р]. Ці вправи полегшують слуховий і кінестетичний контроль, забезпечують постійне повторення і фіксацію тільки правильних рухово-звукових моделей, що створює міцні слухомовнорухові зв'язки. Тому доводиться індивідуально для кожної дитини підбирати слова і фрази, враховуючи також вік і рівень розвитку, що при наявності навіть невеликої кількості дидактичної літератури не складає особливих труднощів.

Через ще обмежену кількість фонем потрібно промовляти якомога більше словосполучень і фраз з них, щоб не фіксувати вироблення нового досвіду на вимові стабільного дидактичного матеріалу, а максимально наблизитися до умов розмовного мовлення. При цьому використовуються повторення словосполучень за даним зразком і перестановка слів. Наводимо приклад подібних вправ. Мається на увазі, що навчаємо проголошенню фонем [в, в ', ф, ф', л, л '] і голосних:

**Валя Ляля Філя он Валя Валя ловила Алю  
Вова Аля лев он Вова Вова вів Лялю  
воля Лева Уфа он лев Філя вийняв вила  
лівий вила повела геть вила Ляля відвела Філю**

Особливо важливий період введення звуку в слова для дітей молодшого дошкільного віку. Звуки і склади, позбавлені конкретного сенсу, становлять для них абстракцію, не пов'язану з промовою. Тому в словах звуки у них часто звучать краще, ніж ізольовані.

1. **Розвиток фонематичного слуху на III-му етапі логопедичної роботи (За І.Єрмаковою)**

Робота спрямована на зіставлення звуковимови дитини з нормотиповою вимовою. Діти з ринолаліє можуть вільно розрізняти фонеми та їх особливості в чужій вимові, також вважають, що самі говорять правильно. Для успішної ж постановки звуків, яка займає основне місце в заняттях III-го етапу, дитина повинна вміти оцінити, чи правильно вона сама вимовляє звуки. Починається навчання з аналізу артикуляції і нових відчуттів, які виникають при правильному проголошенні фонеми. Доводиться питати дитину: «До яких зубів доторкнувся язик: до верхніх або нижніх? Який був вітерець: холодний або теплий? Де відчув вітерець: в горлі або язиці?» Потім спонукають дитину прислухатися до себе при виконанні вправ. «Подуй, поплещи губами і послухай. Який звук виходить? Він звучить як завжди або по-іншому? А який тобі більше подобається: новий або старий? Як, по-твоєму, який правильніше?» Під час такої бесіди фонему кілька разів повторюють, і так поступово закріплюється зв'язок артикулеми зі звучанням. Кожен раз, коли сказав новий звук, дитина повинна отримати оцінку «правильно» або «неправильно». У цей період весь матеріал занять він промовляє за логопедом. Кожен звук, склад, слово він слухає, відтворює і слухає, оцінює. Корисно перепитувати: «Ти правильно сказав?». В жодного випадку дефектного проголошення не повинно залишитися без уваги. Логопед може навіть перепитати слово, вимовляючи його так, як сказала дитина. Знову вправляються в розрізненні правильних і дефектних фонем в словах і складах, вимовлених дорослим. Але на III-му етапі ще рано аналізувати звучання слів зі збігом приголосних фонем, які містять кілька акустично близьких фонем. Парні звуки диференціюють лише при замінах. Наприклад, викликали [г], а дитина користується ним замість [к]. Ще не досягнуто чіткої вимови звука, всі відповіді на завдання повинні бути жестовими: підняти руку, хлопнути в долоні і т. д. Буває, що дитина опиняється нездатною до фонематичного аналізу власного мовлення. У цих випадках вся робота спирається на кінестетичні та тактильні відчуття. Зоровий аналізатор лише тимчасово бере участь у навчанні. При контролі спонтанної вимови він активно не допомагає. Займаючись з такою дитиною, доводиться дуже чітко продумувати і формулювати інструкції. Звичайні зауваження: «Роби, як я, посвисти, подми. Послухай і скажи ... » - не допомагають, бо дуття означає для дитини видих горлом, а фонеми вона не розрізняє. Дитина просто відтворює свої неправильні навички. Доводиться вдаватися до неприродних формулювань, наприклад: «подми на язик, плюнь» і т. д. Діти краще розуміють їх і виконують, що потрібно. Працюючи з цими дітьми, не можна називати звук, який готується, поки дитина не буде в змозі вимовити його.

1. ***Комплекс завдань для формування звуковимови дітей з ринолалією після операції***

Постановка звуків у більшості випадків є складним ненатуральним процесом, на відміну від самостійного виникнення звуку у дитини. З фізіологічної точки зору постановка звуку – це утворення умовного рефлексу. З педагогічної – під постановкою звука розуміємо послідовний процес навчання дитини правильній вимові змішуваного, відсутнього чи викривленого звуку, який здійснюється індивідуально на індивідуальних заняттях і правильно вимовлені звуки мовлення є результатом взаємодії складових мовного апарату. Постановка звука здійснюється на другому етапі логопедичної роботи і досягається застосуванням основних способів постановки. Кожний звук характеризується тільки йому властивою комбінацією артикуляційних та акустичних ознак правильної вимови.

Перший спосіб – за наслідуванням, коли увагу дитини фіксують на рухах, положеннях органів артикуляційного апарату(при цьому використовують зоровий контроль) і звучання даної фонеми(слуховий контроль). Тим самим утворюється база для усвідомлення відтворення звука дитиною. Додатково використовуються тактильно-вібраційні відчуття, а саме: тильною стороною долоні перевіряється поштовхоподібний струмінь повітря під час вимови звука або вібрація голосових зв'язок при дзвінких звуках. Другий спосіб ґрунтується на зовнішньому, механічному впливові на органи артикуляції спеціальними зондами та шпателями. Постановочні логопедичні зонди виконують допоміжну функцію для вироблення більш точних і повних артикуляційних рухів. Механічна дія значно прискорює процес постановки звуків. Логопед просить дитину вимовляти звук кілька разів і під час повторного вимовляння за допомогою зонду змінює положення язика, губ, щелеп, тобто формує потрібний артикуляційний уклад даного звука. Поступово отримані з механічною допомогою артикуляції закріплюються і дитина відтворює їх самостійно. Третій спосіб базується на поєднанні двох попередніх. Провідну роль відіграє наслідування і пояснення. Механічна допомога може застосовуватися додатково, проте логопед пояснює дитині, що потрібно робити, щоб отримати потрібний звук. При цьому способі дитина стає активною, а сформоване нею за допомогою положення фіксується в пам’яті та легко відтворюється на далі без механічної допомоги.

На думку М.К. Шеремет, перед етапом постановки звуку дитина повинна навчитися:

- упізнавати звуки мовлення і не змішувати їх при сприйманні;

- відрізняти нормовану вимову від дефектної;

- здійснювати слуховий контроль за своєю вимовою й оцінювати якість звуків власного мовлення;

- здійснювати необхідні артикуляції, які відповідають нормативній вимові звуків;

- видозмінювати артикуляційні уклади звука залежно від поєднання його з іншими звуками в потоці мовлення;

- безпомилково використовувати звук у сіх видах мовлення.

Заняття з логопедом передбачають і деякий рівень обізнаності в логопедичній термінології. Дитина повинна володіти назвами органів артикуляційного апарату: губа – верхня і нижня; зуби, зубний ряд – верхній і нижній; альвеоли, альвеолярний ряд – верхній і нижній; язик, його елементі – корінь язика, спинка язика, передня і задня частина спинки язика, кінчик язика, лезо язика; піднебіння – тверде і м’яке, маленький язичок; глотка; голосові зв’язки. Дитина має розуміти значення слів «напружений», «розслаблений», «зімкнення», «повітряний струмінь» і т.д. Засвоїти різницю між поняттями звуків:

- голосний – це звук, при творенні якого струмінь видихуваного повітря не зустрічає перешкоди в ротовій порожнині, твориться за участю голосу;

- приголосний – звук, при творенні якого струмінь видихуваного повітря зустрічає перешкоди в ротовій порожнині й утворюється за участю голосу і шуму;

- буква(літера) – це знак для позначення звуків.

Розуміти, що склад – це частина слова, що вимовляється одним поштовхом видихуваного повітря; слово – це звукове вираження певного поняття, а речення – це слово чи група слів пов’язаних змістом, граматично та інтонаційно оформлених, що є засобом вираження думки.

**Методика постановки звуків мовлення у дітей з ринолалією після операції**

Зміст логопедично робота містить адаптовані завдання методик А.Г. Іпполітової та І.І. Єрмакової та включає наступні розділи:

1. Формування мовного дихання при диференціації вдиху і видиху.

2. Формування тривалого ротового видиху при реалізації артикуляції голосних звуків (без включення голосу) і фрикативних глухих приголосних.

3. Диференціація короткого і тривалого ротового і носового видиху при формуванні сонорних звуків і африкат.

4. Формування м'яких звуків.

Діти з ринолалією, які починають займатися з логопедом після пластики, за своїм складом неоднорідні. Це залежить від якості доопераційної підготовки на заняттях з логопедом і від результатів операції. Вони можуть бути різноманітні. У кращих випадках при пластиці повністю відновлюється м'яке піднебіння, тобто воно стає досить довгим і рухомим, так що при підйомі майже стикається із задньою стінкою глотки (з валиком Пассавана). Частіше ж м'яке піднебіння і після операції залишається укороченим, а зіткнення зі стінкою глотки не відбувається, внаслідок чого повного піднебінно-глоткового затвору не утворюється. Іноді після операції на піднебінні залишаються свищі (ділянки піднебіння, які не зрослися), і виникає питання про повторення операції.

На заняття можуть надходити хворі:

• які не проходили доопераційної логопедичної підготовки;

• проходили часткову підготовку до операції;

• пройшли повний курс доопераційних логопедичних занять по запропонованій методиці;

• отримали до операції логопедичну допомогу за іншими методиками.

Час надходження на логопедичні заняття після пластики також може бути різним.

Облік всіх цих факторів дозволяє в кожному окремому випадку визначати конкретні шляхи логопедичної роботи після операції. Перш за все - про значення результативності операції. З нашої точки зору, в тих випадках, коли новостворене піднебіння задовольняє і хірурга і пацієнта, повторна операція не потрібна. Можливості логопедичної роботи дозволяють компенсувати незначні дефекти і добиватися правильного мовлення в дитини без повторної операції.

Хірургічне втручання створює передумови до оволодіння дитиною правильної вимови. Логопед повинен допомогти дитині навчитися користуватися мовою в анатомічно нових умовах. Для всіх хворих (що пройшли або не проходили доопераційну підготовку) необхідні логопедичні заняття після пластики. Це пов'язано з тим, що анатомія м'язової тканини піднебіння після операції змінюється, що може відбитися на якості мови навіть у разі її повної нормалізації до операції.

Дозування занять та їх тривалість в таких випадках варіюються, хоча принципи та методика їх проведення залишаються однаковими.

Якщо доопераційний заняття проводилися за викладеної методикою, то дитина має повну можливість після операції говорити правильно. Іноді ж було потрібно лише 5-6 занять, щоб допомогти йому оволодіти нормальною вимовою в нових умовах. Для цього повторювалися артикуляції всіх голосних і приголосних звуків у зошиті дитини і при постійному контролі за діафрагмальним диханням і ротовим видихом, проводиться закріплення навику чистої вимови в повсякденній мові. Спочатку темп мови уповільнюється; поступово він нормалізується, і увага хворого спрямована на виразність мови. Постійний контроль за вимовою дитини спочатку здійснюється логопедом, а потім батьками та особами, що оточують дитину вдома і в школі. Періодично логопед консультує дитину.

Необхідно стежити за можливостями батьків у цьому плані і направляти їх роботу. Спочатку вони повинні контролювати лише відпрацьований з логопедом і завчений дитиною матеріал (за зошитом), поступово вони залучаються до контролю за повсякденною вимовою дитини. Пізніше виділяється спеціальний час для розмови з дитиною або заучування будь-яких текстів. Так поступово батьки переходять до систематичного контролю за вимовою дитини. Цей контроль повинен здійснюватися і вчителями в школі. Але, як було вже сказано, операція не завжди надає позитивний ефект на якість мовлення. Якщо дитина займалася до операції з логопедом, але повної чистоти мови домогтися не вдалося, а після операції носове звучання її не зникло, необхідно всю логопедичну роботу почати заново по описаній системі доопераційної логопедичної роботи. При наявності носового відтінку у вимові дитини не можна використовувати як опорного жодного звуку. Недотримання цього правила може призвести до того, що ефект логопедичної впливу позначиться тільки на якості артикуляції звуків, акустична ж їх характеристика так і залишиться дефектною. На логопедичних заняттях після пластики необхідно приділяти більшу увагу розвитку слухового контролю та фонематичного сприйняття. Для дошкільнят, які займалися до операції з логопедом за описаною методикою, можна ввести спеціальні заняття з підготовки до навчання грамоті. Це дозволить протягом більш тривалого часу автоматизувати навички правильного мовлення і попередити в майбутньому порушення письма. Велика увага в післяопераційній роботі слід приділяти участі мімічних м'язів у вимові, попередження появи їх зайвої напруженості в процесі мовлення і виникненню синкінезій.

Отже, хворі, які займалися з логопедом до операції по описаній методиці, після операції вдосконалюють свої мовні навички на більш широкому мовному матеріалі, поступово переходячи до правильного мовлення у всіх ситуаціях.

Діти з ринолалією, які до операції займалися за іншими методиками або зовсім не отримали логопедичної допомоги, повинні бути ретельно обстежені логопедом. При виборі шляху впливу враховуються їх можливості і особливості дефекту мови. Якщо у промові ринолаліка, що надійшов на логопедичні заняття після операції, немає носового відтінку, немає напруги в особових і мімічних м'язах, але відсутній ряд звуків, то з ним можна займатися як з дитиною, яка має дислалію, тобто використовувати способи викликання відсутніх звуків. При заняттях з хворими після пластики, що мають у вимові хоча б незначний носової відтінок, потрібно проводити роботу по описаній мною методиці доопераційної роботи.

Ця система дозволяє усунути назальність в досить короткі терміни і зовсім знімає неправильну участь в артикуляції мімічних і лицьових м'язів. На логопедичних заняттях з дітьми, які вперше отримують допомогу, потрібно розвивати слухову увагу до вимови, закріплювати нові кінестетичні і тактильні відчуття від викликаних звуків. При цьому старий речовий стереотип поступово замінюється новим. Автоматизація навичок правильного мовлення, здобутих ринолаліком на заняттях, проходить у кожного по-різному. Це може залежати від ряду причин.

Помилки, які припускаються дитиною при мовному спілкуванні, можуть бути викликані тим, що вона передчасно почала використовувати в побуті навички, придбані на логопедичних заняттях. При цьому стійкість придбаних навичок та їх автоматизація порушуються.

Іноді мовні помилки пов'язані з тим, що логопед занадто рано довірив контроль за вимовою дітей батькам. Батьки, відзначаючи неправильність мовлення дитини, не можуть вказати шляхи її виправлення. Виникає конфлікт. В окремих випадках дитина сама недбало контролює свою промову, тобто вона не впевнена у необхідності стежити за собою, а іноді просто сильно відволікається і стежить за собою тільки періодично.

Контакт логопеда і дитини триває тривалий час і після закінчення логопедичних занять. Це викликано низкою причин. Часто ринолаліки роблять косметичні операції для ліквідації залишків дефектів носа і верхньої губи. Зазвичай такі операції проводяться у віці 18-20 років. Іноді робиться трансплантація (пересадка) тканини на губі. Період включення в діяльність верхньої губи після трансплантації досить тривалий і поступовий.

У цей період у хворого може з'явитися носової відтінок у промові, так як у верхньому відділі мовного апарату знову змінилися умови: порушилася звичний м'язовий взаємозв'язок. Після операції на губі для проходження повітряного струменя через ротовий отвір потрібно дещо більше розкриття рота, ніж раніше (до операції). Логопедичні консультації в даному випадку будуть корисні. Вони можуть зводитися до 3-5 бесідам, але це необхідно, щоб мова залишилася нормальною.

Операція носа і виправлення носових перегородок теж вимагають післяопераційного спостереження за вимовою. Логопедичні і психотерапевтичний втручання потрібне також і в період статевого дозрівання, коли у дітей змінюється голос. У силу фізіологічних змін в гортані та зміни дихання в період статевого дозрівання у підлітків знову може з'явитися носовий відтінок в мовленні. Цей відтінок поступово зникне, якщо він сам згадає про закономірності нормальної мови, але часто в цей момент йому потрібна допомога логопеда. Логопед з'ясовує його труднощі і регулює темп мови, артикулювання, вирівнює дихання.

У цей час в логопедичній роботі необхідно використовувати зорове сприйняття, кінестетичний і слуховий контроль. Широке використання різних аналізаторів дозволяє домогтися ефективних результатів у найкоротші терміни.

Отже, логопедична робота після пластики будується з урахуванням доопераційної роботи та ефективності операції. Методи роботи модифікуються залежно від особливостей мовлення пацієнта з урахуванням його психічного стану.

Система корекційної роботи з розвитку фонетично правильного мовлення включає наступні розділи: розвиток рухів м'якого піднебіння, усунення назального відтінку, постановка звуків і розвиток фонематичного сприйняття.

Зміст першого розділу змінюється в залежності від того, оперована чи ні дитина. Після операції велику увага приділяємо масажу м'якого піднебіння для згладжування і більшої еластичності післяопераційного рубця.

Для масажу використовується зонд для звуку [*з*], який обережно рухається вперед-назад по твердому піднебінні. При доторканні і розтиранні слизової оболонки на кордоні твердого та м'якого піднебіння в поперечному напрямку виникає рефлекторне скорочення м'язів глотки і м'якого піднебіння. Також ефективний масаж при вимові звука [*а*] - у цей час проводиться легкий натиск на м'яке піднебіння. Корисно робити точковий масаж пальцем.

Масаж повинен тривати 1,5-2 хвилини, тобто потрібно провести 40-60 швидких ритмічних рухів по піднебінню (2 рази на день протягом 6-12 місяців за 2 години до або після їжі).

Істотною в післяопераційний період є робота щодо активізації м'якого піднебіння. Для цього застосовуємо наступні вправи:

**Гімнастика для піднебіння**

Ковтання води маленькими порціями, що викликає найбільш високе підняття м'якого піднебіння. При наступних один за одним ковтальних рухах продовжується час утримання м'якого піднебіння в піднятому положенні. Дітям пропонується полити з маленького стаканчика. Можна капати на язик з піпетки по кілька крапель води. Також можемо використовувати завивання при відкритому роті; імітація завивання; полоскання горла теплою водою маленькими порціями; покашлювання, яке викликає енергійне скорочення м'язів валика Пассавана (на задній стінці глотки). Валик Пассавана може збільшуватися до 4-5 мм і в значній мірі відшкодовує піднебінно-глоткову недостатність. При покашлюванні відбувається повне зімкнення між носовою і ротовою порожнинами. Активні рухи піднебіння і задньої стінки глотки можуть відчуватися дітьми (рука торкається до м'язів шиї під підборіддям і «відчуває» підйом піднебіння).

Довільне покашлювання проводиться два-три рази або більше на одному видиху. У цей час зберігається контакт піднебіння із задньою стінкою глотки, а повітряний потік прямує через ротову порожнину. Перший час рекомендується робити покашлювання з висунутим язиком. Потім - покашлювання з довільними паузами, під час яких від дитини вимагають зберегти контакт піднебіння із задньою стінкою глотки. Поступово дитина привчається активно піднімати його і направляти повітряний струмінь через рот. Виробляється чітке енергійне вимовляння голосних звуків (на твердій атаці) високим тоном голосу. При цьому збільшується резонанс в ротовій порожнині і зменшується носової відтінок.

Перераховані вправи дають позитивні результати в доопераційному періоді і після операції. Систематичне їх проведення протягом тривалого часу в доопераційний період готує дитину до операцій та скорочує терміни подальшої корекційної роботи.

Робота над диханням є необхідною для виховання правильного мовлення. У дітей з ринолалією дуже короткий неекономний видих, відбуваються непотрібні витрати повітря через рот і носові ходи. Для виховання спрямованого ротового повітряного струменя використовуємо наступні вправи: вдих і видих носом; вдих носом, видих ротом; вдих ротом, видих носом; вдих і видих ротом.

При систематичному виконанні цих вправ дитина починає відчувати різницю в зміні фонації і вчиться правильно направляти видихуване повітря. Це сприяє також вихованню правильних кін естетичних відчуттів руху м'якого піднебіння. При виконанні вправ важливо постійно контролювати дитину, так як їй важко відчути вихід повітря через носові ходи. Використовуємо різні прийоми контролю: приставляємо до носових ходів дзеркало, ватку, смужка тонкого паперу і т. д. Вихованню правильного повітряного струменя сприяють вправи з дуттям на ватку, на смужку паперу, на паперові іграшки і т. п. Більш складною і не завжди виправданою вправою є гра на дитячих духових інструментах. Подібні вправи необхідно чергувати з більш легкими, так як вони викликають швидке стомлення.

Одночасно здійснюється цикл вправ, основна мета яких - нормалізація мовної моторики. Повсякденне їх застосування усуває високий підйом кореня язика, недостатню губну артикуляцію і збільшує рухливість кінчика язика. У зв'язку з цим зменшується надмірна участь кореня язика і гортані у вимові звуків.

**Гімнастика для губ і щік**

Використовуємо такі вправи, як надування обох щік одночасно; надування щік поперемінно; втягування щік в ротову порожнину між зубами. Смоктальні руху - зімкнуті губи витягуються вперед хоботком, потім повертаються в нормальне положення. Щелепи при цьому зімкнуті. Оскал: губи сильно розтягуються в бік, вгору, вниз, оголюючи обидва ряди зубів. «Хоботок», з подальшим оскалом при стиснутих щелепах. Оскал з розкриття і закриванням рота, з подальшим змиканням губ. Оскал при розкритому роті, з подальшим закриванням губами обох рядів зубів (*п, б, м*). Витягування губ широкої лійкою при розкритих щелепах. Витягування губ вузької лійкою (імітація свисту). При широко розкритих щелепах губи втягуються всередину рота, щільно притискаючись до зубів. Піднімання щільно стиснутих губ вгору і вниз при щільно стиснутих щелепах. Піднімання верхньої губи - оголюються верхні зуби. Відтягування вниз нижньої губи - оголюються нижні зуби. Імітація полоскання зубів (повітря сильно тисне на губи). Вібрація губ. Рухи губ хоботком вліво-вправо. Обертальні рухи губ хоботком. Сильне надування щік (губами утримується повітря в ротовій порожнині, збільшується внутрішньо ротовий тиск). Утримання губами олівця або гумовою трубочки.

**Гімнастика для язика**

Для язика використовуємо наступні вправи: висування язика лопатою, жалом. Почергове висування язика розпластаного і загостреного. Повертання сильно висунутого язика вправо-вліво. Піднімання й опускання задньої частини язика - кінчик язика упирається в нижні ясна, а корінь язика то піднімається вгору, то опускається вниз. Присмоктування спинки язика до піднебіння спочатку при закритих щелепах, а потім при відкритих. Висолоплений широкий язик змикається з верхньою губою, а потім втягується в рот, торкаючись спинкою верхніх зубів і піднебіння, загинаючись кінчиком вгору до м'якого піднебіння. Присмоктування язика до верхніх альвеол з розкриттям і закриванням рота. Проштовхування язика між зубами, так щоб верхні різці «шкребли» спинку язика. Кругове облизування кінчиком язика губ. Піднімання й опускання широко висунутого язика до верхньої і нижньої губи при розкритому роті. Почергове загинання кінчика язика жалом до носа й підборіддя, верхньої і нижньої губ, до верхніх і нижніх зубів, до твердого піднебіння і дна ротової порожнини. Кінчик язика доторкається верхніх і нижніх різців при широко відкритому роті. Висунутий язик утримують жолобком, човником, чашечкою. Язик у формі чашечки утримують всередині рота. Покусування зубами бічних країв язика. Впираючись бічними краями язика в бічні верхні зуби, при оскалі піднімають і опускають кінчик язика, торкаючись їм верхніх і нижніх ясен. При тому ж положенні язика багаторазово барабанять кінчиком язика за верхніми альвеол (*т-т-т-т*). Виконують рухи одні за іншими - язик жалом, чашкою, вгору і т. д. Таким чином виховуються рухи, необхідні для правильного вимовляння звуків. Проводяться голосові вправи на голосних звуках. Голосні звуки [*а, о, у, е*] ставляться в першу чергу і потім регулярно (щоденно) включаються до вправи. Голосні звуки спочатку артикулюються без голосу (беззвучно). Це особливо корисно для дітей, у яких виражені компенсаторні додаткові рухи (втягування крил носа). Ці діти повинні щодня займатися перед дзеркалом беззвучною артикуляцією голосних, а потім переходити до гучної вимови. Поступово збільшується кількість повторень голосних на одному видиху[15, с.76].

Наступний етап - уривчасте чітке вимовляння голосних за два і три звуки у різній послідовності. Крім артикуляційною тренування, це розвиває утримування послідовності звуків і оволодіння складовою структурою слова.

Потім дітей просимо вимовляти голосні з невеликими паузами, під час яких має зберігатися високе положення м'якого піднебіння. Паузи поступово збільшуються від однієї до трьох секунд.

Наприклад: **а-; а--; а - - -** і т. д.

Тривала злита вимова голосних звуків: **а - е - а - у - і**.

Виховання правильної звуковимови проводиться звичайними корекційними методами. Специфічним є постійний контроль за напрямком повітряного струменя. У важких випадках можна застосовувати тимчасове затягування носових ходів для більш виразної і звучної вимови звуку. Специфічним також є порядок постановки звуків. Першим виробляється звук [*ф*] - глухий звук фрикативних, до вимови якого легко перейти від вправ, пов'язаних з продукуванням повітряного струменя через рот. Дитина повинна здійснювати тривалий правильний видих, під час якого верхні зуби доторкаються до нижньої губи, виходить звук [*ф*]. Учні тренуються у вимові звуку ізольовано (*ф-, ф*-), у зворотних складах (*аф, еф, іф*), потім в прямих складах (*фа, фу, АФА, АФУ*). До артикуляції звуку [*п*] діти підготовлені вправами по надування щік, які вимагають гарного піднебінно-глоткового зімкнення. Далі діти повинні призвести вибух змички губ для звуку [*п*]. Якщо у них не виходить, тоді логопед розмикає щільно стиснуті губи дитини, відсуває нижню губу вниз. Достатній вибух може вийти лише за відсутності витоку повітря через носові ходи, тому надалі вимова звуку [*п*] може застосовуватися для тренувальних вправ з усунення назального.

При постановці звуку [*т*] увагу дитини, головним чином фіксується на правильності ротового видиху, під час здійснення якого кінчик язика притискається до верхніх зубів. Всі елементи артикуляції звуків повинні бути підготовлені і автоматизовані заздалегідь у артикуляційний вправах і автоматично включаються при наявності досить сильною повітряною ротової струменя.

Звук [*д*] представляє певну складність для дітей і не завжди виходить по наслідуванню, незважаючи на вправи в покашлюванні. Тому можемо використовувати механічний спосіб постановки від звуку [*т*].

Логопедичні заняття в доопераційний період запобігають виникненню серйозних патологічних змін у функціонуванні органів мовлення. Одночасно готується активність м'якого піднебіння; нормалізується положення кореня язика; посилюється м'язова діяльність губ; виробляється спрямований ротової видих. Тим самим створюються умови для більш ефективних результатів операції і подальшої корекції.

Рано розпочатий логопедичні вплив зменшує дегенеративні зміни м'язів глотки (І.І.Єрмакова). Після операції (через 15-20 днів) багато спеціальних вправ повторюються. Основна їх мета в цьому періоді - розвиток еластичності й рухливості змикання. У значному числі випадків виникає необхідність «розтягування» м'якого піднебіння, так як воно може в післяопераційний період зменшитися в довжину за рахунок рубцювання. Для розтягування свіжих рубців застосовується прийом, що імітує проковтування. Одночасно проводиться і масаж. У післяопераційний період необхідно розвинути рухливість м'якого піднебіння, усунути неправильний уклад органів артикуляції і підготувати вимову всіх звуків без назального відтінку.

Основною формою роботи з усунення порушень вимови звуків у дітей з ринолалією є заняття, частіше індивідуальне. Зміст індивідуальних занять змінюється відповідно до етапів логопедичної роботи. В логопедичній літературі кількість етапів логопедичного впливу визначається по-різному і принципового значення не має. Постановка звуків іноді виділена в самостійний етап. Подолання порушення вимови звуків потребують чіткого планування роботи.

**Методика логопедичної роботи на І етапі**

І етап – підготовчий.

Основна мета підготовчого етапу – включити дитину в цілеспрямований логопедичний процес. Для цього необхідно розв’язати ряд загальнопедагогічних і спеціальних логопедичних завдань.

*Загально педагогічні завдання:*

1. Формувати установку на заняття: логопед повинен встановити довірливі відносини з дитиною, адаптувати до умов логопедичного кабінету, викликати інтерес до занять і бажань брати в них участь.

2. Формувати довільну діяльність й усвідомлене ставлення й усвідомлене ставлення до заняття: дитина повинна засвоїти правила поведінки на занятях, навчитись виконувати інструкції, включатися в спілкування; розвивати увагу, пам'ять, мислительні операції.

*Спеціальні логопедичні заняття* визначаються відповідно до форми порушення – *фонетичної* чи *фонематичної*:

1. Розвивати фонематичні процеси (мовнослухові вміння та навички) – вміння розпізнавати й розрізняти фонеми.

2. Розвивати артикуляційні(мовнорухові) вміння й навички.

На підготовчому етапі вважаються доцільні такі види логопедичної роботи: артикуляційна гімнастика(комплексні, статичні й динамічні вправи); вправи на формування цілеспрямованого видиху; вправи для розвитку голосу; вправи для розвитку фонематичних процесів; пальчикова гімнастика; логоритміка; логопедичний масаж (ручний, точковий, зондовий масаж за О.Новіковою та ін.); логопедичні ігри.

ІІ етап – формування первинних умінь і навичок правильної вимови звуків.

Мета етапу – формування первинних умінь і навичок правильної вимови звуків на спеціально підібраному дидактичному матеріалі.

Конкретними завданнями ІІ етапу формування первинних умінь і навичок правильної вимови звуків є:

1. Усунення неправильної вимови і постановка звуків;

2. Формування навичок правильного використання поставлених чи викликаних за наслідуванням звуків у самостійному мовленні (автоматизація умінь), а саме: у складах, словах, реченні, тексті;

3. Уміння розпізнавати в мовленні подібні за артикуляційними й акустичними (за звучанням) ознаками звуки, не змішуючи їх між собою(диференціювати звуки).

ІІІ етап – формування комунікативних умінь і навичок.

Мета – сформувати в дитини вміння й навички безпомилкового вживання звуків мовлення у всіх ситуаціях спілкування.

На заняттях широко використовують тексти, різні форми і види мовлення, творчі вправи, підбирається матеріал, насичений відповідними звуками.

Логопедична робота здійснюється відповідно до принципів логопедії, а саме: етіопатогенетичного (урахування етіології та механізмів мовленнєвого порушення); системності; комплексності; диференційованого підходу; поетапності; розвитку; онтогенетичного; урахування особистісних особливостей; діяльнісного підходу; формування природного мовленнєвого спілкування; урахування структури дефекту. Основною формую роботи з усунення порушень вимови звуків є заняття, частіше індивідуальне. Індивідуальні заняття бажано проводити кожного дня, але не рідше трьох разів на тиждень. Тривалість заняття становить від 10-15 до 20-30 хвилин залежно від віку дитини. Кожне заняття складається з кількох частин, підпорядкованих загальній темі й меті. Кожна частина має конкретний зміст (гра, врави тощо) і закінчується підбиттям загального підсумку за питаннями логопеда.

Отже, логопедична робота організовується поетапно, при цьому на кожному з етапів вирішуються конкретні педагогічні й логопедичні завдання відповідно до загальної мети розвитку, навчання і вихання дитини.

При складанні індивідуального плану логопед повинен дотримуватися наступних напрямків: нормалізація звукової сторони мовлення та усунення лексико-граматичного недорозвитку. Включається ряд спеціальних розділів:

I. Звуки, що підлягають постановці, корекції, уточнення або диференціації. Звертається увага на порушення власне артикуляції звуків і на ступінь нозалізаціі при їх вимові.

II. Ритміко-силабічна структура. З'ясовуються труднощі вимови звуків у складних позиціях, а також у багатоскладових словах і в кінці фрази.

III. Фонематичне сприйняття і стан слухового контролю за власною вимовою.

У першому періоді навчання в дитячому садку на індивідуальних заняттях проводимо уточнення вимови голосних звуків [*а, е, о, у, и, і*] приголосних [*п, п'; ф, ф'; в, в'; т, т'*]; постановку і первинне закріплення звуків: [*д, к; х; с; г; л, л'; б*]. У другому періоді озвучуються звуки: [*і; д, д'; з, з'; ш; р*].

У третьому періоді відпрацьовуємо звук [*ж*], африкат і триває робота над уточненням артикуляції пройдених раніше звуків. Одночасно ведемо інтенсивну роботу по усуненню назального відтінку. Велике місце відводимо диференціації ротових і носових звуків:[ *м - п; м - п; н - д; н - т; м - б; м - б*].

1. **Конспекти-зразки логопедичних занять із навчання правильної вимови звуків для дітей дошкільного віку**

*Конспект логопедичного заняття підготовчого етапу:*

**Тема:** Підготовка мовного апарату до правильної вимови звука [л].

**Мета:** ознайомити перед дзеркалом із будовою артикуляційного апарату та його функціями; навчити виконувати інструкції логопеда; розвивати рухливість органів артикуляційного апарату, мовленнєве дихання й голос; виховувати вміння вслухатися у звернене мовлення, розуміти почуте.

**Обладнання:** набір наочності для дихальних вправ, набір гучних іграшок, музичних дитячих інструментів.

**Хід заняття**

**І. Організаційний момент(1-2 хв).**

**ІІ. Основна частина (15-20 хв.)**

**1. Повідомлення теми і мети заняття. Бесіда логопеда з дітьми (1-2 хв.)**

**2. Логопедична зарядка.**

**Дихальні вправи**

*Вправа «Здування легких предметів»*

Мета: укріплювати м'язи дихального апарату й виробляти правильний видих, здуваючи сніжинки, папірці, ватку, пушинку з долоньки.

**Артикуляційна гімнастика**

**Статичні підготовчі вправи**

*Вправа «Пташенятко»*

Широко відкрити рот, якомога далі відводити куточки губ. Язик спокійний і нерухомий.

*Вправа «Лопаточка»*

Відкрити рот і покласти широкий розслаблений язик на нижню губу. Занести «лопатку» в рот і опустити на нижні зуби.

*Вправа «Чашечка»*

Широко відкрити рот і покласти широкий розслаблений язик на нижню губу. Підняти краї язика, не торкаючись верхніх зубів.

**Динамічні підготовчі вправи**

*Вправа «Оближемо губки»*

Відкрити рот і повільно, не відриваючи язика, облизати спочатку верхню, а потім нижню губу по колу.

*Вправа «Маляр»*

Відкрити рот. Широким кінчиком язика, як пензликом, водити по піднебінню вперед-назад, не відриваючи. Щелепи нерухомі.

**Голосові вправи**

*Вправа «Відгук»*

**Мета:** укріплювати голосові зв’язки. Зуби, губи зімкнені.

Виконання: відгукнутися на звернення логопеда звуком, подібним до [м-м-м]

*Вправа «Микання»*

**Мета:** укріплювати голосові зв’язки. Зуби, губи зімкненні.

Виконання: відгукнутися на звернення логопеда протяжним звуком, подібним до [м-м-м].

*Вправа «Мугикання»*

**Мета:** укріплювати голосові зв’язки. Зуби, губи зімкнені.

Виконання: відгукнутися на звернення логопеда протяжним [мг-мг].

**3. Вивчення нового матеріалу**

3.1. Підготовка до усунення фонетичних порушень: параламбдацизму.

3.1.1. Формування мовленнєвого слуху.

**Сприймання мовних і немовних звуків**

*Вправа 1*

Мета: відгадати звуки під час маніпуляції з гучними іграшками.

*Вправа 2*

Мета: відгадати звуки під час маніпуляції з музичними інструментами.

**Виділення звука на фоні слова**

*Вправа 1*

Кит, син, дим, тин, шина, зима, чекати, садити, писати, лист, читати, малювати, ожина, осика, опеньки, жито, жити, моло, печиво.

*Вправа 2*

Нива, ножик, син, кіно, план, банан, сон, баклан, іменини, кабіна, кисень, тин, хвилина, ялинка, слон, сонце, небо, годинник, онука, намет, закон, слон.

3.2. Підготовка до усунення фонетичних порушень: ламбдацизму.

3.2.1. Розвиток ручної моторики і моторики артикуляційного апарату

***Розвиток ручної моторики: пальчикова гімнастика***

***Вправа: «Слоненя»***

Дуже товсті ноги маю,

Ледве їх переставляю,

Сам високий я на зріс,

Замість рота в мене хвіст.

Виконання: поставити вертикально пальчики на площину, виставити середній палець вперед(обома руками).

3.2.2. Розвиток моторики артикуляційного апарату:

*Вправа «Покарати неслухняний язичок»*

Мета: виробляти вміння розслабляти м'язи язика.

*Вправа «Зробити широкий язик»*

Мета: виробляти вміння утримувати язик у спокійному, розслабленому положенні.

*Вправа «Смачне варення»*

Мета: виробляти рух широкого переднього краю язика вгору.

*Вправава «Пароплав гуде»*

Мета: виробляти підйом спинки язика вгору.

Виконання: розкрити рот і тривало вимовляти звук [и](як гуде пароплав).

*Вправа «Гойдалка»*

Мета: виробляти вміння швидко міняти положення язика, необхідне при поєднанні звука [л] з голосним [а], [и], [о], [у].

*Вправа «Клацання кінчиком язика»*

Мета: кріплювати м'язи язика і виробляти підйом язика вгору.

**4. Фізкультхвилинка**

|  |  |
| --- | --- |
| Слова промовляє логопед | Рухи виконують діти |
| Трава низенька-низенька,  Дерева високі-високі,  Вітер дерева колише, гойдає,  То вліво, то вправо нахиляє,  То вгору, то назад.  То вниз нагинає.  Птахи летять-відлітають,  А діти тихенько за парти сідають. | Діти встали, відішли від столу.  Роблять присідання.  Піднімають руки вгору.  Обертаються.  Потягуються вгору, назад.  Нахиляються вперед.  Махають руками.  Сідають за парти. |

**5. Закріплення нового матеріалу.**

*Гра «Тиша»*

Діти із заплющеними очима слухають тишу, пізнають та називають побутові шуми (скриплть двері, накрапає кран).

**ІІІ. Підсумок заняття. Домашне завдання. (1-2 хв)**

*Конспект логопедичного заняття на ІІ-му етапу:*

**Тема:** Постановка звука [с] змішаним способом.

**Мета:**учити створювати свистячий звук [с]; розвивати слуховий і зоровий контроль; виховувати бажання говорити правильно.

**Обладнання:** дзеркало, набір постановочних зондів, логопедична лялька, муляж – артикуляційний профіль.

**Хід заняття**

**І. Організаційний момент(1-2 хв).**

**ІІ. Основна частина (15-20 хв.)**

**1. Повідомлення теми і мети заняття. Бесіда логопеда з дітьми (1-2 хв.)**

**2. Логопедична зарядка.**

**Дихальні вправи**

*Вправа «Здування легких предметів»*

Мета: укріплювати м'язи дихального апарату й виробляти правильний видих, здуваючи сніжинки, папірці, ватку, пушинку з долоньки.

**Артикуляційна гімнастика**

**Статичні підготовчі вправи**

*Вправа «Пташенятко»*

Широко відкрити рот, якомога далі відводити куточки губ. Язик спокійний і нерухомий.

*Вправа «Лопаточка»*

Відкрити рот і покласти широкий розслаблений язик на нижню губу. Занести «лопатку» в рот і опустити на нижні зуби.

*Вправа «Чашечка»*

Широко відкрити рот і покласти широкий розслаблений язик на нижню губу. Підняти краї язика, не торкаючись верхніх зубів.

**Динамічні підготовчі вправи**

*Вправа «Оближемо губки»*

Відкрити рот і повільно, не відриваючи язика, облизати спочатку верхню, а потім нижню губу по колу.

*Вправа «Маляр»*

Відкрити рот. Широким кінчиком язика, як пензликом, водити по піднебінню вперед-назад, не відриваючи. Щелепи нерухомі.

*Вправа «Трубочка»*

Витягнути губи вперед. Подути в трубочку. Виконувати в повільному темпі 10-15 разів.

**Голосові вправи**

*Вправа «Відгук»*

**Мета:** укріплювати голосові зв’язки. Зуби, губи зімкнені.

Виконання: відгукнутися на звернення логопеда звуком, подібним до [м-м-м]

*Вправа «Микання»*

**Мета:** укріплювати голосові зв’язки. Зуби, губи зімкненні.

Виконання: відгукнутися на звернення логопеда протяжним звуком, подібним до [м-м-м].

*Вправа «Мугикання»*

**Мета:** укріплювати голосові зв’язки. Зуби, губи зімкнені.

Виконання: відгукнутися на звернення логопеда протяжним [мг-мг].

**3. Вивчення нового матеріалу**

3.1. Розвиток ручної моторики і моторики артикуляційного апарату

***Розвиток ручної моторики: пальчикова гімнастика***

***Вправа: «Зайчик»***

Зайчик вушками махає,

Зайченяток розважає.

Виконання: діти по черзі згинають і розгинають вказівний та середній пальці.

**Постановка правильної вимови звука [с] змішаним способом:**

1. Змішаний спосіб ґрунтується на поєднанні двох попередніх та є найбільш вдалим для роботи з дітьми, які мають ринолалією. Механічна допомога застосовується додатково, логопед пояснює дитині, що потрібно зробити, щоб отримати звук [с].

2. Відтворення звука [с] звуконаслідуванням із використанням ігрових прийомів.

3. Можна використати прийом навчання вимови перехідного чи проміжного звука: при стиснених зубах, при такому положенні язика з зубами торкається нижніх зубів або міжзубній вимові, коля язик затиснений між зубами.

4. Якщо язик у дитини просовується між зубами, то можна спробувати механічною дією притримати його передню частину за нижніми зубами ручкою чистої ложки чи спеціального шпателя.

**Відтворення звуконаслідування**

Їдемо на санчатах: с-с-с-с-с-с-с-с-с-с-с;

За вікном свистить вітер: с-с-с-с-с-с-с-с-с-с;

Всередині кімнати літає маленька муха: с-с-с-с-с-с-с-с-с-с;

Тато синові надуває насосом м’яч: с-с-с-с-с-с-с-с-с-с;

Майстер накачує колесо: с-с-с-с-с-с-с-с-с-с-с-с.

**4. Фізкультхвилинка**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Слова промовляє логопед*** | ***Рухи виконують діти*** |
| Один, два, три,  З нами до лісу ходи.  1, 2, 3, 4, 5 –  Будем в лісі крокувать.  Там пташок ми зустрічаєм,  Разом з ними політаєм,  Разом з зайцем пострибаєм,  А від вовка – повтікаєм.  Як лисичка до зайчат підкрадемося.  Перші проліски у лісі знайдемо.  Як ведмедик  клишоногий потанцюємо,  Ледь чутно  тихим лісом помандруємо. | *Діти виконують рухи,*  *що відповідають тексту.* |

**5. Закріплення нового матеріалу.**

*Гра «Тиша»*

Діти із заплющеними очима слухають тишу, пізнають та називають побутові шуми (скриплть двері, накрапає кран).

*Гра «Піймай звук»*

Логопед називає слова, склади; якщо дитина чує заданий звук – підіймає руку. Впізнавати звуки на слух чи з картинками.

**ІІІ. Підсумок заняття. Домашне завдання. (1-2 хв)**

*Конспект логопедичного заняття на третьому етапу:*

**Тема:** Розвиток комунікативних умінь і навичок

**Мета:** формувати вміння й навички безпомилково вживати звуки [ш] і [ж] у всіх видах мовлення; розвивати фонематичний слух, звукобуквенний аналіз; виховувати задоволення від правильної вимови звуків.

**Обладнання:** набір предметних картинок, схеми, фішки, набір ігор, різноманітний мовленнєвий матеріал.

**Хід заняття**

**І. Організаційний момент(1-2 хв).**

**ІІ. Основна частина (15-20 хв.)**

**1. Повідомлення теми і мети заняття. Бесіда логопеда з дітьми (1-2 хв.)**

**2. Логопедична зарядка.**

**Дихальні вправи**

*Вправа «Здування легких предметів»*

Мета: укріплювати м'язи дихального апарату й виробляти правильний видих, здуваючи сніжинки, папірці, ватку, пушинку з долоньки.

**Артикуляційна гімнастика**

**Статичні підготовчі вправи**

*Вправа «Пташенятко»*

Широко відкрити рот, якомога далі відводити куточки губ. Язик спокійний і нерухомий.

*Вправа «Лопаточка»*

Відкрити рот і покласти широкий розслаблений язик на нижню губу. Занести «лопатку» в рот і опустити на нижні зуби.

*Вправа «Чашечка»*

Широко відкрити рот і покласти широкий розслаблений язик на нижню губу. Підняти краї язика, не торкаючись верхніх зубів.

**Динамічні підготовчі вправи**

*Вправа «Оближемо губки»*

Відкрити рот і повільно, не відриваючи язика, облизати спочатку верхню, а потім нижню губу по колу.

*Вправа «Маляр»*

Відкрити рот. Широким кінчиком язика, як пензликом, водити по піднебінню вперед-назад, не відриваючи. Щелепи нерухомі.

**Голосові вправи**

*Вправа «Відгук»*

**Мета:** укріплювати голосові зв’язки. Зуби, губи зімкнені.

Виконання: відгукнутися на звернення логопеда звуком, подібним до [м-м-м]

*Вправа «Микання»*

**Мета:** укріплювати голосові зв’язки. Зуби, губи зімкненні.

Виконання: відгукнутися на звернення логопеда протяжним звуком, подібним до [м-м-м].

*Вправа «Мугикання»*

**Мета:** укріплювати голосові зв’язки. Зуби, губи зімкнені.

Виконання: відгукнутися на звернення логопеда протяжним [мг-мг].

2.1. Складання речень із поданими словами:

Логопед дає дітям картинки із зображенням тварин, квітів, тварин, дерев, у назвах яких є звуки [ш] і [ж]. Кожній дитині потрібно скласти по п’ять речень, використовуючи подані предметні картинки.

2.2. Послухай і перекажи оповідання

**Птахи охороняють сад**

Птахи – найкращі друзі садів. Вони знищують гусінь. Узимку учні старших класів зробили багато шпаківень. Настала тепла, сонячна весна. Після уроків школярі вийшли в сад із шпаківнями. Вони повісили шпаківні на дерева.скоро прилетять птахи.

2.3. Відгадати загадки

Моє тіло під землею,

Кучерики понад нею,

Любить мене кожна юшка,

Ннназиваюсь я …(петрушка)

**3. Фізкультхвилинка**

|  |  |
| --- | --- |
| Слова промовляє логопед | Рухи виконують діти |
| Трава низенька-низенька,  Дерева високі-високі,  Вітер дерева колише, гойдає,  То вліво, то вправо нахиляє,  То вгору, то назад.  То вниз нагинає.  Птахи летять-відлітають,  А діти тихенько за парти сідають. | Діти встали, відішли від столу.  Роблять присідання.  Піднімають руки вгору.  Обертаються.  Потягуються вгору, назад.  Нахиляються вперед.  Махають руками.  Сідають за парти. |

**4. Закріплення нового матеріалу.**

4.1. Розповісти вивчені вірші

4.2. Складати розповіді за картинкою з однією дією

*Гра «Тиша»*

Діти із заплющеними очима слухають тишу, пізнають та називають побутові шуми (скриплть двері, накрапає кран).

**ІІІ. Підсумок заняття. Домашне завдання. (1-2 хв)**

**Лекція 4-5**

**Тема: Дизартрія: етіологія, патогенез, синдромокомплекс, класифікація.**

**План**

1. Етіопатогенез дизартрії.
2. Клініко-фізіологічний аспект дослідження дизартрії.
3. Синдроми дизартрії.
4. Класифікація дизартрії.

**Література:**

1. Бадалян А. О. Детская невропатология. – М.: Медицина, 1975.
2. Винарская Е. Н. Дизартрия. –Москва, 2005
3. Логопедия. / Под ред. Л. С. Волковой и др. – М.: ВЛАДОС, 1999.
4. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Р. Е. Левиной. – М., 1968.
5. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В. И. Селивёрстова. – М.: ВЛАДОС, 1997.
6. Правдина О. В. Логопедия. – М., 1973.
7. Хрестоматия по логопедии / Под ред. В. И. Селивёрстова и Л. С. Волковой – М., 1997.
8. Хрестоматія з логопедії: До 100 річчя факультету спеціальної та інклюзивної освіти / за ред. І.С.Марченко, М.К.Шеремет. – К.: Вид.дім «Слово»,2019.
9. Хрестоматия по логопедии в 2-х т./ Под ред. В. И. Селивёрстова и Л. С. Волковой – М.: Владос, 1997. - Том 1.
   * + 1. **Дизартрія –** порушення звуковимови та просодичного компоненту мовлення, зумовлені порушеннями іннервації мовленнєвого апарату внаслідок органічного пошкодження центральної та периферійної нервової систем.

**Патогенез** дизартрії визначається органічним ураженнямцентральної і периферійної нервової системи під впливом різних несприятливих зовнішніх (екзогенних) факторів, що впливають у внутрішньоутробному періоді розвитку, у момент пологів і після народження. Серед **етіологічних факторів** важливе значення мають асфіксія і родова травма, ураження нервової системи при гемолітичної хворобі (руйнування еритроцитів), інфекційні захворювання нервової системи, черепно-мозкові травми, рідше – порушення мозкового кровообігу, пухлини головного мозку, вади розвитку нервової системи, наприклад вроджена аплазія ядер черепно-мозкових нервів, а також спадкові хвороби нервової і нервово-м'язової систем.

Дизартричні порушення мовлення спостерігаються при різних органічних ураженнях мозку, які у дорослих мають більш виражений очаговий характер. У дітей частота дизартрії передусім пов'язана з частотою перинатальної патології, (ураженням нервової системи плода та новонародженого). Найбільш часто дизартрія спостерігається при дитячому церебральному паралічі.

Відзначається взаємозв'язок між ступенем тяжкості і характером ураження рухової сфери, частотою і тяжкістю дизартрії. При найбільш важких формах дитячого церебрального паралічу, коли відзначається ураження верхніх і нижніх кінцівок і дитина практично залишається нерухомою (подвійна геміплегія), дизартрії (анартрія) спостерігаються практично у всіх дітей. Відзначено взаємозв'язок між тяжкістю ураження верхніх кінцівок і порушеннями мовленнєвої мускулатури (О. М. Мастюкова)

**2. Клініко-фізіологічні аспекти дизартрії** визначаютьсялокалізацією і тяжкістю ураження мозку. Анатомічний і функціональний взаємозв'язок в розташуванні і розвитку рухових та мовленнєвих зон і провідних шляхів визначає часте поєднання дизартрії з руховими порушеннями різного характеру і ступеня вираженості. Порушення звуковимови при дизартрії виникають в результаті ураження різних структур мозку, необхідних для управління руховим механізмом мовлення.

Особливістю дизартрії у дітей є часто її змішаний характер з поєднанням різних клінічних синдромів. Це пов'язано з тим, що при впливі шкідливого фактора на мозок, який розвивається, пошкодження частіше має більш поширений характер, і тим, що ураження одних мозкових структур, необхідних для управління руховим механізмом мовлення, може сприяти затримці дозрівання і порушувати функціонування інших систем. Цей фактор визначає часте поєднання дизартрії у дітей з іншими мовленнєвими розладами (затримкою мовленнєвого розвитку, загальним недорозвиненням мовлення, моторною алалією, заїканням).

* + дітей ураження окремих ланок мовленнєвої функціональної системи в період інтенсивного розвитку може призводити до складної дезінтеграції всього мовленнєвого розвитку в цілому. У цьому процесі певне значення має ураження не тільки власне рухової ланки мовленнєвої системи, але і порушення кінестетичного сприйняття артикуляційних поз і рухів.

При дизартрії чіткість кінестетичних відчуттів часто порушується і дитина не сприймає стан напруженості, або, навпаки, розслабленості м'язів мовленнєвого апарату, насильницькі мимовільні рухи або неправильні артикуляційні уклади.

Зворотня кінестетична аферентація є найважливішою ланкою цілісної мовленнєвої функціональної системи, що забезпечує постнатальне дозрівання коркових мовленнєвих зон.

Основними ознаками дизартрії є дефектизвуковимови і голосу, що поєднуються з порушеннями мовленнєвої, насамперед артикуляційної, моторики і мовленнєвого дихання.

**3. Синдроми дизартрії**

Синдром артикуляційних розладів

Для всіх форм дизартрії характерні порушення артикуляційної моторики, які проявляються рядом ознак. Порушення м'язового тонусу і порушення рухливості артикуляційних м'язів, характер яких залежить насамперед від локалізації ураження мозку.

Виділяють наступні **форми порушень м’язового** **тонусу** артикуляційної мускулатури при дизартріях: спастичність артикуляційних м'язів – постійне підвищення тонусу в мускулатурі язика, губ, в лицьовій і шийній мускулатурі. Підвищення м'язового тонусу може бути більш локальним і поширюватися тільки на окремі м'язи язика.

При вираженому підвищенні м'язового тонусу язик напружений, відтягнутий у глибину ротової порожнини, спинка його вигнута, піднята вгору, кінчик язика не виражений. Напружена спинка язика, піднята до твердого піднебіння, сприяє пом'якшенню приголосних звуків. Тому особливістю артикуляції при спастичності м'язів язика є палаталізація, що може сприяти фонематичному недорозвитку, дитина може утруднюватися в диференціюванні значень слів, що мають схоже звучання. Підвищення м'язового тонусу в м'язах обличчя і шиї ще більш обмежує довільні рухи в артикуляційному апараті.

Наступним видом порушення м'язового тонусу є гіпотонія. При гіпотонії язик тонкий, розпластаний в порожнині рота, губи мляві, відсутня можливість їх повного змикання. У силу цього рот зазвичай напіввідкритий, виражена гіперсалівація. Особливістю артикуляції при гіпотонії є назалізація, коли гіпотонія м'язів м'якого піднебіння перешкоджає достатньому руху м’якого піднебіння вгору і притисненню його до задньої стінки глотки. Струмінь повітря виходить через ніс, а струмінь повітря, який виходить через рот, надзвичайно слабкий.

Порушення м'язового тонусу в артикуляційною мускулатурі при дизартрії можуть виявлятися також у вигляді дистонії (мінливого характеру м'язового тонусу): у спокої відзначається низький м'язовий тонус в артикуляційному апараті, при спробах мовлення – тонус різко наростає. Характерною особливістю цих порушень є їх динамічність, мінливість спотворень, замін і пропусків звуків.

**Порушення артикуляційної моторики** при дизартріїєрезультатом обмеження рухливості артикуляційних м'язів, яка посилюється порушеннями м'язового тонусу, наявністю мимовільних рухів (гіперкінезів, тремору) і діскоордінаційними розладами.

При недостатній рухливості артикуляційних м'язів порушується звуковимова. При дизартрії, на відміну від дислалії, може порушуватися вимова як приголосних, так і голосних звуків.

При парезах м'язів язика, порушеннях їх м'язового тонусу часто виявляється неможливим зміна конфігурації язика, її подовження, укорочення, висування, відтягування назад.

Порушення звуковимови ускладнюються обмеженою рухливістю м'язів м'якого піднебіння (які натягують і піднімають його). При парезах цих м'язів підйом м'якого піднебіння в момент мовлення утруднений, або неможливий, відбувається витік повітря через ніс, голос набуває носового відтінку, спотворюється тембр мовлення, недостатньо виражені шумові ознаки звуків мовлення.

Парези м'язів мускулатури обличчя також впливають на звуковимову. Парези скроневих м'язів, жувальної мускулатури обмежують рухи нижньої щелепи, в результаті чого порушується модуляція голосу, його тембр. Ці порушення стають особливо вираженими, якщо є неправильне положення язика в порожнині рота, недостатня рухливість м'якого піднебіння, порушення тонусу м'язів дна порожнини рота, язика, губ, м'якого піднебіння, задньої стінки глотки.

Характерною ознакою порушень артикуляційної моторики при дизартрії є координаційні розлади. Вони проявляються в порушенні точності та пропорційності артикуляційних рухів. Особливо порушено виконання тонких диференційованих рухів. Так, при відсутності виражених парезів в артикуляційній мускулатурі довільні рухи виконуються неточно і непропорційно, часто з гіперметрією (надмірною руховою амплітудою). Наприклад, дитина може виконати рух язиком вгору, торкаючись їм майже кінчика носа, і одночасно не може помістити язик над верхньою губою в місце, точно позначене логопедом. Ці порушення зазвичай поєднуються з труднощами в чергуванні рухів, наприклад хоботок – оскал та ін., а також з труднощами збереження певних артикуляційних поз внаслідок появи насильницьких рухів – тремору (дрібного тремтіння кінчика язика).

При дискоординаційних розладах звуковимова порушується здебільшого не на рівні вимови ізольованих звуків, а під час вимови автоматизованих звуків у складах, словах і реченнях. Це пов'язано з запізненням включення деяких артикуляційних рухів, необхідних для вимовляння окремих звуків і складів. Мовлення стає сповільненим і сканованим.

Наявність гіперкінезів і оральних синкінезий в артикуляційній мускулатурі. Вони спотворюють звуковимову, роблячи мовлення малозрозумілим, а у важких випадках – майже неможливим; зазвичай посилюються при хвилюванні, емоційному напруженні, тому порушення звуковимови різні залежно від ситуації мовного спілкування. При цьому відзначаються посмикування язика, губ іноді в поєднанні з гримасами обличчя, дрібне тремтіння (тремор) язика, у важких випадках – мимовільне відкривання рота, викидання язика вперед, насильницька посмішка. Насильницькі рухи спостерігаються і в спокої, і в статичних артикуляційних позах, посилюються при довільних рухах або спробах до них. Цим вони відрізняються від синкінезий – мимовільних супутніх рухів, які виникають тільки при довільних рухах, наприклад під час піднімання язика вгору часто скорочуються м'язи, що піднімають нижню щелепу, а іноді напружується вся шийна мускулатура і дитина виконує цей рух одночасно розгинанням голови. Синкінезії можуть спостерігатися не тільки в мовленнєвій мускулатурі, а й в скелетній, особливо в тих її відділах, які анатомічно і функціонально найбільш тісно пов'язані з мовленнєвою функцією. Під час рухів язика у дітей з дизартрією нерідко виникають супутні рухи пальців правої руки (особливо часто великого пальця).

Характерною ознакою дизартрії є порушення пропріоцептивної аферентної імпульсації від м'язів артикуляційного апарату. Діти слабо відчувають положення язика, губ, напрямок їх рухів, вони утрудняються за наслідуванням відтворити і зберегти артикуляційний уклад, що затримує розвиток артикуляційного праксису.

Частою ознакою дизартрії є недостатність артикуляційного праксису (диспраксія), яка може бути як вторинною за рахунок порушень пропріоцептивної аферентної імпульсації від м'язів артикуляційного апарату, так і первинною у зв'язку з локалізацією ураження мозку.

При дизартрії можуть виявлятися рефлекси орального автоматизму у вигляді збережених смоктального, хоботкового, пошукового, долонно-головного та інших рефлексів, характерних в нормі для дітей раннього віку. Їх наявність ускладнює довільні ротові рухи.

Порушення артикуляційної моторики, поєднуючись між собою, складають перший важливий синдром дизартрії – синдром артикуляційних розладів, який видозмінюється в залежності від тяжкості та локалізації ураження мозку і має свої специфічні особливості при різних формах дизартрії.

Другий синдром дизартрії– **синдром порушення мовленнєвого дихання.**

При дизартрії за рахунок порушення іннервації дихальної мускулатури порушується мовленнєве дихання. Ритм дихання не регулюється смисловим змістом висловлювання, в момент мовлення воно зазвичай прискорене, не досить глибоке, після вимовляння окремих складів або слів дитина робить поверхневі судомні вдохи, активний видих скорочений і відбувається зазвичай через ніс, незважаючи на постійно напіввідкритий рот. Неузгодженість у роботі м'язів, що здійснюють вдих і видих, призводить до того, що у дитини з'являється тенденція говорити на вдиху. Це ще більше порушує довільний контроль над дихальними рухами, а також координацію між диханням, фонацією і артикуляцією.

Наступною синдромом дизартрії є **порушення** **голосу і мелодико-інтонаційні розлади.**

Порушення голосу пов'язані з парезами м'язів язика, губ, м'якого піднебіння, голосових складок, м'язів гортані, порушеннями їх м'язового тонусу і обмеженням їх рухливості. Спастичне скорочення м'язів голосового апарату може повністю виключити можливість вібрації голосових складок, що буде різко порушувати процес утворення дзвінких приголосних. Вібрація голосових складок порушується також при слабкості і паретичності м'язів голосового апарату, сила голосу в цих умовах стає мінімальною. При дизартрії порушення голосу вкрай різноманітні, специфічні для різних її форм. Найбільш часто вони характеризуються недостатньою силою голосу (голос слабкий, тихий, вичерпується в процесі мовлення), порушеннями тембру голосу (глухий, назалізований, хрипкий, монотонний, здавлений, тьмяний; може бути гортанним, форсованим, напруженим, переривчастим і т. д.), слабкою виразністю чи відсутністю голосових модуляцій (дитина не може довільно змінювати висоту тону).

Таким чином, основні симптоми дизартрії – порушення звуковимови і просодичного компоненту мовлення – визначаються характером і ступенем вираженості проявів артикуляційних, дихальних і голосових розладів.

При дизартрії порушується нижчий фонологічний рівень мовлення.

Розлад фонологічного рівня мовлення в період інтенсивного розвитку мовленнєвої функції в деяких випадках може призводити до складної дезінтеграції та патології всього мовленнєвого розвитку дитини. У зв'язку з цим у дітей з дизартрією має місце затримка темпів мовленнєвого розвитку, мовленнєва інактивність, вторинні порушення лексико-граматичної будови мовлення.

**4. Класифікація дизартрії**

Мовленнєві порушення при дизартрії можуть бути різного ступеня вираженості, мати різні прояви в залежності від локалізації пошкодження нервової системи. Під час диференційної діагностики мовленнєвих розладів при дизартрії користуються різними класифікаціями дизартрії. В основі сучасної класифікації дизартрії покладені наступні принципи:

* ступінь зрозумілості мовлення для оточуючих (Дж.Тардієр);
* синдромологічний підхід (І.І.Панченко);
* принцип локалізації очага ушкодження нервової системи (О.В.Правдіна).

Дамо загальну характеристику цим класифікаціям.

Класифікація на основі ступеня зрозумілості мовлення для оточуючих була запропонована щодо оцінки стану мовленнєвої функції у дітей з дитячим церебральним паралічем. У відповідності з класифікацію виділяють чотири ступеня важкості прояву порушень мовлення у зазначеної категорії дітей.

І – найлегший ступінь, при якому порушення звуковимові для оточуючих майже непомітні і які виявити може тільки спеціаліст в процесі диференційної діагностики.

ІІ – ступінь прояву порушень звуковимови, при якому розлади звукової сторони мовлення помітні кожному, проте мовлення залишається зрозумілим для оточуючих.

ІІІ – ступінь прояву порушення , при якому мовлення є зрозумілим тільки для близьких людей дитини.

ІV – найтяжчій ступінь прояву порушення, при якому мовлення відсутнє зовсім, або збережені тільки голосові реакції (анартрія).

Зазначена класифікація не може бути використана в якості основної під час проведення диференційної діагностики дизартрії, адже вона дозволяє оцінити тільки здатність дитини із дитячим церебральним паралічем до вербальної взаємодії з оточуючими людьми.

Класифікація, в основі якої покладений синдромологічний підхід, теж була запропонована щодо дітей з дитячим церебральним паралічем. У відповідності з нею виділяють такі форми дизартрії, як :

1) спастико-ригідна,

2) спастико-паретична,

3) спастико-гіперкінетична,

4) спастико-атактична,

5) атактико-гіперкінетична

Такий підхід до виділення форм обумовлений дифузним характером пошкодження головного мозку у дітей з дитячим церебральним паралічем і у зв’язку з цим домінуванням ускладнених її форм. Слід зазначити, що оскільки в основі цієї класифікації покладена тонка диференціація різних неврологічних синдромів, вона не може бути проведена логопедом.

В класифікації на основі принципу локалізації очага пошкодження нервової системи розрізняють наступні форми:

1. Псевдобульбарна дизартрія. Виникає внаслідок двостороннього ушкодження корково-ядерних шляхів, які йдуть від кори головного мозку до стовбура мозку до ядер черепно-мозкових нервів.
2. Бульбарна дизартрія. Обумовлена одно- або двостороннім ушкодженням ядер черепно-мозкових нервів.
3. Екстрапірамідна дизартрія. Виникає внаслідок ураження підкоркових вузлів головного мозку.
4. Мозочкова дизартрія. Виникає внаслідок пошкодження мозочка та його зв’язків з іншими відділами мозку
5. Коркова дизартрія. Обумовлена пошкодженням пре моторних або пост центральних зон кори головного мозку.

В логопедії на сьогоднішній день найбільш поширеною є остання класифікація – на основі локалізації пошкодження нервової системи, оскільки вона дозволяє виділити механізми рухових розладів при тій чи іншій формі дизартрії та на основі цих механізмів провести більш точну диференційну діагностику мовленнєвих розладів.

**Завдання для практичної підготовки**

**Тема 1:** Дизартрія: етіологія, патогенез, синдромокомплекс, класифікація.

Завдання

1. Розкрийте механізми порушення при дизартрії. Пригадайте механізми мовлення, значення центрального та периферичного відділів мовленнєворухового аналізатора.
2. Виписати у робочий зошит назву черепно-мозкових нервів та зазначте функції, які вони виконують, заповнити таблицю:

Таблиця: Черепно-мозкові нерви

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  нерви  пари | Назва нерва | Назва ядер | Локалізація ядер | Функції нерва, область його іннервації |
|  |  |  |  |  |

1. Назвіть, яка серед усіх класифікацій дизартрії є найбільш зручною з точки зору розуміння механізмів порушення та аналізу симптоматики. Доведіть свою точку зору.
2. Поясніть положення про те, що дизартрія є не самостійне мовленнєве порушення, а виникає на фоні дитячого церебрального паралічу і є одним з його симптомів.
3. Користуючись довідником логопеда (М. К. Поваляєвої) у робочому зошиті підготувати характеристику основних показників при діагностиці дизартрії за ступенем вираженості (міміка, дихання, голосоутворення, рефлекторні рухи язика, положення та форма язика, утримання артикуляційної пози, довільні рухи язика, м’яке піднебіння, довільні рухи губ, гіперкінези, оральні сінкінезії, вимова).
4. Розкрийте психологічні особливості дітей з дизартрією. Як можна визначити у цьому випадку поняття „Порушення комунікативної функції мовлення”?
5. Пояснити, яким чином і чому порушується координація трьох систем (артикуляційної, дихальної та голосової) при дизартрії.
6. Виписати у словник терміни та їх визначення, підготуйтеся до термінологічного диктанту:

1. Дизартрія

1. Псевдобульбарна дизартрія
2. Бульбарна дизартрія
3. Коркова дизартрія
4. Підкоркова (екстрапірамідна) дизартрія
5. Мозочкова
6. Тонус
7. Гіпертонус
8. Гіпотонус
9. Дистонія
10. Анартрія
11. Гіперсалівація
12. Рецепрокна іннервація
13. Праксис
14. Диспраксія
15. Оральний праксис
16. Гіперметрія
17. Тремор
18. Синкінезія
19. Гіперкінез
20. Кінема
21. Апраксія
22. Геміплегія
23. Модуляція голосу
24. Позотонічні рефлекси
25. Рефлекс орального автоматизму
26. Рефлекс-заборонна поза
27. Паретичність
28. Спастичність
29. Регідність
30. Парез
31. Параліч
32. Атаксія
33. Пасивна гімнастика
34. Активна гімнастика

**Методичні рекомендації до заняття**

Надаючи визначення поняттю «дизартрія», зробити його аналіз. Пригадати, які компоненти відносяться до просодичної сторони мовлення. Розкрити механізми мовленнєвих порушень при дизартрії. Для цього пригадайте механізми мовлення, значення центрального та периферичного відділів мовленнєворухового аналізатора.

Розкриваючи симптоматику дизартрії, пояснити, яким чином і чому порушується координація трьох систем (артикуляційної, дихальної та голосової) при дизартрії.

Звернути увагу на те, що симптоми порушення артикуляції, фонації та дихання залежать від типу порушення м’язового тонусу у відповідних відділах мовленнєвого апарату. Ці симптоми можуть бути виражені в різному ступені – від мінімальних (стертих) проявів до яскраво виражених.

Розкриваючи класифікацію дизартрії, акцентувати увагу на критеріях виділення форм, на можливість та зручність використання класифікації в практиці логопеда. Зазначити, яка серед усіх класифікацій дизартрії є найбільш зручною з точки зору розуміння механізмів порушення та аналізу симптоматики. Доведіть свою точку зору.

Пояснити положення про те, що дизартрія часто є не самостійним мовленнєвим порушенням, а виникає на фоні дитячого церебрального паралічу і є одним з його симптомів.

Користуючись довідником логопеда (М. К. Поваляєвої) у робочому зошиті підготувати характеристику основних показників при діагностиці дизартрії за ступенем вираженості (міміка, дихання, голосоутворення, рефлекторні рухи язика, положення та форма язика, утримання артикуляційної пози, довільні рухи язика, м’яке піднебіння, довільні рухи губ, гіперкінези, оральні сінкінезії, вимова). Результати доцільно оформити у вигляді таблиці.

Виділити та законспектувати структуру дефекту при дизартрії.

Література

1. Бадалян А. О. Детская невропатология. – М.: Медицина, 1975.
2. Большая энциклопедия / Под ред. Б. В. Петровского. – Изд.-е 3-е. – М.: Сов. энцикл-я, 1977.
3. Винарская Е. Н., Пулатов А. М. Дизартрія и её диагностирование. Значение в клинике очаговых поражений мезга. – Ташкент, 1973.
4. Логопедия. / Под ред. Л. С. Волковой и др. – М.: ВЛАДОС, 1999.
5. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Р. Е. Левиной. – М., 1968.
6. Поваляева М. Справочник логопеда. – Ростов-на-Дону, 2002.
7. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В. И. Селивёрстова. – М.: ВЛАДОС, 1997.
8. Правдина О. В. Логопедия. – М., 1973.
9. Хрестоматия по логопедии / Под ред. В. И. Селивёрстова и Л. С. Волковой – М., 1997.

**Тема 2:** Форми дизартрії за локалізацією пошкодження нервової системи.

Завдання

1. З’ясувати, чому в сучасній дитячій логопедії залишається відкритим питання стосовно того, чи можна виділити коркову дизартрію в окрему форму. У чому полягають труднощі диференціальної діагностики коркової дизартрії у дітей?
2. Визначити патогенез кінестетичної постцентральної та кінетичної премоторної форм коркової дизартрії.
3. Дати відповідь на питання: Який характер носять порушення звуковимови при корковій дизартрії? Чому при корковій дизартрії порушується темп мовлення?
4. Виділити особливості у неврологічному та мовленнєвому статусах при корковій дизартрії.
5. Назвати, який симптом є важливим діагностичним показником мозочкової форми дизартрії.
6. З’ясувати, які симптоми псевдобульбарної дизартрії проявляються у дітей на ранніх етапах життя.
7. Заповнити таблицю:

Таблиця: Діагностика форм дизартрії в залежності від локалізації пошкодження нервової системи

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | Форми дизартрії, варіанти | Локалізація пошкодження | Тип порушення м’язового тонусу | Неврологічна симптоматика | Мовленнєва симптоматика | |
| Порушення артикуляції | Порушення просодики |
|  |  |  |  |  |  | |

**Методичні рекомендації до заняття**

Готуючись до заняття з’ясувати, чому в сучасній дитячій логопедії залишається відкритим питання стосовно того, чи можна виділити коркову дизартрію в окрему форму. У чому полягають труднощі диференціальної діагностики коркової дизартрії у дітей. Визначити патогенез кінестетичної постцентральної та кінетичної премоторної форм коркової дизартрії. Звернути увагу на характер порушення звуковимови при корковій дизартрії, пояснити, чому при корковій дизартрії порушується темп мовлення.

Виділити особливості у неврологічному та мовленнєвому статусах при корковій дизартрії. Назвати, який симптом є важливим діагностичним показником мозочкової форми дизартрії. З’ясувати, які симптоми псевдобульбарної дизартрії проявляються у дітей на ранніх етапах життя.

Література

1. Бадалян А. О. Детская невропатология. – М.: Медицина, 1975.
2. Большая энциклопедия / Под ред. Б. В. Петровского. – Изд.-е 3-е. – М.: Сов. энцикл-я, 1977.
3. Винарская Е. Н., Пулатов А. М. Дизартрія и её диагностирование. Значение в клинике очаговых поражений мезга. – Ташкент, 1973.
4. Логопедия. / Под ред. Л. С. Волковой и др. – М.: ВЛАДОС, 1999.
5. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Р. Е. Левиной. – М., 1968.
6. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В. И. Селивёрстова. – М.: ВЛАДОС, 1997.
7. Правдина О. В. Логопедия. – М., 1973.
8. Хрестоматия по логопедии / Под ред. В. И. Селивёрстова и Л. С. Волковой – М., 1997.

**Тема 3:** Комплексний підхід до подолання дизартрії

Завдання

1. Визначити, від чого залежить успіх логопедичного втручання при дизартрії.
2. Розкажіть, як принцип комплексності реалізується при корекції дизартрії, наведіть приклади.
3. Назвати провідні завдання підготовчого етапу роботи з подолання дизартрії, яке значення надається медикаментозному впливу на цьому етапі.
4. Розкрийте загальний зміст логопедичної роботи з подолання дизартрії, назвіть її основні розділи, обґрунтуйте їх необхідність. Для відповіді на це питання пригадайте структуру дефекту при дизартрії.
5. Назвіть типи установ, де виховуються та навчаються діти, які страждають на дизартрію.
6. Розкрийте поняття „анартрія”, дайте клініко-психолого-педагогічну характеристику дітям з анартрією. Розкажіть про особливості корекційно-педагогічної роботи з категорією дітей.
7. Дати визначення поняттям „рефлекс – заборонна позиція”, „рефлекс орального автоматизму”.
8. Розкрийте значення використання рефлекс – заборонних позицій у корекційній роботі з подолання дизартрії.
9. Встановіть, до яких порушень мовленнєвого розвитку відносять дизартрію за психолого-педагогічною класифікацією мовленнєвих розладів.

**Методичні рекомендації до заняття**

Розкриваючи поняття «комплексний підхід» до подолання дизартрії, дати характеристику напрямам, визначити роль спеціалістів у комплексній роботі з дітьми із дизартрією.

Надаючи характеристику реалізації методики логопедичної роботи звернути увагу на практичний досвід К.Семенової та Л.Архіпової, розкрити мету та провідні завдання логопедичної роботи при дизартрії, принципи логопедичного впливу, розподіливши їх на загальнодидактичні та спеціальні.

Розкриваючи етапи логопедичного втручання при дизартрії, проаналізувати мету, завдання, напрями та зміст кожного з них. Особливу увагу звернути на поетапний метод роботи над звуками при стертій дизартрії. Назвати провідні завдання підготовчого етапу роботи з подолання дизартрії, яке значення надається медикаментозному впливу на цьому етапі.

Розкрийте загальний зміст логопедичної роботи з подолання дизартрії, назвіть її основні розділи, обґрунтуйте їх необхідність. Для відповіді на це питання пригадайте структуру дефекту при дизартрії.

Окремо розглянути методику подолання синдромів дизартрії, визначити основні напрями роботи та спеціалістів, які їх реалізують. Визначити, від чого залежить успіх логопедичного втручання при дизартрії.

Звернути увагу на до яких порушень мовленнєвого розвитку відносять дизартрію за психолого-педагогічною класифікацією мовленнєвих розладів, як саме формулюється логопедичний висновок про стан мовлення дитини з дизартрією (дизартрія з елементами лексико-граматичного недорозвинення, дизартрія з лексико-граматичним недоразвиненням).

Література

1. Бадалян А. О. Детская невропатология. – М.: Медицина, 1975.
2. Большая энциклопедия / Под ред. Б. В. Петровского. – Изд.-е 3-е. – М.: Сов. энцикл-я, 1977.
3. Винарская Е. Н., Пулатов А. М. Дизартрія и её диагностирование. Значение в клинике очаговых поражений мезга. – Ташкент, 1973.
4. Логопедия. / Под ред. Л. С. Волковой и др. – М.: ВЛАДОС, 1999.
5. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Р. Е. Левиной. – М., 1968.
6. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В. И. Селивёрстова. – М.: ВЛАДОС, 1997.
7. Правдина О. В. Логопедия. – М., 1973.
8. Хрестоматия по логопедии / Под ред. В. И. Селивёрстова и Л. С. Волковой – М., 1997.

**Контрольна робота**

Варіант 1.

1. Вплив порушень зубно-щелепної системи (розщеплень піднебіння та губи) на оволодіння дітьми звуковимовою.
2. Первинні порушення в структурі мовленнєвого дефекту при дизартрії.
3. Скласти конспект індивідуального заняття з формування правильної вимови звука «с» (підготовчий етап).

Варіант 2.

1. Ринолалія: етіологія, механізми, симптоматика.
2. Методика розвитку артикуляційного праксису у дітей із дизартрією.
3. Скласти конспект індивідуального заняття з формування правильної вимови звука «рʼ» (етап автоматизації правильної вимови на рівні складу).

Варіант 3.

1. Методика диференційної діагностики функціональної дислалії та стертої дизартрії.
2. Причини порушень голосу у дітей із вродженою відкритою ринолалією.
3. Скласти конспект індивідуального заняття з формування правильної вимови звука «ш» (етап постановки звука).

Варіант 4.

1. Артикуляційна гімнастика. Мета, завдання. Класифікація артикуляційних вправ. Методика проведення.
2. Методика логопедичної роботи з розвитку та корекції голосової функції у дітей із вродженою відкритою ринолалією на різних етапах роботи (за І.Єрмаковою).
3. Скласти конспект індивідуального заняття з формування правильної вимови звука «з» (етап автоматизації звука на рівні слів).

Варіант 5.

1. Особливості опанування фонематичними процесами дітьми в онтогенезі.
2. Етапи логопедичної роботи при стертій дизартрії. Провідні завдання, зміст роботи.
3. Скласти конспект індивідуального заняття з формування правильної вимови звука «л» (підготовчий етап).

Варіант 6.

1. Немовленнєва симптоматика при дизартрії. Загальна характеристика.
2. Методика логопедичного обстеження дітей із ринолалією.
3. Скласти конспект індивідуального заняття з формування правильної вимови звука «р» (етап автоматизації звука на рівні речення).

Варіант 7.

1. Патогенез мовленнєвих розладів у дітей із різними формами ринолалії.
2. Особливості корекції звуковимови у дітей із стертою дизартрією.
3. Скласти конспект індивідуального заняття з формування правильної вимови звука «ч» (етап постановки звука).

Варіант 8.

1. Опанування артикуляційним праксисом в онтогенезі. Кінестетичний праксис. Кінетичний праксис.
2. Особливості порушення мовленнєвого дихання у дітей із дизартрією. Методика корекції мовленнєвого дихання у дітей із дизартрією..
3. Скласти конспект індивідуального заняття з формування правильної вимови звука «ц» (етап автоматизації звука на рівні складів).

Варіант 9.

1. Патогенез мовленнєвих розладів у дітей. Відмінності у прояві мовленнєвих порушень у дітей та дорослих, механізми, що їх обумовлюють.
2. Методика корекції звуковимови у дітей із вродженою відкритою ринолалією на різних етапах логопедичної роботи (за І.Єрмаковою).
3. Скласти конспект індивідуального заняття з формування правильної вимови звука «ж» (етап автоматизації звука на рівні речення).

Варіант10.

1. Особливості порушення звуковимови при різних формах дизартрії.
2. Методика проведення логопедичного масажу після урано- та хейлопластики.
3. Скласти конспект індивідуального заняття з формування правильної вимови звука «к» (етап постановки звука).

**Література**

1. Беккер К.П., Совак М. Логопедия. - М.: Медицина, 1981.
2. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Логопедия. Заикание. – М., 2002.
3. Бельтюков В.И. Об усвоении детьми звуков речи. М., 1964.
4. Вансовская Л.И. Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах нёба. М., 2000.
5. Василенко З.С. Вторичные деформации зубных рядов к прикуса по вертикали и методы их ортопедического лечения // Комплекс, профилактика стомат. заболеваний. Киев, 1984.
6. Васичкин В.И. Справочник по массажу. Л., 1991.
7. Волосовец Т.В. Некоторые методы и приемы логопедической работы с детьми (от 1,5 до 3 лет), страдающих ринолалией // Актуал. пробл. дефектологии: Тез. докл. межвуз, науч. конф. М., 1991.
8. Гаврилов Е.И. Деформация зубных рядов. М., 1984.
9. Громова О.Е., Соломатина Г.Н. Логопедическое обследование детей 2—4 лет: Метод, пособие. М., 2004.
10. Ермакова И.И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков: Кн. для логопеда: 2-е изд., перераб. М., 1996.
11. Выявление и преодоление речевых нарушений в дошкольном возрасте / Под ред. И.Ю.Кондратенко. – М: Айрис-пресс, 2005. – 326с.
12. Гаврилов Е.И. Деформация зубных рядов. М., 1984.
13. Громова О.Е., Соломатина Г.Н. Логопедическое обследование детей 2—4 лет: Метод, пособие. М., 2004.
14. Дьоміна І.Й. Розвиток мовлення дитини. – К.: Главник, 2004. – 109с.
15. Ефиминкова Л.Н. Коррекция устной и письменной речи учащихся начальных классов. – М., 1991.
16. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи / Под ред. Ю.Ф.Гаркуши. – М.: Сфера, 2007. – 111с.
17. Лалаева Р.И. Логопедическая работа в коррекционных классах. – М.: ВЛАДОС, 1998.
18. Логопедия в школе: Практический опыт / Под ред. В.С. Кукушина. – М.: ИКЦ „МарТ”, 2004.
19. Логопедия. Методическое наследие / Под ред. Л.С.Волковой: в 5 кн. – М, 2003. Кн.І.
20. Логопедія / За ред. М.К.Шеремет. – К., 2016.
21. Ляпидевский С.С. /ред/ Расстройства речи у детей и подростков. - М.: Медицина, 1969.
22. Поваляева М. А. Справочник логопеда. – Ростов-на-Дону.: Феникс, 2002. – 401с.
23. Правдина О.В. Логопедия. - М., 1973.
24. Рібцун Ю.В. Професійний довідник учителя-логопеда ДНЗ. – Харків: Основа, 2012. – 239с.
25. Савченко М.А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей. -К. Радянська школа, 1991.
26. Соботович Е.Ф. Методика выявления речевых нарушений у детей и диагностика их готовности к обучению. – К.: Освита, 1998. – 87с.
27. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А. Логопедическая работа в специальном детском саду. М. «Просвещение», 1987.
28. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии. - М., 1990.
29. Фомичева М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения. – М: Просвещение, 1989.
30. Хватцев М.Е. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста. М., 1995.
31. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник / Шеремет М.К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ, 2006.
32. Чиркина Г.В. Методы логопедического обследования детей. – М.: Академия развития, 2002. – 381с.

**Питання до самопідготовки студентів до екзамену (6 семестр)**

1. Визначення терміну «ринолалія». Причини, механізми.
2. Анатомо-фізіологічні механізми піднебінно-глоткового змикання в нормі.
3. Анатомо-фізіологічні механізми порушення механізму піднебінно-глоткового змикання при різних формах ринолалії.
4. Класифікація ринолалїї. Загальна характеристика форм.
5. Мовленнєві та немовленнєві прояви в структурі ринолалії.
6. Особливості проявів ринолалії в різні вікові періоди.
7. Вплив ринолалії на формування писемного мовлення.
8. Методи функціонального дослідження різних форм ринолалії.
9. Функціональна відкрита ринолалія. Причини, механізми, симтоматика.
10. Органічна відкрита ринолалія. Причини, механізми, симптоматика.
11. Класифікація розщеплень верхньої губи і піднебіння.
12. Особливості звуковимови дітей з відкритою ринолалією.
13. Система корекційно-розвивального впливу при ринолалії.
14. Доопераційна робота при ринолалії, завдання, зміст, методи.
15. Післяопераційна робота при ринолалії, завдання, зміст, методи.
16. Робота з розвитку мовленнєвого дихання, голосу, виразності мовлення при ринолалії.
17. Розкрити вплив анатомічного дефекту піднебіння при вродженій відкритій ринолалії на опанування фонологічною стороною мовлення дітьми.
18. Значення методів функціонального та механічного розтягнення піднебіння у післяопераційний період логопедичної роботи.
19. Особливості подолання фонетико-фонематичного недорозвинення при ринолалії.
20. Етапи логопедичної роботи при ВВР за І. Єрмаковою: мета, завдання, засоби реалізації завдань на кожному етапі.
21. Розкрити особливості логопедичної роботи над розвитком голосу на різних етапах логопедичної роботи при ВВР.
22. Розкрити особливосі роботи над розвитком рухливості м’якого піднебіння при ВВР на різних етапах логопедичної роботи.
23. Порушення голосу: етіопатогенез, класифікація, симптоматика.
24. Функціональні порушення голосу. Загальна характеристика.
25. Органічні порушення голосу. Загальна характеристика.
26. Методика подолання порушень функціональних порушень голосової функції у дітей.
27. Методика подолання порушень органічних порушень голосової функції у дітей.
28. Дизартрія. Загальна характеристика. Значення диференціації синдрому дизартрії у дітей та дорослих.
29. Анатомо-фізіологічні структури, що забезпечують рухову активність. Загальна характеристика. Види порушення м’язового тонусу.
30. Класифікація дизартрії (критерії виділення форм, загальна характеристика, переваги та недоліки класифікації).
31. Синдроми дизартрії. Загальна характеристика.
32. Особливості порушення фізіологічного та мовленнєвого дихання у дітей з дизартрією.
33. Особливості порушення голосової функції у дітей з дизартрією.
34. Особливості порушення звуковимови у дітей з дизартрією.
35. Етіопатогенез дизартрії.
36. Форми дизартрії за локалізацією пошкодження нервової системи.Загальна характеристика.
37. Центральні форми дизартрії. Загальна характеристика.
38. Периферичні форми дизартрії. Загальна характеристика.
39. Особливості проявів коркової дизартрії.
40. Особливості мовленнєвої та немовленнєвої симптоматики бульбарної дизартрії.
41. Особливості мовленнєвої та немовленнєвої симптоматики псевдобульбарної дизартрії.
42. Особливості мовленнєвої та немовленнєвої симптоматики мозочкової дизартрії.
43. Особливості мовленнєвої та немовленнєвої симптоматики екстрапірамідної форми дизартрії.
44. Методика логопедичного обстеження дітей із дизартрією.
45. Поняття «комплексний підхід» до подолання дизартрії. Роль спеціалістів у комплексній роботі з дітьми із дизартрією.
46. Мета та провідні завдання логопедичної роботи при дизартрії. Принципи логопедичного впливу при дизартрії:
47. Комплексне втручання при дизартрії за К.Семеновою (мета, завдання, зміст).
48. Стерта дизартрія. Етіопатогенез та симптоматика.
49. Логопедична робота з подолання стертої дизартрії.
50. Методика логопедичної роботи з подолання псевдобульбарної дизартрії у дітей.