

Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Факультет спеціальної освіти, психології і соціальної роботи
Кафедра логопедії та спеціальних методик

Кваліфікаційна робота

з теми:

**«Використання логопедичного масажу для розвитку і корекції
звуковимови у старших дошкільників із дизартрією»**

Виконала здобувачка 2 курсу групи соL1-M24z
ОП Спеціальна освіта (Логопедія)
Спеціальності А6 Спеціальна освіта
спеціалізації А6.01 Спеціальна освіта. Логопедія
Вікторія ВИЖАК

Керівник:
Вадим ЛЕВИЦЬКИЙ,
кандидат педагогічних наук, доцент

Рецензент:
Олена ЧОПК,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри спеціальної та
інклюзивної освіти

Зміст

Вступ.....	3
Розділ I. Аналіз наукових джерел з проблематики використання логопедичного масажу для корекції мовлення дошкільників із дизартріями	
1.1. Види дизартрій та опис їх симптоматики.....	6
1.2. Види та методи масажу у логопедичній практиці.....	19
1.3. Масаж у логопедичній практиці з дітьми дошкільного віку з дизартричними порушеннями.....	24
Висновки до розділу.....	29
Розділ II. Опис методик та результати проведення констатувальної та формувальної частини експериментального дослідження	
2.1. Діагностика будови та моторики артикуляційного апарату у дітей з дизартричними розладами дошкільного віку.....	33
2.2. Етапи логопедичної роботи з подолання порушення звуковимови у дітей із дизартрією.....	43
2.3. Логопедичний масаж у практиці корекції звуковимови у дітей із дизартричними розладами дошкільного віку.....	50
Висновки до розділу.....	61
Висновки.....	64
Список використаних джерел.....	68

Вступ

Актуальність дослідження не викликає сумнівів, оскільки в останнє десятиліття спостерігається зростання кількості дітей із мовленнєвими порушеннями, зумовленими ураженням іннервації мовленнєвого апарату.

Проблема логопедичної допомоги дітям з неврологічними патологіями є надзвичайно важливою. Необхідність діагностики та корекції цих порушень пов'язана з тривожною демографічною ситуацією в Україні, де не лише знижується рівень народжуваності, але й зростає частка дітей зі станами, що потребують фізіологічної підтримки.

За даними спеціалізованих досліджень, частина здорових новонароджених скоротилася з 48,6% до 36,5%. Сьогодні близько 50% новонароджених мають певні перинатальні патології, які, у разі відсутності своєчасної діагностики та корекції, можуть призвести до стійких розладів у дорослому віці.

Клінічний досвід свідчить, що пошкодження різних ділянок кори головного мозку спричиняє різноманітні розлади, в тому числі, і мовлення. Існують диференційовані мовленнєві порушення, що залежать від конкретного ураження. Одним з таких порушень є дизартрія – розлад мовлення, викликаний недостатньою іннервацією мовленнєвого апарату через ураження задніх та підкіркових зон мозку.

Дизартрія є формою сенсомоторних розладів, які впливають на артикуляційні процеси формування мовлення. У випадку дизартрії неправильна вимова звуків, здебільшого, пов'язана з порушеннями фонетичних (рухових) операцій. Корекційна логопедична робота є складною та комплексною і потребує регулярних занять.

Одним із засобів корекції є логопедичний масаж спрямований не лише на зміцнення або розслаблення артикуляційних м'язів, але й на стимуляцію пропріоцептивних відчуттів, що сприяють кінестетичному розвитку. Кінестезії відіграють важливу роль у формуванні чіткого та виразного мовленнєвого висловлювання. Кінестетичні відчуття супроводжують

діяльність усіх м'язів: в залежності від напруженості м'язів під час рухів язиком і губами у ротовій порожнині виникають специфічні диференційовані відчуття.

В системі комплексних корекційних заходів логопедичний масаж передує артикуляційним, дихальним та голосовим вправам. Вибір масажних технік сприяє нормалізації м'язового тону органів артикуляції та покращенню їх рухливості.

Методики логопедичного масажу варіюються залежно від характеру патологічної симптоматики у м'язовій системі. Основними завданнями масажу при дизартрії є: нормалізація м'язового тону; усунення таких патологічних симптомів, як гіперкінези та салівація; стимуляція позитивних кінестезій; вдосконалення артикуляційних рухів за такими параметрами як точність і об'єм; збільшення сили м'язових скорочень; активація тонких, диференційованих рухів органів артикуляції.

На сучасному етапі в Україні з питань корекції різних видів дизартрії слід згадати праці: Н. Гаврилової, В. Галущенко, С. Коноплястої, Ю. Пінчук, Н. Савінової, Н. Пахомової, В. Тарасун, В. Тищенко, О. Ткач, С. Чупахіної, М. Шеремет, Е. Данілавичюте та ін.

Мета дослідження: вдосконалення логопедичних масажних комплексів у практиці корекції дизартричних розладів.

Предмет дослідження: комплексний процес корекції звуковимови у дітей дошкільного віку із дизартріями.

Об'єкт дослідження: використання логопедичного масажу для розвитку і корекції звуковимови у старших дошкільників із дизартрією.

Гіпотеза дослідження: корекція дизартричних розладів набуде більшої ефективності за умови систематичного використання логопедичного масажу у системі корекційної роботи.

Завдання дослідження:

1. Вивчення та аналіз наукових джерел з проблематики дослідження.

2. Вивчення методів і прийомів використання логопедичного масажу під час роботи з дітьми з дизартричними порушеннями дошкільного віку.

3. Дослідження стану розвитку роботи артикуляційних м'язів та звуковимови у старших дошкільників із дизартрією.

4. Розробка логопедичних масажних комплексів для корекційної роботи з дітьми з дизартричними розладами.

5. Формулювання висновків проведеного дослідження.

Методи дослідження: бесіда, аналіз документації, обстеження стану розвитку м'язів артикуляційного апарату та звуковимови у дітей дошкільного віку, кількісний та якісний аналіз отриманих даних.

Елементи наукової новизни полягають в тому, що дослідження дозволило уточнити ефективність використання логопедичного масажу у системі комплексної роботи для корекції звуковимови у дітей дошкільного віку із дизартрією.

Практичне значення отриманих результатів: обумовлене можливістю використання практичного матеріалу дослідження для корекції звуковимови у дітей із дизартрією дошкільного віку логопедами та батьками дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку.

База дослідження: КЗ "Луцький заклад дошкільної освіти (ясла-садок) № 29 компенсуючого типу (спеціальний) Луцької міської ради".

Структура роботи: вступ, два розділи та висновки до них, загальні висновки, список використаних джерел.

\

Розділ I

Аналіз наукових джерел з проблематики використання логопедичного масажу для корекції мовлення дошкільників із дизартріями

1.1. Види дизартрій та опис їх симптоматики.

Дизартрія (походить від грецьких слів "дис" (розлад) та "артру" (чітка вимова), є порушенням мовлення, що виникає внаслідок недостатньої іннервації мовленнєвого апарату через пошкодження задніх та підкіркових ділянок мозку [60].

Мовлення осіб із дизартрією часто є нерозбірливим, нечітким і має назальний відтінок. Це порушення зумовлюється пошкодженням нервового апарату мовлення при локалізації ураження у центральній нервовій системі [64].

Історично, початок XIX століття позначився зростанням інтересу до мовленнєвих порушень органічного генезу, особливо у дітей із церебральним паралічем. У Західній Європі такі медичні дослідники, як А. Куссмауль та В. Літл, акцентували увагу на складних мовленнєво-рухових розладах, серед яких дизартрія займала особливе місце.

Цей період був сензитивним щодо науково-технічного прогресу, що призвело до промислового перевороту та сприяло вдосконаленню методів дослідження у медицині, зокрема шляхом розвитку фізики та хімії.

У культурному контексті XIX століття розвивався антропологічний підхід, зосереджений на вивченні людської свідомості, емоцій, логіки, ідеалів тощо [9].

Переважно медики досліджували таємниці людської поведінки, але з ХХ століття ці питання набули філософського та психологічного обговорення (Л. Фейербах, З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер та ін.).

Першочергове вивчення мовленнєвих порушень, включно з дизартрією, здійснювалося у медичній сфері, особливо невропатологами. Зокрема, В. Літл вивчав зв'язок між мовленнєвими розладами і порушеннями мовленнєвого апарату у дітей із церебральним паралічем, що викликані внутрішньоутробними ураженнями або травмами під час пологів [9].

Європейські вчені понад сто років тому вперше охарактеризували клінічну картину дизартрії у дорослих у рамках псевдобульбарного синдрому [6].

У результаті медичних досліджень А. Куссмауль у 1877 році створив одну з перших класифікацій мовленнєвих розладів, систематизуючи термінологію. Він першим використав термін "дизартрія", описуючи його як форму лалопатії за органічним інтрацеребральним походженням. Важливим для розвитку логопедії та становлення у систематиці мовленнєвих порушень цього терміна в теорії А. Куссмауля про дизартрію є те, що автор вперше звернув увагу на системність порушення мовлення при дизартрії, та порушення його просодичної сторони зокрема. Це дозволило дизартрії зайняти своє автономне місце у логопедичному науковому тезаурусі наприкінці ХІХ століття [3].

Наприкінці ХІХ століття А. Оппенгейм розширив клініко-логопедичний опис мовленнєвих порушень, завдяки виявленню атетоїдних гіперкінезів як у мовленнєвій, так і загальній моториці. Досліджуючи клініку псевдобульбарного паралічу, він зазначив, що ці прояви вказують не лише на мовленнєві розлади, але й на порушення дихання та серцевої діяльності [18].

У другій половині ХІХ століття, на початкових етапах розвитку логопедії, з усіх різновидів мовленнєвих порушень виділили дві основні

групи: недорікуватість та заїкання. Пізніше до них додалася ідіопатична слухонімота або алалія. Це стало основою для формування більшості майбутніх класифікацій мовленнєвих порушень, які згодом трансформувалися у розгалужену категоріальну систему. Вірогідно припустити, що стерта дизартрія тоді належала до групи недорікуватості як її найлегший варіант прояву [22].

У XIX столітті розпочав свою діяльність Університет Святого Володимира у Києві, відкритий у 1841 році, де працював професор І. Сікорський. Він підтримував ідеї К. Ушинського про комплексне вивчення дитини. У своїй праці "Заїкання" (1889) І. Сікорський підкреслив важливість медико-психолого-педагогічного підходу до вивчення особистості людини з порушеннями мовленнєвого розвитку. Такий підхід стане ключовим у майбутньому для класифікації мовленнєвих порушень, таких як дизартрія. Гуманістичні ідеї І. Сікорського зайняли важливе місце у роботі з дітьми з психофізичними та мовленнєвими порушеннями [9].

З початку XX століття розпочалося уточнення клінічної симптоматики і перший логосимптоматичний період, який був представлений працями М. Маргуліс та І. Філімонова. Вони детально описали особливості мовленнєвих порушень при псевдобульбарному паралічі з клінічної і логопедичної перспективи [9].

Дослідження проблематики дизартрії продовжувалось у Західній Європі у першій половині XX століття. Німецький дослідник Х. Гутцман у 1911 році зробив докладний опис псевдобульбарної дизартрії, визначивши її як порушення артикуляції та виділивши центральну і периферичну форми.

Важливим кроком у розвитку української корекційної педагогіки стало створення Інституту фізичної дефективності у Харкові. У цей період продовжив свою діяльність Університет Святого Володимира, який був перейменований у 1939 році в університет імені Т.Г. Шевченка, з появою

нових гуманітарних факультетів. Тоді ж зародилася психологічна течія у дефектології, пов'язана з фундаментальними працями Л. Виготського про закономірності розвитку «аномальної дитини» і психологічні основи дефектології у педагогіці [28].

М. Маргуліс розглядав дизартрію як рухові мовленнєві розлади, за винятком тих, що спричинені ушкодженням кортикальної ділянки, яка формує рухові образи слова, та проявляються у клініці моторної афазії та апраксії. Він розділив дизартрії на бульбарну та церебральну форми, при цьому церебральну форму розділив на кортикальну та субкортикальну. До субкортикальної форми М. Маргуліс відніс різні варіанти капсулярних, екстрапірамідних і мозочкових дизартрій. Ця класифікація була першою спробою систематизувати церебральні форми дизартрії за локалізацією ушкоджень мозку, що знайшло своє відображення у неврологічній літературі та пізніше у підручниках з логопедії, особливо у викладі теми сучасної класифікації дизартрії за принципом локалізації, що стала широко використовуватися в логопедичній практиці з середини ХХ століття [9].

До середини ХХ століття були уточнені клінічні ознаки дизартрії, запропоновано методика педагогічного впливу на це порушення мовленнєвого розвитку, започатковано класифікацію дизартрії на основі локалізації ушкоджень мозку та зроблено першу психологічну спробу дослідити пізнавальну діяльність дітей з церебральним паралічем.

Важливо зазначити, що саме в цей період активізувалася українська наукова школа з вивчення цієї проблеми та започатковувався психолого-педагогічний напрямок у дослідженні дизартрії. В цей період була актуалізована систематика мовленнєвих порушень і відбулося становлення терміна дизартрії (перша половина ХХ століття).

Подальший розвиток систематики мовленнєвих порушень охоплював діагностичний та термінологічний аспекти [9]. С. Конопляста та А. Голуб

відзначали, що головними питаннями стали пошук діагностичних методик і узгодження наукового тезаурусу стосовно мовленнєвих порушень, зокрема дизартрії [13].

Перша диференційована класифікація порушень мовлення була запропонована М. Хватцевим у 1960 році. За його класифікацією були визначені порушення мовленнєвого розвитку: недорікуватість (патологічна та непатологічна), недоліки голосу (хрипкий, патологічна мутація, фонастенія та дисфонія), порушення темпу і ритму мовлення (заїкання, швидке та повільне мовлення), а також розлади мовлення через органічні ушкодження кори головного мозку (афазія, алалія, дислексія, дисграфія). Важливим аспектом цієї класифікації є поділ мовленнєвих розладів на первинні та вторинні. Ця класифікація може вважатися клінічною систематикою, а дизартрія займає в ній відповідне місце [9].

Паралельно з удосконаленням систематики мовленнєвих порушень розширювалися уявлення про дизартрію як клініко-психолого-логопедичну проблему. У Європі, спираючись на клінічні дослідження, французький невропатолог Г. Тардье запропонував класифікацію дизартрії за рівнем зрозумілості для оточення, застосовуючи її до дітей із церебральним паралічем. Він визначив чотири рівня важкості проявів мовленнєвих порушень у таких дітей [12].

Паралельно з клінічними дослідженнями мовленнєвих порушень здійснюється психолого-педагогічний аналіз проблематики.

Серед західних класифікацій особливо вирізняється систематика, запропонована М. Морлі у 1957 році і доповнена у 1972 році. Ця класифікація належить до типу клініко-лінгвістичних, і визначає: а) порушення мовлення (такі як афазія, алексія, аграфія, затримка мовленнєвого розвитку зумовлена порушеннями інтелекту та слуху); б) порушення артикуляції (включаючи анартрію, артикуляційна апраксію, дислалію, а також такі, що викликані

слуховими порушеннями та аномаліями будови зубощелепного апарату); в) порушення у процесі реалізації висловлювання (наприклад, заїкання, прискорене мовлення зі спотиканнями); г) порушення голосу (афонія, дисфонія). Незважаючи на переваги цієї класифікації (включно з інтеграцією лінгвістичного та клінічного підходів), вона поєднує первинні та вторинні мовленнєві порушення [24].

З другої половини ХХ століття дизартрію почали розглядати з сторони психолого-педагогічних аспектів, беручи до уваги її клінічні симптоми. У логопедичній практиці почали одночасно використовувати дві класифікації мовленнєвих порушень: клінічну та психолого-педагогічну, і цей підхід актуальний і сьогодні. На основі цих класифікацій формується сучасна клініко-педагогічна система, що об'єднує розуміння клінічної та логопедичної симптоматики.

Однак це не означає, що поняття дизартрії може бути повністю усвідомлене через одну класифікацію. Саме уявлення про дизартрію як мовленнєве порушення через призму клінічної симптоматики та логопатологічних пояснень дозволяє краще зрозуміти характер симптоматики дизартрії і знаходити шляхи її корекції.

Етіологія дизартричних розладів аналізується через два основні підходи. Перший підхід базується на неврологічних принципах, досліджуючи патогенез клінічних проявів дизартрії, розташування ураження і природу мовленнєвих розладів у контексті відповідних моторних порушень.

Другий підхід – нейрофонетичний, фокусується на фонемному аналізі дизартричного мовлення з акцентом на сучасній психолінгвістиці, перемішуючи увагу з клініки на патогенетичний аналіз нейрофонетичних синдромів [24].

Літературні джерела пропонують різноманітні визначення дизартрії. Одне з визначень описує дизартрію як розлад мовлення, де порушується

просодична складова звукового потоку та фонетичне оформлення звуків або неналежна реалізація фонем (заміна звуків) [17].

Інше визначення характеризує дизартрію як порушення координації мовлення, що є симптомом пошкодження рухового аналізатора і еферентної системи, при цьому, здатність відокремлювати мовлення та артикуляцію загалом знижується [22].

Обидва визначення є значущими: перше акцентує зовнішні прояви патології, тоді як друге підкреслює аспект дизартрії як симптому пошкодження центральної та периферичної нервових систем. На додачу, ще одне визначення трактує дизартрію як порушення звуковимови і просодичної сторони мовлення, обумовлене органічним дефіцитом іннервації м'язів мовленнєвого апарату [28].

Етіологія церебрального паралічу та асоційованої з ним дизартрії, яка виступає як один з симптоматичних проявів, залишається недостатньо дослідженою. Традиційно вважалося, що основним фактором є родові травми, проте останні наукові дослідження свідчать, що більш ніж 80% випадків мають вроджений характер, обумовлений внутрішньоутробними розладами мозкової діяльності. Відповідно, пологові травми розглядаються як вторинні фактори, що можуть потенційно ускладнювати дію первинних порушень [20].

Етіологічні чинники ушкодження мозку діють у різні часові періоди:

1. Пренатальний період. Цей етап характеризується впливом токсикозу під час вагітності, спричиненого хронічними захворюваннями матері. Найбільш частими чинниками виступають: вірусні та інфекційні захворювання; серцево-судинна та ниркова недостатність; психічні і фізичні травми; вплив радіації; шкідливі звички такі як паління, вживання алкоголю і наркотиків; резус-конфлікт між матір'ю та плодом. Зокрема, перший триместр вагітності є найкритичнішим для дій цих факторів.

2. Натальний період. Найпоширенішими є ушкодження мозку під час пологів, такі як внутрішньочерепні крововиливи через різку зміну тиску (через швидкі пологи або кесарев розтин), а також непрофесійне акушерське втручання.

3. Постнатальний період. У цьому періоді серед чинників виділяють захворювання типу менінгіту або менінгоенцефаліту, та травми мозку. У ранньому постнатальному етапі діти з дизартрією відрізняються такими особливостями: порушенням моторики, безпричинними розладами сну, складністю утримання соска, слабким смоктальним рефлексом та швидкою втомлюваністю під час годування. Пізніше спостерігається неспроможність втримати голову вертикально до 5-7 місяців і затримка у початку ходьби. Інші можливі захворювання включають вірусний грип, пневмонію, гастроентерологічні та інфекційні хвороби, що супроводжуються судомою при високій температурі [28].

Важливо відзначити, що порушення пренатального періоду часто провокує дисфункцію натальних і постнатальних фаз розвитку. Діти з дизартрією можуть класифікуватися залежно від загального психофізичного стану на декілька груп: дизартрія у дітей з нормальним психофізичним розвитком, церебральним паралічем, олігофренією, гідроцефалією, затримкою психічного розвитку та мінімальними мозковими дисфункціями [47].

У науковій літературі виокремлюють такі класифікації дизартрії:

- За ступенем тяжкості. Враховується ступінь пошкодження мозку і визначаються: анартрія (відсутність мовлення), дизартрія (нечітке мовлення з порушенням вимови звуків, дихання і голосу), стерта дизартрія (слабко виражені мовленнєві симптоми). Стерта дизартрія може помилково діагностуватися як дислалія, але відрізняється наявністю фокусної неврологічної симптоматики [60].

- За ступенем змістового наповнення мовлення. Цю класифікацію запропонував Н. Тардье для дітей з церебральними паралічами. Вона базується на зовнішніх проявах і виділяє чотири ступені. Ступені мовленнєвих розладів класифікуються наступним чином: перший, найм'якший ступінь, характеризується порушенням звуковимови, виявленим виключно фахівцем під час обстеження; другий ступінь передбачає порушення вимови, які помітні для всіх, хоча мовлення залишається зрозумілим; третій ступінь – мовлення зрозуміле лише родині дитини та частково іншим; четвертий, найскладніший, ступінь – майже повна відсутність зрозумілого мовлення навіть для найближчого оточення [17].

Згідно з синдромологічним підходом у розрізненні дизартрії виділяють такі форми: спастично-паретичні, спастично-ригідні, спастично-гіперкінетичні, спастично-атактичні, атактично-гіперкінетичні. Кожна форма враховує переважно неврологічні симптоми і виявляється у процесі спільної роботи з невропатологом [28].

Класифікація згідно з внутрішньою невропатологією була розроблена беручи до уваги механізм порушення, зокрема локалізацію ураження. При пошкодженні периферичного моторного нейрона та його зв'язку з м'язом, виникає периферійний параліч [28].

Бульбарна дизартрія.

Ураження мозку характеризується одно- чи двостороннім ураженням периферичних рухових нейронів (трійчастого, лицьового, мовленнєво-глоткового, блукаючого та під'язикового).

Патогенез включає переважно м'яві паралічі м'язів мовленнєвого апарата з відповідними атрофічними та тонічними змінами. Спостерігаються виразні порушення голосу, який стає слабким і глухим, з модифікованим тембром. Артикуляційні труднощі є типовими для цього виду дизартрії, що переважно зустрічається у дорослих.

Псевдобульбарна дизартрія. Характеризується обов'язковими двобічними ураженнями центральних кортико-бульбарних нейронів. Це призводить до пірамідних спастичних паралічів без атрофії м'язів, але з підвищеним м'язовим тонусом.

Клінічні симптоми. Голос слабкий, сиплий та хрипкий, голосні та приголосні звуки вимовляються глухо, але іноді, поряд з оглушенням дзвінких приголосних, спостерігається одзвінчення глухих приголосних. Тембр мовлення гугнявий, особливо голосних заднього ряду і твердих приголосних зі складними артикуляційними позиціями (*р, л, ш, ж, ч, ц*). Артикуляція голосних зрушена назад. Артикуляція приголосних спрощена і теж зрушена назад. Змичні приголосні та вібрант [*р*] замінюються на щілинні. Артикуляція твердих приголосних порушується більше ніж м'яких. Хворий чує свої порушення вимови та активно намагається їх подолати. Однак зусилля призводять, як правило, до зростання гіпертонусу у паралізованих групах м'язів і посилення патологічних особливостей артикуляції.

Мозочкова дизартрія. Характеризується ураженням мозочка та його зв'язків з іншими частинами мозку.

Патогенез і клінічні симптоми проявляються в асинхронності між диханням, фонацією та артикуляцією, що уповільнює мовлення, роблячи його поштовхоподібним з порушеною модуляцією наголосу та згасанням голосу до кінця фрази, надаючи йому скандованого характеру. Через гіпотонію рухи артикуляційних органів стають слабо вираженими, що призводить до порушень звуків, які вимагають чітких диференційованих рухів і сили м'язових скорочень, таких як передньоязикові звуки, африкати та змичні. Також розвивається симптом відкритої гугнявості та виражені просодичні порушення.

Підкіркова дизартрія або екстрапірамідна дизартрія пов'язана з ураженнями підкіркових ядер мозку та нервовими зв'язками.

Патогенез включає екстрапірамідні розлади м'язового тону, що проявляються у вигляді гіпертонії, гіпотонії або дистонії, а також мимовільних рухів у м'язах мовленнєвого апарату, таких як тремтіння, повільні скорочення м'язів або швидкі раптові скорочення.

Клінічно, мовленнєві розлади різноманітні та непостійні, голос може бути напруженим, різким або хрипким і змінюватися за тембром та гучністю. Може відзначатись згасання голосу до шепоту або більшим порушенням артикуляції голосних, ніж приголосних. Темп, ритм та мелодика мовлення зазвичай страждають.

Кінестетична постцентральна кіркова дизартрія виникає через одностороннє ураження постцентрального полюсу кори домінуючої півкулі. Патогенез включає апраксію кінестетичного типу з розпадом узагальнених схем артикуляції звуків у складах через труднощі розрізнення відповідних артикуляційних положень. Клінічно це проявляється у замінах шумових ознак звуків: місце та спосіб утворення (особливо язикових приголосних та африкатів), а також ознаки твердості або м'якості. Замінені артикуляції можуть бути нестабільними, що викликає неоднозначність у вимові звуків. Навіть у важких випадках ці ознаки можуть спотворюватися не постійно, але дитина відзначає свої помилки і намагається їх виправити, що впливає на плавність і швидкість мовлення.

Кінетична премоторна кортикальна дизартрія представляє собою специфічний вид мовленнєвих розладів, який зумовлюється одностороннім ураженням премоторних полюсів нижніх відділів кори домінуючої, часто лівої, півкулі мозку. Патогенез цього стану пов'язаний з кінетичною апраксією, що виражається у розпаді тимчасових узагальнених схем артикуляторної активності. Це супроводжується напруженістю та уповільненістю окремих артикуляційних рухів, а також розпадом артикуляційних дій на окремі

елементи та труднощами у переключенні між елементами, що може призвести до персеверацій.

Клінічно, цей тип дизартрії характеризується звучним голосом та збереженим тембром мовлення. Водночас ритмічні структури слів намагаються трансформуватися у ланцюжки відкритих наголошених складів. Артикуляція приголосних часто напружена, початкові та кінцеві звуки можуть бути подовженими або поштовхоподібними. Заміни щілинних звуків на змичні є типовими. Перехідні фази артикуляції можуть перетворитися на додаткові звукові вставки. Відзначаються пропуски звуків у комбінаціях приголосних та спрощення африкатів. Напруженість артикуляції часто веде до підвищення гучності голосу та вибіркового оглушення дзвінких приголосних звуків [28].

Для ефективної корекції дизартрії фахівці мають чітко розрізняти її різновиди.

Основними симптомами дизартрії є порушення звуковимови та голосу, обумовлені порушеннями артикуляційної моторики та мовленнєвого дихання. У більшості дітей з дизартрією не спостерігаються явні паралічі чи парези, однак моторика характеризується загальною незграбністю та недостатньою координацією. Діти мають труднощі із засвоєнням навичок самообслуговування, відстають від однолітків у спритності та точності рухів, що затримує розвиток готовності руки до письма. Інтелектуальні порушення проявляються у формі низької розумової працездатності та проблем із пам'яттю і увагою.

Для багатьох дітей характерним є уповільнене формування просторово-часових уявлень, оптико-просторового гнозису, фонематичного аналізу, конструктивного праксису [25].

Мовленнєві симптоми включають порушення звуковимови, просодичності мовлення та фонематичних функцій. Нечітке мовлення

ускладнює формування слухового образу слова, що, у свою чергу, посилює розлади звуковимови та впливає на лексико-граматичну складову мовлення та письмові та читацькі навички.

Клінічні особливості та ступінь вираженості дизартрії значною мірою визначаються локалізацією та ступенем ураження мозку.

У вигляді пісумку варто зазначити, що дизартрія характеризується нечіткістю і нерозбірливістю мовлення, де провідним порушенням є розлад звуковимови та просодії, пов'язаний з органічним ураженням центральної та периферичної нервової системи.

Деякі автори вважають, що дизартрія охоплює лише ті форми порушення мовлення, які викликані паралічами та парезами м'язів мовленнєвого апарату. Інші підходять до терміна ширше, включаючи всі порушення у сфері артикуляції, фонації та мовленнєвого дихання, які виникають внаслідок ураження різних рівнів центральної нервової системи.

Причинами розвитку дизартрії можуть бути різноманітні негативні фактори, що діють у пренатальний, натальний та постнатальний періоди: захворювання матері під час вагітності, слабка родова діяльність, родові травми, несумісність крові матері та дитини за резус-фактором, порушення раннього психомоторного розвитку, а також важкі захворювання дитини, особливо у перший рік життя.

Основними клінічними ознаками дизартрії є порушення м'язового тону мовленнєвої мускулатури, проблеми з голосоутворенням і диханням, обмеження добровільних артикуляційних рухів через паралічі та парези м'язів артикуляційного апарату та м'язів мимічної мускулатури.

Симптоми стертої дизартрії поділяються за принципом помітних (моторних) неврологічних порушень, які сприймаємо візуально, і мовленнєвих, що сприймаються через слух під час спілкування і є наслідком

порушень першої категорії. Ці симптоми допомагають уточнити характер порушень і становлять основу для постановки остаточного діагнозу.

1.2. Види та методи масажу у логопедичній практиці.

Масаж – це комплекс технік механічної дії, зокрема тертя, тиску та вібрації, які проводяться на поверхні людського тіла. Існують як загальний, так і місцевий масаж. Залежно від мети застосування, розрізняють такі типи масажу: гігієнічний, терапевтичний, спортивний та самостійний [1].

Масаж є одним з найфізіологічніших методів лікування і профілактики захворювань, адже його ефект досягається природним шляхом завдяки активізації захисних сил організму.

Масаж здатен стимулювати природний захист організму, спрямовуючи його на боротьбу із захворюваннями. Виконується в основному руками, але існує також апаратний масаж, де використовуються спеціалізовані медичні пристрої.

Загалом, масаж є науково обґрунтованим методом лікування, який перевірено багатовіковою практикою. Залежно від мети використання, масаж поділяється на кілька видів. Виділяють також різні форми масажу залежно від зони впливу (загальний і локальний) та методи виконання (ручний, апаратний та комбінований).

Існують такі основні види масажу:

- лікувальний,
- спортивний,
- гігієнічний,
- косметичний.

Диференційований логопедичний масаж є частиною комплексної корекційної роботи. Його застосовують у логопедичній роботі з дітьми, які мають дизартрію, ринофонію, заїкання та розлади голосу. При цих

порушеннях мовлення (особливо при дизартрії) масаж є важливим для досягнення ефективності логопедичного впливу.

Логопедичний масаж – це одна з логопедичних технологій, що являє собою активний метод механічного впливу. Його застосовують при порушеннях тону м'язів артикуляційного апарату. Змінюючи стан м'язів периферичного мовленнєвого апарату, масаж опосередковано покращує вимовну сторону мовлення [5].

Масаж може бути проведений на всіх етапах корекційно-логопедичної роботи, але особливо важливий на початкових етапах, коли дитина ще не може виконати певні артикуляційні рухи самостійно.

Диференційований логопедичний масаж можуть виконувати логопеди, дефектологи або інструктори з ЛФК, які пройшли спеціальну підготовку і володіють технікою масажу та знаннями анатомії і фізіології м'язів мовленнєвого апарату. Логопед може навчити батьків елементарним технікам масажу та пасивної артикуляційної гімнастики, попередньо пояснивши їх значущість та ефективність [28].

Основні завдання логопедичного масажу зосереджуються на декількох ключових аспектах мовленнєвої та моторної терапії.

Спрямованість на нормалізацію м'язового тону артикуляційного апарату є важливою, особливо у складних випадках, коли необхідно зменшити прояви таких рухових порушень, як спастичний парез, гіперкінези та атаксія.

Метою є активізація м'язових груп периферичного мовленнєвого апарату, які зазнали обмежень у функціонуванні. Це може включати введення у артикуляційний процес нових груп м'язів для покращення їх діяльності.

Також значна увага приділяється стимуляції пропріоцептивних відчуттів та досягнення умов, що сприяють формуванню координованих рухів артикуляційних органів.

Зниження гіперсалівації та зміцнення глоткового рефлексу відіграють важливу роль у загальному поліпшенні мовленнєвих показників. Крім того, аферентні сигнали до мовленнєвих центрів мозку стають потужним інструментом стимуляції мовленнєвого розвитку, особливо при затримці формування мовлення [34].

Позитивні ефекти логопедичного масажу полягають у загальному поліпшенні стану м'язової і нервової систем, що критично важливе для ефективного мовленнєвого процесу.

Масаж підвищує еластичність м'язових волокон, а також зміцнює їх скорочувальну здатність та витривалість.

У практиці корекційної роботи з дітьми із дизартрією застосовують:

Сегментарний масаж, який здійснюється поблизу ураженої ділянки без урахування рефлексорних змін.

Точковий масаж націлений на біологічно активні точки і може використовуватися для розслаблення або стимуляції відповідно до медичних показань.

Протипоказаннями до проведення масажу виступають інфекційні захворювання, шкірні хвороби та інші медичні стани, зокрема необхідна обережність при роботі з дітьми, які мають епілептичний синдром [5].

Логопедичний масаж проводиться у комфортних умовах та передбачає цикли сеансів, зазвичай по 10-20 процедур з регулярними інтервалами. Тривалість кожної сесії варіюється в залежності від віку дитини та ступеня порушень, стартуючи від декількох хвилин та поступово збільшуючи до 25 хвилин у більш старшому віці [11].

Для дотримання санітарно-гігієнічних норм зонди виготовляють з нержавіючої сталі або ебоніту, слід ретельно дотримуватись процедури стерилізації. Всі інструменти зберігаються у стерильних умовах задля уникнення будь-якого ризику забруднення.

Під час користування зондами важливо дотримуватися гігієнічних стандартів: їх стерилізують сухим методом або кип'ятять у дистильованій воді. Перед використанням і після масажу зонди очищають під проточною водою з мильним розчином, переважно дитячим милом, висушують і протирають етиловим спиртом [3].

У разі підвищених гігієнічних вимог зонди можна обмотати стерильним бинтом, починаючи з ручки. Під час масажу кінці бинта повинні залишатися в руці, щоб запобігти потраплянню бинта у дихальні шляхи. Після масажу бинт знімають і утилізують, а зонди піддають повторній дезінфекції тими ж методами [3].

Інструменти зберігаються в коробці, викладеній стерильною марлею або бинтом, і накриті зверху стерильним матеріалом. Їх також можна зберігати у фізіологічному розчині.

Для забезпечення гігієни рекомендується користуватися стерильними гумовими рукавичками або обмотувати пальці стерильним бинтом, що є гідрофобним і не слизьким [47].

Масаж не повинен завдавати дитині болю або викликати насильницькі відчуття. У деяких дітей може спостерігатися підвищена чутливість окремих м'язів артикуляції. Одні діти можуть відчувати дискомфорт у м'язах язика (особливо під язиком), інші у лицьових м'язах або внутрішній поверхні щік. Більшість дітей швидко звикають до масажу, і неприємні відчуття з часом зникають.

Якщо дитина напружена або налякана, перші сеанси мають бути короткими, обмежуючись масажем кистей і пальців рук з легким погладженням лицьових м'язів.

Під час масажу використовують різні відволікаючі засоби, такі як спів або читання казок. Дитина повинна відчувати м'яке та доброзичливе ставлення.

Руки логопеда мають бути чистими і теплими, без запалень, а нігті коротко острижені. Рекомендується уникати прикрас, які можуть заважати.

Шкіра обличчя і губ дитини також має бути чистою, а рот вільним від залишків їжі. Масаж слід проводити не раніше ніж через дві години після останнього прийому їжі. Положення тіла під час логопедичного масажу є важливим елементом процесу [6].

Перед початком сеансу логопедичного масажу важливо надати тілу дитини правильне положення. Це допомагає нормалізувати м'язовий тонус, сприяючи розслабленню, полегшує дихання і сприяє ефективнішій роботі логопеда.

Оптимальні положення для логопедичного масажу включають:

1) у положенні лежачи на спині: під шию дитини підкладається невеликий валик, що піднімає плечі та злегка відхиляє голову назад; руки розташовані вздовж тіла; ноги можуть бути вільно випрямлені або трохи зігнуті в колінах, причому під коліна можна також помістити валик.

2) напівсидяче положення у кріслі з високою спинкою або підголівником.

3) напівсидяче положення у дитячому стільчику з відкидною спинкою або в сидячій колясці, що особливо підходить для дітей молодшого віку.

4) для дітей, які відчувають страх перед масажем або дуже прив'язані до матері, можна використовувати положення, коли дитина сидить на колінах у дорослого [4].

Для масажу лицьової мускулатури та губ логопед має розміщуватися позаду голови дитини або праворуч від неї. При масажі язика спеціалісту зручніше перебувати праворуч від дитини [5].

1.3. Масаж у логопедичній практиці з дітьми дошкільного віку з дизартричними порушеннями.

Виділяють два етапи логопедичного впливу при дизартрії:

- підготовчий етап, що включає логопедичний масаж,
- етап формування первинних комунікативних і вимовних навичок [19].

Система логопедичного впливу при дизартрії має комплексний характер, поєднуючи корекцію звуковимови з розвитком звукового аналізу та синтезу, а також лексико-граматичної сторони та зв'язного мовлення. Важливою частиною роботи є поєднання з диференційованим артикуляційним масажем, гімнастикою, логопедичною ритмікою, а у деяких випадках і зі загальною лікувальною фізкультурою, фізіотерапією та медикаментозним лікуванням.

Масаж при спастичній формі дизартрії покликаний покращити скорочувальну функцію м'язових груп, поліпшити кровообіг та підвищити рецепторну активність [7].

Рекомендується розпочинати з поверхневих погладжувальних по лінії верхніх шийних хребців на задній поверхні, рухаючись зверху вниз вздовж лімфатичних судин. Завершується процедура легкими погладженнями від підборіддя до скроневих западин. Використовуються прийоми розминання та вібрації для підвищення м'язового тону та розслаблення м'язів артикуляційного апарату.

Оскільки процедура має викликати тільки позитивні емоції в дитини, важливо добре знати м'язову анатомію, щоб діяти обережно та ефективно [31].

Масаж при гіперкінетичній формі дизартрії проводиться на основі медикаментозного та фізіотерапевтичного лікування за призначенням лікаря.

Необхідно ретельно добирати характер і методику масажу індивідуально для кожної дитини. Найкращі результати досягаються при поєднанні масажу з елементами корекційної дихальної гімнастики. Поверхню

шкіри слід утримувати сухою і чистою; масаж обмежується легким погладжуванням м'язів потилиці, плечового пояса, грудей і бічних м'язів тулуба вздовж лімфатичних судин [63].

Розслаблюючий масаж є одним з методів роботи з дітьми з дизартричними розладами. Його проводять дозовано, працюючи на ділянках обличчя з підвищеним м'язовим тонусом; для ослаблених м'язів застосовується тонізуючий зміцнювальний масаж.

На етапі формування первинних комунікативно-вимовних навичок використовується розслаблюючий масаж м'язів обличчя, зокрема: рухи від брів до волосистої частини голови, а потім вниз від лінії чола через щоки до м'язів шиї та плечей. Далі розслаблюють м'язи губ, після чого переходять до тренування м'язів язика [28].

Логопедичний масаж є ефективним засобом нормалізації м'язового тону, що може сприяти природньому формуванню правильної вимови звуків у багатьох випадках. Особливо це корисно для дітей із вираженою неврологічною симптоматикою, де масаж може суттєво покращити результати, зокрема на початкових етапах коригуючої роботи.

У випадках, коли спостерігається знижений тонус м'язів та їх функціональна слабкість, масаж з акцентом на інтенсивніші техніки, такі як розтиральні та пощипувальні рухи, допомагає у активізації м'язів.

Згодом до програми додаються пасивні артикуляційні вправи, а потім – вправи з різними рівнями узгодженості рухів.

Важливо пам'ятати одне правило при м'якому паралічі: якщо дитина відчуває біль під час масажу, це може свідчити про його правильність і ефективність. Проте в такому разі варто на деякий час зупинити масаж і перейти до пасивних і активних артикуляційних вправ.

Після зменшення больових відчуттів масаж поновлюється для зміцнення певних груп м'язів [26].

При підвищеному тонусі м'язів правила дещо змінюються: метою є не просто знизити тонус, а врегулювати його, забезпечуючи баланс між роботою м'язів-згиначів та розгиначів. Для цього застосовується чергування артикуляційних і дихальних вправ із розслаблюючим масажем.

На початковій стадії, як і при зниженому тонусі, м'язи прогріваються під час легкого погладжування та вібрації. Потім виконуються пасивні артикуляційні вправи, а при підвищенні тонузу знову застосовують розслаблюючий масаж, після чого повертаються до вправ.

Таким чином комбінація масажу та пасивних артикуляційних вправ поступово готує м'язи до вимушеного виконання рухів на спеціальному етапі підготовки, а завершують процес розвитку свідомого контролю рухів.

Дизартрія виникає через органічне ураження нервової системи, впливаючи на моторну складову мовлення. Ступінь моторних порушень може варіювати від паралічу до легких відхилень у русі органів артикуляції, викликаних зміною м'язового тонузу. Залежно від клініки дизартрії, тонузу може бути підвищеним чи зниженим або проявлятися у вигляді м'язової дистонії [8].

Розглянемо три ключові проблеми, які виникають при дисфункціях тонузу м'язів артикуляційного апарату, що є характерними для дизартрії.

По-перше, це аномалії розташування рота чи акту жування.

По-друге, справа стосується порушень звуковимови, зумовлених станом м'язів губ.

По-третє проблема пов'язана з порушеннями звуковимови через дисфункцію м'язів язика [9].

Перша проблема має різні симптоми: труднощі з широким відкриванням та утриманням рота у відкритому положенні, постійне напіввідкрите положення рота, гіперсалівація, відмова від вживання твердої їжі, а також можливість відхилення нижньої щелепи вбік під час руху.

Ці симптоми вказують на дисфункцію тієї групи м'язів, що відповідає за рух нижньої щелепи. Здебільшого страждає саме група жувальних м'язів.

У складанні комплексу масажних рухів для відновлення функцій нижньої щелепи та правильного положення рота треба враховувати не лише основні м'язи, а й ті, які опосередковано сприяють рухам нижньої щелепи. Таким чином, логопед під час виконання масажу має охопити ділянки шиї, дно ротової порожнини, скроневу область і задню частину щік з обох сторін.

При цьому важливо враховувати тонус м'язів. Для м'язів з підвищеним тонусом слід починати масаж із другорядних м'язів. У разі зниженого тонусу варто почати з основних груп, таких як жувальні та крилоподібні м'язи, оскільки вони несуть найбільше навантаження в цій функції [6].

Друга проблема пов'язана з порушенням функції мимічних м'язів обличчя. Ці м'язи беруть участь у формуванні мимічних рухів і передають емоційні стани людини, будучи тісно пов'язаними з емоційними структурами центральної нервової системи.

У складанні масажного комплексу логопед має враховувати існування двох груп м'язів, що виконують різні функції. Так, круговий м'яз рота забезпечує дві основні функції: витягування губ вперед і звуження ротової щілини. Порушення його роботи впливає на вимову губних приголосних і лабіалізованих голосних [12].

Інша група м'язів розташована радіально відносно кругового м'яза. Масажний комплекс має враховувати, яка група рухів більшою мірою порушена. Незалежно від цього, масаж має включати всі групи м'язів аналізуючи їх взаємозв'язок.

Послідовність масажних рухів і прийоми залежать від тонусу м'язів. При підвищеному тонусі починають з м'язів шиї, далі переходять до радіально розташованих і лише потім до кругових м'язів рота. Якщо ж тонус знижений,

слід починати з найбільш уражених первинних м'язів, поступово переходячи до інших груп [47].

Третя проблема стосується стану м'язів язика.

Жоден м'яз нашого тіла не має такої будови, як язик, що робить його унікальним у цьому відношенні.

По-перше, корінь язика недоступний для безпосереднього масажу. По-друге, всі м'язи язика розташовані симетрично, з поздовжньою борозною, яка розділяє його на праву та ліву частини.

При складанні масажного комплексу для нормалізації вимови мовних звуків слід враховувати всі групи м'язів, які мають безпосередній або опосередкований вплив на його стан. Комплекс масажних рухів конструюється з урахуванням того, які саме рухи язика порушені найбільше. Як і в попередніх випадках, масаж має охоплювати всі групи м'язів через їх взаємозв'язок.

Послідовність та техніка масажу залежать від м'язового тону. Наприклад, при підвищеному тонусі язик піднятий і відтягнутий назад, що може спричинити блювотний рефлекс і посилення м'язового напруження. У такому випадку рекомендується починати з м'язів шиї (під'язикових м'язів), далі перейти до м'язів дна ротової порожнини як із зовнішнього, так і внутрішнього боку. Це дозволяє розслабити власне м'язи язика, після чого може розпочатися безпосередній масаж язика, який буде ефективнішим. При зниженому тонусі м'язів масажний комплекс виконується у зворотній послідовності, починаючи з найбільш уражених м'язів, тобто самого язика, а потім переходячи до другорядних груп. У цьому випадку включення другорядних м'язів забезпечить кращий корекційний результат [5].

Отже, розглядаючи лише три практичні приклади створення масажних комплексів при дизартрії, важливо звернути увагу на кілька ключових принципів, які слід враховувати при логопедичному масажі:

- глибоке знання анатомії та фізіології периферичного мовленнєвого апарату;
- володіння діагностичними методами для визначення стану м'язового тонуру різних груп;
- добір відповідних методів масажних рухів та встановлення послідовності для кожного конкретного випадку;
- включення до комплексу всіх груп м'язів, що впливають на порушену рухову функцію.

Дотримання цих принципів забезпечить високу ефективність логопедичного масажу і поліпшить результати корекційної роботи.

Висновки до розділу

Дизартрія характеризується низкою клінічних ознак, серед яких відзначаються порушення м'язового тонуру мовленнєвої мускулатури, а також порушення голосоутворення та дихання.

Можливості довільних артикуляційних рухів у пацієнтів обмежені через паралічі та парези м'язів артикуляційного апарату та мимічної мускулатури.

Симптоми дизартрії включають труднощі у вимові звуків та порушення голосу, які супроводжують порушення мовлення, особливо артикуляційної моторики та мовленнєвого дихання.

Хоч у більшості дітей відсутні явні паралічі і парези, моторика відзначається загальною незграбністю і недостатньою координацією.

Діти мають труднощі із самообслуговуванням, поступаються одноліткам у спритності та точності рухів, а також є затримка у формуванні навичок письма.

Інтелектуальні порушення можуть проявлятися в низькій розумовій працездатності, проблемах з пам'яттю та увагою.

Більшість дітей має труднощі з просторово-часовими уявленнями, оптико-просторовим гнозисом, фонематичним аналізом та конструктивним праксисом.

Клінічні прояви і ступінь вираженості дизартрії значною мірою залежать від локалізації та ступеня ураження мозку.

Причини цього розладу можуть бути різноманітними і пов'язані з різними періодами розвитку: пренатальним, натальним і постнатальним. Вони включають хвороби матері під час вагітності, слабку родову діяльність, родові травми, несумісність крові матері та дитини за резус-фактором, порушення раннього психомоторного розвитку дитини та важкі захворювання, особливо в перший рік життя.

Одним з компонентів комплексної корекційної роботи з дітьми для подолання дизартрії є диференційований логопедичний масаж. Він не лише є частиною логопедичної терапії при дизартрії, але і застосовується при ринології, заїканнях та розладах голосу. В рамках цих порушень, особливо при дизартрії, масаж стає необхідною умовою ефективності логопедичного лікування.

Логопедичний масаж виступає як активний метод механічного впливу у логопедичних технологіях. Його застосовують у разі наявності порушень тону м'язів артикуляційних м'язів. Масаж змінює стан м'язів периферичної мовленнєвої системи, що сприяє поліпшенню технічної складової мовлення.

Основними завданнями логопедичного масажу є:

1. Нормалізація м'язового тону артикуляційного апарату і у більш важких випадках – зменшення ступеня прояву рухових порушень артикуляційної мускулатури, таких як спастичний парез, гіперкінези, атаксія та синкінезії.

2. Активізація груп м'язів периферичного мовленнєвого апарату з недостатньою скорочувальною здатністю, або залучення нових м'язових груп до процесу артикуляції, які раніше не функціонували або діяли неефективно.

3. Стимуляція пропріоцептивних відчуттів.

4. Формування умов для розвитку довільних, координованих рухів органів артикуляції.

5. Зменшення гіперсалівації.

6. Зміцнення глоткового рефлексу.

7. Аферентна стимуляція мовленнєвих зон кори головного мозку, спрямована на прискорення мовленнєвого розвитку при затримці формування мовлення.

Логопедичний масаж забезпечує загальний позитивний вплив на організм, викликаючи сприятливі зміни в м'язовій та нервовій системах, які є ключовими у процесі мовленнєвої моторики.

Масаж сприяє підвищенню еластичності м'язових волокон, збільшенню сили та обсягу їх скорочувальної функції, а також покращує працездатність м'язів.

У корекційній роботі з дизартрією застосовуються різноманітні види лікувального масажу.

Сегментарний масаж, що проводиться без урахування рефлексорного впливу, виконується поблизу пошкодженої ділянки тіла або на ній.

Точковий масаж є різновидом лікувального масажу, який локалізовано впливає розслаблюючим чи стимулюючим способом на біологічно активні точки (БАТ) відповідно до медичних показань.

Під час використання логопедичного масажу у корекційній роботі необхідно дотримуватись таких принципів:

- глибоке розуміння анатомії та фізіології периферичного мовленнєвого апарату;

- використання діагностичних методів для оцінки м'язового тонусу різних груп мовленнєвого апарату;
- вибір відповідних масажних прийомів та встановлення певної послідовності масажних рухів у кожному окремому випадку;
- інтеграція всіх груп м'язів, що впливають на порушену рухову функцію, у масажний комплекс.

Тільки дотримуючись цих принципів, можна досягти високої ефективності логопедичного масажу та покращити результати корекційної роботи.

Розділ II

Опис методик та результати проведення констатувальної та формувальної частини експериментального дослідження

2.1. Діагностика будови та моторики артикуляційного апарату у дітей з дизартричними розладами дошкільного віку.

Дослідження проводилося в межах комунального закладу дошкільної освіти міста Луцька "Ясла-садок № 29 компенсуючого типу Луцької міської ради.

У вибірку увійшло вісім дітей старшої групи, у яких спостерігалися порушення вимови, зумовлені проблемами іннервації м'язів мовленнєвого апарату.

Експериментальна робота здійснювалася у кілька етапів.

На першому, констатувальному етапі, було проведено дослідження стану м'язів артикуляційного апарату.

На другому, формувальному етапі, відбулася апробація методики застосування логопедичного масажу для корекції звуковимови у дітей з дизартричними розладами.

Для діагностики були обрані відповідні методики, обстеження здійснювалося разом на основі заключення невролога за такими напрямками:

1. Дослідження анатомічної структури артикуляційного апарату.
2. Вивчення стану мимічної мускулатури в умовах статичності та динаміки.
3. Оцінка тону м'язів, що беруть участь у як мимовільній, так і довільній артикуляційній моториці: обличчя, губ, язика:
 - Дослідження рухових функцій артикуляційного апарату.
 - Вивчення динамічної організації рухів артикуляційного апарату.
4. Оцінка стану звуковимови.

Аналіз анатомічної будови артикуляційного апарату розпочався з огляду органів: губ, язика, зубів, твердого та м'якого піднебіння, щелеп.

Визначалося, наскільки їх будова відповідає нормам:

- губи (варіанти: товсті, укорочені, розщеплення верхньої губи, післяопераційні рубці, норма);
- зуби (варіанти: рідкі, криві, дрібні, поза щелепною дугою, каріозні, недорозвинені, норма);
- прикус (варіанти: відкритий передній, відкритий бічний, норма);
- будова щелеп (варіанти: прогенія, прогнатія, норма);
- язик (варіанти: товстий, розпластаний, напружений, маленький, довгий, вузький, норма);
- під'язикова вуздечка (варіанти: коротка, натягнута, зрощена, норма);
- маленький язичок (варіанти: відсутній, укорочений, роздвоєний, нерухомо звисає на середній лінії, зміщений убік);
- піднебіння (варіанти: високе, надмірно вузьке, пласке, низьке, розщеплення твердого піднебіння, розщеплення м'якого піднебіння, норма).

За результатами дослідження анатомічної будови було встановлено наступне: у 25% дошкільників (2 дитини) виявлено незначні відхилення у структурі артикуляційного апарату (коротка під'язикова вуздечка та порушення прикусу); у інших 75% дітей (6 осіб) не виявлено структурних аномалій. Наступним етапом стала оцінка розвитку мимічної мускулатури як у стані спокою, так і під впливом рухової активності.

Таблиця 2.1.

Стан розвитку мимічної мускулатури у спокої та динаміці.

Приєм	Зміст завдання	Характер виконання
1	2	3
1. Дослідження об'єма і якості рухів м'язів лобу	а) нахмурити брови;	Відмітити: виконання правильне; рухи виконуються з співдружними рухами

	б) підняти брови; в) наморщити лоба	(щуряться очі, посмикуються щоки і т. д.); рухи не вдаються
2. Дослідження якості рухів очей	а) легко зімкнути повіки; б) міцно зімкнути повіки; в) закрити праве око, потім ліве; г) подморгнути	Відмітити: виконання правильне; рух не вдається; виникають співдружні рухи
3. Дослідження якості рухів м'язів щік	а) надути ліву щоку; б) надути праву щоку; в) надути обидві щоки одночасно	Відмітити: виконання правильне; ізольоване надування однієї щоки не вдається; сильно напружується протилежна щока
4. Дослідження можливості довольного формування визначених мімічних поз	Виразити мімікою обличчя а) подив; б) радість; в) переляк; г) сум; д) гнів	Відмітити: правильне виконання мімічних поз; виконання не вдається; мімічна картина нечітка
5. Дослідження символічного праксису проводили спочатку за взірцем а потім за вербальною інструкцією	а) свист; б) поцілуй; в) посмішка; г) оскал; д) цокання	Відмітити: правильне виконання; об'єм рухів обмежені; симетричність носогубних складок; поява співдружних рухів; гиперкінези; салівація; рухи не вдалися.

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

0 – проби не виконані;

1 – проби виконуються з помилками, після повторних показів та інструкцій, з допомогою, відзначаються синкінезії;

2 – поодинокі помилки, потрібна невелика допомога, відзначаються синкінезії, дизритмія;

3 – проби виконуються правильно, але в уповільненому темпі;

4 – усі проби виконуються правильно, у запропонованому темпі.

Далі визначався рівень сформованості рухової функції мимічної та артикуляційної моторики:

15-20 балів – високий рівень;

7-14 балів – середній рівень;

0-6 балів – низький рівень.

Таблиця №2.2.

**Результати дослідження стану розвитку мимічної мускулатури у
статичі та динаміці**

№	Учасники	Проби					Сума	Рівень
		М'язи лобу	Рухи очей	Робота м'язів щік	Мимічні пози	Символічний практис.		
1	Іван Б.	2	1	2	0	1	6	Низький
2	Данило З.	2	1	2	0	1	6	Низький
3	Кирил М.	3	1	3	1	1	9	Середній
4	Юля П.	3	2	3	1	2	11	Середній
5	Іра С.	2	1	2	0	1	6	Низький
6	Микола Т.	3	1	2	1	2	9	Середній
7	Ганна Ф.	2	0	1	0	2	5	Низький
8	Денис Я.	2	1	1	1	0	5	Низький

У 62,5% дітей виявлено низький рівень, а у 37,5% середній рівень розвитку мимічної мускулатури як у спокої, так і у динаміці. Вивчення стану тонусу м'язів, які відповідають за мимовільну та довільну артикуляційну моторику: м'язи обличчя, губ та язика.

Оцінка проводилася щодо стану тонусу м'язів артикуляційного апарату у спокої, під час мовлення, а також при виконанні мимічних, загальних і артикуляційних рухів.

Логопед на основі заключення невролога оцінював тонуус м'язів артикуляції (обличчя, губи та язик). У дітей з дизартрією тонуус м'язів

характеризується спастичністю, гіпотонією чи дистонією. Часто спостерігається змішаний характер і варіативність порушень: наприклад, можлива гіпотонія обличчя та губ при одночасній спастичності язика. Оцінюється наявність або відсутність гіпомімії, асиметрії обличчя, згладженість носогубних складок, синкінезії, гіперкінези обличчя та язика, тремор язика, девіації язика вбік, гіперсаливація.

Також аналізувалися мимовільні рухи артикуляційного апарату під час прийому їжі, зокрема: смоктання, зняття їжі з ложки, пиття з чашки, відкушування, жування та ковтання. Визначалися особливості порушення в процесі прийому їжі у дитини: відсутність або утруднення жування твердої їжі та відкушування, поперхування чи захлинання під час ковтання.

Таблиця №2.3.

Дослідження рухової функції апарату артикуляції

Приєм	Зміст завдання	Характер виконання
Всі завдання мають проводитися за багатократного повторення необхідного руху 1. Дослідження рухової функції губ за словесною інструкцією проводиться після виконання завдання з показом	а) зімкнути губи; б) округлити губи як при вимові звука «О» - втримати позу; в) витягнути губи у трубочку, як при вимові звука «у», втримати позу; г) зробити «хоботок» (витягнути губи та зімкнути їх); д) розтягнути губи у посмішку (зубів не видно) і втримати позу; е) підняти верхню губу ввверх, щоб було видно верхні зуби; є) опустити нижню губу вниз, щоб було видно нижні зуби; ж) одночасно підняти верхню, та опустити нижню губу;	Відмітити: виконання правильне; діапазон рухів малий; наявність співдружних рухів; надмірне напруження м'язів; виснажливості; тремор; саливація; гіперкінези; активність участі правої та лівої сторони губ; змикання губ з однієї сторони; рухи не виконані

	з) багаторазове повторення вимови губних звуків б-б-б, п-п-п	
2. Дослідження рухової функції щелепи проводять спочатку за показом, а потім за совесною інструкцією.	а) широко розкрити рот, як при вимові звука «а» та закрити; б) зробити рух нижньою щелепою вправо; в) зробити рух вліво; г) зробити рух нижньою щелепою вперед	Відмітити: виконання правильне; рухи щелеп недостатнього об'єму; чи немає співдружніх рухів, тремора, салівації; рухи не вдалися
3. Дослідження рухових функцій язика (дослідження якості рухів) за показом та за словесною інструкцією.	а) покласти широкий язик на нижню губу і потримати під рахунок від 1 до 5; б) покласти широкий язик на верхню губу та потримати під рахунок від 1 до 5; в) перевести ікінчик язика почергово з правого кута рота у лівий торкаючись губ; г) высунути язик «лопатою», «жалом»; д) відсунути праву, потім ліву щоку язиком; е) підняти кінчик язика до верхніх зубів потримати під рахунок від 1 до 5 і опустити до нижніх зубів; є) закрити очі, витягнути руки вперед, а кінчик язика покласти на губу; ж) рухи язиком вперед-назад	Відмітити: виконання правильне; рухи язика недостатнього діапазону; у м'язах відмічені співдружні рухи; язик рухається повільно, не точно, з відхиленнями у сторону; чи втримується язик у необхідній позі; чи є тремор язика; салівація; рухи не виконані.
4. Дослідження рухової функції м'якого піднебіння	а) широко відкрити рот і чітко вимовити звук «а» (в цей момент в нормі м'яке піднебіння	Відмітити: виконання правильне; об'єм рухів обмежений; мають місце співдружні рухи, мала рухливість піднебінної завіси;

	підніметься); б) провести шпателем, зондом або папірцем, скрученим в трубочку, по м'якому піднебінню (в нормі має проявитися блювотний рефлекс); в) при висунутому між зубами язика надуті щоки и сильно подути так, как задуваемо свічку	салівація; рухи не виконані.
5. Дослідження тривалості та сили видоуху	а) зіграати на дитячому духовому інструменті (губній гармошці, дудці, флейті и т. д.); б) піддуги шматок вати, паперу і т.п.	Відмітити: силу та тривалість видоуху; вкорочений видих

За результатами обстеження отримали дані, наводимо у таблиці № 2.4.

Таблиця №2.4.

Результати дослідження рухової функції апарату артикуляції

№	Учасники	Проби					Сума	Рівень
		Рухова функція губ	Рухова функція щелепи	Рухова функція язика	Рухова функція м'якого	Тривалість і сила видоуху		
1	Іван Б.	2	1	1	1	0	5	Низький
2	Данило З.	1	0	1	0	1	3	Низький
3	Кирил М.	2	1	2	2	1	8	Середній
4	Юля П.	1	1	0	1	1	4	Низький
5	Іра С.	1	0	2	2	1	6	Низький
6	Микола Т.	2	1	1	1	2	7	Середній
7	Ганна Ф.	2	0	1	2	2	7	Низький
8	Денис Я.	1	1	2	1	1	6	Низький

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

1	Іван Б.	2	1	1	2	0	1	7	Середній
2	Данило З.	1	1	1	2	0	1	6	Низький
3	Кирил М.	1	0	1	3	1	1	7	Середній
4	Юля П.	2	1	2	3	1	2	11	Середній
5	Іра С.	2	1	1	2	0	1	6	Низький
6	Микола Т.	1	0	1	0	1	2	5	Низький
7	Ганна Ф.	1	2	0	1	3	2	9	Низький
8	Денис Я.	0	2	1	0	1	2	6	Низький

Висновок: у 62,5% дітей було виявлено недостатній рівень динамічної організації артикуляційних рухів. Таким чином, отримані дані підтверджують наявність недоліків у рухах артикуляційного апарату у всіх обстежених дошкільників.

Під час дослідження вдалося виділити специфічні особливості, такі як поліморфні порушення рухових функцій органів артикуляції, обумовлені нестачею точності, координації та переключення рухів, особливо тонких диференційованих рухів губ і язика.

Також були виявлені неврологічні симптоми у вигляді змінного м'язового тону та супутніх рухів.

Результати дослідження дозволяють сформулювати загальні та специфічні завдання для логопедичного масажу з метою корекції звуковимови при дизартрії.

Оцінка стану звуковимови зосереджувалася на таких аспектах: кількість звуків, вимова яких порушена; порушені фонетичні групи; характер помилок у вимові (таких як спотворення, заміни, відсутність звуків, змішування) у різних контекстах (ізолювано, у складах, словах, фразах та спонтанному мовленні).

Дітям надавалися предметні картинки, склади, слова та речення з досліджуваними звуками. На підставі відображеного та самостійного відтворення дітьми лексичного матеріалу оцінка виставлялася за такими критеріями:

0 – відсутність звуків або їх заміна на простіші за артикуляцією;

- 1 – заміна або спотворення звуків;
- 2 – правильна ізольована вимова звуків, але не автоматизовані у мовленні, відсутній самоконтроль;
- 3 – звуки поставлені і автоматизовані, проте у потоці мовлення є нечіткість і пропуски, з'являється самокорекція;
- 4 – звуки вимовляються правильно у всіх фонетичних позиціях з достатнім самоконтролем.

Рівень сформованості звуковимови визначався наступним чином:

15-20 балів вказували на високий рівень,

7-14 балів позначали середній рівень,

0-6 балів свідчили про низький рівень.

В результаті обстеження було отримано результати, які наведено у таблиці № 2.6.

Таблиця № 2.6.

Результати дослідження стану звуковимови

№	Учасники	Проби					Сума	Рівень
		Задноязикові, передньоязикові	Свистячі	Шиплячі	Сонорні	Дзвінкі та глухі; тверді та м'які		
1	Іван Б.	1	1	0	0	0	2	Низький
2	Данило З.	3	1	1	0	3	8	Середній
3	Кирил М.	3	2	1	1	3	10	Середній
4	Юля П.	3	1	0	0	2	5	Низький
5	Іра С.	3	1	0	0	1	5	Низький
6	Микола Т.	4	1	1	0	3	9	Середній
7	Ганна Ф.	3	1	0	0	2	6	Низький
8	Денис Я.	2	1	0	1	2	6	Низький

Висновки:

- Виявлено низький рівень звуковимови у 62,5% дітей; середній рівень – у 37,5%;

- найбільш грубо порушена вимова групи свистячих, шиплячих та сонорних, часто виявляються порушення одзвінчення та твердості-м'якості, задньоязикових та передньоязикових зустрічаються рідше.

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

Отже, загальним для всіх дітей є поліморфний характер порушень звуків. Можна відзначити нестабільний характер звуковимови, виражені труднощі відтворення звуків, що ізольовано вимовляються правильно, у мовленнєвому потоці, в словах складної складової структури.

2.2. Етапи логопедичної роботи з подолання порушення звуковимови у дітей із дизартрією.

Логопедична терапія, спрямована на виправлення порушень звуковимови у дітей з дизартрією, здійснюється у декілька етапів.

Відповідно до методологічних принципів логопедичного супроводу, виділяються три основні етапи.

На першому, підготовчому етапі, основними завданнями є:

1. Нормалізація м'язового тону. Для досягнення цього проводиться диференційований логопедичний масаж.
2. Нормалізація моторики артикуляційного апарату. Виконується артикуляційна гімнастика з акцентом на функціональне навантаження.
3. Нормалізація голосу. Застосовуються вправи для модуляції голосу.
4. Нормалізація мовленнєвого дихання. Проводяться дихальні вправи для посилення мовленнєвого видиху.

5. Нормалізація просодичних елементів. Включає вправи для розрізнення та наслідування інтонаційно-виразних засобів за слухом.

6. Нормалізація дрібної моторики рук, зокрема, виконуються пальцева гімнастика.

Другий етап зосереджується на формуванні нових вимовних умінь та навичок і включає такі напрямки:

1. Розвиток основних артикуляційних позицій.
2. Визначення послідовності роботи над окремими звуками.
3. Покращення фонематичного слуху.
4. Постановка звуків, що охоплює традиційний метод (наслідування, змішане навчання), механічний підхід, звук від опорного, та фоноритміку.
5. Автоматизація звуків у мовленні.
6. Диференціація звуків, що включає їх розрізнення на слух, диференціацію артикуляції ізольованих звуків і вимовну диференціацію на рівні складів і слів.

Третій етап зосереджений на формуванні комунікативних умінь та навичок і передбачає:

1. Розвиток самоконтролю;
2. Практикування правильних мовленнєвих навичок в різноманітних ситуаціях комунікації [64].

Методи та прийом логопедичної роботи з подолання порушень звуковимови у дітей зі стертою дизартрією.

Щоб ефективно допомагати дітям у розвитку правильної звуковимови, логопед має мати ґрунтовну теоретичну та практичну підготовку. Логопеду слід добре орієнтуватися у теоретичних основах фонетики, розуміти процеси утворення звуків рідної мови, знати їх класифікацію та особливості.

Знання також мають охоплювати частотність мовленнєвих порушень у дітей та можливі причини цих відхилень. Не менш важливо вміти розрізняти

положення органів артикуляції, їх рухи, розпізнавати відхилення від норми і робити відповідні висновки для проведення корекційної роботи.

Як приклад, у разі роботи з формуванням або корекцією свистячих звуків ([с], [с'], [з], [з'], [ц]), логопед має чітко розуміти, чому можуть порушуватися всі п'ять звуків у одного пацієнта, а в іншого лише три ([с], [з], [ц]) або [с] із цієї групи.

Це передбачає знання про рух та позицію органів артикуляційного апарату.

Психолого-логопедичний вплив при дизартрії спрямований на зміну ставлення пацієнта до мовленнєвої комунікації. Незалежно від віку, будь-яка особа з нормальним інтелектом повинна усвідомлювати свою здатність до адекватного спілкування.

Важливо навчити альтернативних способів комунікації, таких як жестово-мімічні, піктограмні чи інтонаційні методи, щоб запобігти особистісним деформаціям.

Серед терапевтичних заходів при дизартрії центральну роль відіграє логопедична робота. В утворенні звуків ключову роль відіграють органи артикуляційного апарату: язик, губи, нижня щелепа та м'яке піднебіння, тоді як зуби, верхня щелепа та тверде піднебіння є пасивними елементами. Голосові складки також важливі для голосоутворення.

Правильна вимова звуків залежить від здатності диференціювати та координувати рухи цих органів, що розвивається у дитини у процесі мовленнєвої діяльності.

Залежно від стану м'язового тонусу лицевих м'язів, рекомендується проводити диференційований масаж: за наявності спастичності слід застосовувати розслаблюючий масаж із плавними, повільними рухами; при гіпотонії зміцнюючий з інтенсивними погладженнями та легким пощипуванням.

Після диференційованого масажу рекомендується проводити вправи для розвитку м'язової мускулатури, які передбачають диференціацію рухів губ, щік і язика. Це допомагає усунути синкінезії і бажано виконувати вправи у ігровій формі перед артикуляційною гімнастикою.

Артикуляційна гімнастика сприяє розвитку рухів органів артикуляційного апарату.

Вправи обираються із чіткою метою: якщо дитина не може виконувати їх активно, логопед застосовує пасивний метод, маніпулюючи м'язами після їх розслаблення. Виконання повинно здійснюватися перед дзеркалом, залучаючи візуальний та тактильний контроль дитини.

Для швидшого переходу від пасивних рухів до активних, після надання допомоги рекомендується запропонувати дитині самостійно повторювати потрібні рухи руками, що сприяє розумінню руху та підвищенню довільності його виконання.

Під час активних вправ увагу акцентують на таких параметрах:

- повнота руху,
- точне включення відповідних м'язів,
- диференціація артикуляційної моторики,
- відсутність затримки перед стартом,
- послідовність у збільшенні часу фіксації артикуляційної позиції,
- швидке завершення без підвищення тону сусідніх м'язів,
- інтенсивність виконання,
- опір (ривками чи плавно),
- симетрія залучення м'язів обох боків.

Артикуляційна гімнастика поділяється на статичні та динамічні вправи, кожна з яких має унікальну назву. Наприклад, статичні вправи для утримання позиції: "Лопатка", "Чашка", "Голка".

Язик є найбільш рухливим органом артикуляційного апарату. Він складається з кореня, прикріпленого до під'язикової кістки, та спинки, що поділяється на передню, середню та задню частини.

Особливе значення мають кінчик язика та бічні краї передньої і середньої частин, адже саме вони впливають на якість звучання звуків. Передня частина та кінчик мають найвищий ступінь рухливості. Кінчик язика може виконувати різноманітні позиції залежно від вимовлених звуків. Вправи для розробки цих положень включають: "Почистимо зуби" для опущеного за нижні зуби положення та "Маляр", "Грибок", "Гармошка" для піднятого до альвеол положення [7].

Вправа "Гойдалка" сприяє навчанню переключатися між різними артикуляційними положеннями. Середня частина язика значно обмежена у своїх рухах і може підніматися до твердого піднебіння лише за відсутності просування інших частин.

Вправа "Кицька сердиться" служить для тренування цього підйому. Задня частина спинки може змикатися з піднебінням для звуків [к], [г], або утворювати з ним щілину для [х].

Вправи "Пароплав гуде" і "Ховайся" сприяють відпрацюванню цих рухів. Бічні краї язика здатні створювати прохід для повітря або затримувати його, впливаючи на якість мовлення при різних приголосних звуках.

При вимові деяких звуків язик може бути розпластаним або звуженим. Для тренування цих позицій використовуються вправи, такі як «Покарати неслухняний язик» і «Смачне варення». Звужувати язик допомагають вправи «Годинник», коли діти відкривають рот і рухають кінчиком язика від одного кута рота до іншого, і «Дістань льодяник», де треба посміхнутися, показати зуби, відкрити рот і торкнутись ласощів кінчиком язика, контролюючи нерухомість губ.

Рухливість губ також важлива для утворення звуків. Губи можуть витягуватися у трубочку (для [у]), округлюватися (для [о]), оголювати зуби (при [і], [с], [з], [ц], [л] та ін.), або висуватися вперед (для [ш], [ж]).

Нижня губа найрухливіша: вона може змикатися з верхньою (для [п], [б], [м]), чи утворювати щілину, наближаючись до верхніх зубів (для [ф], [в]). Для розвитку рухливості губ корисні вправи «Хто краще зробить дудочку?», «Губи круглі, як бублик», «Сховаємо зуби».

Нижня щелепа може опускатися і підніматися, що впливає на об'єм ротової порожнини що важливо для голосних звуків. М'яке піднебіння теж бере участь у процесі: його опускання дозволяє утворювати носові звуки ([м], [н]), а піднімання утворює ротові.

Розвивати рухливість м'якого піднебіння допомагають вправи «Дмухання на кульбабу» та «Вітер зриває листок». Кожен орган зайнятий підтримкою певного положення для створення різних звуків.

Логопед має добре знати артикуляцію кожного звуку, адже звуки вимовляються не окремо, а послідовно. Для чіткої вимови важлива швидка зміна положень органів артикуляції, що досягається їх достатньою рухливістю та координацією. Спеціальні комплекси вправ сприяють розвитку рухів органів артикуляції.

Крім того, варто зосередити увагу на правильному диханні з допомогою дихально-голосової гімнастики, де тренується обсяг видихуваного повітря, спрямованість повітряного струменя, спосіб його подачі (плавно або з поштовхом), а також відчуття перешкод для видиху. Під час постановки звуків використовуються аналогічні методи, як і при дислалії, але терміни роботи можуть бути довшими. Важливо дотримуватись індивідуального підходу у виборі способу корекції звуку, що може бути механічним, наслідувальним чи змішаним [7].

Перед постановкою та вивченням звуків слід домогтися їх слухового розрізнення. Це потребує тренування слухового сприйняття, дитина повинна навчитися слухати себе і порівнювати свою вимову з нормотиповою. Логопед також працює над автоматизацією та диференціацією звуків у мовленні, формуванням навичок у різних комунікаційних ситуаціях, запобіганням та подоланням вторинних мовленнєвих порушень. Звуки закріплюються у словах та реченнях для практичного застосування [28].

Корекція звукової складової мовлення поєднується з роботою над її виразністю. Дітей вчать змінювати темп мовлення в залежності від змісту, чергувати наголошені та ненаголошені склади, виділяти окремі слова або групи слів паузами чи підвищенням голосу. Для вирішення проблем порушень фонетичної складової мовлення у дітей з дизартрією важливим є комплексний підхід, який включає психологічні, педагогічні, психофізіологічні, медичні та лінгвістичні аспекти.

Дослідження показало, що порушення вимови у дітей з дизартрією є складним симптомокомплексом. Найчастіше спостерігається комбінація проблем із звуковимовою та просодичною стороною мовлення.

Характерно, що основними симптомами є порушення звуковимови, а просодичні труднощі виникають рідше.

Фонетичні порушення визначаються проблемами як моторних, так і сенсорних аспектів процесу оволодіння звуковою системою мовлення.

Водночас, характер співвідношення цих порушень може відрізнитися у дітей з дизартрією. Переважно спостерігаються проблеми у моторній і сенсорній сфері мовлення. У корекції порушень мовлення у дошкільників з дизартрією найефективнішим є комплексний диференційований логопедичний підхід, спрямований на покращення психофізіологічних механізмів, які забезпечують моторну реалізацію мовленнєвої діяльності [7].

Система роботи має включати формування сприйняття мовлення, розвиток дрібної моторики і артикуляційного апарату, правильну артикуляцію звуків та їх автоматизацію в різних умовах, формування інтонаційної виразності.

Диференційований підхід у логопедичному втручанні при дизартрії повинен враховувати різноманітні фактори: симптоми порушень фонетичної сторони мовлення, характер конкретних проблем звуковимови та рівень розвиненості мовленнєвих і немовленнєвих функцій.

2.3. Логопедичний масаж у практиці корекції звуковимови у дітей із дизартричними розладами дошкільного віку.

У цьому параграфі представлено методику використання логопедичного масажу у практиці корекції звуковимови у дітей з дизартричними розладами дошкільного віку.

Визначено основні завдання, етапи корекційного впливу та різновиди завдань і вправ.

Показання до застосування логопедичного масажу.

Масаж рекомендується дітям із порушеннями мовленнєвого розвитку. Такий підхід доцільний у випадках діагнозів загального недорозвитку мовлення, дислалії, дизартрії та ринології.

Основою масажу є механічні впливи, такі як погладження, пощипування, розтирання, розминання, і вібрація.

Легкі та повільні погладження знижують збудження, забезпечуючи заспокійливий, розслаблюючий вплив. Натомість енергійні та швидкі рухи підвищують чутливість тканин й стимулюють скорочення м'язів.

Логопедичний масаж слід проводити за рекомендацією лікаря, що здійснює медичну діагностику [5].

Медичний висновок має містити посилання на неврологічну симптоматику у артикуляційній мускулатурі та форму і ступінь прояву неврологічного синдрому (наприклад, спастичний парез, гіперкінезія).

Однак навіть за наявності висновку невролога, логопед має самостійно оцінити будову органів артикуляції та стан м'язового тонуся язика, губ, обличчя, шиї та верхнього плечового пояса через спостереження і пальпацію.

Протипоказання до проведення логопедичного масажу:

- Інфекції шкіри у пацієнта або логопеда.
- Гематоми в області проведення масажу.
- Активна форма туберкульозу.
- Судинні захворювання.
- Тромбоз судин.
- Гостра кропив'янка або ангіоневротичний набряк.
- Онкологічні хвороби.
- Інфіковані рани.
- Фурункульоз.
- Гострі респіраторні захворювання.
- Підвищена чутливість шкіри.
- Епілептичний синдром (з особливою обережністю).
- Нещодавно перенесена ангіна (мінімум 10 днів після повного одужання).
- Кон'юнктивіт [5].

Зважаючи на отримані дані, виокремлюються такі підходи до організації роботи:

1. Послідовний поетапний вплив логопедичним масажем на артикуляційні м'язи.
2. Включення прийомів масажу під час індивідуальних логопедичних занять.

Спочатку розглянемо основні техніки масажу.

Погладжування. Цей прийом передбачає ковзання руки по шкірі без її зміщення у складки. Від методики і дозування залежить фізіологічний ефект: від заспокійливого при поверхневому погладжуванні до збуджуючого при глибокому та уривчастому.

Виконується за допомогою кисті або пальців, які ковзають без напруження, випрямленими або зімкнутими. Рухи можуть бути поздовжніми, поперечними, колоподібними чи спіралеподібними, з використанням однієї або обох рук.

Цей прийом застосовується для масажу кінцівок, обличчя та язика. Початок і завершення масажної процедури зазвичай проходять з використанням поверхневого погладжування, поступово переходячи до більш глибокого.

Погладжування виконується повільно, плавно та ритмічно, з різним ступенем натискання на масажовану поверхню.

Розтирання: Цей метод передбачає зміщення шкіри масажною рукою у різних напрямках, що сприяє покращенню рухливості тканин по відношенню до глибших шарів. Розтирання значно покращує приплив лімфи і крові, сприяючи живленню тканин і обмінним процесам, підвищує скорочувальну функцію м'язів, їх еластичність та рухливість.

Енергійне розтирання сприяє зниженню нервового збудження та релаксації. Серед варіантів технік: прямолінійне розтирання, кругове зміщення шкіри та штрихування.

Для посилення дії кути між пальцями та шкірою можуть бути збільшені.

Розминання: Складається з трьох фаз: фіксації, захоплення ділянки, що масажується; здавлювання; а також розкочування. Цей прийом значно покращує живлення тканин і обмін речовин, а також зменшує або усуває м'язову втоми, підвищуючи працездатність. Розминання виконує роль

пасивної гімнастики для м'язів і може мати як тонізуючий, так і релаксуючий ефект залежно від тривалості застосування на одній ділянці [5].

Техніка охоплює кілька прийомів, кожен з яких має специфічне призначення та методику виконання.

Основні методи включають:

1. Поздовжнє розминання. Цей метод виконують вздовж волокон м'язів, дотримуючись їх осі. Пальці розташовують так, щоб великі пальці обох рук знаходилися на передній поверхні масажованого сегмента, а решта пальців фіксують бічні сторони. Після цього послідовно виконуються наступні фази. Метод переважно застосовують для масажу кінцівок і язика.

2. Поперечне розминання: Пальці встановлюються поперек м'язових волокон для охоплення з обох боків масажованої ділянки. Цей прийом можна виконувати двома пальцями або двома руками, розташовуючи їх на певній відстані одна від одної. Одна рука зміщує м'язи, водночас інша здійснює рух у протилежному напрямку. Застосовують цей прийом на кінцівках та язика.

3. Зсув. Після фіксації масажованої поверхні здійснюють короткі ритмічні рухи, зрушуючи тканини до центру. Протилежним за дією є розтягування. Виконується на всіх масажованих площинах за допомогою двох рук або пальців.

4. Натискання. Цей прийом проводять пальцем у зонах біологічно активних точок (БАТ).

5. Щипцеподібне розминання. Здійснюють захоплення і розминання локальних ділянок із застосуванням 1-2 або 1-3 пальців, що застосовується на обличчі та язика. Техніка виконання кожного з цих прийомів має бути плавною і поступовою, без різких рухів, з одночасним регулюванням інтенсивності [5].

Вібрація. Масажуюча рука передає тілу коливальний рух, спричиняючи специфічний фізіологічний вплив. Види вібрації можуть мати заспокійливу чи стимулюючу дію залежно від інтенсивності та тривалості коливань.

Технічне виконання вібрації включає:

- Безперервна вібрація. Виконується кінцевими фалангами одного або кількох пальців на всіх масажованих ділянках і може бути стабільною чи змінною.

- Уривчаста вібрація (покалування). Виконується шляхом швидких ударів кінцями напівзігнутих пальців. Застосовується на всіх ділянках тіла.

- Струшування. Цей метод використовується виключно на кінцівках.

- Пунктування. Виконують кінцевими фалангами 2-5 пальців, застосовуючи техніку "пальцевого душу" чи "стоккато". Застосовується на обличчі, кінцівках і язика.

Інтенсивність впливу залежить від кута нахилу кисті до тіла; чим менший кут, тим сильніший вплив. Цей прийом часто комбінують із поглажуванням та іншими масажними техніками.

Перед початком процедури важливо визначити основну спрямованість масажу.

Існують дві основні методики: 1. Релаксаційна:

- Комбінується погладжування з легкою вібрацією. Виключаються техніки розтирання та розминання.

- Тривале розминання проводиться понад 6 хвилин на одному сегменті, поєднуючись з погладжуванням та безперервною чи частковою вібрацією з малою амплітудою протягом 1-2 хвилин. Розтирання не застосовується.

2. Тонізуюча:

- Включає розтирання протягом 1-2 хвилин та розминання 2-6 хвилин. Поєднується із погладжуванням і переривчастою вібрацією.

Диференційоване застосування зазначених технік дозволяє ефективно знижувати м'язовий тонус при спастичності м'язів або підвищувати його при гіпотонії артикуляційної мускулатури. Цей підхід сприяє формуванню та покращенню довільних, координованих рухів органів артикуляції [5].

Логопедичний масаж виконується на м'язах голови, шиї та плечового поясу, з особливою увагою до периферичного мовленнєвого апарату, включаючи м'язи язика, губ, щік та м'якого піднебіння, які забезпечують мовлення.

Застосування логопедичного масажу рекомендується згідно з медичним висновком лікаря, що проводив діагностику. Висновок має містити інформацію про наявність неврологічної симптоматики в артикуляційній мускулатурі, а також опис форми і ступеня прояву неврологічного синдрому, таких як спастичний парез або гіперкінетичний синдром.

Навіть за наявності медичного висновку, логопед має самостійно оцінити стан м'язового тонусу та структуру артикуляційних органів. У дітей з неврологічними порушеннями часто спостерігається варіативність порушень м'язового тонусу: спастичність в одних групах і гіпотонія в інших. Це диктує необхідність у деяких випадках застосовувати розслаблюючий масаж, а в інших – стимулюючий.

Логопед має оцінити тонус наступних м'язів: язика, губ, обличчя, шиї та верхнього плечового поясу шляхом огляду та пальпації під час огляду дитини.

Перший етап роботи – масаж обличчя: Масажні лінії обличчя характеризуються певними напрямками:

1. Від брів до лінії росту волосся.
2. Від середини чола до скронь.
3. Від внутрішнього кута ока до зовнішній поверхні верхньої вії і назад по нижній.
4. Від кореня носа до скроні.

5. Від кута рота до вушної раковини.

6. Від середини підборіддя до мочки вуха.

7. По передній поверхні шиї – знизу вгору, по бокових – зверху вниз.

Починають з погладження лобної та скроневої областей долонною поверхнею чотирьох пальців [5].

Рухи починають з використанням правої долоні, яка здійснює рух від середини чола у бік правої скроневої області, тоді як ліва долоня спрямована у лівий бік. Далі, від скроневих областей, руки прямують до перенісся, збираючись у міжбрівній ділянці, і здійснюють чергові поглажувальні рухи від брів до лінії росту волосся.

Погладжування кругових м'язів ока виконується від скроневої області по нижньому віку до внутрішнього кута ока. Під час цього процесу третій палець фіксується над бровою, а четвертий під нею, після чого повільно повертаються до скроневої області.

Погладжування повік виконують подушечками третього та четвертого пальців, пересуваючи їх по нижньому віку до внутрішнього кута ока і далі по верхньому віку до скроневої області.

Для погладження підчоямкової області застосовують легкі дотики без тиску, рухаючи третім і четвертим пальцями від спинки носа по виличній дузі до скроневих западин, де разом з другим пальцем роблять натиск.

Погладжування кругового м'яза рота здійснюється подушечками другого та третього пальців по черзі правою та лівою руками навколо ротової зони. Другий палець розташовується над верхньою губою, а третій під нижньою, з'єднуючись біля кутів рота, звідки рух продовжується до вушних раковин [6].

Погладжування підборіддя виконується з допомогою розведених пальців, які охоплюють підборіддя і верхню губу. Другі пальці розташовані на верхній губі, а треті в ямці підборіддя. Четверті і п'яті пальці знаходяться під

підборіддям з легким натиском, після чого кисті спрямовуються до мочки вуха.

Погладжування передньої поверхні шиї та підборіддя виконується долонними поверхнями обох рук. Пальці пересуваються по передній поверхні шиї до середини підборіддя, де вони злегка фіксуються. Потім другі пальці розміщуються під нижньою губою, а треті та четверті – під підборіддям. Після цього рух спрямовується до мочки вуха та спускається по бокових поверхнях шиї, повторюючи циклічний рух.

Розтирання підборіддя та кругового м'яза рота здійснюють за допомогою спіралеподібних рухів від підборіддя до кутів рота, а потім – від кутів рота до підборідної ямки, по лінії кутів рота до середини верхньої губи. Звідти переходять на крила носа та рухаються до скроневих областей.

Розтирання м'язів носа починається з фіксації підборіддя пальцями від другого до п'ятого обох рук. Подушечками першого пальця роблять кругові рухи на крилах носа та середині спинки носа.

Розтирання м'язів чола виконується від середини чола до скроневих областей та від брів до лінії росту волосся у довільному порядку.

Для розтирання щічних м'язів використовуються всі доступні прийоми в будь-якому напрямку.

Після цього виконують завершальні погладжувальні рухи.

Хвилеподібне розминання підборіддя здійснюється шляхом розміщення перших пальців кистей під нижньою губою. Решта пальців охоплює підборіддя знизу. Одночасно перші пальці прямують вниз, а решта вгору, проводячи маніпуляцію 2-3 рази. Завершують процедуру хвилеподібними рухами.

Розминка м'язів підборіддя та щік починається за масажними лініями від середини підборіддя. Лівою рукою захоплюють шкіру і передають її правій руці, продовжуючи до мочки вуха, після чого переходять на інший бік

обличчя. Так повторюється по всіх лініях. Для кругової розминки м'язів підборіддя використовують тильну сторону зігнутих пальців, виконуючи кругові рухи під підборіддям до кута нижньої щелепи [5].

Щипкові рухи на підборідді та щоках виконуються за трьома вертикальними напрямками: від нижньої щелепи до кута рота, до середини щоки, та до середньої ділянки латеральної поверхні щоки.

Захоплення носогубних складок і перенісся виконують подушечками першого та другого пальців, повторюючи рухи кілька разів. На перенісці складки затискають 3-5 разів.

Притискання шкіри та м'язів обличчя у місцях виходу трійчастого нерва виконують за допомогою обох рук. Короткі натиски пальцями піднімають шкіру і здійснюють глибокий тиск у місцях виходу нерва.

Притискальні ривкові рухи виконуються з наступною технікою:

а) Два пальці під нижньою губою, три-п'ять під підборіддям. Після натиску різко піднімають руки (тричі);

б) Два пальці на верхній губі, три під нижньою, чотири-п'ять під підборіддям з тим самим рухом;

в) Напівзігнуті долоні на верхньому краю нижньої щелепи з тим самим рухом;

г) Пальці у скроневій ділянці з повторенням рухів. Побиття обличчя (стаккато) випрямленими пальцями починається зі скронь і рухається по лініях обличчя: від чола, через вилицеву дугу, до носа, мочок вух, кутів рота до підборіддя, повторюючи кілька разів [5].

"Пальцевий душ" проводиться легшими зігнутими пальцями по тих самих лініях. Закінчується сеанс погладжуванням обличчя зверху вниз.

При спазмі м'язів виключаються тертя та розминка. Прийоми для зняття високого тонуусу м'язів включають:

1. Погладжування різної спрямованості;

2. Вібрацію: тривалі дрібні рухи з малою амплітудою. Для розслаблення губних м'язів при спастичності використовують вправи з розташуванням вказівних пальців біля кута рота і проміжним напруженням верхньої та нижньої губи, варіюючи положення рота.

Після масажу виконують різні види мімичної гімнастики: пасивну, пасивно-активну та активну.

Другий етап – масаж язика. Масаж при підвищеному тонусі язикових м'язів включає сегментарний підхід. Саме масаж язика виконується з використанням основних прийомів через стерильний бинт: площинне, щипцеподібне, поздовжнє, поперечне, спіралеподібне погладжування та безперервна вібрація "пальцевий душ".

Завершують масаж погладжуванням [7].

Якщо дитина добре переносить процедуру, вводять розминання для розслаблення м'язів. Тут застосовують всі техніки розминання: поздовжнє, поперечне, зрушення, розтягування, натискання та інші. Всі ці прийоми чергуються з погладжуванням і завершують його.

При зниженому тонусі язикових м'язів язик тонкий та розпластаний, губи мляві, що призводить до напіввідкритого рота і гіперсалівації. Зміцнюючий масаж у цьому випадку передбачає енергійний вплив на слинні залози, щоб зменшити надлишкове слиновиділення. Для цього масажують кінчиками пальців вивідні протоки слинних залоз (навушної, піднижньощелепної та під'язикової). Використовують три основні прийоми: погладжування (площинне, щипцеподібне), розминання (поздовжнє, поперечне), вібрацію ("пальцевий душ", "стоккато"). Закінчують процедуру погладжуванням.

Для розвитку сили м'язів губ та язика проводять спеціальні вправи з опором. Використовують стерильний бинт та трубочки різного діаметра: дитина викладає язик на губу, а логопед утримує кінчик язика та протидіє

спробам дитини втягнути його; також проводяться вправи із трубочками. Згодом зменшують діаметр трубочок для збільшення складності. Після масажу язика займаються артикуляційною гімнастикою з максимальним залученням слухових і тактильних аналізаторів. Дитина виконує вправи з відкритими та закритими очима для покращення пропріоцептивних відчуттів [6].

Третій етап – масаж рук. Масаж кисті включає площинне і щипцеподібне погладження тильної поверхні кисті від кінчиків пальців до середини передпліччя з подальшим масажем кожного пальця окремо по різних поверхнях – тильній та бічній.

У процедурі масажу слід відзначити кілька технік, кожна з яких має свою специфіку для досягнення терапевтичного ефекту.

Зокрема, техніка розтирання включає кругові, прямолінійні та штрихувальні рухи по бічній та долонній поверхні кожного пальця й кисті.

Розминання виконується у формі щипцеподібних натискань, зсуву та розтягування.

Вібраційні техніки включають пунктирувальні, похитувальні та струшувальні рухи, що можуть бути здійснені як у пасивній, так і в активній формі.

Масаж передпліччя передбачає площинне погладження та щипцеподібне прасування, а також використовує прямолінійні, кругові та спіралеподібні розтирання. Розминання передпліччя виконується поздовжніми і поперечними рухами з натисканням і розтягуванням. Вібрація при цьому може бути стабільною або лабільною, безперервною чи з перервами.

Масаж долонь варто доповнювати вправами на розтирання, наприклад, через обертальний рух ребристого олівця між долонями або пальцями. Дитина утримує олівець між різними парами пальців за вказівкою.

Завершальним етапом є пальчикова гімнастика, що виконується у пасивному, пасивно-активному чи активному режимах.

Висновки до розділу

Для дослідження було відібрано вісім дітей з старших груп, у яких спостерігалися порушення мовленнєвого розвитку, пов'язані з проблемами іннервації м'язів мовленнєвого апарату.

Експериментальна робота проходила у кілька етапів.

Спочатку здійснювався констатувальний експеримент, під час якого вивчали стан м'язів мовленнєвого апарату та звуковимови у дошкільників із дизартрією.

На другому, формувальному етапі, тестували методику застосування логопедичного масажу для корекції звуковимови у дітей із дизартричними розладами.

Для обстеження були обрані відповідні діагностичні методики. Обстеження проводилося на основі заключення невролога за такими напрямками:

1. Аналіз анатомічної будови артикуляційного апарату.
2. Дослідження стану м'язової мускулатури в стані спокою та під час руху.
3. Оцінка тону м'язів як мимовільної, так і довільної артикуляційної моторики: обличчя, губ та язика, включаючи:
 - Оцінку рухових функцій артикуляційного апарату.
 - Оцінку динамічної організації рухів артикуляційного апарату.
4. Стан звуковимови.

У ході дослідження у 62,5% дітей виявлено низький рівень динамічної організації рухів артикуляційного апарату. Це дозволило виявити специфічні особливості: поліморфні порушення рухових функцій органів артикуляції

через нестачу точності, координації та здатності переключення рухів, особливо тонких рухів губ і язика, а також наявність неврологічних симптомів у вигляді змінного м'язового тону і супутніх рухів.

Результати дослідження дозволяють сформулювати загальні та специфічні завдання логопедичного масажу для корекції звуковимови при дизартрії. Низький рівень звуковимови був виявлений у 62,5% дітей; середній рівень – у 37,5%.

Найбільш виразно порушена вимова свистячих, шиплячих та сонорних звуків, часто спостерігаються проблеми з одзвінченням і твердістю-м'якістю звуків. Порушення вимови задньоязикових і передньоязикових звуків зустрічаються рідше.

Варто звернути увагу на недоліки у відтворенні складової структури: напруженість артикуляційної моторики, уповільнення рухів органів артикуляції під час відтворення слів складної складової структури та порушення звуконаповнюваності особливо це стосується рідковживаних слів і зростання кількості помилок при відтворенні слів із порушеними звуками.

Таким чином, у всіх дітей спостерігаються поліморфні порушення звуковимови, нестабільність звуковимови та значні труднощі з відтворенням звуків у мовленнєвому потоці та у словах складної будови. Дослідження показало, що порушення вимови у дітей із дизартрією являє складний симптомокомплекс, де найчастіше спостерігається поєднання порушень звуковимови та просодичної сторони мовлення, причому домінують саме порушення звуковимови.

Фонетичні порушення мовлення пов'язані з неправильною роботою як моторних, так і сенсорних аспектів засвоєння звукової сторони мовлення. У дітей із дизартрією співвідношення цих порушень може варіюватися, але зазвичай переважають порушення в обох аспектах мовленнєвого процесу.

Для корекції таких порушень у дошкільників найефективнішою є комплексна диференційована логопедична терапія, спрямована на розвиток психофізіологічних механізмів, які забезпечують моторну реалізацію мовлення.

Ця терапія має включати кілька напрямків: формування мовленнєвого сприймання, поліпшення ручної моторики та моторики артикуляційного апарату, правильну артикуляцію звуків з їх автоматизацією в різних умовах вимови та інтонаційну виразність мовлення.

Масаж є рекомендованим для дітей з мовленнєвими порушеннями такими як загальний недорозвиток мовлення, дислалія, дизартрія, ринолалія, і його корекційний вплив полягає у механічних техніках: погладжування, пощипування, розтирання та вібрація.

М'яке, повільне погладжування зменшує збудження, сприяючи розслабленню, тоді як швидкі рухи підвищують збудження, активуючи м'язи.

Логопедичний масаж слід застосовувати за рекомендацією лікаря після медичної діагностики, яка визначає наявність неврологічної симптоматики у артикуляційній мускулатурі та форму і ступінь неврологічного синдрому (спастичний парез, гіперкінетичний, атактичний, спастико-ригідний).

Однак, крім медичних висновків, логопед має самостійно оцінити структуру органів артикуляції та стан м'язового тонузу язика, губ, обличчя, шиї та верхнього плечового пояса через спостереження і пальпацію.

Відомо, що у дітей з неврологічними порушеннями може бути змішаний характер м'язового тонузу: спастичність у одних групах м'язів та гіпотонія в інших. Це визначає вибір між розслаблюючим або стимулюючим масажем.

Терапія проводиться поетапно:

Перший етап – масаж обличчя.

Другий етап – масаж язика.

Третій етап – масаж рук.

Висновки

Основними клінічними проявами дизартрії є порушення м'язового тону мовленнєвої мускулатури, розлади голосоутворення та дихання, а також обмеження довільних артикуляційних рухів внаслідок паралічів та парезів м'язів артикуляційного апарату і мимічної мускулатури.

Серед симптомів дизартрії найбільш характерними є порушення звукової вимови та голосу, що супроводжуються розладами мовлення, особливо в аспектах артикуляційної моторики та мовленнєвого дихання.

У більшості дітей не спостерігаються виражені паралічі або парези, проте моторика відзначається загальною незграбністю та недостатньою координацією. Діти демонструють слабкі навички самообслуговування і повільніші у розвитку у порівнянні з однолітками в питаннях спритності та точності рухів; їх готовність до письма також розвивається із затримкою.

Відзначаються виразні порушення інтелектуальної діяльності, зокрема низька розумова працездатність, розлади пам'яті та уваги.

Для багатьох дітей характерним є: уповільнене формування просторово-часових уявлень, оптико-просторового гнозису, фонематичного аналізу та конструктивного праксису. Клінічні особливості та ступінь вираженості порушень залежать від локалізації та важкості ураження.

Для дослідження було відібрано вісім дітей старших груп, у яких спостерігалися порушення мовленнєвого розвитку, пов'язані з проблемами іннервації м'язів мовленнєвого апарату.

Експериментальна робота проходила у кілька етапів.

Спочатку здійснювався констатувальний експеримент, під час якого вивчали стан м'язів мовленнєвого апарату та звуковимови у дошкільників із дизартрією.

На другому, формувальному етапі, тестували методику застосування логопедичного масажу для корекції звуковимови у дітей із дизартричними розладами.

Для обстеження були обрані відповідні діагностичні методики. Обстеження проводилося на основі заключення невролога за такими напрямками:

1. Аналіз анатомічної будови артикуляційного апарату.
2. Дослідження стану мимічної мускулатури в стані спокою та під час руху.
3. Оцінка тону м'язів як мимовільної, так і довільної артикуляційної моторики: обличчя, губ та язика, включаючи:
 - Оцінку рухових функцій артикуляційного апарату.
 - Оцінку динамічної організації рухів артикуляційного апарату.
4. Стан звуковимови.

У ході дослідження у 62,5% дітей виявлено низький рівень динамічної організації рухів артикуляційного апарату. Це дозволило виявити специфічні особливості: поліморфні порушення рухових функцій органів артикуляції через нестачу точності, координації та здатності переключення рухів, особливо тонких рухів губ і язика, а також наявність неврологічних симптомів у вигляді змінного м'язового тону і супутніх рухів.

Результати дослідження дозволяють сформулювати загальні та специфічні завдання логопедичного масажу для корекції звуковимови при дизартрії. Низький рівень звуковимови був виявлений у 62,5% дітей; середній рівень – у 37,5%.

Найбільш виразно порушена вимова свистячих, шиплячих та сонорних звуків, часто спостерігаються проблеми з одзвінченням і твердістю-м'якістю звуків. Порушення вимови задньоязикових і передньоязикових звуків зустрічаються рідше.

Варто звернути увагу на недоліки у відтворенні складової структури: напруженість артикуляційної моторики, уповільнення рухів органів артикуляції під час відтворення слів складної складової структури та порушення звуконаповнюваності особливо це стосується рідковживаних слів і зростання кількості помилок при відтворенні слів із порушеними звуками.

Таким чином, у всіх дітей спостерігаються поліморфні порушення звуковимови, нестабільність звуковимови та значні труднощі з відтворенням звуків у мовленнєвому потоці та у словах складної будови. Дослідження показало, що порушення вимови у дітей із дизартрією являє складний симптомокомплекс, де найчастіше спостерігається поєднання порушень звуковимови та просодичної сторони мовлення, причому домінують саме порушення звуковимови.

Фонетичні порушення мовлення пов'язані з неправильною роботою як моторних, так і сенсорних аспектів засвоєння звукової сторони мовлення. У дітей із дизартрією співвідношення цих порушень може варіюватися, але зазвичай переважають порушення в обох аспектах мовленнєвого процесу.

Для корекції таких порушень у дошкільників найефективнішою є комплексна диференційована логопедична терапія, спрямована на розвиток психофізіологічних механізмів, які забезпечують моторну реалізацію мовлення.

Ця терапія має включати кілька напрямків: формування мовленнєвого сприймання, поліпшення ручної моторики та моторики артикуляційного апарату, правильну артикуляцію звуків з їх автоматизацією в різних умовах вимови та інтонаційну виразність мовлення.

Масаж є рекомендованим для дітей з мовленнєвими порушеннями такими як загальний недорозвиток мовлення, дислалія, дизартрія, ринолалія, і його корекційний вплив полягає у механічних техніках: погладжування, пощипування, розтирання та вібрація.

М'яке, повільне погладження зменшує збудження, сприяючи розслабленню, тоді як швидкі рухи підвищують збудження, активуючи м'язи.

Логопедичний масаж слід застосовувати за рекомендацією лікаря після медичної діагностики, яка визначає наявність неврологічної симптоматики у артикуляційній мускулатурі та форму і ступінь неврологічного синдрому (спастичний парез, гіперкінетичний, атактичний, спастико-ригідний).

Однак, крім медичних висновків, логопед має самостійно оцінити структуру органів артикуляції та стан м'язового тонузу язика, губ, обличчя, шиї та верхнього плечового пояса через спостереження і пальпацію.

Відомо, що у дітей з неврологічними порушеннями може бути змішаний характер м'язового тонузу: спастичність у одних групах м'язів та гіпотонія в інших. Це визначає вибір між розслаблюючим або стимулюючим масажем.

Терапія проводиться поетапно:

Перший етап – масаж обличчя.

Другий етап – масаж язика.

Третій етап – масаж рук.