

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

Кваліфікаційна робота магістра

**з теми: ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛОГОПЕДИЧНОЇ
РОБОТИ З ДІТЬМИ ІЗ РИНОЛАЛІЄЮ**

Виконала: здобувачка вищої освіти
групи Sol2–M24z
спеціальності 016 Спеціальна освіта. Логопедія.
Наталя КОГУТ

Керівник: доктор психологічних наук, професор,
професор кафедри логопедії і спеціальних методик
Лілія РУДЕНКО

Рецензент: доктор педагогічних наук, професор,
професор кафедри психології, логопедії та інклюзивної освіти
Віктор ГЛАДУШ

м. Кам'янець-Подільський – 2025 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. НЕЗРОЩЕННЯ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І ТВЕРДОГО ПІДНЕБІННЯ У КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	7
1.1. Вроджене незрощення верхньої губи і твердого піднебіння: етіологія та патогенез	7
1.2. Особливості формування органів артикуляції у дітей з ринолалією у контексті розвитку мовлення	16
1.3. Особливості розвитку та логопедичний супровід дітей дошкільного віку з орофациальними щілинами	24
Висновки до першого розділу	34
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ ПРИ РИНОЛАЛІЇ	36
2.1. Розробка та адаптація методики дослідження сформованості та функціонування органів артикуляції, фізіологічного та мовленнєвого дихання при ринолалії	36
2.2. Результати використання діагностичної експериментальної методики	51
Висновки до другого розділу	66
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73

ВСТУП

Актуальність дослідження. Демографічна ситуація в Україні тісно пов'язана з тривалістю війни. Чим довше тривають військові дії, тим більше знижується рівень народжуваності, що призводить до погіршення загальної демографічної ситуації. Основними чинниками цього процесу є висока смертність, обмежений а у прифронтових районах часто відсутній доступ до якісної медичної допомоги, небажання повертатись біженців, погіршення економічних показників у більшості населення. Політична і економічна нестабільність негативно впливає і на можливості повноцінної реабілітації дітей із вродженими порушеннями, до яких належать розщеплення верхньої губи і твердого піднебіння. Незважаючи на кількості народжень, відсоток немовлят із вродженими незрощеннями верхньої губи та твердого піднебіння залишається на стабільному рівні – у межах 0,091–0,1% від загальної кількості [43].

Орофаціальні щілини, зокрема незрощення верхньої губи та незрощення твердого піднебіння є найпоширенішими вродженими відхиленнями черепно-лицьової області у людей і становлять значний особистий та суспільний тягар. За статистикою, орофаціальні розщеплення є досить розповсюджені з частотою приблизно 1 на 1000 народжень (незрощення верхньої губи) та 1 на 2500 народжень (незрощення твердого піднебіння). При цьому існує безліч комбінацій та ступенів тяжкості, починаючи від одностороннього незрощення верхньої губи до двостороннього незрощення верхньої губи, пов'язаної з повним незрощенням твердого піднебіння [62]. Лікування таких осіб протягом усього життя оцінюється приблизно у 200 000 доларів США [52].

При наявності орофаціальних щілин спочатку виникають проблеми з харчуванням, які поступово переростають у проблеми з мовленням, слухом та зубами. Виправлення таких порушень можна виправити хірургічним шляхом, що часто потребує численних краніофаціальних та стоматологічних операцій, а також необхідність проведення логопедичної та слухової терапії. Але навіть з урахуванням цих хірургічних втручань і виправлення яскравих порушень

лицьового черепа особи можуть відчувати довічні психосоціальні наслідки від цих порушень розвитку. Фактично, люди, народжені з орофациальними незрощеннями мають підвищену частоту проблем з психічним здоров'ям та вищі показники смертності на всіх етапах життя [54].

Хоча тяжкість цього стану варіюється, часто потрібне багатoproфільне лікування. Воно може включати краніофациальну хірургію, спеціалізоване стоматологічне та ортогнатичне лікування, втручання в мовлення та слух, а також освітню, психологічну та соціальну оцінку та втручання. За оцінками Національного інституту стоматологічних та краніофациальних досліджень у США щорічні витрати на охорону здоров'я від краніофациальних відхилень сягають 1 мільярда доларів [50].

Медичний аспект організації роботи з особами з незрощенням верхньої губа та твердого та/або м'якого піднебіння були предметом вивчення таких фахівців, як Н. Біденко, О. Канюра, В. Макєєв Т. Неміш, Г. Олійник, Б. Паламар, К. Приходько-Дибська, В. Філоненко, Л. Харьков та інші. Проблема логопедичної роботи з дітьми з ринолалією була предметом вивчення таких науковців та практиків, як, Г. Барсукова, Н. Гаврилова, Є. Дубровіна, С. Конопляста, І. Мартиненко, З. Мартинюк, Ю. Рібцун, В. Тищенко, Л. Трофименко, А. Цибулько, М. Шеремет та ін. Під час опису порушень фонетичної сторони мовлення дітей із ринолалією дослідники звертають увагу на те, що порушення звуковимови у них є досить специфічним процесом. Він є характерним лише для ринолалії, характер спотворень звуків зумовлений порушеннями артикуляційного укладу як органічного, так і функціонального характеру

Виправлення порушень звукової сторони мовлення у дітей з орофациальними розщепленнями базується на комплексному медико-логопедичному обстеженні. Ефективність логопедичного супроводу напряму залежить від анатомічного та функціонального стану мовленнєвого апарату, а також корелюється з психофізичним станом, поведінкою та особистістю в цілому. З урахуванням цього постає необхідність у розробці

мультидисциплінарною командою індивідуальної траєкторії розвитку дітей дошкільного віку з орофациальними розщепленнями. Окреслені проблеми обумовлюють актуальність вибраної теми дослідження: “Особливості організації логопедичної роботи з дітьми із ринолалією”.

Мета дослідження: теоретично проаналізувати дослідження вітчизняних та закордонних фахівців з теми наукової роботи, розробити і адаптувати методику діагностики будови периферійного артикуляційного апарату, його моторних функцій, фізіологічного та мовленнєвого дихання. Ї моторики, провести діагностику комунікативних навичок у дітей. Зробити аналіз отриманих результатів.

Об’єкт дослідження – процес діагностики будови та моторних функцій периферійного артикуляційного апарату, фізіологічного і мовленнєвого дихання.

Предмет наукової роботи – особливості використання діагностичної програми будови та функції артикуляційного апарату дітей дошкільного віку з незрощенням верхньої губи і твердого піднебіння.

У дослідження заплановано вирішити наступні **завдання**:

1. Зробити аналіз медичної та психолого-педагогічної літератури з обраної проблеми дослідження і визначити особливості будови та моторних функцій периферійного артикуляційного апарату, фізіологічного і мовленнєвого дихання.

2. Обґрунтувати та адаптувати методику вивчення будови і функцій артикуляційного апарату, фізіологічного та мовленнєвого дихання дітей з ринолалією.

3. Провести аналіз експериментального дослідження дітей дошкільного віку з ринолалією.

4. Охарактеризувати мовлення дітей з ринолалією.

Методи дослідження. У процесі дослідження були використані теоретичні й емпіричні методи: аналіз вітчизняної та закордонної медичної та

спеціальної психолого-педагогічної літератури, опитування, анкетування, спостереження, бесіда, констатуючий експеримент.

Теоретичне значення дослідження полягає в обґрунтуванні, розробці і адаптації експериментальної методики обстеження будови та функцій артикуляційного апарату, фізіологічного та мовленнєвого дихання у дітей з незрошенням верхньої губи та твердого піднебіння. Автором проаналізовано використання методики для вивчення стану сформованості мовлення у дітей з ринологією.

Практичне значення наукового пошуку полягає в тому, що адаптована і апробована методика обстеження будови і функцій артикуляційного апарату, фізіологічного та мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку з вродженим незрошенням верхньої губи і твердого піднебіння у післяопераційний період, визначені особливості оволодіння ними мовленням.

Дослідження проводилось **на базі:** закладу дошкільної освіти № 4 м. Кам'янець-Подільський, Хмельницької області. У ньому приймав участь один респондент з незрошенням верхньої губи та твердого піднебіння.

Апробація роботи. Матеріали дослідження апробовані на науковій конференції Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка у 2025 році. Результати роботи висвітлено у статті "До питання про вроджене незрошення верхньої губи та твердого піднебіння". *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Корекційної педагогіка і психологія* : зб. наук. праць. Вип. 16. Кам'янець-Подільський: Видавець Ковальчук О.В., 2025. С.

Структура роботи. Дипломне дослідження складається зі вступу, двох розділів, списку використаної джерел, який нараховує 71 позицію.

РОЗДІЛ 1. НЕЗРОЩЕННЯ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І ТВЕРДОГО ПІДНЕБІННЯ У КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

1.1. Вроджене незрощення верхньої губи і твердого піднебіння: етіологія та патогенез

Історія організації допомоги особам з вродженими незрощеннями верхньої губи, твердого і м'якого піднебіння має тривалий період свого становлення. Перші згадки про таке порушення відносяться ще до періоду Гіппократа, Галена та інших лікарів та філософів Древньої Греції, які прагнули у своїх трактатах описати це відхилення та зрозуміти його природу. Бажання закрити розщелину носило різний характер – від механічної локалізації до проведення хірургічних операцій на початку ХІХ століття. Але відзначалось, що досягнуті хірургами та ортодонтами успіхи у подоланні вродженого анатомічного відхилення ротової порожнини у кінці ХІХ, на початку ХХ ст. не забезпечували адекватності фонетичного оформлення мовлення.

Аналіз історії питання організації логопедичного супроводу осіб з незрощеннями верхньої губи та твердого піднебіння здійснювалося переважно з клінічних позицій. Логопеди тривалий час зберігали орієнтацію на дані, отримані під час клінічних досліджень [20].

Порушення мовлення, яке виникало через наявність вродженого незрощення верхньої губи та твердого піднебіння трактувалася лише як гугнявість з різними варіаціями, поступово почало називатися ринолалією, окреслюючи своєю назвою лише клінічну симптоматику [19].

Для характеристики незрощення верхньої губи та/або твердого піднебіння у вітчизняній логопедії та клініці використовують термін “ринолалія”, який походить від грец. *ρῖνός* – ніс, *λαλία* – мовлення і у дослівному перекладі означає “мовлення в ніс”, тим самим відображуючи лише зовнішні прояви розладу [21]. У міжнародній класифікації використовують термін “орофациальні щілини” – це гетерогенна група захворювань, що впливають на структуру обличчя та ротової порожнини і які

поділяються на три загальні категорії: ті, що вражають лише верхню губу; ті, що вражають верхню губу та тверде піднебіння; ті, що вражають лише тверде піднебіння. Всі вони вважаються варіантами одного й того ж відхилення, які відрізняються лише тяжкістю [59].

Орофациальні щілини формуються через порушення природних процесів розвитку черепно-лицевого скелета. Епідеміологічні дані [57] та біологічні дослідження [60, 63] вказують на можливість окремої генетичної етіології для незрощення верхньої губи та верхнього піднебіння. Проте існує можливість наявності спільних механізмів, які можуть бути причиною виникнення кожної з цих груп. Таке явище часто називають змішаною формою незрощення, яка найбільш характерна для синдромальних варіантів патології [62].

Наукові дослідження останніх років указують на значне збільшення кількості людей із вродженими незрощенням піднебіння та верхньої губи. Згідно з медичними дослідженнями, проведеними закордонними фахівцями, такі порушення розвитку обличчя й піднебіння є наслідком впливу різних зовнішніх і внутрішніх чинників на ембріон, що призводять до затримки формування саме тих його частин, які утворюють зародкові бугри, відповідальні за розвиток обличчя, ротової та носової порожнин [31].

Коректний розвиток обличчя залежить від злагодженої взаємодії складного циклу процесів, які включають ріст, міграцію, диференціацію та апоптоз клітин. У етіогенезі формування обличчя розпочинається на четвертому тижні ембріонального розвитку, коли клітини нервового гребеня мігрують, формуючи основні зачатки: лобно-носовий виступ, парні нижньощелепні та верхньощелепні відростки [58]. Після утворення цих структур носові плакоти інвагінують, породжуючи медіальні та латеральні носові відростки. У проміжку між шостим і сьомим тижнями вагітності латеральні носові відростки зливаються з верхньощелепними, а потім з медіальними носовими відростками, формуючи верхню губу і первинне піднебіння. Порушення росту або злиття зазначених відростків може

призвести до виникнення орофациальних щілин, які зачіпають верхню губу, альвеолярний відросток чи первинне піднебіння [59].

Незрощення верхньої губи та твердого піднебіння формується на ранніх етапах вагітності, коли тканини обличчя й ротової порожнини не з'єднуються повністю. Це відбувається між 6-м і 11-м тижнями вагітності, коли окремі частини верхньої губи та твердого піднебіння мають зростатися. У разі, якщо зрощення не відбувається, утворюється отвір (розщелина) у верхній губі або у твердому піднебінні, що може бути обумовлено комбінацією генетичних і зовнішніх факторів [64].

Розвиток вторинного піднебіння починається приблизно на сьомому тижні ембріогенезу із формування піднебінних полиць як відгалужень головного піднебінного язика. Спочатку піднебінні полиці ростуть вертикально вздовж боків язика, що активно розвивається, але пізніше вони змінюють напрямок у горизонтальну позицію після сплюснення язика. У процесі подальшого розвитку полиці зустрічаються по середній лінії та зливаються уздовж медіального краю епітелію. Успішне злиття вторинного піднебіння забезпечує повне розділення носової і ротової порожнин [58].

Щілини піднебіння можуть формуватися через порушення на будь-якому з ключових етапів розвитку: підняття піднебінних полиць, їх міграції чи злиття.

Ринолалія характеризується значними порушеннями артикуляції, які найчастіше виникають через вроджені порушення будови верхньої губи, твердого і м'якого піднебіння. Такі відхилення негативно впливають на формування мовлення у різних його ланках – від порушення звуковимови до проблем лексико-граматичного типу. Проте, відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я 11 перегляду, яка офіційно ввійшла у практику роботи МОН і МОЗ України, цей стан віднесено до голосових розладів [11].

У дослідженнях науковців України, зокрема Є. Дубровіної, С. Коноплястої, З. Мартинюк, зазначається, що основними причинами

виникнення незрощення верхньої гуги, твердого або м'якого піднебіння є вплив екзогенних і ендогенних чинників [9, 13, 19, 27].

До екзогенних факторів належать несприятливі умови навколишнього середовища, вплив іонізуючої радіації, коли навіть її невеликі дози можуть провокувати мутації клітин на рівні становлення кісткової системи лицьового черепа, медикаментозна терапія, особливо на ранніх етапах вагітності у перші три місяці – антибіотики, гормональні препарати, жарознижувальні засоби тощо, шкідливі звички батьків, які негативно впливають на розвиток плода, такі як вживання алкоголю, наркотичних або психотропних речовин, паління.

Ендогенні причини включають захворювання матері протягом перших двох місяців вагітності або наявність у неї хронічних недуг, зокрема гострі інфекційні хвороби (вітряна віспа, кір, краснуха, інфекційний паротит тощо), вірусні респіраторні інфекції, герпес, гепатит та пієлонефрит. Також фактором, який провокує це порушення, виступають ендокринні розлади, хвороби серцево-судинної системи, нирок, печінки, нестача вітамінів, особливо фолієвої кислоти та вітаміну В6 [9, 13, 19, 27].

У закордонних дослідженнях через різноманітність фенотипів незрощення верхньої губи та твердого або м'якого піднебіння було описано кілька схем класифікації. Найбільш відомою є клінічна система класифікації незрощенням твердого піднебіння є робота V. Veau, яка опублікована у 1931 році [66]. Він спростив це різноманіття порушень до морфологічних форм: незрощення м'якого піднебіння (*divisions simples du voile*), незрощення м'якого та твердого піднебіння (*divisions du voile et de la voûte*), незрощення м'якого та твердого піднебіння, що простягаються односторонньо через альвеолу (*divisions du bec-de-lièvre unilatéral total*), незрощення м'якого та твердого піднебіння, що простягаються двосторонньо через альвеолу (*divisions du bec-de-lièvre bilatéral [total]*) [66].

Деформації незрощення верхньої губи також описані V. Veau і охоплюють спектр фенотипів. Він окреслив "різновиди" для кожного з порушень структури і функціонування губ, включаючи латеральність та

повноту. Серед них були такі фенотипи: повне однобічне незрощення губи (*bec-de-lièvre unilatéral total sans division palatine*), повне двобічне незрощення губи (*bec-de-lièvre bilatéral total sans division palatine*) [67]. На теперішній час використовується опис незрощення верхньої губи відповідно до її латеральності та тяжкості. Тяжкість порушення характеризується як міні-мікроформа, мікроформа, незначна мікроформа, неповна мікроформа або повна мікроформа [61, 71].

Закордонні фахівці виділяють додатковий фенотип незрощення – підслизова щілина піднебіння. Вони зазначають, що її досить складно діагностувати, оскільки слизова оболонка піднебіння зберігає видиму цілісність, а основна м'язова анатомія підслизової щілини подібна до класичної щілини піднебіння, обговореної вище. Клінічно цей фенотип ідентифікується класичною тріадою Калнана, що включає серединну прозору зону або *zona pellucida* (завдяки наявності слизової оболонки рота та носа, що прилягає, без проміжної мускулатури), роздвоєний язичок та пальповану вирізку на задньому твердому піднебінні [56, 64].

У вітчизняній логопедичній літературі традиційно виділяють три форми ринолалії: закриту; відкриту і змішану. Відповідно до причин її виникнення кожна з них може бути органічно і функціонально зумовленою.

Закрита ринолалія – це порушення фонаційного боку мовлення. При ній відбувається порушення адекватності проходження струменя повітря через ніс, що тягне за собою повне або часткове виключення під час мовлення носового резонансу, призводячи до зміни тембру голосу. В першу чергу це відображається зниженням фізіологічного носового резонансу при вимові носових звуків (-*м*-, -*м'*-, -*н*-, -*н'*-). У процесі артикуляції цих звуків у нормі носоглотковий прохід залишається відкритим, і повітря вільно проходить у носову порожнину. Якщо носовий резонанс відсутній або знижений ці фонемі звучать як ротові (-*б*-, -*б'*-, -*д*-, -*д'*-). Крім проблемної вимови носових приголосних звуків при закритій ринолалії відбувається порушення фонації

голосних звуки, вимова яких набуває неприродного глухого відтінку, оскільки голос позбавляється низки обертонів [20, 27].

Причинами закритої ринолалії є, в першу чергу, органічні зміни у носовій порожнині або функціональні порушення піднебінно-глоткового змикання – надмірний тонус м'якого піднебіння, що призводить до ізоляції носової порожнини від ротової. Типовою зовнішньою ознакою закритої ринолалії є постійно відкритий рот.

У науковій літературі виділяють два основні види закритої ринолалії: 1) передня закрыта ринолалія, яка виникає як наслідок хронічної гіпертрофії слизової оболонки носа (зокрема, задніх відділів нижніх носових раковин), присутності поліпів у носовій порожнині, викривлення носової перегородки або пухлин у цій зоні. У цьому випадку відбувається порушення нормального проходження струменя повітря у носові ходи; 2) задня закрыта ринолалія у більшості випадків є наслідком масивних аденоїдних розрощень або наявності носоглоткових поліпів, часто спричинених фібромою чи іншими пухлинами. При ній зменшується об'єм носоглоткової порожнини, при цьому фонеми *-м-, -н-, -н'-* звучать як *-б-, -д-, -д'-* [19, 21].

За причинами і факторами, які призводять до виникнення ринолалії її поділяють на органічну і функціональну.

Характеризуючи закрыту форму ринолалії вітчизняні автори схиляються до точки зору закордонних фахівців, які відносять її до ринофонії. Вони обумовлюють це тим, що оскільки при закритій ринолалії присутні лише фонологічні (або темброві) порушення. Сама артикуляція як процес словотворення і висловлювання залишається збереженим. Тобто при закритій ринолалії відбувається випадіння однієї характерної риси, яка вказує мовленнєве відхилення як ринолалію. Для вирішення мовленнєвих проблем фахівці рекомендують спочатку застосувати медичні засобами. А вже після проведення медикаментозного лакування або хірургічного втручання залучити логопеда до відновлення носового дихання і формування адекватної назалізації. У окремих випадках мова можж йти про так звану звичну

ринолалію, коли назалізація залишається і після хірургічного втручання. В цих випадках доцільно застосовувати фонопедичні прийоми, комплекс дихальних і логопедичних вправ, за допомогою яких вдається позбутися неприродного, гугнявого відтінку голосу. Деколи ці проблеми переростають у хронічні психічні порушення і назалізація голосу відбувається вже на підсвідомому рівні. В цьому випадку необхідне втручання спеціалістів різного профілю [16, 27].

Відкрита ринолалія – це порушення як звуковимовної, так і фонаційної сторони мовлення обумовлена анатоμο-фізіологічними відхиленнями у будові і діяльності мовленнєвого апарату. Розрізняють функціональну і органічну відкриту ринолалію, в основі яких лежать порушення функцій і, відповідно, порушення будови мовленнєвого апарату. Органічна форма відкритої ринолалії може бути набутою і вродженою. Набута – внаслідок травм, отриманих у постнатальний період розвитку, а вроджена – внаслідок недорозвитку органів артикуляції і пренатальний період. Ця форма є найскладнішою у механізмах і найтяжчою у подоланні формою [32].

Набута відкрита органічна ринолалія обумовлена перфорацією твердого і м'якого піднебіння внаслідок черепно-мозкової травми або у разі розвитку остеомієліту, рубцевих змін, поранень, тиску пухлини тощо. Її характерна особливість – порушення цілісності і рухливості твердого і/або м'якого піднебіння. Внаслідок цього мовлення особи не має яскраво вираженої назальності.

Вроджена органічна відкрита ринолалія обумовлюється вродженим незрощенням м'якого та/або твердого піднебіння, короткого м'якого піднебіння, відсутності або роздвоєння субмукозної (прихованої) щілини; парезами і паралічами м'якого піднебіння через ураження язикоглоткового і блукаючого нервів.

Симптоми відкритої ринолалії включають:

- зміни положення та активності язика. Він фіксується у стабільному положенні, при цьому тіло язика відтягується назад до глотки, а задня частина

його спинки і корінь підтягуються догори. Спостерігається збільшення розмірів язика в цілому та гіпертрофованість його кореня. Підвищується тонування тканин язика. Язик має вигляд нерозвиненого, млявого та атонічного. Це дозволяє виконувати лише найелементарніші артикуляційні рухи, які недостатньо диференційовані;

- порушення функціонування м'язів м'якого піднебіння. Після хірургічного втручання його активність залишається обмеженою, а мобільність низькою, що часто стає наслідком утворення рубцевої тканини. М'яке піднебіння втрачає можливість ефективно розділяти ротову і носову порожнини. Спостерігається асиметрія м'язів м'якого піднебіння з обох боків, яка має схильність з віком прогресувати. Слизова оболонка поступово стає світлішою, млявою та атрофічною;

- порушення взаємодії м'язів периферійного артикуляційного апарату. Втрачається здатність координувати рухи артикуляційних і мимічних м'язів. У процесі мовлення є зайві рухи лицьових м'язів, в окремих випадках мовлення супроводжується додатковими моторними проявами. Поступово формується стійкий стереотип неправильного мовлення. Окремим симптомом виступають порушення координації артикуляційних і дихальних м'язів, що ускладнює організацію мовленнєвого акту. У свою чергу це сприяє виникненню специфічних порушень мовленнєвого дихання – ритмічність процесу дихання стає нерівномірною, співвідношення між вдихом і видихом порушується, а видих втрачає плавність і спрямованість [31].

При функціональній відкритій ринолалії порушення мовлення частіше всього обумовлено одно або двобічним парезом м'якого піднебіння, змінами у глотці через травми або пухлини, порушенням контролю за власним мовленням у разі зниження слухової функції або наслідуванням назального мовлення [18].

Змішана ринолалія – це стан мовлення, для якого притаманний низький носовий резонанс під час вимови носових звуків та наявність назального тембру голосу. Причинами змішаної форми ринолалії є поєднання

ускладненого носового дихання та недостатності піднебінно-глоткового змикання функціонального або органічного походження.

Ця форма ринолалії виникає при поєднанні укороченого м'якого піднебіння, підслизового його незрощення та аденоїдних вегетацій, де останні стають перешкодою для проходження повітря через носову порожнину. Вербальне мовлення значно погіршується після аденектомії. Причинами цього є піднебінно-глоткова недостатність з ознаками відкритої ринолалії.

Вроджені незрощення верхньої губи і твердого та/або м'якого піднебіння виступають одним із факторів, які негативно впливають на організм і викликають у ньому значні функціональні й морфологічні зміни. Тяжкість такого порушення визначається не лише проявами зовнішньої потворності, складними порушеннями, які призводять до проблем повноцінного функціонування, порушеннями мовлення і комунікації в цілому, соціальною невпевненістю, проблемах у дитячих і дорослих колективах, конфліктною напруженістю і негативним психологічним фоном у сім'ї, але й тим, що наявність незрощень обумовлює цілий ряд соматичних розладів, що призводить до порушень росту і нормального розвитку дитячого організму.

Як висновок необхідно відзначити, що війна, розв'язана росією проти України впливає і на етапи комплексної реабілітації дітей із вродженими порушеннями в цілому. Враховуючи складність анатоμο-функціональних порушень, незрощення верхньої губи та твердого піднебіння обіймають чільне місце серед медичних і логопедичних проблем. У науковців і практиків існують обґрунтовані припущення, що кількість дітей із такими вродженими відхиленнями в Україні може і буде збільшитися. Багатофакторний негативний вплив війни на процес вагітності та його результати необхідно враховувати при розробці програм профілактики розщеплень верхньої губи та твердого піднебіння, а також пов'язаних із ними відхилень. Стрес, викликаний російською агресією в Україні, негативно впливає на перебіг вагітності. І травми, які можуть перенести жінки у перші місяці вагітності, коли відбувається формування щелепно-лицьової кістки, лицьового скелету

призводять до виникнення вроджених розщеплень верхньої губи та твердого піднебіння. Такий стрес також може провокувати передчасні пологи, зниження ваги новонароджених і підвищує ризик розвитку післяпологової депресії у матерів.

1.2. Особливості формування органів артикуляції у дітей з ринолалією у контексті розвитку мовлення

Одне з ключових питань сучасного суспільства стосується проблем медичної, психолого-педагогічної та соціальної реабілітації дітей із вродженими порушеннями розвитку, зокрема незрощенням верхньої губи та твердого піднебіння. Ці відхилення супроводжуються значними структурними та функціональними порушеннями, що негативно впливають на роботу серцево-судинної, м'язової, нервової, дихальної, кісткової систем, а також на зубо-щелепний апарат і обмінні процеси в організмі. Також це негативно впливає на формування обличчя і виникаючі на цій основі психічні і поведінкові розлади. Посилює таку негативну дію і проблеми з комунікацією, в першу чергу з вербальним мовленням.

Відхилення розвитку щелепно-лицевої ділянки посідають 3-є місце серед усіх вроджених порушень. Майже 70% із них припадає на випадки вродженого розщеплення верхньої губи і твердого піднебіння. Серед усіх порушень розвитку вони становлять 30-35%. На 800-1000 новонароджених припадає народження однієї дитини із незрощенням верхньої губи, твердого або м'якого піднебіння або їхньою комбінацією [24].

Такі статистичні дані за останні роки чітко вказують на зростання кількості дітей із вродженими розщепленнями верхньої губи та твердого піднебіння. Поліморфність симптомів, різноманітність проявів цього порушення, а також складні причинно-наслідкові зв'язки у патогенетичних механізмах досі ускладнюють одночасне розв'язання питань хірургічного втручання та логопедичної допомоги [15].

В Україні більшість хірургічних операцій на виправлення розщеплення верхньої губи та твердого піднебіння призначаються дітям віком до 4-х років. При цьому часто проводять зразу ж дві операції: риностафілопластика разом із хейлопластикою або їх комбінація – хейлориностафілопластика. Науково обґрунтовані методики раннього хірургічного втручання та висновки вчителів-логопедів щодо необхідності якомога ранішого усунення мовленнєвих порушень стали основою для таких операцій у ранньому віці, іноді вже в перші місяці життя дитини. Усе це пояснюється потребою забезпечення гармонійного розвитку дитини [24].

Раннє хірургічне втручання зі зрощення верхньої губи або твердого піднебіння дає можливість організувати логопедичний супровід для формування правильних артикуляційних позицій та фонації звуків мовлення завдяки відновленню нормального анатомо-фізіологічного співвідношення тканин твердого й м'якого піднебіння, глотки та язика. Це дозволяє логопедам уникнути переміщення основної зони артикуляції вглиб ротової порожнини. Хейлориностафілопластика, що проводиться на ранніх етапах, є функціонально ефективною і сприяє зменшенню гугнявості або як її ще називають – назалізації [20].

Співвідношення ізольованих незрощень верхньої губи, наскрізних незрощень верхньої губи та піднебіння, а також ізольованих незрощень піднебіння складає 1:2:1.

У наукових дослідженнях і сучасних розробках практиків виділяють наступні види вроджених незрощень губи:

- за глибиною незрощення – явні та приховані;
- за місцем локалізації у трансверзальній площині – бічні (у 99% випадків) і присередні (у 1% випадків). Бічні діляться за стороною ураження – однобічні (у 82% випадків, причому лівобічні трапляються частіше, ніж правобічні), двобічні (у 18% випадків), які можуть бути симетричними або асиметричними;

- за довжиною розщелини у сагітальній площині губи – часткові, повні або наскрізні;

- ізольовані та поєднані форми (наприклад, з незрощенням коміркового відростка верхньої щелепи чи піднебіння) [35].

Вроджені незрощення піднебіння мають такі форми:

- відкриті (наскрізні) та закриті (ненаскрізні);
- повні та часткові (неповні);
- однобічні, двобічні та середні;
- незрощення твердого, м'якого піднебіння або обох одночасно;
- комбінації з незрощенням верхньої губи та/або коміркового відростка [43].

Одним із ключових функціональних порушень при вроджених незрошеннях верхньої губи і твердого піднебіння є ринолалія. Ринолалія – це порушення мовлення, що виникає внаслідок анато-фізіологічних порушень мовленнєвого апарату і проявляється зміною тембру голосу, нечіткою звуковимовою. Порушення мовлення виникає як наслідок незрошення верхньої губи та/або твердого та м'якого піднебіння. Такі відхилення не дозволяють дитині використовувати повноцінно змикання піднебінно-глоткового механізму [19, 32].

Як вже зазначалось відновлення цього функціонального механізму досягається шляхом проведення хірургічних операцій хейлориностафілопластика. Проведення таких оперативних втручань у ранні періоди розвитку дитини дозволяє мінімізувати потребу в організації попереднього логопедичного супроводу. У період, який триває приблизно півроку (з моменту проведення хейлопластики до операції на піднебінні), батькам рекомендовано виконувати з дитиною спеціальні дихальні вправи (понюхати, подмухати) та стимулювати рухливість губ і язика (облизати губи, висунути язик) [35].

Особливу увагу у логопедичному супроводі у цей час необхідно приділяти включенню у роботу з розвитку мовлення зорового аналізатора.

Діти мають не лише чути, але й бачити артикуляційні позиції людини, яка з ними працює або розмовляє. У цей період елементи наслідування стають одними з ключових механізмів розвитку мовлення.

Логопедичний супровід після риностафілопластики проводиться стаціонарно або амбулаторно та може включати: дихальну гімнастику, вправи для посилення змикання піднебінно-глоткового механізму, формування збалансованого резонансу, розвиток навичок правильного голосоутворення, розширення діапазону та сили голосу. У сукупності з медичним супроводом, в першу чергу ортодонтичним лікуванням, це сприятиме нормалізації вимови звуків. З перших днів після зняття швів необхідно організовувати заняття з розвитку активності новоутвореної піднебінної завіски за допомогою спеціальних вправ, спрямованих на активізацію її рухливості, розвиток мовленнєвого дихання, стимулювання моторики артикуляційного апарату. Паралельно необхідно організовувати роботу з постановки звуків, розвитку фонематичного слуху, автоматизації звуків у різних мовленнєвих контекстах: складах, словах, реченнях [16, 21, 27].

Розвиток фонематичного слуху в післяопераційний період спрямований на формування вміння диференціювати звуки і оцінювати правильність їхньої власної вимови. Після завершення основного етапу логопедичного супроводу діти з цими проблемами мають перебувати під диспансерним наглядом. Відвідування медичного закладу для спостереженням і констатування факту успішності проведеного хірургічного втручання має відбуватись спочатку через 1-2 місяці, а згодом цей інтервал може бути збільшений до 6-и місяців. У разі необхідності дітям надається додаткова підтримка у стаціонарних умовах для вдосконалення звуковимови під контролем логопеда. Логопедична корекція тісно поєднується з ортодонтичним лікуванням для досягнення стабільних результатів [35].

У дітей з ринолалією артикуляція звуків і фонація значно відрізняються від нормального мовленнєвого розвитку. При правильній фонації під час вимови всіх звуків, окрім носових, відбувається ізоляція носоглоткової і

носової порожнини від глотки та ротової порожнини. Ці структури розділяються завдяки піднебінно-глотковій змичці, яка утворюється завдяки скороченню м'язів м'якого піднебіння, а також бокової і задньої стінок глотки. При цьому паралельно з рухами м'якого піднебіння при фонації спостерігається потовщення задньої стінки глотки, відоме як валик Пассавана. Воно сприяє контакту піднебіння різної висоти залежно від вимовлюваних звуків і темпу мовлення [31].

Форми ринолалії визначаються характером порушення функції піднебінно-глоткової змички. Як вже зазначалося раніше, ринолалія проявляється у трьох формах: відкритій, закритій та змішаній. За своєю етіологією вона може бути як органічною, так і функціональною.

Відкрита органічна ринолалія зазвичай виникає внаслідок вродженого незрощення піднебіння, що проявляється у вигляді щілин. Щілини між ротовою і носовою порожнинами спричиняють повне або часткове об'єднання резонаторів цих порожнин. Це порушує напрямок повітряного струменя під час мовлення, що, своєю чергою, викликає характерний назальний акустичний ефект при утворенні звуків. Голос починає набувати чіткого носового окрасу [21].

Відкрита органічна ринолалія, обумовлена розщепленням твердого піднебіння проявляється через характерний набір симптомів.

Перший. Зміни у положенні та активності язика. Язик приймає стабільну позицію: його основна частина зміщується назад, ближче до глотки, при цьому корінь і спинка підіймаються вгору із відчутним напруженням мускулатури. Таким чином відбувається прагнення суб'єкта закрити отвір між носовою і ротовою порожнинами. При цьому кінчик язика часто недорозвинений, має ознаками парезу, що обмежує його функціональну здатність виконувати прості рухи. Таке положення язика є своєрідним адаптаційним механізмом, що формується у дитини як реакція на анатомічне порушення. Крім того, у 19% дітей з цим порушенням спостерігається вкорочена під'язикова вуздечка [19].

Другий. Порушення функціонування м'язів, які відповідають за рухливість м'якого піднебіння, суттєво впливає на його фізіологічну активність. Дія всіх м'язів, які піднімають і опускають м'яке піднебіння залежно від потреби та забезпечують розділення носової і ротової порожнинами, значно обмежена не лише під час мовлення, але й у процесі жування та ковтання. М'язи м'якого піднебіння стають інертними, пасивним, або слабо рухомим. Вони перестають виконувати свої основні функції, яка полягає у відділенні струменя повітря, який утворюється у носовій і ротовій порожнинах у процесі вимовляння звуків. При цьому слизова оболонка глотки набуває блідого, в'ялого й атрофічного стану. Змикання між м'яким піднебінням та задньою стінкою глотки також не відбувається [9].

Третій. Відбувається порушення взаємодії м'язів периферійного мовленнєво-рухового аналізатора. Це проявляється у відсутності адекватно організувати координацію артикуляційних і мімічних м'язів. Це призводить до виникнення зайвих, незрозумілих і недоцільних у процесі комунікації рухів м'язів обличчя. У дітей із вродженими розщепленнями твердого піднебіння ці проблеми не зникають навіть після проведення хірургічного втручання. Саме тому необхідно продовжувати відвідувати медичний заклад і консультуватись з лікарями. Після хейлопластики при наскрізних розщепленнях залишаються рубці, які обмежують рухливість м'язів. Також після операції можливе виникнення або продовження використання особливого мовленнєвого дихання – воно залишається поверхневим або прискореним. Є проблеми з формуванням цілеспрямованого видиху, а також з ритмічністю мовленнєвого дихання. В основному вони використовують поверхнєве грудне дихання, у них відчувається дисбаланс між вдихом і видихом. У сукупності всі ці симптоми значно ускладнюють мовленнєву діяльність дитини [27].

Четверте. Порушення звуковимови стосується практично всіх звуків, які набувають носового окрасу або відтінку. Особливо яскраво проблеми вимови спостерігаються при артикуляції голосних, адже для правильної артикуляційної позиції необхідна злагоджена робота велофарингеального

(піднебінно-глоткового) затвора. Приголосні, у свою чергу, артикуюються так, ніби піднебінно-глотковий затвор відсутній. Це призводить до спотворення вимови звуків і їхнього неприродного звучання. Діти з ринолалією як спосіб компенсації на підсвідомому рівні створюють звуження на шляху струменя повітря під час видиху. Це призводить до того, що шиплячі й свистячі звуки мають різкий і неприємний назальний відтінок [19].

Отже, при органічній відкритій ринолалії розщеплення твердого піднебіння виступає фактором, що передує формуванню цілого ряду інших патологічних змін у функціонуванні артикуляційного апарату і ще більше підсилює мовленнєве порушення.

Також при ринолалії присутнє неправильне положення язика в роті і порушення моторної взаємодії периферійного артикуляційного апарату. Найбільш притаманним проявом порушення звуковимови при ринолалії є носовий резонанс і зміни аеродинамічних умов при вимові усіх ротових звуків. Всі вони набувають яскраво вираженого носового відтінку, або гугнявості. Частина приголосних звуків також набувають назального супроводу, при цьому можлива зміна приголосних звуків практично до їхнього невпізнання співрозмовниками [31].

Під час вимови окремих приголосних звуків створюється напруження в області гортані, що провокує їхнє додаткове артикулювання. Присутні пропуски окремих звуків при вимовлянні слів та порушення їхньої вимови за місцем і способом утворення. Так, у дітей з ринолалією спостерігаються заміни звуків: **-к-** на **-х-**, шепелява або пом'якшена вимова звуків **-с-**, **-з-**, **-ц-**, **-дз-**, **-ш-**, **-ж-**, **-ч-**, **-дж-**, оглушення сонорних звуків в кінці слова, відсутність вібрації під час вимови звука **-р-**, заміна звука **-р-** звуком **-и-**, поява під час вимовляння додаткових звуків, не пов'язаних зі звуковою структурою слів (шипіння, свист, храп, гортанність тощо.), заміна свистячих звуків **-с-**, **-з-**, **-ц-**, **-дз-** на **-ф-**, змазана вимова приголосних звуків при їх збігові тощо [44, 46].

Неправильна або порушена вимова звуків у дітей з ринолалією обумовлюється не лише проблемами піднебінно-глоткового змикання та

неможливість організувати диференційований струмінь повітря, але й незрошенням верхньої губи, що у більшості випадків супроводжує незрошення твердого та/або м'якого піднебіння і язичка. Необхідно зазначити, що у цих дітей наявні порушення будови зубо-щелепної системи у вигляді прогенії, прогнатії, переднього або бокового відкритого прикусу, формування зубного ряду з рідкими зубами або відсутність окремих зубів [24].

У дослідженнях С. Коноплястої та Т. Сак відзначається специфічність функціонування у дітей з ринолалією м'язів язика. Оскільки вони часто тривалий час застосовують язик як obturator, тобто стараються закривати ним прохід у носову порожнину, відбувається посилений розвиток тонусу м'язів його спинки та кореня, але при цьому формується певна слабкість м'язів його кінчика. Це призводить до того, що вони не можуть правильно вимовляти більшість фонем [16].

У дітей з ринолалією формується значна різноманітність порушень вимови практично всіх звуків. При цьому це залежить не лише від особливостей порушень будови органів артикуляції, але також від їхньої здатності самостійно використовувати прийому компенсації з метою пристосування позицій артикулювання для вимови звуків, а також від об'єму ротової і носової порожнин. Також на це мають вплив час проведення хірургічного втручання, його ефективність і складність, особистісні типологічні складові, психомотрні та соціально-психологічні фактори, що впливають на рівень вираженості та особливості прояву порушення у цих дітей фонетичного боку мовлення [19, 31, 45].

Труднощі організації контролю за процесом формування та застосуванням власного мовлення у дітей з ринолалією можуть ускладнюватися фонематичними розладами. При цьому рівень недорозвитку фонологічної складової мовлення може бути різним [46].

Характеризуючи комунікативну складову у дітей з ринолалією необхідно відмітити, що провідними факторами виступають недоліки фонетичного боку мовлення, які можливо усунути шляхом організації

логопедичного супроводу після хірургічного втручання. У той же час фактор порушення інтонаційно-мелодійного боку мовлення та проблеми, морфологічна і словотворча складова мовлення є наступним істотним компонентом їхнього мовленнєвого відхилення, що необхідно враховувати на всіх етапах організації логопедичного супроводу: постановки фонем, автоматизації, диференціації та введення їх у мовлення. При цьому мовленнєва діяльність є фундаментальною для людини, її аналіз неможливий без урахування особистісних якостей суб'єкта, адже механізми мовлення існують у суб'єкті і використовуються ним, а тому залежать від біологічних, соціальних і когнітивних можливостей, його індивідуальних мовленнєвих здібностей.

1.3. Особливості розвитку та логопедичний супровід дітей дошкільного віку з орофациальними щілинами

Для формування вербального мовлення необхідне використання голосового тракту, який змінюється відповідно до зміни звуку. Ці зміни включають положення голосових складок, велуму (м'якого піднебіння) та артикуляторів (губ, зубів, язика та піднебіння) у ротовій порожнині. Повітряний потік, що виходить з легень, спочатку змінюється в гортані, де розташовані голосові складки. Далі, положення велуму або м'якого піднебіння визначає носовий характер висловлювання. Коли велум притискається до задньої стінки глотки, потік повітря блокується, не даючи йому пройти вгору по носовій порожнині. Потім повітря виходить з рота, створюючи різної структури. Носові звуки виникають, коли велум опущений, і повітря проходить як через рот, так і через носову порожнину, але в основному виходить через ніздрі. Артикулятори змінюють мовленнєвий повітряний потік перед тим, як він вийде з голосового тракту. Люди рідко вимовляють окремі звуки окремо один від одного, тому вербальне вираження вимагає від суб'єктів поєднання та послідовності різних звуків для створення слів, які послідовно формують висловлювання та речення. У суб'єктів з орофациальними

розщелинами голосовий тракт має значні порушення, що і впливає на вербальне мовлення, іноді змінюючи його до невпізнанності іншими [54].

Здатність використовувати вербальне мовлення залежить від когнітивних здібностей, пов'язаних з мовою та багатьох фізіологічних систем, включаючи скелетну, суглобову, м'язову, травну, судинну, нервову та дихальну. Оскільки мова і мовлення є складним утворенням, порушення на різних етапах їхнього становлення може впливати на розвиток не лише комунікативних компетенцій, а й на формування особистісних якостей суб'єкта з такими порушеннями [61].

У дітей з ринолалією, яка обумовлюється наявністю різного ступеня порушення щелепно-лицьового черепа і, відповідно, зміни у мовленнєвому тракті, виникають проблеми зі становленням вербального мовлення. Для їхнього вирішення потрібна розробка індивідуального плану втручання. Діагностика складності орофациальної розщелини та аналіз комунікативних навичок, включаючи наявні й відсутні звуки, організовується спільно фахівцями медичного та логопедичного профілю. Така організація спільної роботи дозволяє встановити тип мовленнєвого порушення, визначити анатомічні проблеми голосового тракту, визначити послідовність роботи з такими дітьми. Спільно зібрана інформація може стати відправною точкою для організації етапності роботи з виправлення анатомо-фізіологічних відхилення та подальшого адекватного формування вербального мовлення. При цьому важливо розуміти, що відсутність певної комунікативної навички не означає, що її неможливо сформувати [19].

У разі виникнення проблем в області голосового тракту розробка індивідуальної розвиткової траєкторії відбувається спільно логопедом і медичними фахівцями. Створюється індивідуальний план втручання. Оцінка комунікативних навичок, включаючи присутні та відсутні звуки, їхні особливості допомагає визначити тип проблеми з мовленням, анатомічне підґрунтя цих проблеми, а також напрямки і послідовність їхнього подолання.

Інтерв'ю, спостереження та статистично обґрунтовані тести дають можливість мільтидисциплінарній команді сформувати послідовність впливу. Інформація, зібрана від дитини та її родини, а також співпраця з ними є важливими для визначення цілей втручання та створення плану супроводу, який включає медичний, лікувальний та логопедичний [31].

У клінічній класифікації мовленнєвих порушень ринолалія вважається тяжким відхиленням, подолання якого потребує тривалого періоду корекції, раннього часу вивчення анатомо-фізіологічних відхилень та відповідного хірургічного втручання, своєчасного підтримуючого логопедичного супроводу, врахування індивідуальних і загально компенсаторних можливостей, знання специфіки логопедичної роботи саме з цією категорією суб'єктів [69].

Хірургічне втручання та подальший логопедичний супровід головним чином спрямовані на формування правильного мовлення та покращення його виразності, точності виконання мовленнєвих жестів, навичок правильного використання засобів комунікації та здатності контролювати власну вербальну поведінку. Це включає дії, необхідні для перетворення власних думок за допомогою вербальної дії у мовлення, інформацію, доступну для інших з метою досягнення бажаних результатів [69].

Під час проведення діагностики ринолалії А. Цибулько наголошує на важливості розмежування порушень за механізмом виникнення. Варто зазначити, що не всі симптоми, які спостерігаються у дітей із розщепленням твердого піднебіння, обумовлені безпосередньо цим анатомічним порушенням. Наприклад, крім анатомічних та фізіологічних порушень зубного ряду, у дітей часто спостерігається порушення іннервації м'язів оклюзійних органів. Здебільшого такі випадки являють собою складні комбіновані порушення, де беруть участь два різні механізми: дефіцит центральної іннервації та структурні порушення зубного ряду. З огляду на це, диференціальна діагностика механізмів мовленнєвих синдромів є ключовою для правильного визначення корекційних завдань та заходів [65].

Для ефективного розуміння цієї нозології фахівцям необхідно досконало опанувати знання про анатомо-фізіологічні особливості піднебінно-глоткового апарату як при нормотиповому розвитку, так і при наявності патологічних змін.

Також логопеди повинні мати повні відомості про дитину, її потреби та сімейні цінності, володіти знаннями про нормотипову та порушену комунікацію, розумінням впливу розладів комунікації на процес спілкування, сучасними дослідженнями про ефективність різних підходів, а також власним професійним досвідом роботи зі схожими порушеннями.

Вибір найбільш ефективних методів логопедичного супроводу базується на вивченні тематичних і міждисциплінарних досліджень, зокрема в галузях психології, педагогіки, медицини та нейро- та психолінгвістики, врахуванні знань про розвиток дитини і розумінні процесів розвитку мови та мовлення.

Мовленнєвий розвиток дітей із ринолалією характеризується значною обмеженістю та істотно відрізняється від нормотипового розвитку мовлення. Через порушення анатомічної цілісності периферійного мовленнєвого апарату дитині складно вже на ранніх етапах здійснювати інтенсивний лепет та правильно виконувати артикуляційні вправи. Найпоширеніші звуки, такі як *-п-*, *-б-*, *-т-*, *-д-*, вимовляються дуже тихо або навіть беззвучно. Це пояснюється тим, що під час мовлення струмінь повітря проходить через носові ходи, що позбавляє дитину слухового підкріплення [65].

У дітей з ринолалією порушеною є не лише артикуляція, а й розвиток просодичних елементів мовлення, які включають інтонацію, тембр, темп та ритм. Їхній голос неприродний, слабкий, виснажений, тихий, приглушений з яскраво вираженим назальним відтінком. Акустичні зміни голосового спектра позбавляють його дзвінкості, знижується чіткість і розбірливість усного мовлення, становлення кого відбувається зі значним запізненням. Відмічається значний часовий проміжок між появою перших складів, слів і фраз у перші роки життя, які вважають провідними для формування не лише мовлення, а й інтелекту. Часто перші слова дитина з ринолалією починає

вимовляти приблизно у 2 роки або навіть пізніше. Фразове мовлення з'являється також із запізненням, деколи після 4-х, а інколи – після 5-и років. Крім анатомічного порушення периферичного мовленнєвого апарату, у дітей з ринолалією інколи вторинно страждає слуховий аналізатор, що посилює мовленнєвий розвиток [48].

Імпресивне мовлення або розуміння мовлення у дітей з ринолалією розвивається відповідно до нормотипового. Але експресивне, тобто вербальне голосове мовлення зазнає якісних змін. Слова та фрази, які вони вимовляють, часто є незрозумілі для співрозмовника. Причина цього у нетиповій артикуляції та звучання. Через неправильне положення язика приголосні звуки виникають переважно за рахунок надмірної активності задньої частини спинки язика, неадекватної участі кореня язика у вимові, а також через неприродну активізацію м'язів обличчя. Через слабкість і недостатню рухливість кінчика язика діти з ринолалією не можуть забезпечити необхідне змикання з верхніми зубами та альвеолами для формування звуків верхньої позиції, таких як *-л-, -т-, -д-, -ч-, -ш-, -щ-, -ж-, -р-* або звучання яких відбувається з участю нижніх різців – *-с-, -з-, -ц-* з одночасним ротовим видихом. У зв'язку з цим свистячі та шиплячі звуки у них набувають спотвореного звучання [20].

Звуки *-к-* і *-г-* у вербальному мовленні дітей із ринолалією або зовсім відсутні, або мають характерну вибуховість, яка виникає через з'єднання незрощених частин у вушній порожнині. Звук *-р-* або не вимовляється взагалі, або нагадує одноударний звук і не набуває нормального звучання. Сонорний звук *-л-* також або відсутній, або замінюється на *-й-, -у-* або на чи м'яке *-ль-*. При наявності ринолалії порушується дзвінкість приголосних. Відбувається їхнє оглушення та поступове згасання звучання. При цьому голосні звуки діти вимовляють із втягнутим назад язиком і видиханням повітря через ніс, що супроводжується слабкою артикуляцією губ та помітним носовим відтінком. Неправильна звуковимова включає спотворене звучання фонем та їх заміну

іншими. Практично всі голосні й приголосні звуки стають назалізованими, а їх розподіл між собою залишається нечітким. [2].

Організація логопедичного супроводу дітей дошкільного віку з ринопластичною проведиться з урахуванням двох періодів.

Перший період – період доопераційного впливу. Його основною метою є запобігання формуванню патологічних компенсаторних механізмів і формування передумов правильної звуковимови. У цей період виділяють ключові напрями корекційної роботи логопеда:

- підготовка піднебінної завіси до змикання піднебінно-глоткового типу;
- активізація роботи артикуляційного апарату;
- формування правильного фізіологічного та фонаційного дихання;
- тренування вимови голосних звуків;
- розвиток фонематичного слуху.

Як уже зазначалось, хірургічне втручання через проведення хейлопластики, уранопластики або їхньої комбінації – хейлориностафілопластики організовується вже починаючи з 6-и місячного віку. Тому у доопераційний період суттєвого логопедичного впливу не проводиться. Але необхідна робота логопеда у контексті показу батькам необхідно, правильності і послідовності виконання перерахованих вище операцій.

Другий період – період післяопераційного впливу. Післяопераційний період триває кілька тижнів і є важливим етапом реабілітації після пластичної операції. У цей час здійснюється додаткова робота, спрямована на забезпечення анатомо-фізіологічної бази для правильного формування усного мовлення. Головною метою логопедичного супроводу є розвиток повноцінного піднебінно-глоткового змикання. Протягом перших тижнів після операції може відбуватися розтягнення піднебінної завіси з помітною максимальною рухливістю. У цей період легше і швидше відпрацьовувати навички формування ротового резонансу голосних у спонтанному мовленні, використовуючи новоутворене піднебіння під час фонації.

У післяопераційний період дитина поступово починає усвідомлювати функції піднебінної завіси. Функціонування нового органу набуває своїх природних призначень. У деяких випадках може спостерігатися майже повна нерухомість або знижена чутливість м'якого піднебіння. Ще певний час окремі рухи у районі піднебіння можуть викликати біль, через що дитина на підсвідомому рівні прагне уникати виконання артикуляційних дій. Навіть після проведення хірургічного втручання у мовленні може стати більш помітним назальний відтінок. Тому основним завданням логопедичного супроводу у цей період є активізація роботи піднебінної завіси, розвиток її рухливості та стимулювання тісного контакту між стінками глотки [19].

У післяопераційний період логопедичний супровід дітей з ринолалією здійснюється за наступними напрямками:

- активація артикуляційного апарату;
- усунення назального відтінку голосу;
- постановка звуків;
- нормалізація просодичного боку мовлення;
- корекція фонематичних процесів;
- автоматизація набутих навичок у вільному спілкуванні [48].

По проходженню 6-и місяців після хірургічного втручання процес рубцювання завершується. Це проявляється зменшенням помітності швів, також впливає на зниження інтенсивності та частоти виконання вправ для покращення рухливості м'якого піднебіння. Саме тому в перші місяці після хірургічного втручання необхідно регулярно проводити логопедичні заняття не менше трьох разів на тиждень. Логопедичний супровід при цьому не повинен обмежуватись лише заняттями. У домашніх умовах батькам після консультації логопеда необхідно щодня приділяти час на виконання логопедичних вправ разом із дитиною. Необхідно зазначити, що еластичність і рухливість м'якого піднебіння мають тісний взаємозв'язок. Після проведення хірургічної операції по закриттю щілини м'яке піднебіння може стати менш рухливим і скоротитися через утворення рубців. Повноцінна рухлива

активність м'якого піднебіння поступово відновлюється за умови адекватного логопедичного супроводу протягом 6-8 місяців. У цей період щоденні артикуляційні вправи залишаються обов'язковими [2].

Тренування доцільно розпочинати з вимови голосних звуків, таких як *-а-, -е-, -о-*. У разі, коли піднебінна завеса залишається нерухомою під час фонації, потрібно намагатися додатково стимулювати глотковий рефлекс. Важливим аспектом логопедичного супроводу є формування просодичних компонентів усного мовлення. Одним із ключових завдань цього напрямку є розвиток і вдосконалення голосу. Для того, щоб допомогти дитині зрозуміти різницю між високими й низькими звуками, можна додавати іграшкові або мультимедійні голосові, музичні та рухові характеристики. Якщо у дитини притишений і приглушений голос необхідно якомога раніше скоригувати підхід до занять і змінити методи корекційного логопедичного впливу [13].

У дітей з ринолалією спостерігаються проблеми зі слуховим аналізатором. Саме тому розвиток у них слухових навичок необхідно розпочинати якомога раніше, оскільки саме слух відіграє важливу роль у формуванні голосу – ключового елемента мовлення. Лише завдяки голосу мовлення набуває інтонаційної виразності та забарвлення. Тому при організації логопедичного супроводу дітей з ринолалією вкрай важливо вже з перших місяців життя працювати над розвитком слухових здібностей. Діти цієї групи мають навчитися розпізнавати звуки навколо себе та реагувати на голоси близьких людей.

За умови нормотипового розвитку перші короткі звуки (такі, як “-а-а-а-”, “-а-гу-” або “-бу-”) з'являються у період до 3-х місяців. У практиці логопедів цей період отримав назву “період гуління”. Для того, щоб у дитини з ринолалією цей процес відбувся, необхідна участь дорослих, які мають звертати особливу увагу на чіткість вимови та артикуляцію звуків. Дорослі повинні показувати правильну вимову звуків і слів, щоб дитина могла їх побачити, почути та відчути, тим самим краще засвоюючи мистецтво мовлення [21].

Організація логопедичного супроводу дітей з ринолалією відбувається на фоні виконання дихальних і артикуляційних вправ, розвитку кінестетичних відчуттів та уваги. Спочатку акцент робиться на формуванні артикуляційного положення звуку (артикулеми). Лише після оволодіння цією навичкою у відтворення звуку поступово залучаються голосові зв'язки. У цьому підході важливе місце займає плавність і природність рухів, що дозволяє уникнути виникнення синкінезії лицьового та мимічного нервів.

У системі вправ для розвитку артикуляційного апарату враховується фізіологічна взаємозалежність м'язових груп мовленнєвого апарату. Послідовність роботи над артикулемами визначається рівнем підготовленості артикуляційної бази. Логопедичні заняття включають виправлення порушення фізіологічного дихання і перетворення його у мовленнєве. Оволодіння диференційованого вдиху та видиху, тренування тривалого та рівномірного ротового видиху для формування голосних артикулем (без використання голосу) та глухих фрикативних приголосних. Також враховується правильний розподіл короткого і довгого ротового або носового вдиху і видиху для звукоутворення сонорних і аффрикативних звуків, а також вимова м'яких звуків.

Така методика організації логопедичного супроводу чітко структурує етапи корекційної роботи, розділяючи їх на підготовчий та основний. Вона враховує специфіку логопедичної діяльності у до- та після- операційні періоди, зазначаючи послідовність роботи з артикулемами і дозування матеріалу на різних етапах.

Формування голосних звуків відбувається у певній послідовності: **-а-, -є-, -о-, -у-, -і-, -я-, -ю-** (із завершенням на звук **-й-**). Звуки **-я-, -є-, -ю-** вводяться у мовлення як комбінація звуку **-й-** із відповідними голосними **-а-, -е-, -о-, -у-**. Звук **-й-** допомагає краще зрозуміти напрямок видихуваного повітря у кожній частині дифтонга.

Щодо приголосних, існує декілька варіантів початкової їх постановки. Починати потрібно з приголосних **-л-, -л', -в-, -в', -ф-, -ф'-**, вимова яких

краще диференціюється у складах, де приголосний стоїть в інтервокальній позиції – між двома голосними.

Надалі послідовність постановки приголосних звуків може бути відповідно до етапів:

Перший: *-п-, -п', -б-, -б', -м-, -м', -с-, -с', -з-, -з', -т-, -т', -д-, -д', -н-, -н', -ш-, -г-, -к-, -х-, -р-, -р'.*

Другий: *-п-, -б-, -м-, -т-, -д-, -н-, -ф-, -л-, -к-, -г-, -с-, -з-, -х.*

Третій: *-п-, -т-, -к-, -л-, -б-, -д-, -г-, -с-, -з-, -ш-, -ж.*

Четвертий: *-п-, -б-, -ф-, -в-, -т-, -д-, -л-, -к-, -г-, -с-, -з-, -х.*

П'ятий: робота з постановки *-ж-* і африкатів.

Одночасно проводять роботу з диференціації ротових і носових звуків: *-м- – -п-; -м' – -п'; -н- – -д-; -н- – -т-; -м- – -б-; -м' – -б'.* і т.д.

У всіх варіантах першими радять відпрацьовувати проривні *-п-, -б-* та передньоязикові звуки *-т-, -д-, -н-.* [19, 21, 27, 31, 48].

Проведений аналіз напрямків корекційного логопедичного супроводу дозволяє визначити ключові напрямки роботи з дітьми дошкільного віку, які мають ринолалію. Серед них виділяються:

- оцінка механізмів мовленнєвих порушень, враховуючи стан піднебінно-глоткового змикання, анатомічну і функціональну збереженість артикуляційних органів, дихання, рівень фонематичного слуху та слухового контролю, а також стан артикуляційної бази;

- використання збережених аналізаторних систем – слухової, зорової та їхніх функцій для розвитку початкових моторно-сенсорних можливостей;

- застосування фізіологічних технік дихання для переорієнтації на діафрагмальне дихання та видих через рот, включаючи роботу над формуванням вокального дихання й артикуляційної укладки;

- використання взаємозалежності м'язових груп голосового апарату при розробці вокальних вправ;

- оцінка підготовленості артикуляційної бази для визначення ефективної послідовності у формуванні артикуляції звуків;

- урахування вікових особливостей і компенсаторних можливостей дітей із ринолалією;

- забезпечення системності та паралельності роботи логопеда з логопедичною і психологічною корекцією.

Ці аспекти є основою для побудови ефективної та цілеспрямованої корекційної роботи.

Отже, організація логопедичного супроводу дітей з ринолалією спрямована на здійснення системного корекційного впливу, який реалізується у медичних закладах, центрах ранньої реабілітації, а надалі – у закладах дошкільної освіти із відповідною спеціалізацією. Цей процес проводиться кваліфікованою мультидисциплінарною командою фахівців за підтримки обґрунтованих методів логопедичної та психокорекційної допомоги.

Висновки до першого розділу

Проведений аналіз наукових досліджень з проблем надання логопедичного супроводу дітям з незрощенням верхньої губи та твердого та/або м'якого піднебіння підтверджує значну поширеність випадків вроджених орофациальних щілин серед дітей в Україні. Рівень таких порушень за останні роки залишається стабільним і коливається в межах від 0,091% до 0,1%, що вказує на необхідність проведення заходів для своєчасного виявлення, реєстрації дітей із цими відхиленнями та надання їм необхідної допомоги.

Попри суттєвий обсяг досліджень у сфері вроджених порушень щелепно-лицевої ділянки на теперішній час відсутня інформація про вплив глобальних екстремальних факторів на їхнє формування. Зважаючи на військовий стан у нашій країні та прогнозоване збільшення кількості вроджених розщеплень верхньої губи та твердого піднебіння у майбутньому, збільшення отриманих травм в області щелеп та обличчя у дорослих актуальним залишається питання розробки ефективної системи

логопедичного супроводу, профілактики та вдосконалення комплексних методів корекції.

Застосування мультидисциплінарного підходу із залученням фахівців різних напрямків – медицини, педагогіки, психології, логопедії, психолінгвістики, нейролінгвістики, кожен у межах своєї компетенції, забезпечить можливість не лише ефективного прогнозування, попередження, але й надання необхідної допомоги.

РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ ПРИ РИНОЛАЛІЇ

2.1. Розробка та адаптація методики дослідження сформованості та функціонування органів артикуляції, фізіологічного та мовленнєвого дихання при ринолалії

Аналіз результатів наукових пошуків та роботи фахівців-практиків підтвердив той факт, що у процесі організації роботи з дітьми з ринолалією використовуються цілий набір різноманітних підходів та методик. Немає однією, всіма визнаної техніки, яка б завжди давала ефективний результат. Ефективність і результативність тієї чи іншої технології залежить від цілого ряду супутніх факторів: ступеня наявного порушення, його локалізації, часу надання медичного допомоги, часу організації раннього втручання, часу і ефективності проведення хірургічної операції (за необхідності), часу початку логопедичного супроводу, кваліфікації логопеда, внутрішніх чинників самої дитини, впливу і підтримки ближнього середовища, реакція соціального оточення і ще багатьох інших

Тому сам процес організації логопедичного супроводу вимагає від логопеда диференційованого підходу щодо подолання порушень мовлення у дітей з ринолалією. Отже, під час формування індивідуальної траєкторії розвитку у дитини з ринолалією по можливості необхідно враховувати всі зазначені чинники.

Основна мета організації логопедичного супроводу на даному етапі логопедичного супроводу – це обґрунтування і розробка програми з формування артикуляційної та дихальної готовності. Ці навички є основою для подальшої роботи логопеда по постановці звуків мовлення і формування вимови через стимуляцію мовлення створенням емоційно-ціннісних для суб'єкта ситуацій.

Розробка та адаптація методики організована у кілька етапів.

Перший етап. Вивчення анамнезу та анкетних даних.

Другий етап. Обстеження дитини з ринологією та аналіз результатів.

Третій етап. Формування програми логопедичного супроводу дитини з ринологією.

Четвертий етап. Розроблення програми інтенсифікації розвитку мовлення дітей дошкільного віку з ринологією.

Охарактеризуємо етапність роботи.

Перший етап. Інформація про дитину, її сім'ю та близьке оточення.

1. Прізвище та ім'я.

2. Вік.

3. Мова спілкування у сім'ї, основна, додаткова. Особливості мовленнєвого середовища, ставлення членів родини, друзів або близьких до мовленнєвого порушення.

4. Відвідування закладу дошкільної освіти. Умови адаптації до закладу та дитячого колективу. Наявність друзів серед однолітків або серед інших осіб. Суб'єктивне ставлення до перебування у закладі.

5. Структура сім'ї та її статус, вік батьків, їхня освіта, спільне проживання близьких родичів. Умови виховання, перебування, культурно-побутові умови, психологічний мікроклімат.

Анамнез

1. Скарги дитини.

2. Наявність чинника спадковості, його характеристика, ступінь вираження.

3. Протікання вагітності, присутність захворювання матері під час вагітності, особливо в перші місяці.

4. Протікання пологів (нормальні, стрімкі, затяжні, зі стимуляцією, з фізичним втручанням). Наявність асфіксії, якщо так – її тривалість.

5. Вага і зріст при народженні.

6. Реакції після пологів.

7. Наявність пологових травм, їхній характер.

8. Наявність уродженого незрощення верхньої губи або твердого піднебіння, вид незрощення.

9. Вік проведення хірургічного втручання.

10. Вік дитини у період хірургічного втручання, результати відновлювальної хірургії.

11. Особливості годування (грудне, через зонд, через спеціальну соску тощо).

12. Хвороби у перші місяці життя та до 3 років.

13. Ранній психомоторний розвиток.

14. Поява перших зубів.

15. Наявні порушення моторики та їх характер.

16. Рівень сформованості навичок сомообслуговування.

17. Ранній мовленнєвий розвиток: особливості гудіння і лепету, активність, різноманітність звукових комбінацій, характеристика голосових реакцій, період появи перших слів, простих фраз, сформованість розгорнутого фразового мовлення, мовленнєва активність.

18. Наявність грубих порушень звуко-складової структури слова після, грубих аграматизмів після 3-х років.

19. Результати роботи з логопедом: де, коли, скільки, наслідки.

20. Ставлення до свого порушення.

Другий етап. Розроблення програми обстеження дитини з ринолалією та аналіз результатів.

Першою частиною другого етапу дослідження було розроблення методики вивчення особливостей будови та рухливості периферійних органів артикуляції – губ, зубо-щелепної системи, м'якого піднебіння і язичка.

Основи методики склали спеціально підібрані завдання, виконання яких базується на становленні базових артикуляційних позицій, правильне відтворення яких свідчило про достатній рівень готовності до формування основних звуків мовлення.

Завдання для дослідження будови та рухливості органів артикуляції

Завдання на вивчення будови і рухливості губ

Посмішка

Мета: виявити вміння виконувати і контролювати активні рухи великого виличного м'яза.

Завдання. Утримувати кілька секунд губи в усмішці. Намагатися не показувати зуби.

Інструкція. Посміхнись. Розтягни губи у легку посмішку. А тепер посміхнися сильніше, розтягуючи губи.

Оскал

Мета: виявити вміння виконувати і контролювати активні рухи м'яза зневаги (який опускає кутики рота) і м'яза відрази (який опускає нижню губу).

Завдання. Розтягнути губи сильно убік, угору, вниз, оголяючи обидва ряди зубів. Оскал із розкриванням і закриванням рота, з подальшим зціпленням губ. Оскал при відкритому роті, із подальшим закриванням губами обох рядів зубів, вимовляння звуків *-п-, -б-, -м-*.

Інструкція. Скривися. Розтягни і опусти кутики губ.

Трубочка

Мета: виявити вміння виконувати і контролювати активні рухи колового м'яза рота.

Завдання. Висунути широкий язик, бокові краї язика загнути вгору. Подути в трубочку, що утворилась. Виконувати у повільному темпі.

Інструкція. Витягни губи вперед у трубочку. Давай станемо перед дзеркалом і спільно виконаємо це завдання.

Цікаві губки

Мета: виявити вміння плавно переключатися з однієї артикуляційної позиції на іншу при наявності довільного контролю за діяльністю м'язів обличчя і губ.

Завдання. При широко розкритих щелепах втягнути губи у середину рота, щільно притискаючи їх до зубів. Підняти щільно стиснуті губи і опустити

їх при щільно стиснутих щелепах. Підняти верхню губу – оголити верхні зуби. Відтягнути вниз нижню губу – оголити нижні зуби.

Інструкція. По черзі спочатку посміхнись, а потім витягни губи вперед, як слоненя витягує хобот. Знову посміхнись – витягни губи вперед. Виконай вправу декілька разів.

Свисток

Мета: виявити вміння виконувати і контролювати активні рухи колового м'яза рота.

Завдання. Витягни губи широкою воронкою при розкритих щелепах. Витягни губи вузькою воронкою, як імітація свисту.

Інструкція. По черзі спочатку витягни губи вперед і розкрий рот, а потім витягни їх трубочкою і зроби спробу посвистати.

Завдання на дослідження будови і рухливості нижньої щелепи

Парканчик

Мета: виявити особливості будови зубо-щелепної системи, прослідкувати узгодженість рухів м'язів зневаги (який опускає кутики рота), відрази (який опускає нижню губу), великого виличного (м'яза сміху).

Завдання. Усміхнись без напруження, щоб було видно верхні та нижні зуби. Утримуй усмішку у такому положенні 5-10 секунд. Утвори вираз зневаги. Усміхнись.

Інструкція. Зімкніть міцно зуби і розтягніть губи так, щоб було видно верхні і нижні зуби. Подивіться у дзеркало і зрівняйте вираз свого обличчя з виразом обличчя логопеда.

Голодний вовк

Мета: виявити стан розвитку жувальних м'язів. Виявити особливості будови зубо-щелепної системи.

Завдання. Відкрити рот і поклацати зубами.

Інструкція. Поклацайте зубами відкривши при цьому рота, як голодний вовк. Завдання виконувати перед дзеркалом, порівнюючи своє виконання

завдання зі зразком, який пропонує логопед. Клацання зубами має бути активне, змінюючи при цьому повільніший темп на пришвидшений.

Завдання на дослідження будови і рухливості язика

Лопатка

Мета: виявити активність м'язів спинки язика, вміння узгоджувати напруження і розслаблення поперечних і повздовжніх м'язів спинки язика, виконувати контроль за діяльністю усіх м'язів язика, втримувати його у стані спокою на нижній губі.

Завдання. Усміхнись, відкрий рота, висунь широкий розслаблений язик з рота і поклади його на верхню губу та тримай там кілька секунд – 1-10.

Інструкція. Розкрий рот, поклади широкий язик на нижню губу і потримай його у такій позиції, дивлячись у дзеркало і порівнюючи свою дію зі зразком, який пропонує логопед. Для точнішого орієнтування у часі тримання логопед пропонує для опори лічбу.

Гірка

Мета: виявити активність м'язів кореня язика (скорочення м'язів кореня язика при розслабленні м'язів кінчика язика).

Завдання. Відкрий рот, заховай кінчик язика за нижні зуби, а спинку язика підними вгору. Показати круту гірку.

Інструкція. Відтягни кінчик язика від нижніх передніх зубів так, щоб високо піднявся корінь язика. При відтягуванні язика назад поступово ширше відкривай рот. Завдання виконуй перед дзеркалом використовуй зразок, який пропонує логопед.

Горнятко

Мета: виявити активність м'язів нижньої частини язика, вміння узгоджувати напруження і розслаблення рухів нижніх і верхніх поперечних і повздовжніх м'язів спинки язика, вміння втримувати широкий кінчик язика на верхній губі при широко відкритому роті.

Завдання. Відкрий широко рот, висунь язик. Кінчик і бічні краї язика підними до верхніх зубів, але не торкайся їх. Утримуй до 10 секунд.

Інструкція. Поклади широкий язик на верхню губу так, щоб він закрив її. Рот при цьому тримай відкритим. Виконуй перед дзеркалом. Порівняй виконання зі зразком, який пропонує логопед.

Голочка

Мета: виявити активність м'язів спинки язика, уміння узгоджувати напруження і розслаблення рухів поперечних і повздовжніх м'язів спинки язика, утримування язика, контроль його позиції при розслабленні поперечних м'язів і напруженні повздовжніх.

Завдання. Усміхнись, висунь язик, зроби його вузьким. Утримуй язик у такому положенні секунд 1-10 при цьому стеж, щоб кінчик не загинався.

Інструкція. Витягни язик якомога далі вперед так, щоб він став вузьким і гострим, як голочка. Виконуй завдання перед дзеркалом. Зверни увагу на зразок, який пропонує логопед. Під час витягування язика вперед пропоную паралельно витягувати вперед губи.

Завдання на дослідження уміння піднімати та утримувати кінчик язика вверху

Барабан

Мета: виявити уміння піднімати при широко відкритому роті язик вгору і втримувати його у цій позиції.

Завдання. Відкрий рот. Підними язик до альвеол – це “горбики” за верхніми зубами. Утримуючи таке положення швидко стукай язиком, промовляючи: “-т-т-т-”, “-д-д-д-”, “-тд-тд-тд-”.

Інструкція. Відкрий широко рот. Підними кінчик язика до верхніх передніх зубів. Втримуй язик у такій позиції, дивлячись у дзеркало і порівнюючи зі зразком, який пропонує логопед. Для орієнтувалася у часі утримування язика у відповідній позиції пропонуємо лічбу.

Коник

Мета: визначити уміння піднімати язик вгору.

Завдання. Відкрий рот, присмокчи язик до піднебіння і різко відірви, клацнувши ним.

Інструкція. Присмоктуй язик до середини твердого піднебіння так, щоб утворився звук, подібний на цокання коника, який їде. Поцокай, поступово ширше і ширше відкриваючи рот. Виконуй завдання без дзеркала, але зі споглядання, як виконує його логопед. У процесі цокання орієнтуйся на звук, який виникає при цоканні і сліdkуй за тим, щоб цокати з відкритим ротом.

Завдання на дослідження твердого, м'якого піднебіння та язичка

Покажи язик

Мета: виявити особливості будови та функціонування м'якого, твердого піднебіння і язичка, особливості тонусу м'язів кореня язика.

Завдання. Вимови звук **-а-** при широко відкритому роті так, щоб можна було оглянути корінь язика, його позицію у ротовій порожнині. При нормальному розвитку корінь язика настільки опущений вниз, що видно тверде піднебіння, м'яке і рух язичка назад до задньої стінки ротоглотки.

Інструкція. Широко відкрий рот, висунь язик і з напруженням вимови звук **-а-**. Завдання необхідно виконувати перед дзеркалом за зразком, запропонованим логопедом.

Позіхання

Мета: визначити сформованість м'якого піднебіння: укорочене, наявність щілини, роздвоєння маленького язичка або його відсутність.

Завдання. Широко відкрий рот і спочатку сильно втягни повітря, а при виконанні наступних завдань без помітного вдиху.

Інструкція. Визначення стану м'якого піднебіння і можливостей піднімання піднебінної занавіски під час енергійної вимови звука **-а-**.

Відкашлювання

Мета: визначити наявність або відсутність витоку повітря через ніс під час вимови голосних звуків, рівномірність проходження повітря, яке видихається, наявність або відсутність глоткового рефлексу.

Завдання. Широко відкрий рот, напружуючи м'язи плечового поясу та шиї і всього дна ротової порожнини, із силою стискаючи.

Інструкція. Вимовляння голосних звуків – **-а-** і **-і-**, водночас ніс необхідно то затискати, то відкривати.

Результати вивчення будови артикуляційного апарату записуються у таблицю 2.1.

Таблиця 2.1

Траєкторія обстеження будови артикуляційного апарату

№	Будова органів артикуляції	Вік дитини на момент обстеження				
		3	4	5	6	7
1	2					
1.	Губи (вказати на особливості):					
	<i>Нормальні</i>					
	<i>З особливостями</i>					
	Губи тонкі, потовщені, великі, маленькі (підкреслити наявні порушення)					
	незрощення верхньої губи (до операції, після операції)					
	асиметричні (правостороння асиметрія, лівостороння асиметрія)					
	діастема верхньої губи					
	<u>відвисла нижня губа</u>					
2.	Зубо-щелепна система (вказати на особливості)					
	<i>Нормальна</i>					
	правильний прикус					
	зуби правильні					
	ріст зубів відповідає вікові					
	<i>З особливостями</i>					
	прогенія					
	прогнатія					
	відкритий передній прикус					
	відкритий боковий прикус					
	Зуби (підкреслити наявні порушення)					
	зуби рідкі, криві, зайві, великі					
	відсутні передні нижні (передні верхні, бокові) зуби ті, які повинні бути у відповідний віковий період розвитку дитини					
відбувається вікова зміна передніх нижніх (передніх верхніх, бокових) зубів						
3.	Язик (вказати на особливості)					
	<i>Нормальний</i>					
	з нормальною під'язиковою вуздечкою					

	<i>З особливостями</i>					
	товстий, масивний					
	короткий					
	довгий					
	вузький					
	широкий					
	з <u>короткою під'язиковою вуздечкою</u>					
	з бороздами					
4.	Тверде піднебіння (вказати на особливості)					
	<i>Нормальне</i>					
	<i>З особливостями</i>					
	високе, готичне					
	низьке, плоске					
	наявність незрощення – повного, часткового, одностороннього, двостороннього, субмукозного, прооперованого, непрооперованого (підкреслити наявні порушення)					
5.	М'яке піднебіння. Язичок (вказати на особливості)					
	<i>Нормальне</i>					
	<i>З особливостями</i>					
	округлий і м'язистий язичок					
	короткий язичок					
	роздвоєний язичок					
	відсутній язичок					
	вузький і довгий язичок					
	укорочене м'яке піднебіння					
	наявність незрощення м'якого піднебіння – повного, часткового, одностороннього, двостороннього, субмукозного, прооперованого, непрооперованого (підкреслити наявні порушення)					

Результати вивчення моторики органів артикуляції записуються у таблицю 2.2.

Таблиця 2.2

Траскторія обстеження моторики органів артикуляції

№	Моторика органів артикуляції	Вік дитини на момент обстеження				
		3	4	5	6	7
1	2					
1.	Рухливість губ					
	<i>Нормальна</i>					

	правильно і активно виконує рухи губами вперед					
	правильно і досить довго утримує губи у позиції “трубочка”					
	правильно і активно розтягує губи у позицію “посмішка”					
	правильно розслабляє нижню губу, відтягує її вниз і чітко утворює позицію “оскал”					
	правильно переключає губи з позиції “посмішка” у позицію “трубочка”					
	<i>З особливостями</i>					
	не може витягнути губи вперед на довільному і недовільному рівні					
	не може витягнути губи вперед на довільному рівні, а на недовільному рівні позицію відтворює правильно					
	не може витягнути губи вперед повільно і достатньо сильно					
	недостатньо довго утримує губи у позиції “трубочка”					
	не може розтягнути губи на довільному і недовільному рівні					
	не може розтягнути губи на довільному рівні, а на недовільному рівні відтворює позицію правильно					
	розтягує губи повільно і недостатньо закріплює цю позицію					
	утворює позицію “посмішка” на пасивному рівні					
	слабка і недостатньо чітка позиція “оскал”					
	утворення позиції “оскал” супроводжується її легким тремтінням					
	замінює позицію “оскал” позицією “посмішка”					
	утворює позицію “оскал” лише на недовільному рівні					
	утворює позицію “оскал” лише на пасивному рівні					
	не може переключитись з позиції “посмішка” у позицію “трубочка”					
	при переключенні з однієї позиції на іншу виконує рухи губами для підбору необхідної позиції правильного виконання завдання					
	процес пошуку правильної позиції супроводжується тремтінням, посмикування губ					
	перехід з однієї позиції губ на іншу відбувається недостатньо плавно і повільно					
2.	Моторика нижньої щелепи					
	<i>Нормальна</i>					
	рухи нижньої щелепи активні, сильні					
	нижня щелепа активно рухається прямо вперед і назад, знизу доверху і зверху до низу					

	тривале і без зайвого напруження втримування зімкнених зубів					
	<i>З особливостями</i>					
	рухи нижньою щелепою не виконуються					
	рухи нижньої щелепи слабкі, недостатньо активні					
	нижня щелепа в процесі виконання рухів викривляється					
	при зімкненні зубів зростає загальне напруження, що виражається у витягуванні шиї вперед, напруженні м'язів, стисканні кулаків тощо.					
	не тривале втримування зубів зімкненими					
	зуби зімкненими не втримує					
3.	Моторика язика					
	<i>Нормальна</i>					
	правильне і тривале втримування висунутого з ротової порожнини язика на нижній губі					
	правильне розміщення кореня і спинки язика під час виконання рухів вперед					
	утворює правильну позицію язика з округлим невираженим кінчиком					
	кінчик язика у верхній позиції втримує досить тривало					
	рухи кінчиком язика правильні, точні та адекватні інструкції					
	<i>З особливостями</i>					
	не може довго втримати висунутий з ротової порожнини язика на нижній губі					
	не може витягнути язик з ротової порожнини					
	язик вузький напружений					
	кінчик язика (тупий, гострий, напружено загнутий вверху (вниз), (підкреслити наявні порушення)					
	кінчик язика відхиляється в один бік					
	кінчик язика тремтить, посмикується, повільно викривляється (підкреслити наявні порушення)					
	язик широкий і м'який					
	при виконанні рухів язиком вперед його корінь і спинка опущена і займає низьку позицію у ротовій порожнині					
	при виконанні рухів язиком вперед його корінь і спинка дещо підняті і займають занадто високу позицію у ротовій порожнині					
	корінь язика високо піднятий у ротовій порожнині					

	корінь язика недостатньо піднятий у ротовій порожнині					
	не піднімає корінь язика при довільному виконанні вправ, проте недовільно корінь язика піднімається вверх					
	не може підняти корінь язика вверх					
	<i>кінчик язика високо піднімається у ротовій порожнині при широко відкритому роті</i>					
	кінчик язика слабо піднімає у ротовій порожнині					
	кінчик язика недостатньо довго втримує вверху					
	не піднімає кінчик язика на довільному рівні, проте на недовільному рівні контролює його підйом вверх					
	не може підняти кінчик язика вверх					
	рухи кінчиком язика недостатньо точні					
4.	Моторика м'якого піднебіння і язичка					
	<i>Нормальна</i>					
	рухи активні та адекватні у напрямку до задньої стінки ротоглотки					
	рухи активні та адекватні у напрямку вперед від задньої стінки ротоглотки					
	<i>З особливостями</i>					
	рухи не активні та мляві у напрямку до задньої стінки ротоглотки					
	рухи не активні та мляві у напрямку вперед від задньої стінки ротоглотки					
	рухи в один бік (вправо, вліво)					
	рухи слабкі					
	рухи відсутні					

Другою частиною цього етапу було розроблення методики вивчення мовленнєвого дихання. Для цього використані спеціально підібрані завдання, які відображали базові позиції фізіологічного та мовленнєвого дихання, правильне відтворення яких передбачало достатній рівень готовності до формування основних звуків мовлення.

Завдання на вивчення особливостей фізіологічного та мовленнєвого дихання

Завдання для вивчення вдиху

Аромат квітів

Мета: виявити особливості вдиху.

Завдання. Вдихни запах ароматної квітки.

Інструкція. Понюхай квітку, глибоко втягуючи повітря. Якщо при цьому вдихається повітря і носом, і ротом, то це необхідно виправити за допомогою додаткової інструкції: глибоко вдихни носом повітря і уяви, що ти нюхаєш квітку.

Завдання для вивчення мовленнєвого видиху

Здуй метелика з квітки

Мета: виявити силу, диференційованість і цілеспрямованість видиху.

Завдання. Показуємо букет квітів, на яких лежить метелик, потрібно подути на нього і підняти з квітки.

Інструкція. Сильно і різко подуй на метелик так, щоб він піднявся вгору і впав з іншого боку квітки.

Застав метелика літати довго

Мета: виявити силу, диференційованість і тривалість видиху.

Завдання. Дуї на метелик через витягнуті вперед губи так довго, як тільки зможеш.

Інструкція. Подуй на метелика так, щоб він якомога довше тримався в повітрі і не падав. Якщо відбувався різкий, частий і сильний видих струменя повітря, пропонувалася додаткова інструкція: глибоко вдихни повітря носом і довго та плавно видихай повітря на метелика так, щоб він якомога довше тримався в повітрі і не падав.

Як каже ослик?

Мета: виявити диференційованість струменя повітря в процесі видиху.

Завдання. Під час вимовляння звуків дитиною логопед кладе їй пальці на межі між крилами носа і носом і трішки прикриває носові ходи, не закриваючи їх повністю, і відкривали їх.

Інструкція. Повільніше і швидше по черзі промов звуки **-і-, -а-**.

Результати вивчення органів дихання записуються у таблицю 2.3.

Таблиця 2.3

Траєкторія обстеження дихання

№	Параметри дихання	Вік дитини на момент обстеження				
1.	Фізіологічне дихання					
	поверхнєве					
	глибоке					
	ритмічне					
	неритмічне					
	шумне					
	грудне					
	брюшне діафрагмальне					
2.	Мовленнєвий вдих					
	глибокий					
	поверхневий					
	середній					
	носовий					
	ротовий					
3.	Мовленнєвий видих					
	диференційований					
	недиференційований					
	плавний					
	не ритмічний					
	довгий					
	короткий					
	сильний слабкий					

Отже, розроблена і адаптована методика дослідження будови периферійних органів артикуляційного апарату, його функціонування, а також фонаційного та мовленнєвого дихання включала в себе етапність та спрямована на формування експериментальної програми інтенсифікації розвитку мовлення дітей з ринолалією.

Структура експериментальної методики не передбачає наявності рівня і термінів корекції складових мовленнєвої діяльності, що обумовлено нерівномірністю проявів порушень мовлення та різноманітністю особливостей розвитку психолінгвістичних ланок у кожної дитини. В усіх

розділах програми представлено поетапну роботу, яка враховує індивідуальні мовленнєві можливості та рівень розвитку дитини з ринолалією.

2.2. Результати використання діагностичної експериментальної методики

Відповідно до запропонованої експериментальної методики було проведене спеціальне обстеження дитини з ринолалією. У процесі роботи виявилось, що така експериментальна методика потребує окремих змін з урахуванням виявлених у дитини труднощів у процесі формування вимови фонем. Це дозволило по ходу використання завдань методики вносити в неї корективи і проводити додаткове обстеження мовлення.

На першому етапі проводився збір індивідуальних даних про дитину.

Хлопчик, 4 роки 6 місяців. Мова спілкування у сім'ї – українська. Нею спілкуються як батьки дитини, так і близька родина. Ставлення близьких до проблем хлопчика неоднозначне. Мама винить себе за певну проблемність протікання вагітності. Дідусі і бабусі ставляться до дитини позитивно, допомагають йому у розвитку мовлення. Заклад дошкільної освіти відвідує без задоволення. У нього там мало друзів, хоча такі є. Ходить в заклад для того, щоб навчитись говорити. Гарно співпрацює з логопедом. Економічний статус батьків нормальний. Батько працює далекобійником за кордоном, дома буває не часто. Мати – візажистка, працює дома. Щоб бути більше з дитиною і допомагати йому. Психологічний мікроклімат у сім'ї позитивний, вся родина налаштована на допомогу, значні економічні проблеми відсутні і це дозволяє батькам організувати логопедичний супровід поза межами закладу дошкільної освіти.

Анамнез.

1. Дитина скаржиться на нерозуміння його мовлення іншими дітьми. Тому йому краще і легше спілкуватись з батьками і рідними.
2. Чинник спадковості відсутній.

3. Були проблеми протікання вагітності у перші місяці, значний токсикоз незрозумілої етіології.

4. Пологи нормальні, контрольовані.

5. Вага при народженні 3600. Ріст 54 см.

6. Реакції після пологів адекватні.

7. Травми, окрім області обличчя, відсутні.

8. Наявність уродженого незрощення верхньої губи або твердого піднебіння. Правостороння асиметрія. Відсутні передні верхні зуби. Укорочена підязикова вуздечка. Одностороннє незрощення верхнього піднебіння.

9. Перше хірургічне втручання – 8 місяців, друге – 1 рік, третє – 1 рік 4 місяці.

10. Зарощена не повністю верхня губа. Частково зарощене тверде піднебіння.

11. Годування грудне, адекватне.

12. Тяжких захворювань у перші 3 роки життя не було.

13. Ранній психомоторний розвиток відповідає віковим нормам.

14. Перші зуби появились із запізненням. Зубний ряд формується непослідовно, спостерігається порушення будови верхніх зубів і проблеми з формуванням нижнього ряду через затримку росту.

15. Наявні порушення периферійної артикуляційної моторики. Проблеми з рухами язика, м'якого піднебіння, язичка. Язичок не перекриває доступ повітря у носову порожнину. Укорочена підязикова вуздечка.

16. Навички сомообслуговування на віковому рівні.

17. На ранньому етапі спостерігалось незначна затримка гуління і лепету, знижена мовленнєва активність, одноманітність звукових комбінацій. Голосові реакції були часто неадекватні. Затримка появи перших слів(перші ознаки використання слів – приблизно у 1 рік, 8 місяці, словосполучень – у 2 роки 3 місяці, простих фраз – у 2 роки 10 місяців). Фразове мовлення сформоване частково. Мовленнєва активність низька.

18. Наявність порушення звуко-складової структури слова після 3-х років.

19. Позитивно налаштований на співпрацю з логопедом. Працює на логопедичних заняттях у закладі дошкільної освіти. Також позитивно налаштований на індивідуальні логопедичні заняття індивідуального характеру. Є позитивні здвиги у формуванні фонематичного та фонетичного боку мовлення.

20. Негативне ставлення до власного порушення відсутнє.

За результатами моніторингу заповнювались картки з траєкторіями обстеження з метою визначення стану сформованості вимови фонем, будови артикуляційного апарату, його моторики, фонаційного і мовленнєвого дихання. У обстеженні приймала участь одна дитина 4 роки 6 місяців, хлопчик, у якого було констатовано незрощення верхньої губи і твердого піднебіння.

Особливості сформованості будови артикуляційного апарату у хлопчика показана на таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

**Траєкторія обстеження будови артикуляційного апарату у хлопчика
віком 4 роки і 6 місяців**

№	Будова органів артикуляції	Вік дитини на момент обстеження				
		4 роки	4 роки 5 місяців			
1	2	3	4	5	6	7
1.	Губи (вказати на особливості):					
	<i>Нормальні</i>					
	<i>З особливостями</i>					
	губи тонкі, <u>потовщені</u> , великі, маленькі (підкреслити наявні порушення)	+	+			
	незрощення верхньої губи (до операції, <u>після операції</u>)	+	+			
	асиметричні (<u>правостороння асиметрія</u> , лівостороння асиметрія)	+	+			
	діастема верхньої губи					

	<u>відвисла нижня губа</u>	+	+			
2.	Зубо-щелепна система (вказати на особливості)					
	<i>Нормальна</i>					
	правильний прикус					
	зуби правильні					
	ріст зубів відповідає вікові					
	<i>З особливостями</i>					
	прогенія					
	прогнатія					
	відкритий передній прикус					
	відкритий боковий прикус					
	Зуби (підкреслити наявні порушення)					
	<u>зуби рідкі, криві, зайві, великі</u>	+	+/-			
	<u>відсутні передні нижні (передні верхні, бокові) зуби</u> ті, які повинні бути у відповідний віковий період розвитку дитини	+	+/-			
	відбувається вікова зміна передніх нижніх (передніх верхніх, бокових) зубів					
3.	Язик (вказати на особливості)					
	<i>Нормальний</i>					
	з нормальною під'язиковою вуздечкою					
	<i>З особливостями</i>					
	товстий, масивний					
	короткий					
	довгий					
	вузький					
	широкий	+	+			
	з <u>короткою під'язиковою вуздечкою</u>	+	+/-			
	з бороздами					
4.	Тверде піднебіння (вказати на особливості)					
	<i>Нормальне</i>					
	<i>З особливостями</i>					
	високе, готичне					
	низьке, плоске					
	наявність незрощення – повного, часткового, <u>одностороннього, двостороннього, субмукозного, прооперованого, непрооперованого</u> (підкреслити наявні порушення)	+	+/-			
5.	М'яке піднебіння. Язичок (вказати на особливості)					
	<i>Нормальне</i>					

<i>З особливостями</i>					
округлий і м'язистий язичок					
короткий язичок	+	+			
роздвоєний язичок					
відсутній язичок					
вузький і довгий язичок					
укорочене м'яке піднебіння					
наявність незрощення м'якого піднебіння – повного, <u>часткового</u> , <u>одностороннього</u> , двостороннього, субмукозного, прооперованого, <u>непрооперованого</u> (підкреслити наявні порушення)	+	+/-			

На період обстеження дитина мала три хірургічні втручання. Перша хірургічна операція – уранопластика, було проведена у віці 8 місяців. Було проведено нарощення щілини верхньої губи. Друга хірургічна операція – знову ж таки уранопластика, була проведена через 4 місяці – у віці 1 року. Було продовження нарощення розщеплення верхньої губи і її зашивання додатковим шкіряним нашаруванням. Третя хірургічна операція – хейлопластика, була проведена на верхньому твердому піднебінні у 1 рік 6 місяців.

Обстеження проводилось два рази. Перший – у 4 роки, другий – у 4 роки 5 місяців.

Оцінюючи стан сформованості периферійних органів артикуляційного апарату можна зазначити, що незрощення верхньої губи було проопероване два рази. Існує потреба третьої операції, але фахівці, з якими консультується родина і під чийм наглядом перебуває хлопчик порадили відкласти хірургічне втручання на більш пізній період. Причина – швидкий ріст лицьового черепа, верхньої щелепи і необхідність її стабілізації. Губи у хлопчика дещо потовщені. Шрам на місці незрощення ще має яскравий окрас. Помітне легке провисання нижньої губи, яке не контролюється. Чітко проявляється тоді, коли він перебуває на самоті, розслабляється і перестає контролювати мимічну мускулатуру. У будові губ наявна правостороння асиметрія як на момент першого, так і у час другого обстеження.

Аналіз будови зубо-щелепної системи дозволив чітко відмітити під час першого обстеження на рідке розташування зубів, а також на викривлення деяких передніх зубів, що створює враження наявності прогнатичної форми щелепи. У нього ще не сформовані верхні передні зуби. На момент другого обстеження два передні зуби почали прорізуватись і їх стало видно.

Язик широкий, дитина має незначне укорочення під'язикової вуздечки, що обмежує його рухливість. За період роботи з логопедом логопедичну вуздечку вдається потихеньку розтягувати. Це дозволяє уникнути хірургічного втручання для її формування. Також необхідно констатувати, що під час розслаблення дитина втрачає контроль над язиком і він може висунутись з ротової порожнини.

Тверде піднебіння характеризується частковим однобічним незрощенням. Воно вже частково проопероване. Повторне операційне втручання поки що не проводилося. За своєю структурою тверде піднебіння не має значних відхилень від норми. Для хлопчика виготовлено obturator, яким він користується. Характеризуючи м'яке піднебіння необхідно вказати на його часткове однобічне незрощення, яке ще не було проопероване. При тому його структура не має яскраво виражених патологічних ознак. Язичок має ще укорочену форму.

Особливості сформованості будови артикуляційного апарату у хлопчика показана на таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Траскторія обстеження моторики органів артикуляції

№	Моторика органів артикуляції	Вік дитини на момент обстеження				
		4 рок и	4 роки і 5 міся ців			
1	2	3	4	5	6	7
1.	Рухливість губ					

<i>Нормальна</i>					
правильно і активно виконує рухи губами вперед					
правильно і досить довго утримує губи у позиції “трубочка”					
правильно і активно розтягує губи у позицію “посмішка”					
правильно розслабляє нижню губу, відтягує її вниз і чітко утворює позицію “оскал”					
правильно переключає губи з позиції “посмішка” у позицію “трубочка”					
<i>З особливостями</i>					
не може витягнути губи вперед на довільному і недовільному рівні	+	+/-			
не може витягнути губи вперед на довільному рівні, а на недовільному рівні позицію відтворює правильно					
не може витягнути губи вперед повільно і достатньо сильно					
недостатньо довго утримує губи у позиції “трубочка”					
не може розтягнути губи на довільному і недовільному рівні					
не може розтягнути губи на довільному рівні, а на недовільному рівні відтворює позицію правильно					
розтягує губи повільно і недостатньо закріплює цю позицію	+	+/-			
утворює позицію “посмішка” на пасивному рівні					
слабка і недостатньо чітка позиція “оскал”					
утворення позиції “оскал” супроводжується її легким тремтінням					
замінює позицію “оскал” позицією “посмішка”	+	+			
утворює позицію “оскал” лише на недовільному рівні					
утворює позицію “оскал” лише на пасивному рівні					
не може переключитись з позиції “посмішка” у позицію “трубочка”					
при переключенні з однієї позиції на іншу виконує рухи губами для підбору необхідної позиції правильного виконання завдання	+	+/-			
процес пошуку правильної позиції супроводжується тремтінням, посмикування губ					

	перехід з однієї позиції губ на іншу відбувається недостатньо плавно і повільно					
2.	Моторика нижньої щелепи					
	<i>Нормальна</i>					
	рухи нижньої щелепи активні, сильні					
	нижня щелепа активно рухається прямо вперед і назад, знизу до верху і з верху до низу					
	тривале і без зайвого напруження втримування зімкнених зубів					
	<i>З особливостями</i>					
	рухи нижньою щелепою не виконуються					
	рухи нижньої щелепи слабкі, недостатньо активні	+	+			
	нижня щелепа в процесі виконання рухів викривляється					
	при зімкненні зубів зростає загальне напруження, що виражається у витягуванні шиї вперед, напруженні м'язів, стисканні кулаків тощо.					
	не тривале втримування зубів зімкненими					
	зуби зімкненими не втримує	+	+/-			
3.	Моторика язика					
	<i>Нормальна</i>					
	правильне і тривале втримування висунутого з ротової порожнини язика на нижній губі					
	правильне розміщення кореня і спинки язика під час виконання рухів вперед					
	<i>утворює правильну позицію язика з округлим невираженим кінчиком</i>					
	<i>кінчик язика у верхній позиції втримує досить тривало</i>					
	рухи кінчиком язика правильні, точні та адекватні інструкції					
	<i>З особливостями</i>					
	не може довго втримати висунутий з ротової порожнини язика на нижній губі	+	+/-			
	не може витягнути язик з ротової порожнини					
	язик вузький напружений					
	кінчик язика (тупий, гострий, напружено загнутий вгору (вниз), (підкреслити наявні порушення)					
	кінчик язика відхиляється в один бік					

	кінчик язика тремтить, посмикується, повільно викривляється (підкреслити наявні порушення)					
	язик широкий і млявий	+	+/-			
	при виконанні рухів язиком вперед його корінь і спинка опущена і займає низьку позицію у ротовій порожнині	+	+/-			
	при виконанні рухів язиком вперед його корінь і спинка дещо підняті і займають занадто високу позицію у ротовій порожнині					
	корінь язика високо піднятий у ротовій порожнині	+	+/-			
	корінь язика недостатньо піднятий у ротовій порожнині					
	не піднімає корінь язика при довільному виконанні вправ, проте на недовільному рівні корінь язика піднімається вверх					
	не може підняти корінь язика вверх					
	кінчик язика високо піднімається у ротовій порожнині при широко відкритому роті					
	кінчик язика слабо піднімається у ротовій порожнині	+	+/-			
	кінчик язика недостатньо довго втримується вверху	+	+/-			
	не піднімає кінчик язика на довільному рівні, проте на недовільному рівні контролює його підйом вверх					
	не може підняти кінчик язика вверх					
	рухи кінчиком язика недостатньо точні	+	+/-			
4.	Моторика м'якого піднебіння і язичка					
	<i>Нормальна</i>					
	рухи активні та адекватні у напрямку до задньої стінки ротоглотки	+	+/-			
	рухи активні та адекватні у напрямку вперед від задньої стінки ротоглотки					
	<i>З особливостями</i>					
	рухи не активні та мляві у напрямку до задньої стінки ротоглотки					
	рухи не активні та мляві у напрямку вперед від задньої стінки ротоглотки	+	+/-			
	рухи в один бік (вправо, вліво)					
	рухи слабкі					
	рухи відсутні					

Обстеження артикуляційної моторики дитини розпочалося з аналізу рухливості губ. На першому обстеженні констатовано відсутність сформованості навички витягувати губи вперед. Це було видно як на довільному, так і на недовільному рівнях. Також на першому обстеженні дитина розтягує губи повільно і недостатньо закріплює цю позицію. Це проявляється у заміні позиції “оскал” на позицію “посмішка”. При тому у позиції “посмішка” розтягування губ відбувається повільно і з недостатньою силою. При переключенні з однієї позиції на іншу виконує рухи губами для підбору необхідної позиції правильного виконання завдання. Особливо чітко це проявлялось на першому обстеженні. Друге обстеження дозволило констатувати певний прогрес у плані зменшення супроводу правильної позиції під час виконання завдання.

Щодо рухливості нижньої щелепи варто зазначити, що її рухи слабкі й недостатньо активні. Тримання зубів стиснутими тривалий час дитина ще не може – нижня щелепа поступово “сповзає” до низу і відкриває рот. Це чітко було видно під час першого обстеження. На другому обстеженні необхідно констатувати сформованість навички виконання прямих рухів зверху до низу і знизу до гори. Проте відвисання нижньої щелепи ще спричиняє підвищене слиновиділення і потребу у використанні серветок.

Як вже було констатовано, язик дитини висувається деколи з ротової порожнини. Проте втримувати його на нижній губі впродовж тривалого часу хлопчина не може. Сам язик широкий і млявий. При виконанні рухів язиком вперед його корінь і спинка опущена і займає низьку позицію у ротовій порожнині. При цьому корінь язика високо піднятий у ротовій порожнині. У той же час кінчик язика слабо підіймається угору і недостатньо довго може втримуватись у цьому положенні. Також констатовано, що рухи кінчиком язика недостатньо точні і швидко припиняються.

Рухливість м'якого піднебіння та язичка характеризується активністю у напрямку до задньої стінки ротоглотки, проте вони залишаються слабкими та млявими у напрямку вперед від задньої стінки ротоглотки. Ці особливості

констатовані на першому обстеженні. Під час другого обстеження необхідно вказати на деякий прогрес у моторних функціях периферійного артикуляційного апарату.

Особливості фізіологічного та мовленнєвого дихання хлопчика відображені у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Траскторія обстеження дихання

№	Параметри дихання	Вік дитини на момент обстеження			
		4 роки	4 роки і 5 місяців		
1.	Фізіологічне дихання				
	поверхнєве				
	глибоке	+	+		
	ритмічне				
	неритмічне	+	+/-		
	шумне				
	грудне				
	черевне	+	+/-		
	діафрагмальне				
2.	Мовленнєвий вдих				
	контрольований		+/-		
	не контрольований	+			
	швидкий				
	глибокий		+		
	поверхневий				
	середній	+			
	носовий		+/-		
	ротовий	+	+/-		
3.	Мовленнєвий видих				
	диференційований				
	недиференційований	+	+/-		
	плавний				
	не ритмічний	+	+/-		
	довгий		+		
	короткий	+			
	сильний				
	слабкий	+	+/-		

За результатами першого дослідження функції фізіологічного дихання слід зазначити, що воно відзначається глибиною, неритмічністю та переважно черевним типом. Друге дослідження констатувало знову ж таки його глибину, але при цьому прогрес у становлення правильного ритму і переходу від черевного до діафрагмального, де використовується діафрагмальний м'яз та міжреберні м'язи. Помітно, що він часто задихається, особливо на початку висловлювання. Під час мовленнєвого вдиху хлопчик набирає середню кількість повітря одночасно через рот і ніс. Однак отриманого об'єму повітря йому не вистачає для завершення фрази, через що наприкінці висловлювання відчувається, ніби він задихається і мовлення немов би затухає.

Видих під час мовлення є недиференційованим, неритмічним і часто переривається коротким вдихом. При цьому частота дихальних рухів значно зростає, але вони неповні. Це призводить до специфічних порушень – страждає ритмічність мовленнєвого дихання, порушується співвідношення між вдихом і видихом, спрямованість і плавність видиху.

Оскільки у хлопчика на ранніх етапах було порушено дихання через відсутність розділення носової і ротової порожнин він використовує змішане рото-носове дихання. Водночас тривалість видиху скорочується через потрапляння повітря з носової у ротову порожнину, а не надходить одразу в легені. При цьому дихання стає частим, знижується життєва ємність легень і наявне відставання у рості грудної клітки. Фонаційне дихання теж порушено через постійне використання рото-носового дихання. Скорочення об'єму повітря, що виходить через ніс, обумовлює скорочення тривалості видиху і знижує тиск повітря – фонаційне дихання є поверхневим і частим. Зменшення проходження повітря через ніс виникає напруження м'язів чола і стискання крил носа. У хлопчика спостерігаються такі особливості, які називаються компенсаторними гримасами і які поступово переходять у звичку, постійно супроводжуючи його мовлення.

Отже, за результатами обстеження будови та моторики периферійних органів артикуляції, фізіологічного та мовленнєвого дихання у дитини із ринолалією визначено специфічні риси.

Особливості виконання завдань, які передбачали вивчення будови та моторних функцій губ, консультація з лікарем, який його супроводжує, засвідчили наявність у хлопчика з ринолалією млявого парезу кругового м'яза рота при збереженому напруженні м'язів обличчя.

При виконанні завдань, які передбачали вивчення сформованості будови та моторики зубно-щелепної системи дитини, констатовано відхилення у будові її верхньої частини. Проведення трьох хірургічних втручань дозволило частково компенсувати яскраво виражені, зовнішні відхилення будови верхньої губи та твердого піднебіння. Проте зазначені операції х ринопластики та хейлопластики ще не забезпечили повного розмежування носової і ротової порожнин. Робота в цьому напрямку буде продовжена з урахування сензитивних період розвитку лицьового черепа та зубо-щелепної системи.

Характеризуючи сформованість будови і моторне функціонування зика необхідно відмітити, що при виконанні завдання для язика "лопатка" констатовано наявність вибіркового парезу – корінь язика спастично напружений, тонус м'язів кінчика язика знижений, слабкий. Завдання "гірка" хлопчик виконував легко і правильно, а складнощі виникали при необхідності опустити спинку язика до низу і виведенням його вперед з ротової порожнини. Хлопчик підносить язик догори, але утримувати його у такій позиції довго не може, швидко втомлюється і язик опускається донизу. Така сама ситуація відбувається, коли дитина втрачає довільний контроль за язиком. Також необхідно відмітити труднощі при підніманні кінчика язика і утримуванні його у такій позиції. Не дивлячись на певний прогрес, який прослідковується під час другого обстеження, досягнути правильного і тривалого виконання завдань цього плану ще не вдалося.

Аналіз якості виконання завдань для вивчення будови та моторних функцій м'якого піднебіння та язичка необхідно констатувати наявність часткового, одностороннього незрощення м'якого піднебіння та укороченої підязикової вуздечки. Не дивлячись на те, що у хлопчика рухи язичка активні та адекватні у напрямку до задньої стінки ротоглотки рухи у напрямку вперед від задньої стінки ротоглотки не активні та мляві.

У процесі виконання завдань на вивчення фізіологічного та мовленнєвого дихання помічено, що під час вдихання у хлопчика часто відкритий рот, а відтак повітря вдихалося ним частково через ніс, а частково через рот. Характеризуючи фізіологічне дихання констатовано його глибокiсть, неритмічність та черевний характер. Мовленнєвий вдих перейшов у неконтрольованого при першому обстеженні у розряд контрольованого при другому, став глибоким, проте струмінь повітря захоплюється як через носову, так і через ротову порожнини. Мовленнєвий видих неконтрольований, неритмічний, не співпадає з мовленням, і не дивлячись на його тривалість характеризується слабкістю. Повітряний потік частково проходив через ніс, а частково через ротову порожнину.

Характеризуючи експресивне мовлення хлопчика на момент обстеження необхідно вказати на його виразний назальний відтінок і на його незрозумілість для оточуючих. Через порушення анатомічної цілісності периферійного мовленнєвого апарату дитини відбулась затримка інтенсивного лепету. Відповідно у неї не було можливості практикувати використання правильних артикуляційних позицій, що значною мірою мало негативний вплив на становлення налагодження артикуляційних укладів

Під час мовлення використовувались у більшості голосні звуки. Голосні звуки вимовляє через відтягування назад язик із вдихом повітря через ніс. При цьому їм притаманна млява губна артикуляція та значний носовий відтінок. Найтипівіші приголосні – це *-п-, -б-, -т-, -д-*, а також звуки *-м-, -н-*. Причому він вимовляє звуки дуже тихо або навіть беззвучно у зв'язку з проходженням струменя повітря через носові ходи. Голос глухий, неприродний, слабкий,

виснажений, тихий, приглушений, монотонний, з виразною назальністю. Не отримуючи через це слухового підкріплення звуки в нього переплітаються. Наявне порушення становлення просодичних елементів мовлення, таких як інтонація, темп, ритм. Недорозвиток просодичного аспекту мовлення призводить до акустичних змін голосового спектра, позбавляючи його дзвінкості, мелодійності, чіткості. Це також впливає на розбірливість усного мовлення, цього хлопчика.

Через неадекватне розміщення язика у ротовій порожнині приголосні звуки від вимовляє здебільшого завдяки дієвій участі задньої частини спинки язика, неадекватному використанню кореня язика, а також надмірній активізації м'язів обличчя під час артикулювання. Через млявість, слабкість, недостатню рухливість кінчика язика і неможливість його утримувати у піднятій позиції хлопчик не може здійснити потрібне змикання з верхніми зубами та альвеолами для вимови звуків верхньої позиції: *-л-, -т-, -д-, -ч-, -ш-, -щ-, -ж-, -дж-, -р-*, а біля нижніх різців – звуків *-с-, -з-, -ц-, -дз-* з одночасним ротовим видихом і свистячі та шиплячі звуки набувають особливого звучання. Звук *-р-* не має правильного звучання і дитина прагне ним не користуватись. У своєму мовленні він усуває вібрант *-р-* або замінює його звуком *-и-*. Сонорний *-л-* замінює на *-й-* або *-у-*. А звук *-л'-* замінюється на *-н'-*. Звуки *-к-, -г-* відсутні.

Звуковимові в цілому притаманне неправильне звучанням фонем або замінами однієї фонемі на іншу. Практично всі голосні та приголосні звуки назалізовані, не чітко розрізняються між собою. Їхнє звучання навіть не наближається до нормотипового, мітко прослідковується заміна груп звуків, подібних за акустичними ознаками та способом творення. Проте необхідно відзначити збереження ритмічності та складової будови слів і висловлювань.

Фонетико-фонематичні порушення є провідним відхиленням у структурі мовленнєвої діяльності хлопчика і можуть бути причиною порушень у формуванні інших мовленнєвих процесів. Проблеми лексико-граматичної структури мовлення у хлопчика обумовлюється анатомічними порушеннями

обличчя, та деяким негативним впливом соціального оточення. Він розуміє лексичне значення слів, але намагається користуватися короткими граматичними формами, відчуваючи проблематичність свого вербального мовлення і проблеми розуміння його іншими.

В цілому проведене дослідження має діагностичне спрямування і передбачало вивчення причин порушення мовлення у дитини з ринолалією. На основі зібраних даних анамнезу, аналізу виконання завдань на вивчення будови периферійних органів артикуляції, їхнього моторного функціонування, вивчення особливостей протікання фізіологічного і мовленнєвого дихання в подальшому буде проведена робота над розробкою індивідуальної траєкторії логопедичного супроводу цієї дитини. Робота з цією дитиною буде включати спільний медичний і логопедичний супровід.

Висновки до другого розділу

За результатами обстеження будови та моторики периферійних органів артикуляції, фізіологічного та мовленнєвого дихання у дитини із ринолалією визначено специфічні риси.

Особливості виконання завдань, які передбачали вивчення будови та моторних функцій губ, консультація з лікарем, який його супроводжує, засвідчили наявність у хлопчика з ринолалією млявого парезу кругового м'яза рота при збереженому напруженні м'язів обличчя.

При виконанні завдань, які передбачали вивчення сформованості будови та моторики зубно-щелепної системи дитини, констатовано відхилення у будові її верхньої частини. Проведення трьох хірургічних втручань дозволило частково компенсувати яскраво виражені, зовнішні відхилення будови верхньої губи та твердого піднебіння. Проте зазначені операції з ринопластики та хейлопластики ще не забезпечили повного розмежування носової і ротової порожнин. Робота в цьому напрямку буде продовжена з урахування сензитивних період розвитку лицьового черепа та зубо-щелепної системи.

Характеризуючи сформованість будови і моторне функціонування зика необхідно відмітити, що при виконанні завдання для язика “лопатка” констатовано наявність вибіркового парезу – корінь язика спастично напружений, тонус м’язів кінчика язика знижений, слабкий. Завдання “гірка” хлопчик виконував легко і правильно, а складнощі виникали при необхідності опустити спинку язика до низу і виведенням його вперед з ротової порожнини. Хлопчик підносить язик догори, але утримувати його у такій позиції довго не може, швидко втомлюється і язик опускається донизу. Така сама ситуація відбувається, коли дитина втрачає довільний контроль за язиком. Також необхідно відмітити труднощі при підніманні кінчика язика і утримуванні його у такій позиції. Не дивлячись на певний прогрес, який прослідковується під час другого обстеження, досягнути правильного і тривалого виконання завдань цього плану ще не вдалося.

Аналіз якості виконання завдань для вивчення будови та моторних функцій м’якого піднебіння та язичка необхідно констатувати наявність часткового, одностороннього незрощення м’якого піднебіння та укороченої підязикової вуздечки. Не дивлячись на те, що у хлопчика рухи язичка активні та адекватні у напрямку до задньої стінки ротоглотки рухи у напрямку вперед від задньої стінки ротоглотки не активні та мляві.

У процесі виконання завдань на вивчення фізіологічного та мовленнєвого дихання помічено, що під час вдихання у хлопчика часто відкритий рот, а відтак повітря вдихалося ним частково через ніс, а частково через рот. Характеризуючи фізіологічне дихання констатовано його глибкість, неритмічність та черевний характер. Мовленнєвий вдих перейшов у неконтрольованого при першому обстеженні у розряд контрольованого при другому, став глибоким, проте струмінь повітря захоплюється як через носову, так і через ротову порожнину. Мовленнєвий видих неконтрольований, неритмічний, не співпадає з мовленням, і не довлячись на його тривалість характеризується слабкістю. Повітряний потік частково проходив через ніс, а частково через ротову порожнину.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило зробити певні висновки.

1. Аналіз наукових досліджень з проблем надання логопедичного супроводу дітям з незрошенням верхньої губи та твердого та/або м'якого піднебіння підтверджує значну поширеність випадків вроджених орофациальних щілин серед дітей в Україні. Рівень таких порушень за останні роки залишається стабільним і коливається в межах від 0,091% до 0,1%, що вказує на необхідність проведення заходів для своєчасного виявлення, реєстрації дітей із цими відхиленнями та надання їм необхідної допомоги.

Попри суттєвий обсяг досліджень у сфері вроджених порушень щелепно-лицевої ділянки на теперішній час відсутня інформація про вплив глобальних екстремальних факторів на їхнє формування. Зважаючи на військовий стан у нашій країні та прогнозоване збільшення кількості вроджених розщеплень верхньої губи та твердого піднебіння у майбутньому, збільшення отриманих травм в області щелеп та обличчя у дорослих актуальним залишається питання розробки ефективної системи логопедичного супроводу, профілактики та вдосконалення комплексних методів корекції.

Організація логопедичного супроводу дітей з ринолалією спрямована на здійснення системного корекційного впливу, який реалізується у медичних закладах, центрах ранньої реабілітації, а надалі – у закладах дошкільної освіти із відповідною спеціалізацією. Цей процес проводиться кваліфікованою мультидисциплінарною командою фахівців за підтримки обґрунтованих методів логопедичної та психокорекційної допомоги.

2. За результатами обстеження будови та моторики периферійних органів артикуляції, фізіологічного та мовленнєвого дихання у дитини із ринолалією визначено специфічні риси.

Особливості виконання завдань, які передбачали вивчення будови та моторних функцій губ, консультація з лікарем, який його супроводжує,

засвідчили наявність у хлопчика з ринолалією млявого парезу кругового м'яза рота при збереженому напруженні м'язів обличчя.

При виконанні завдань, які передбачали вивчення сформованості будови та моторики зубно-щелепної системи дитини, констатовано відхилення у будові її верхньої частини. Проведення трьох хірургічних втручань дозволило частково компенсувати яскраво виражені, зовнішні відхилення будови верхньої губи та твердого піднебіння. Проте зазначені операції х ринопластики та хейлопластики ще не забезпечили повного розмежування носової і ротової порожнин. Робота в цьому напрямку буде продовжена з урахування сензитивних період розвитку лицьового черепа та зубо-щелепної системи.

Характеризуючи сформованість будови і моторне функціонування зика необхідно відмітити, що при виконанні завдання для язика "лопатка" констатовано наявність вибіркового парезу – корінь язика спастично напружений, тонус м'язів кінчика язика знижений, слабкий. Завдання "гірка" хлопчик виконував легко і правильно, а складнощі виникали при необхідності опустити спинку язика до низу і виведенням його вперед з ротової порожнини. Хлопчик підносить язик догори, але утримувати його у такій позиції довго не може, швидко втомлюється і язик опускається донизу. Така сама ситуація відбувається, коли дитина втрачає довільний контроль за язиком. Також необхідно відмітити труднощі при підніманні кінчика язика і утримуванні його у такій позиції. Не дивлячись на певний прогрес, який прослідковується під час другого обстеження, досягнути правильного і тривалого виконання завдань цього плану ще не вдалося.

Аналіз якості виконання завдань для вивчення будови та моторних функцій м'якого піднебіння та язичка необхідно констатувати наявність часткового, одностороннього незрощення м'якого піднебіння та укороченої підязикової вуздечки. Не дивлячись на те, що у хлопчика рухи язичка активні та адекватні у напрямку до задньої стінки ротоглотки рухи у напрямку вперед від задньої стінки ротоглотки не активні та мляві.

У процесі виконання завдань на вивчення фізіологічного та мовленнєвого дихання помічено, що під час вдихання у хлопчика часто відкритий рот, а відтак повітря вдихалося ним частково через ніс, а частково через рот. Характеризуючи фізіологічне дихання констатовано його глибкість, неритмічність та черевний характер. Мовленнєвий вдих перейшов у неконтрольованого при першому обстеженні у розряд контрольованого при другому, став глибоким, проте струмінь повітря захоплюється як через носову, так і через ротову порожнини. Мовленнєвий видих неконтрольований, неритмічний, не співпадає з мовленням, і не довлячись на його тривалість характеризується слабкістю. Повітряний потік частково проходив через ніс, а частково через ротову порожнину.

3. Характеризуючи експресивне мовлення хлопчика на момент обстеження необхідно вказати на його виразний назальний відтінок і на його незрозумілість для оточуючих. Через порушення анатомічної цілісності периферійного мовленнєвого апарату дитини відбулась затримка інтенсивного лепету. Відповідно у неї не було можливості практикувати використання правильних артикуляційних позицій, що значною мірою мало негативний вплив на становлення налагодження артикуляційних укладів

Під час мовлення використовувались у більшості голосні звуки. Голосні звуки вимовляє через відтягування назад язик із вдихом повітря через ніс. При цьому їм притаманна млява губна артикуляція та значний носовий відтінок. Найтипівіші приголосні – це *-п-, -б-, -т-, -д-*, а також звуки *-м-, -н-*. Причому він вимовляє звуки дуже тихо або навіть беззвучно у зв'язку з проходженням струменя повітря через носові ходи. Голос глухий, неприродний, слабкий, виснажений, тихий, приглушений, монотонний, з виразною назальністю. Не отримуючи через це слухового підкріплення звуки в нього переплітаються. Наявне порушення становлення просодичних елементів мовлення, таких як інтонація, темп, ритм. Недорозвиток просодичного аспекту мовлення призводить до акустичних змін голосового спектра, позбавляючи його

дзвінкості, мелодійності, чіткості. Це також впливає на розбірливість усного мовлення, цього хлопчика.

Через неадекватне розміщення язика у ротовій порожнині приголосні звуки від вимовляє здебільшого завдяки дієвій участі задньої частини спинки язика, неадекватному використанню кореня язика, а також надмірній активізації м'язів обличчя під час артикулювання. Через млявість, слабкість, недостатню рухливість кінчика язика і неможливість його утримувати у піднятій позиції хлопчик не може здійснити потрібне змикання з верхніми зубами та альвеолами для вимови звуків верхньої позиції: *-л-, -т-, -д-, -ч-, -ш-, -щ-, -ж-, -дж-, -р-*, а біля нижніх різців – звуків *-с-, -з-, -ц-, -дз-* з одночасним ротовим видихом і свистячі та шиплячі звуки набувають особливого звучання. Звук *-р-* не має правильного звучання і дитина прагне ним не користуватись. У своєму мовленні він усуває вібрант *-р-* або замінює його звуком *-и-*. Сонорний *-л-* замінює на *-й-* або *-у-*. А звук *-л'-* замінюється на *-н'-*. Звуки *-к-, -г-* відсутні.

Звуковимові в цілому притаманне неправильне звучанням фонем або замінами однієї фонемі на іншу. Практично всі голосні та приголосні звуки назалізовані, не чітко розрізняються між собою. Їхнє звучання навіть не наближається до нормотипового, мітко прослідковується заміна груп звуків, подібних за акустичними ознаками та способом творення. Проте необхідно відзначити збереження ритмічності та складової будови слів і висловлювань.

Фонетико-фонематичні порушення є провідним відхиленням у структурі мовленнєвої діяльності хлопчика і можуть бути причиною порушень у формуванні інших мовленнєвих процесів. Проблеми лексико-граматичної структури мовлення у хлопчика обумовлюється анатомічними порушеннями обличчя, та деяким негативним впливом соціального оточення. Він розуміє лексичне значення слів, але намагається користуватися короткими граматичними формами, відчуваючи проблематичність свого вербального мовлення і проблеми розуміння його іншими.

4. В цілому проведене дослідження має діагностичне спрямування і передбачало вивчення причин порушення мовлення у дитини з ринолалією. На основі зібраних даних анамнезу, аналізу виконання завдань на вивчення будови периферійних органів артикуляції, їхнього моторного функціонування, вивчення особливостей протікання фізіологічного і мовленнєвого дихання в подальшому буде проведена робота над розробкою індивідуальної траєкторії логопедичного супроводу цієї дитини. Робота з цією дитиною буде включати спільний медичний і логопедичний супровід.