

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Педагогічний факультет
Кафедра спеціальної освіти

**КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ЗВУКОВИМОВИ У ДІТЕЙ ІЗ
ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ**

Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: здобувач першого (бакалаврського)
рівня вищої освіти четвертого року навчання
481 групи
Спеціальності 016 Спеціальна освіта
Освітньо-професійної програми
Спеціальна освіта
Куделя Ірина Миколаївна

Керівник к. пед. н., доцентка Кабельнікова Н.В.
Рецензент директорка Херсонського ясла-
садка №37 компенсуючого типу Херсонської
міської ради Аббасова Т.О.

Херсон – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Корекція у дітей порушень звуковимови внаслідок деформацій зубощелепної системи як медико-психолого-педагогічна проблема	6
1.1. Етіопатогенез порушень звуковимови, зумовлених деформаціями зубощелепної системи	6
1.2. Види порушень анатомічної будови органів артикуляції	10
1.3. Клініко-психологічна характеристика дітей із анатомічними дефектами органів артикуляції	18
РОЗДІЛ 2. Основні напрями, методи та прийоми логопедичної корекції порушень звуковимови у дітей з деформаціями зубощелепної системи	21
2.1. Особливості логопедичної роботи з подолання порушень звуковимови у дітей з механічною дислалією	21
2.2. Масаж як ефективний засіб корекції та профілактики порушень рухливості органів артикуляції у дітей з деформаціями зубощелепної системи	24
2.3. Використання поєднання традиційної артикуляційної гімнастики та елементів міогімнастики в корекції звуковимови	35
ВИСНОВКИ.....	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	42
ДОДАТКИ	45
Додаток А. Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти Херсонського державного університету	45

ВСТУП

Актуальність дослідження. За наявності анатомічних порушень ротової порожнини, особливо зубощелепної системи, людина часто зіштовхується з комплексом проблем. Достатньо вираженні порушення прикусу, зміна форми й положення зубів, вкорочення вуздечки верхньої губи, а також деякі інші патології периферичних органів мовленнєвого апарату не тільки впливають на зміну пропорційності, деформації обличчя людини, а й ускладнюють артикуляцію звуків, що погіршує виразність мовлення в цілому. Ці фактори особливо негативно позначаються на чутливій психіці маленької дитини, оскільки може сприяти формуванню психологічних комплексів і розвитку депресивних станів, пов'язаних з переживанням своїх дефектів, а це, в свою чергу, може перешкоджати нормальному процесу становлення її особистості.

У дітей з дефектами і деформаціями зубощелепної системи, що викликають порушення звуковимови, формуються психоемоційні порушення, відмічається відставання в фізичному та психічному розвитку, порушується соціальна адаптація.

Крім цього необхідно відзначити ряд аспектів медичного та педагогічного характеру, які засвідчать про актуальність зазначеної проблеми для сучасної логопедії, а саме: тенденції до значного збільшення кількості дітей з зубощелепними аномаліями і дефектами ротової порожнини та, відповідно, зростання кількості дітей, які мають порушення звуковимовної сторони мовлення, зумовленими анатомічними вадами розвитку артикуляційного апарату. Про це засвідчують дослідження медиків та логопедів, зокрема Л.І. Вансовська, М.П. Водолацький, Н.Ю. Григоренко, К.А. Колісник, А.А. Мамедов, М.Л. Синяєва, С.А. Цибульський та інші. Науковці наголошують, що ефективна корекція звуковимовної сторони мовлення у дітей з органічною патологією органів артикуляції вимагає спільної комплексної роботи логопеда і стоматолога-ортодонта, а іноді і отоларинголога (у випадках аденоїдних розрощень, поліпів у носовій

порожнині). Актуальність дослідження та недостатня його розробленість в логопедичній науці зумовили вибір теми кваліфікаційного дослідження: **«Корекція порушень звуковимови у дітей із деформаціями зубощелепної системи»**.

Мета дослідження – визначити та теоретично вивчити застосування під час логопедичної роботи методів та прийомів подолання порушень звуковимови у дітей із деформаціями зубощелепної системи.

Відповідно з метою сформульовано **основні завдання дослідження**:

- 1) проаналізувати логопедичну, науково-психологічну, медичну літературу з досліджуваної проблеми;
- 2) теоретично дослідити етіологію порушень зубощелепної системи у дітей;
- 3) виявити та охарактеризувати вплив аномалій зубощелепної системи на оволодіння дітьми звуковимовою;
- 4) розкрити основні методи та прийоми корекції порушень звуковимови, зумовлених деформаціями зубощелепної системи.

Об'єкт дослідження – опанування звуковимовою дітьми із анатомічними порушеннями зубощелепної системи.

Предмет дослідження – методи та прийоми логопедичної корекції звуковимови у дітей з деформаціями зубощелепної системи.

У процесі дослідження використано теоретичні методи: аналіз літературних джерел, зокрема вивчення клінічної, психолого-педагогічної літератури, досвіду роботи логопедів-практиків.

Практичне значення дослідження. Представлені у роботі теоретичні дані про особливості мовленнєвого розвитку дітей із анатомічними порушеннями артикуляційного апарату, описані методи та прийоми корекції звуковими у зазначеній категорії дітей можуть бути використані логопедами в умовах закладів освіти та установах медичного спрямування з метою підвищення ефективності корекційно-розвивального втручання.

Структура дослідження. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

Корекція у дітей порушень звуковимови внаслідок деформацій зубощелепної системи як медико-психолого-педагогічна проблема

1.1. Етіопатогенез порушень звуковимови, зумовлених деформаціями зубощелепної системи

Формування цілісного уявлення про механізм та структуру комбінованого дефекту, при якому порушення звуковимови спричинені анатомічними деформаціями органів артикуляційного апарату, може здійснюватись лише з урахуванням етіології аномалій зубощелепної системи, ротової порожнини та носоглотки, а також мовленнєвих порушень.

Дефекти органів артикуляції можуть ускладнювати не лише процес артикулювання звуків, але й такі фізіологічні процеси, як жування, ковтання, а в деяких випадках – дихання [5].

Водночас у процесі порушення функції рухливих органів артикуляції (язика, губ), внаслідок, наприклад, недостатньої іннервації периферичного мовленнєвого апарату, можуть спостерігатися їх первинні патологічні пози (розташування язика між зубами в стані спокою, а також в час процесу жування, ковтання і мовлення; порушення тону мускулатури губної мускулатури, внаслідок чого не відбувається достатній тиск на зуби з боку губ, необхідного для нормального формування зубних рядів і т.д.). Ці патологічні пози можуть впливати негативно на зубощелепну систему дитини, яка розвивається.

Термін «анатомічні дефекти органів артикуляції» об'єднує органічні порушення кісткового та м'язового апарату мовлення: верхню та нижню щелепу разом з розташованими на них зубами та альвеолярними відростками, твердого та м'якого піднебіння, язика й губ, а також носової порожнини та носоглотки [30].

Розвиток зубощелепної системи починається з 5-го тижня ембріонального розвитку, коли закладаються перші зачатки молочних зубів, і продовжується протягом багатьох років після народження, до повного утворення постійного прикусу в 18-20 років.

З цієї точки зору етіопатогенез доцільно розділити на два періоди:

1) внутрішньоутробний – коли плід знаходиться під захистом материнського організму;

2) постнатальний – коли дитина переходить в умови впливу зовнішнього середовища і завдяки успадкованим та вродженим властивостям, пристосовується до існування.

В етіології порушень зубощелепної системи увагу науковців привертає фактор спадковості. Частка спадкових аномалій зубощелепної системи, за спостереженнями М.П. Водолацького, є досить незначною (14% від загальної кількості випадків) [10].

У результаті проведених З.І. Гараєвим досліджень, на виявлення спадкових факторів та впливу інбридинга на частоту виникнення зубощелепних аномалій, було встановлено, що під час синдромних захворювань, коли одною з ознак є аномалія прикусу, спостерігається як хромосомний, так і аутосомно-рецесивний тип спадковості. Тому деформації зубощелепної системи дуже часто супроводжують такі синдроми як Шерешевського-Тернера, синдром Клейнфельтера, Дауна [14].

Однією з причин в ембріональному періоді є механічні травми плода, що призводять до зміни кількості навколоплідної рідини в різні періоди вагітності. У зв'язку зі зростанням навколоплідної рідини зростає тиск в матці, що може призвести до порушень кровопостачання плода і, як наслідок, гіпоксії й затримки внутрішньоутробного розвитку. За наявності меншої кількості рідини відбувається тиск на частини тіла дитини.

Значно частіше відмічаються дефекти зубів та щелепи, обумовлені порушенням обміну речовин організму дитини під дією шкідливих факторів зовнішнього середовища в пренатальний та постнатальний періоди.

Важливу роль в генезі зубощелепних аномалій відіграє захворювання рахітом. Воно може бути спровоковано різними факторами: токсикозом вагітності, ендокринними розладами, хворобами серцево-судинної системи, дисфункцією щитоподібної та паращитоподібної залози, передньої долі гіпофіза, гіпоплазією шкіряних залоз, інфекційними захворюваннями матері, алкоголізмом, курінням тощо [8].

В основі етіопатогенезу рахіта покладено порушення обміну кальцію. Кістки та зуби залишаються без достатньої кількості мінеральної солі, і під час впливу маси тіла на кістки скелета та щелепні кістки в процесі життєдіяльності організму вони деформуються. Явною ознакою перенесення рахіту в зубощелепній системі є гіпоплазії на зубах та деформації щелепи. В залежності від віку хворого рахітом гіпоплазії локалізуються або на молочних, або на кореневих зубах [19].

Як засвідчують дослідження Л.І. Камишевої, Л.Т. Теблової та Т.П. Сашенкової, навіть незначні порушення харчування затримують нормальний розвиток мовлення, через те, що різко падає утворення умовних рефлексів [20].

Вигодовування дитини може призвести до виникнення ряду порушень жувального апарату. Материнське молоко за своїм складом не можна замінити штучними сумішами. Смоктальний акт не може бути замінений жодними штучними пристосуваннями, оскільки вони не сприяють необхідному розвитку зубощелепної системи [20].

Як відомо, положення нижньої щелепи у новонароджених є дистальним. При природньому вигодовуванні смоктальні ритмічні рухи сприяють розвитку нижньої щелепи і прилеглих тканин, та до моменту прорізання фронтальних зубів дистальне положення нижньої щелепи вирівнюється. У процесі штучного вигодовування позитивне функціональне подразнення відсутнє і жувальний апарат відстає в розвитку.

Поява деформацій будови органів артикуляції та мовленнєвих дефектів може бути зумовлена патологіями під час пологів. В деяких випадках за

неправильного ведення пологів з використанням спеціальних засобів (щипців, вакууму і т.д.), які призводять до пологових травм, може спостерігатися пошкодження як нервової системи, як і кістково-м'язового апарату щелепно-лицьового відділу новонародженого [12].

Так само, на думку Л.І. Камишевої, Л.Т. Теблової та Т.П. Сашенкової патології розвитку зубощелепної системи, зокрема аномалії прикусу можуть виникнути внаслідок порушення носового дихання.

В літературі [4; 8; 11; 26 та ін.] описано багато різних теорій деформації під час утрудненого носового дихання:

1) струмінь повітря під час ротового дихання тисне на піднебіння і деформує щелепу;

2) дистальний прикус утворюється внаслідок збільшення мигдаликів і утруднення носового дихання, коли хворий висуває припідняту голову вперед для полегшення дихання;

3) прогенія виникає внаслідок постійного висовування нижньої щелепи під час гіпертрофії язикового мигдалика для полегшення дихання;

4) відкритий прикус утворюється під час ротовому диханні внаслідок тиску язиком на нижні фронтальні зуби;

5) порушення рівноваги мускулатури щелепно-лицьової області під час ротового дихання [20].

А.А. Погодіна вивчала поєднання аномалій зубощелепно-лицьової системи з хронічними захворюваннями носа та глотки. Так хронічні захворювання носоглотки було виявлено у 34% дітей з порушеннями зубощелепного апарату, натомість, цей показник а у дітей з нормальним прикусом склав тільки 6%. Водночас результати дослідження не підтвердили кореляцію між патологічним прикусом і порушенням функції носового дихання [28].

Значну роль у виникненні порушень будови зубощелепної системи відводять шкідливим звичкам дитини. Так, М.О.Пискунов виділяє їх три групи:

- 1) смоктання і прикусування пальців, щок, губ, різних предметів;
- 2) аномалії функцій: неправильне ковтання і звичка тиснути язиком на зуби, порушення функції жування;
- 3) фіксовані пози, визначаючі неправильне положення нижньої щелепи й язика.

Крім того, причинами можуть бути порушена постава, неправильне положення тіла під час сну [27].

За високого положення голови під час сну голова дитини нахилена вперед, м'які тканини розслабляються, і нижня щелепа зміщується медіально. Якщо дитина спить з відкинутою головою, утворюється протилежне положення: м'які тканини шиї, в тому числі підшкірний м'яз шиї, натягується та зміщується назад, та з іншої сторони, таке натягнуте положення перешкоджає розвитку щелепи – утворюється дистальний прикус.

Л.С. Персин зазначає, що причиною, порушення постави та патології зубощелепної системи можуть бути м'язова дистонія [26].

Отже, причини та механізми виникнення аномалій зубощелепної системи є поліфакторним явищем. І якщо враховувати, що всі етіологічні чинники діють на фоні індивідуальної конституції, то визначення етіопатогенеза зубощелепних деформацій в кожному окремому випадку дуже ускладнюється.

1.2. Види порушень анатомічної будови органів артикуляції

В залежності від етіологічних факторів виникають різні вади зубощелепної системи, які впливають на розвиток звуковимови. Зубощелепні аномалії є причиною появи у дітей різних форм дислалії. У зв'язку з цим логопед повинен знати, надаючи допомогу дітям з такими порушеннями, основи ортодонтії, щоб правильно побудувати індивідуальну стратегію та тактику корекційного втручання.

Порушення звуковимови, обумовлені анатомічними дефектами органів артикуляції, в літературних джерелах з логопедії називають механічною або органічною дислалією [16].

Механічна (органічна) дислалія – порушення звуковимови, обумовлене анатомічними дефектами периферичного мовленнєвого апарату (органів артикуляції) [30].

Серед причин механічної дислалії О.В.Ревуцька, М.Ю. Хватцев, Г.В. Чиркіна, М.К. Шеремет виділяють:

1. Недоліки будови зубощелепної системи, серед яких:

1) вади у будові зубного ряду:

- відсутність передніх зубів,
- рідкі передні зуби,
- подвійний ряд зубів;

2) вади у будові щелеп:

- прогнатія,
- про генія,
- передній відкритий прикус,
- бічний (право -, лівобічний), двобічний прикус,
- укорочена або дуже масивна вуздечка язика;

2. Патологічні розміри і зміни форми язика.

3. Неправильна будова твердого та м'якого піднебіння (вузьке, високе, плоске, вкорочене).

4. Атипова будова губ (товсті, масивні, вузькі, тонкі, малорухомі) [8].

Слід зазначити, що не завжди в разі патологічних відхилень у будові артикуляційного апарату порушується звуковимова. Компенсаторні можливості у кожного організму різні, тому за наявності порушень артикуляційних органів часто спостерігається правильна вимова звуків внаслідок розвитку компенсаторних механізмів.

Стан зубощелепної системи в ортодонтії розглядається завжди в трьох напрямках (взаємно перпендикулярних площинах):

- 1) верхньо-нижньому напрямку (вертикальна площина);
- 2) передньо-задньому напрямку (сагітальна площина);
- 3) бічному напрямку (горизонтальна або трансверзальна площина).

У зв'язку з цим діагноз в ортодонції ставиться виходячи з поєднання цих трьох напрямків і є комплексною характеристикою стану, що необхідно враховувати і в логопедичній роботі [15].

В етіології механічної дислалії часто виділяють не окремий клінічний симптом, а цілий комплекс дефектів зубощелепної системи, що призводить до порушення окремої групи звуків: сигматизмів, ротацізмів, ламбдацізмів, йотоцізмів.

Найбільш тяжкі порушення звуковимови, як зазначає В.М. Водолацький, виникають під час аномалій прикусу. Так, наприклад, при дистальному прикусі шиплячі звуки порушуються за місцем творення. «Нижня» вимова [ж] і [ш] формується внаслідок відчуття кінчика язика і набуває м'який відтінок. Достатньо часто зустрічалось порушення вимови губно-зубних ([в],[в'], [б], [б'], [м], [м']) та ([ф], [ф'], [в], [в']), передньоязикових вибухових ([т],[т'], [д], [д']), рідше – [р], [р'] [7, с. 79].

Зупинимося більш детально на характеристиці аномалій зубощелепної системи [4].

I Порушення прикусу

1. *Нейтральний прикус* – прикус, при якому співвідношення бічних зубів обох щелеп не порушено, але наявне неправильне змикання передніх зубів, що може негативно впливати на артикулювання звуків (Рис. 1.1.).

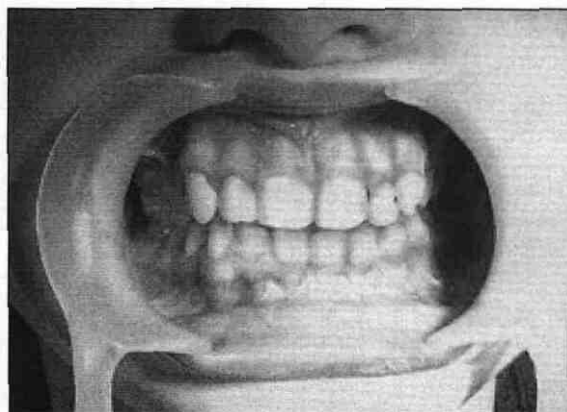


Рис. 1.1. Нейтральний прикус

Виділяють такі різновиди нейтрального прикусу, що ускладнюють процес артикулювання звуків:

а) нейтральний прикус з протрузією верхніх різців – нейтральний прикус, при якому у фронтальному відділі верхні різці відхилені вперед;

б) нейтральний односторонній бічний відкритий прикус – нейтральний прикус з відсутністю змикання бокових зубів з одного боку.

в) нейтральний глибокий прикус – нейтральний прикус, при якому верхні різці перекривають нижні більше ніж на 1/3 коронки.

2. *Дистальний прикус* – це таке положення нижньої щелепи щодо верхньої, при якому бічні зуби знаходяться в бугровому змиканні (тобто передньощічний бугор 1-го верхнього моляра зміщується вперед щодо поперечної фісури 1-го нижнього моляра) (Рис. 1.2.).



Рис. 1.2. Дистальний прикус

Додатковими симптомами дистального прикусу є:

- губи не змикаються;
- верхні фронтальні зуби не покриті верхньою губою;
- верхні різці, що зазвичай мають подовжені коронки, кусають нижню губу;
- порушена функція дихання (виникає ротовий тип дихання), жувальна, а також звуковимова.

3. *Мезіальний прикус* – це таке переднє положення нижньої щелепи щодо верхньої, при якому у фронтальному відділі є зворотнє перекриття між верхніми і нижніми різцями; передньощічний бугор 1-го верхнього моляра

зміщений назад від поперечної фісури 1-го нижнього моляра (порушене змикання бічних зубів щодо норми); при порушенні змикання між верхніми і нижніми різцями в горизонтальному напрямку при зворотному перекритті з'являється сагітальна щілина (Рис. 1.3.).



Рис. 1.3. Мезіальний прикус

Також може спостерігатися мезіальний відкритий прикус – це мезіальний прикус з відсутністю змикання фронтальних або бічних зубів у вертикальному напрямку.

Додатковими симптомами мезіального прикусу є:

- губи змикаються з напруженням;
- верхня губа по відношенню до нижньої западає;
- піднісна складка поглиблена, нижня губа потовщена;
- значно висувається підборіддя вперед (відносно норми).

Мезіальний прикус частіше за все зумовлює порушення звуковимови свистячих та шиплячих звуків [4].

4. *Прямий прикус* – це тип прикусу, під час якого відсутнє перекриття верхніми різцями нижніх і спостерігається крайове змикання фронтальних зубів.

5. *Відкритий прикус* – зубощелепна аномалія, при якій утворюється вертикальна щілина між зубами (в верхньо-нижньому напрямку) при змиканні зубних рядів. Залежно від локалізації щілини виділяють різновиди відкритого прикусу, зокрема:

- а) у фронтальному відділі – передній фронтальний відкритий прикус;
- б) у бічному відділі - одно- або двосторонній бічний відкритий прикус.

Серед додаткових симптомів можна виділити наступні:

- губи змикаються з напруженням, рот постійно відкритий;
- утруднені дихання, мовлення, розжовування їжі.

Внаслідок цього у всіх дітей із зазначеною аномалією прикусу відбуваються порушення звуковимови, що проявляються у міжзубній вимові свистячих, шиплячих звуків та африкат. [7].

6. *Глибокий прикус* – збільшення перекриття верхніми різцями нижніх у вертикальному напрямку, при цьому змикання між різцями може бути збережено, а може бути відсутнім, в цьому випадку нижні різці можуть упиратися в слизову оболонку ясен чи піднебіння, що називають глибоким травмуючим прикусом [4].

У дітей з глибоким прикусом вимова шиплячих, свистячих та африкат стає при зубною, або ці звуки замінюються передньоязиковими вибуховими [т], [т'], [д] [д'].

7. *Перехресний прикус* – зовнішнє або внутрішнє відхилення зубів нижньої зубної дуги щодо верхньої в бічному напрямку (або в горизонтальній площині) (Рис. 1.4.).

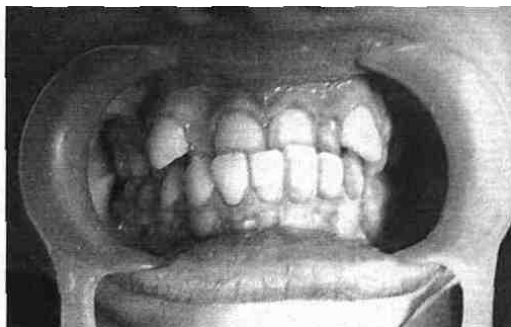


Рис. 1.4. Перехресний прикус

У таких дітей часто спостерігається боковий стигматизм свистячих та шиплячих звуків внаслідок того, що бокові края язика не прилягають до кореневих зубів, й повітряний струмінь не проходить по середній лінії язика, а через бічну щілину [16, с. 81].

II Аномалії зубної системи

Порушення прикусу в більшості випадків поєднуються з аномаліями зубної системи, що включають наступні патології:

1. Зубні аномалії:

- аномалії форми зубів (наприклад, конусоподібні, шиповидні коронки зубів);

- аномалії розміру зубів (макродентія - надмірно великі зуби; мікродентія - надмірно маленькі зуби);

- аномалії кількості зубів (часткова або повна адентія - відсутність окремих або практично всіх зубів; надкомплектні зуби);

2. Аномалії положення зубів в зубному ряді.

В результаті неправильного положення зубів можуть спостерігатися наступні патології.

В трансверсальному напрямку: зміщення передніх зубів до середньої лінії (центру) – медіальне положення зубів, або від середньої лінії – латеральне положення зубів; при латеральному зсуві різців утворюється діастема – щілина між центральними різцями, або тріми – проміжки між зубами.

У сагітальному положенні: відхилення передніх зубів у бік губ (протрузія) або в бік піднебіння чи язика (ретрузія); медіальне (зсув назад) або дистальне (зсув вперед) положення бічних зубів.

У вертикальному напрямку: положення, при якому зуби не досягають оклюзійної площини (площини змикання зубів) – супрапозиція верхніх зубів і інфрапозиція нижніх зубів; положення, при якому зуби перетинають оклюзійну площину – інфрапозиція верхніх зубів і супрапозиція нижніх зубів [8].

3. Аномалії зубних дуг:

- в трансверсальному напрямку – розширення або звуження зубних дуг;

- у сагітальному напрямку – подовження або вкорочення зубних дуг;

- у вертикальному напрямку - зубоальвеолярне вкорочення або подовження [7].

Слід зазначити, що порушення зубної системи, що не поєднуються з аномаліями прикусу, майже не впливають на стан звуковимови дитини.

III Аномалії ротової порожнини

Вкорочена уздечка язика в усіх випадках призводить до порушення звуковимови внаслідок утрудненого руху язика у напрямку догори, праворуч та ліворуч. Спостерігається нижнє положення шиплячих звуків та фонетичні розлади звуків [p] [pʼ].

При вкороченій уздечці нижньої губи спостерігається порушена вимова губно-губних звуків. Голосні звуки втрачають лабіалізованість і звучать як наближені до огублених.

Найбільш часто порушення звуковимови у дітей зумовлюються відхиленнями у будові язика та під'язикової зв'язки (вуздечки). Зупинимось на їх характеристиці більш детально

До патології будови тіла та уздечки язика відносяться:

- макроглоссія – дуже великий язик;
- мікроглоссія – надміру малий язик;
- аглоссія – відсутність язика;
- вкорочення вуздечки язика або прикріплення її близько до кінчика язика, обмежуючи рухливість та пластичність язика [16].

Розрізняють п'ять типів патологічної будови вуздечки язика (в залежності від форми, щільності вуздечки та особливостей з'єднання її волокон із м'язами язика):

- 1) тонка, напівпрозора вуздечка, що нормально прикріплена до язика, але обмежує його рухливість у зв'язку з її незначною протяжністю;
- 2) тонка, напівпрозора вуздечка, що прикріплена близько до кінчика язика, і має незначну протяжність;
- 3) вуздечка, що уявляє собою щільний, короткий тяж, який виділяється і прикріплюється близько до кінчика язика;
- 4) вуздечка, що уявляє собою щільний, короткий тяж, який виділяється, але зрощений з м'язами язика;
- 5) вуздечка, що уявляє собою малопомітний тяж, волокна якого переплітаються з м'язами язика і обмежують його рухливість [11].

Таким чином, частота типологія та ступінь тяжкості порушень звуковимови змінюється в залежності від характеру та тяжкості деформації зубощелепної системи. Найбільш виражені порушення звуковимови виникають внаслідок аномалій прикусу: відкритого, глибокого, медіального та дистального у поєднанні з дефектами зубного ряду та будови язика.

1.3. Клініко-психологічна характеристика дітей із анатомічними дефектами органів артикуляції

Діти з порушеннями звуковимови внаслідок анатомічних дефектів артикуляційного апарату зазвичай є контингентом закладів загальної дошкільної та середньої освіти. Вони мають відповідний своїй віковій нормі рівень психічного і загального мовленнєвого розвитку. Основна проблема таких дітей, яка турбує їх батьків та з якою вони звертаються до логопеда, - це нечітка, «змазана» звуковимова, що спостерігається на тлі різних неважких, але досить виражених анатомічних деформацій органів артикуляції. При цьому, в більшості випадків, мовленнєвий діагноз у цих дітей – органічна (або механічна) дислалія [24].

Для таких дітей важливо в першу чергу одразу застосовувати медичний підхід, спрямований на корекцію аномалій будови периферичного апарату для того щоб подальша логопедична робота була ефективною. В деяких випадках корекція недоліків відбувається за традиційними методиками до чи під час ортодонтичного втручання, але часто це не приводить до бажаних результатів [27].

Не дивлячись на те, що під час механічної дислалії фонетичні порушення є первинними, ряд вітчизняних науковців (О.В.Ревуцька, В.В. Тищенко, М.К.Шеремет та ін.) виявили у зазначеної категорії дітей недостатній розвиток фонематичних процесів (зокрема, фонематичного сприйняття, уявлень). При цьому спостерігається нормотипова активність і пластичність рухливих органів артикуляції (нижньої щелепи, язика, губ, м'якого піднебіння), що свідчить про збереженість іннервації периферичного

мовленнєвого апарату і сформованості артикуляційного праксису (довільних артикуляційних рухів). Чітка вимова є результатом пристосування рухливих органів артикуляції до наявних деформацій зубощелепної системи та/або ротової порожнини під контролем мовленнєвого слуху і вироблення адаптаційних артикуляційних позицій, які не завжди відповідають загальноприйнятим артикуляційним нормам, але дають необхідний акустичний ефект у процесі вимови звуків ізольовано і в мовленнєвому потоці.

М.А. Піскунов зазначає, що своєрідність конфігурації органів артикуляції і головним чином їх співвідношення за певних умов ускладнює (але не виключає) правильне формування того чи іншого артикуляційного укладу, тобто є важливим фактором, що призводить до формування укладів спотвореної вимови. Разом з тим необхідно мати на увазі, що розвиток компенсаторних механізмів призводять до певного подолання ненормотипових конфігурацій і співвідношень органів порожнини рота, що значно знижує етіологічну значущість анатомічних деформацій у виникненні порушень звуковимови [27].

На думку Б.М. Гріншпун, факти нормотипової звуковимови у дітей з порушеннями будови язика і зубів свідчать про високі компенсаторні можливості, що дозволяють сформувавши нормальну звуковимову навіть в порушених анатомічних умовах [24].

М.Ф. Фомічова наголошує на тому, що вроджені дефекти периферичного мовленнєвого апарату найчастіше є лише передумовою до появи порушень звуковимови, оскільки у фізично і психічно здорової дитини за умов правильного мовленнєвого виховання в більшості випадків формуються природні можливості компенсації такого дефекту [33].

Таким чином, відсутність порушень звукової сторони мовлення у дітей з аномаліями зубощелепної системи пояснюється досить високими компенсаторними можливостями. В процесі ортодонтичного виправлення анатомічних дефектів, органи артикуляції можуть легко адаптуватися до

нової, відповідної норми, конфігурації органів зубощелепної системи і ротової порожнини і виробити правильні артикуляційні уклади самостійно або із незначною допомогою фахівця.

Щодо дітей, котрі мають звуковимовні розлади, що поєднуються з деформаціями будови органів артикуляції, то тут слід розглянути кілька варіантів прояву таких комбінацій дефектів.

Якщо при збереженій іннервації артикуляційного апарату у дитини з порушеннями зубощелепної системи дефекти звуковимови поєднуються з порушенням фонематичного сприйняття, то в цьому випадку доречно говорити про комбінації органічної дислалії з функціональною фонематичною.

Типовим є варіант прояву поєднання звуковимовних розладів з анатомічними дефектами органів артикуляції та грубим недорозвиненням фонематичної системи рідної мови [18].

Досліджуючи різні форми дислалії, Л.В. Меліхова констатувала, що в логопедичній роботі з дітьми із механічною формою дислалії несприятливими виявляються змішані випадки, коли крім дефекту в будові периферичного мовленнєвого апарату наявні мінімальні порушення іннервації, тобто стерта дизартрії. У таких випадках корекція звуковимови значно ускладнюється і сповільнюється, а іноді не вдається сформулювати правильну вимову всіх звуків. Найбільш важким варіантом прояву поєднання звуковимовних розладів з анатомічними дефектами органів артикуляції є випадки дизартрії легкого та середнього ступеня прояву, ускладнені аномаліями будови органів артикуляції [24].

Таким чином, для формування правильного уявлення про механізми й структуру мовленнєвого дефекту у дітей з деформацією будови органів артикуляції та побудови ефективного колекційного втручання необхідним є проведення диференційованої клініко-педагогічної діагностики стану мовленнєвої функції.

РОЗДІЛ 2

Основні напрями, методи та прийоми логопедичної корекції порушень звуковимови у дітей з деформаціями зубощелепної системи

2.1. Особливості логопедичної роботи з подолання порушень звуковимови у дітей з механічною дислалією

Розглядаючи специфіку логопедичної роботи з формування звуковивимовних навичок у дітей з порушеннями зубощелепної системи необхідно враховувати наступні аспекти.

1. Логопедична робота вимагає застосування традиційних логопедичних прийомів корекції порушень вимови в поєднанні зі специфічними технологіями, частина з яких може бути запозичена з медицини і модифікована для логопедичної практики.

2. Першочерговими завданнями в логопедичній роботі мають бути формування артикуляції, розвиток кінетичного та кінестетичного контролю за рухами органів артикуляції, а також формування операцій фонематичного слуху, навичок слухового контролю за власною вимовою.

3. До початку ортодонтичного лікування або хірургічного втручання необхідно формувати навички адаптованої звуковимови, коли дитина при порушених артикуляційних умовах (патології прикусу та / або укороченою вуздечці язика) опановує основними елементами нормативного артикуляційного укладу і орієнтується на акустичний ефект звука, спираючись на правильний зразок звучання даного звука у мовленні педагога і батьків. Поступово, на основі кінестетичних відчуттів та під контролем сформованого фонематичного слуху дитина адаптує свій артикуляційний уклад до патологічно змінених артикуляційних умов таким чином, що акустичний ефект звука буде близьким до нормативного [35].

Як засвідчують дослідження Г.Ю. Григоренко та В.В.Харке, у подальшому, в процесі ортодонтичного виправлення анатомічних дефектів

діти, які пройшли спеціальний курс логопедичного втручання, спрямований на формування адаптованої звуковимови, можуть легко пристосуватися до нової, нормотипової конфігурації органів зубощелепної системи і ротової порожнини та виробити правильні артикуляційні уклади самостійно чи із незначною допомогою логопеда [34]

До основних напрямів диференційованого логопедичного впливу, спрямованого на формування звуковимовних навичок у дітей з деформаціями зубнощелепної системи відносять:

1. Подолання мовленнєво-рухових розладів і стимуляція розвитку артикуляційної моторики. Вирішуються наступні завдання:

- нормалізація тонусу лицьової, губної та язикової мускулатури;
- розвиток рухливості і координації рухів органів артикуляції;
- координація артикуляції і дихання.

2. Усунення недоліків звуковимови. Вирішуються наступні завдання:

— виправлення і постановка звуків (формування правильних артикуляційних укладів порушених звуків і необхідного чіткого акустичного ефекту під час їх вимови);

— закріплення правильної вимови звуків в різних фонетичних умовах і позиціях у процесі виконанні спеціальних вправ;

— диференціація у мовленні дітей звуків, схожих за артикуляційними та акустичним ознаками;

— автоматизація звуків у самостійному мовленні дітей.

3. Розвиток мовленнєвого дихання і просодичних компонентів мовлення. Вирішуються наступні завдання:

— розвиток фізіологічного дихання (підготовчий етап);

— тренування фонационного видиху і власне мовленнєвого дихання;

— розвиток сприйняття і відтворення зміни голосу за силою, висотою, тембром;

— розвиток сприйняття і відтворення різного ритму і темпу мовлення, інтонаційних типів і різних емоційних відтінків висловлювання.

4. Формування фонематичних процесів. Вирішуються завдання:

- подолання порушень фонематичного сприйняття;
- формування практичних навичок звукового аналізу та синтезу;
- розвиток фонематичних уявлень [15].

Для логопедичної роботи з дітьми з деформаціями зубощелепної системи можуть бути рекомендовані наступні логопедичні технології:

1. Диференційований логопедичний масаж, що сприяє нормалізації тону м'язів артикуляційних органів, зменшення ступеня прояву мовленнєворухових розладів, усуненню післяопераційних наслідків пластики вуздечки язика і верхньої губи, активізації процесу корекції аномалій зубощелепної системи [15].

2. Мімічна гімнастика, що сприяє активізації міміки і формування довільних рухів м'язів обличчя) [15].

3. Артикуляційна гімнастика: пасивна та активна; з корегуючи ми ортодонтичними апаратами і без них, що включає вправи, спрямовані на розвиток кінетичної та кінестетичної організації рухів артикуляційної моторики [16].

4. Міотерапія – комплекс вправ з використанням спеціальних апаратів-тренажерів та без них, що спрямована на розвиток функціональних можливостей нервово-м'язового апарату щелепнолицьової мускулатури) [34].

5. Комплекс пасивних вправ для розслаблення м'язів шиї [18].

6. Міодихальна гімнастика – комплекс вправ, що ґрунтується на одночасному координованому виконанні рухів м'язами артикуляційних органів, шиї і верхнього плечового поясу та ритмічному диханні, що сприяє розвитку рухливості м'язів щелепнолицьової області, фізіологічного дихання, координації артикуляції і дихання та здійснює позитивний терапевтичний вплив під час ортодонтичного лікування [4].

Слід зазначити, що труднощі логопедичної роботи з подолання порушень звуковимови у дітей із деформаціями зубощелепної системи полягає в тому, що їм під час ортодонтичного лікування необхідно постійне

носіння в порожнини рота спеціальних корегуючих апаратів (ортодонтичних пластинок), що сприяють виправленню прикусу. Це в свою чергу негативно позначається на процесі подолання порушень звуковимови, оскільки ускладнює автоматизацію звуків у мовленні дитини.

2.2. Масаж як ефективний засіб корекції та профілактики порушень рухливості органів артикуляції у дітей з деформаціями зубощелепної системи

Під поняттям «масаж» в широкому сенсі розуміють сукупність прийомів механічного дозованого впливу на ділянки поверхні тіла людини, які проводиться з допомогою спеціальних апаратів або руками з лікувально-профілактичною метою [30].

В свою чергу, логопедичний масаж – це активний метод механічного впливу, який змінює стан м'язів, нервів, кровоносних судин і тканин периферичного мовленнєвого апарату [30].

Масаж є ефективним засобом під час корекції і профілактики розладів рухової сфери, до складу якої входять артикуляційна й мімічна моторика.

Застосування різних прийомів масажу в логопедичній роботі дозволяє прискорити терміни подолання мовленнєвих розладів, зокрема, під час дизартрії і дислалії, а також збільшити ефективність корекційно-розвивального впливу.

Використання масажу в ортодонтичній практиці сприяє активізації процесу усунення аномалій зубощелепної системи і ротової порожнини, а також закріпленню досягнутих результатів лікування. Наприклад, регулярний масаж твердого піднебіння з одночасним впливом на альвеолярний відросток і бічні зуби сприяють зростанню верхньої щелепи і розширенню її зубного ряду. У період змінного прикусу під час затримки появи постійних зубів масаж альвеолярного відростка в області їх розташування стимулює їх прорізування [8].

У дітей з порушеннями звуковимови внаслідок деформацій будови органів артикуляції, в більшості випадків спостерігаються порушення функцій м'язів зубощелепно-лицьової області, що не тільки негативно позначається на фонетичному оформленні їх мовлення, а й посилює вже наявні у них аномалії зубощелепної системи і ротової порожнини.

Провідними завданнями логопедичного масажу у роботі над корекцією звуковимови у дітей з деформаціями зубощелепної системи є:

- 1) нормалізація м'язового тону загальної, мимічної та артикуляційної мускулатури;
- 2) зниження патологічних рухових проявів м'язів мовленнєвого апарату;
- 3) стимуляція пропріоцептивних відчуттів;
- 4) збільшення обсягу та амплітуди артикуляційних рухів;
- 5) активізація тих груп м'язів периферичного мовленнєвого апарату, у яких спостерігалась недостатня скорочувальна здатність;
- б) формування мимовільних, координованих рухів органів артикуляції [13].

Основними масажними техніками є:

- а) ручний (у тому числі, пальцьовий) масаж;
- б) масаж за допомогою спеціальних засобів (зондів, зубних щіток, чайної ложки, шпательів, льодяника округлої форми, добре закріпленого на паличці і т.д.),
- в) точковий вплив.

Виділяють такі види масажу:

- а) сегментарний масаж (в області верхнього плечового пояса, шиї і волосяного покриву голови);
- б) класичний масаж мимічних і артикуляційних м'язів;
- в) точковий масаж;
- г) елементи самомасажу.

Протипоказаннями до призначення масажу є:

- будь-яке соматичне чи інфекційне захворювання в гострому періоді;
- кон'юнктивіти, гострі та хронічні захворювання шкіри, гінгівіти, стоматити, наявність герпесу на губах або інших інфекцій порожнини рота;
- наявність збільшення лімфатичних залоз;
- різко виражена пульсація сонних артерій;
- зубні болі [18].

Перед проведенням масажу необхідно отримати довідку невропатолога та педіатра про відсутність протипоказань.

Логопедичний масаж проводиться в чистому, зручному, теплому та добре освітленому приміщенні. В середньому буде досить двох – трьох процедур на тиждень, які проводяться через день. Звичайний цикл триває 10 – 20 тижнів. При вираженому порушенні тону м'язів масаж може проводитися протягом року і більше.

Тривалість однієї процедури може змінюватися в залежності від ступеня тяжкості, віку пацієнта та т. д. На початку тривалість процедури звичайно складає 5 – 7 хвилин, наприкінці курсу – 20 – 25 хвилин.

Для проведення масажу логопед має мати наступні матеріали:

- 1) медичний спирт (для дезінфікування зондів, шпательів і т. д.);
- 2) стерильні серветки (для обстеження стану тону м'язів артикуляційного апарату);
- 3) гексорал (в цілях гігієни прополоскати розчином рот);
- 4) стерильні медичні резинові рукавички;
- 5) нашатирний спирт та 3-відсотковий перекис водню;
- 6) захисна маска (для передбачення попадання крапельної інфекції).

Шкіра повинна бути чистою, руки логопеда – чистими та теплими, без пошкоджень, з коротко зрізаними нігтями, без прикрас. Перед масажем обличчя та руки можна дещо змазати дитячим маслом чи використати дитячу присипку [23].

Багато для виконання процедури підготувати спеціально обладнану кімнату площею 10-16 квадратних метрів. Якщо такої можливості немає, масаж можна виконувати прямо в логопедичному кабінеті, однак необхідно, щоб він мав достатню звукоізоляцію, добре освітлювався, вентильовався, опалювався.

Для проведення масажу використовуються спеціальна кушетка, яка відрізняється від звичайної медичної відсутністю підголівника, зручні стільці, відповідні зросту дитини (стопа повинна повністю стояти на підлозі, а стегно розташовуватися паралельно підлозі). Висота масажної кушетки повинна відповідати зросту логопеда [1].

Перед початком процедури пацієнт повинен прийняти правильну позу – позу спокою. Це сприяє розслабленню м'язів, робить вільним дихання, а також забезпечує зручну позу логопеда при проведенні масажу.

Оптимальними є наступні положення тіла при логопедичному масажі:

1. Пацієнт лежить на спині, руки витягнуті вздовж тіла, ноги лежать вільно, носки дещо розведені. Під головою – подушка, яка доходить до верхніх країв лопаток. Логопед за головою пацієнта.

2. Поза – майже присівши на кріслі з високим підголівником. Логопед займає положення за головою пацієнта.

3. Пацієнт лежить на спині, руки витягнуті вздовж тіла, ноги лежать вільно, носки дещо розведені. Під головою – подушка, яка доходить до верхніх країв лопаток. Логопед займає положення справа від пацієнта. Долонь логопеда на тім'яній частині для фіксації положення голови, правою рукою логопед здійснює масаж. Ця поза зручна для масажу язика, губ, щік та жувальних м'язів як з зовнішньої, так і з внутрішньої їх поверхні [13].

Основними прийомами логопедичного масажу є:

1. *Погладжування* – є обов'язковим прийомом, з якого починають кожну процедуру. Він чергується з іншими прийомами і закінчує кожен масажний комплекс. Завдяки цьому прийому посилюється кровообіг шкірних покривів

оброблюваної ділянки, змінюється еластичність і температура шкіри; прийом несе психотерапевтичний ефект: сприяє заспокоєнню і загальної релаксації .

Залежно від прикладеного зусилля погладжування може бути поверхневим (легким) і глибоким (сильним). Погладжування може здійснюватися як пальцями, так і всією долонею.

2. *Розтирання* - здійснюється з великим зусиллям та інтенсивністю, ніж погладжування. Застосування значної сили тиску на масажовану область має викликати зсув і розтягування тканин. При розтиранні значно посилюється кровообіг, обмінні та трофічні процеси в шкірних тканинах і верхніх шарах м'язів, нормалізується тонус і підвищується скорочувальна здатність м'язових волокон. Розтирання може проводитися пальцями, всією долонею, ребром долоні, долонним бугром з боку мізинця, а також тильною поверхнею пальці стиснутих у кулак.

3. *Розминання* – це найбільш інтенсивний прийом, максимально активізує процеси в шкірних і м'язових тканинах, що впливає на більш глибоко розташовані шари м'язових волокон, що нормалізує їх тонус і скоротливу здатність. При розминці відбувається зміщення, стиснення, розтягнення, відтягування тканин. Вплив здійснюється однією або двома руками одночасно в поздовжньому, поперечному і спіральному напрямку.

4. *Вібрація і похлопування* - змінює внутрішньо тканинний обмін, покращує трофіку тканин. Сильна, жорстка вібрація підвищує тонус м'язів, а легка, слабка - знижує. Похлопування застосовується на обличчі, особливо в місцях виходу нервів, а також там де мало жирових клітин.

5. *Щільне натискання* - як правило, це прийом, який поліпшує кровообіг, лімфообіг, обмінні процеси, використовується в місцях виходу пучків нервових закінчень. Це так звані біологічно активні точки [18].

Часто у дітей, що мають аномалії зубощелепної системи, відзначається підвищений тонус м'язів шиї і верхнього плечового поясу (що може поєднуватися з гіпертонусом м'язів кореня язика). Розслаблення м'язів шиї

сприяє рефлекторному зниженню тонусу м'язів тіла язика та активізації рухів нижньої щелепи (усуненню «м'язових затискачів»).

Розслаблення м'язів шиї та плечового поясу

1. Повільно погладжувати передню частину шиї долонями обох рук (то правою, то лівою рукою) зверху вниз по бічних областях горла (необхідно уникати натискання на область щитовидної залози) (Рис. 2.1.).



Рис. 2.1. Положення при розслаблюючому масажі шиї

2. Повільно погладжувати бічну поверхню шиї то з правого, то з лівого боку. Помістити долоню однієї руки на бічну частину шиї так, щоб великий палець знаходився у кута нижньої щелепи. Долоню рухати зверху вниз до яремної ямки, а потім паралельно ключиці по плечу або вниз до підпахової западини. Цей масажний прийом знімає тонуус з грудино-ключично-соскоподібного м'яза.

3. Покласти обидві руки на задню частину шиї, до потилиці, руки ковзають по задній і бічній частинах шиї вниз по напрямку до ключиць по плечу, або до підпахової западини. Цей масажний прийом знімає тонуус з трапецієподібного м'язу [13].

Масажний комплекс для розслаблення мимічної мускулатури

Масаж обличчя рекомендується проводити двома руками. Рухи повинні бути симетричні і ритмічні. Масаж в області обличчя може проводитися всіма пальцями відразу (крім великого, оскільки він грає роль опори), або подушечкою великого або середнього пальця, або двома пальцями - середнім і безіменним.

Масажні лінії на обличчі мають цілком певні напрямки:

- від середини лоба до скроні;
- від внутрішнього кута ока по верхньому повіку і в зворотному напрямку по нижньому;
- від кореня носа до скроневої області
- від кута рота до козелка вушної раковини.

Масаж м'язів губ

Масаж надає вплив на круговий м'яз рота, а також м'язи, що змінюють положення рота: м'яз сміху; м'яз, що піднімає кут рота; м'яз, що опускає кут рота; м'яз, що опускає нижню губу.

Розслаблюючий масаж

1. Поверхнею долоні вказівним пальцем погладжуючи рухи по верхній губі від кутів рота до середини.
2. Такі ж рухи по нижній губі від кутів рота до середини.
3. Рухи здійснюють подушечками вказівного та середнього пальців по чергово правою та лівою рукою. Рухи починаються від козелка вушної раковини, пальці легко ковзають по щоці, а потім навколо губи.
4. Подушечками вказівного та середнього пальців погладжують носогубні складки, рухаючись від крил носа до кутів рота.
5. Тими ж пальцями здійснюють легке постукування навколо губ по часовій стрілці. Масажні рухи можуть проводитись при різних положеннях рота: закритому та злегка напіввідкритому [1].

Активізуючий масаж

Використовуються прийоми розтирання у вигляді півколових і спіралеподібних рухів, розминання у вигляді перетирання і вібрації.

1. Долонною поверхнею вказівних пальців виробляють руху по верхній губі від кутів рота до середини. Такі ж рухи - по нижній губі від кута рота до середини.
2. Великими пальцями обох рук виробляють рухи від середини верхньої губи до кутів рота і злегка вниз, а потім вказівними пальцями - від середини нижньої губи до кутів рота і злегка вгору. Рухи чергуються (Рис. 2.2.).



Рис. 2.2. Активізує масаж губ

3. Погладжують носо-губні складки, рухаючись від кутів губ до крил носа.

4. Великим і вказівним пальцями захоплюють у вертикальну складку верхню губу, стискають її та перетирають між пальцями. Захоплення здійснюється в центральній частині губи (Рис. 2.3.).



Рис. 2.3. Захоплення в центральній частині губи

Більш менше захоплення губи може здійснюватися і в тій частині, яка знаходиться між її серединою і кутом рота. Той же прийом виконується на нижній губі, таким же чином можна перетирати область носогубних складок.

5. Великим і вказівним пальцями захоплюють шкіру навколо губ і здійснюють прийом пощипування.

6. Кінцями вказівного і середнього пальців інтенсивно постукують навколо губ.

7. Перетираючі рухи, здійснювані великим і вказівним пальцями в напрямку від одного кута рота до іншого уздовж верхньої, а потім нижньої губи (Рис. 2.4.).



Рис. 2.4. Перетираючі рухи на нижній губі

8. Спіралеподібні рухи, які здійснюються великим і вказівним пальцями по верхній, а потім по нижній губі.

9. Рух, здійснюється вказівним пальцем від основи носа вниз, до губи (по губному жолобку), а також від крил носа по носо-губних складках до кутів рота, великий палець при цьому знаходиться під верхньою губою.

10. Спіралеподібне розминання області носо-губної складки. Фаланга великого пальця знаходиться в порожнині рота під носо-губною складкою, вказівний і середній пальці розташовуються зверху.

11. Точкове здавлювання губи між великим і вказівним пальцями.

12. Вказівні пальці поміщаються на верхню губу, а середні пальці - на нижню.

Рух направлено вгору, при цьому піднімається верхня губа, оголюються верхні зуби. Таким же чином проводиться опускання нижньої губи.

13. Аналогічним чином проводиться піднімання верхньої і опускання нижньої губи одночасно. При цьому русі вказівні пальці поміщаються на верхню губу, а середні пальці - на нижню губу. Зворотним рухом здійснюється змикання губ (Рис. 2.5.).



Рис. 2.5. Опускання нижньої та піднімання верхньої губи

14. Вказівні та середні пальці фахівець розташовує близько кутів рота і злегка розтягує губи, як при посмішці; зворотнім рухом губи повертаються у вихідне положення [23].

Масаж язика

Порушення м'язового тонузу завжди більшою мірою виражено в м'язах язика. Підвищений тонуз м'язів язика відзначається значно частіше, ніж знижений. Можливі випадки і нерівномірного розподілу м'язового тонузу в м'язах язика. Масаж язикових м'язів, що мають складну будову, є найбільш важкою процедурою. Крім того, виконання масажних рухів на язиці, як правило, викликає неприємні відчуття у пацієнта. Слід враховувати і той факт, що язик досить інтимна частина тіла людини. Масаж м'язів язика вимагає від логопеда точності рухів, акуратності і певної коректності.

При виконанні масажу повинні бути враховані наступні методичні вказівки:

- 1) диференційований масаж м'язів язика проводиться або в гумових рукавичках, або через марлеву серветку;
- 2) при масажі язика можуть використовуватися різні пристосування: зонди, шпатель, зубні щітки тощо;
- 3) масаж, як правило (але необов'язково), проводиться при положенні язика поза порожниною рота;
- 4) масажні рухи повинні проводитися в трьох напрямках, відповідно розташуванню м'язів язика: горизонтальному, поперечному і вертикальному.

При масажі язика і твердого піднебіння необхідно враховувати межу глоткового і піднебінного рефлексів, щоб не спровокувати у дитини блювотний спазм. Масаж артикуляційної мускулатури рекомендується проводити не раніше, ніж через годину після їжі.

Розслаблюючий масаж язичної мускулатури:

1. Пальцями правої руки (вказівним, середнім і безіменним) через хустку здійснюються прогладжування язика від кореня до кінчика, зачіпаючи середню лінію і периферичні відділи.

2. За допомогою чайної ложки або шпателя прогладжування з одночасним розпластуванням язика.

3. Розтирання і розминання язика (поздовжні і спіралеподібні рухи) великими і вказівними пальцями, з використанням хустки, від середньої лінії до периферії, від кінчика язика до його кореня з одночасним поступовим витягуванням зика з ротової порожнини.

4. Защипування бічних країв і кінчика язика великими і вказівними пальцями.

5. Розтирання і розминання язика за допомогою зубної щітки (головки з щетиною і ручки). Рухи відбуваються від кореня до кінчика язика, від центру до периферії.

6. Масаж під'язикової поверхні і дна ротової порожнини за допомогою кулькового зонда (для постановки звуку Р). Спрямований на зменшення слиновиділення і розтягування уздечки язика [4, с. 141].

Тонізуючий масаж язика:

1. Пощипування язика по всій його поверхні.

2. Інтенсивне перетирання язика за допомогою серветки з жорсткої тканини.

3. Інтенсивне поплескування язика вказівним і середнім пальцями, шпателем, чайною ложкою.

4. Поколювання язика голчастим зондом.

5. Стукотіння по язика кульковим зондом.

Отже, вплив за допомогою комплексної системи прийомів масажу, що використовуються як у логопедії, так і в ортодонтії, підвищує ефективність проведених паралельно логопедичної роботи і ортодонтичного лікування. Масаж, спрямований на корекцію та розвиток мовленнєвої та не мовленнєвої функції м'язів зубощелепно-лицьової області, є невід'ємною частиною комплексу реабілітаційних медико-педагогічних заходів, у роботі з дітьми із порушеннями звуковимовної сторони мовлення внаслідок анатомічні патології органів артикуляції.

2.3. Використання поєднання традиційної артикуляційної гімнастики та елементів міогімнастики в корекції звуковимови

Ортодонтичне лікування є одним із компонентів комплексного підходу під час корекції звуковимови у дітей із зубощелепними аномаліями і спрямоване не тільки на нормалізацію оклюзійних порушень, а й на нормалізацію функції артикуляційної мускулатури. Традиційно на логопедичних заняттях із зазначеною категорією дітей застосовується комплекси вправ артикуляційної гімнастики. Однак вплив таких вправ є недостатньо ефективним для цілеспрямованого формування або відновлення функції окремих м'язів, які страждають під час патології прикусу. Отже, для більш успішної корекції звуковимови при механічній дислалії виникає необхідність використовувати методику більш вузької спрямованості. Такою методикою є міотерапія [19].

Міотерапія – метод лікувальної фізкультури, який використовується в ортодонтії для профілактики та лікування зубощелепних аномалій. Гімнастика може застосовуватися самостійно (зазвичай якщо у дитини молочний прикус) або в комплексі з апаратурним лікуванням (під час зміни зубів і при постійному прикусі). З урахуванням регулюючого впливу жувальних і м'язів на правильний розвиток щелеп і стану прикусу був розроблений комплекс вправ для м'язів щелепно-лицьової області.

Більш доцільним в логопедичній роботі є використання міотерапії у поєднанні з традиційною артикуляційною гімнастикою [24, с. 82].

Завданнями артикуляційної міогімнастики є:

- нормалізація тонусу лицьової, губної і язикової мускулатури;
- розвиток рухливості органів артикуляції;
- координація артикуляційних рухів.

Серед основних напрямів впливу артикуляційної гімнастики та міогімнастики можна виділити наступні:

1) більш швидке і стійке формування артикуляційних навичок у дітей, із порушеннями звуковимови, ускладненими деформаціями будови органів артикуляції;

2) цілеспрямована корекція патологічного розвитку функції жувальних і м'язів, що спостерігається при аномаліях зубощелепної системи і ротової порожнини;

3) своєчасна нормалізація м'язових функцій щелепно-лицьової області, що сприяє прискоренню динаміки ортодонтичного лікування [3].

Наведемо приклади вправ міогімнастики для різних м'язів зубощелепно-лицьової мускулатури :

Розвиток колового м'яза рота

Міогімнастику для колового м'яза рота полягає у змиканні губ з перешкодою у вигляді пальців (мізинців), що вкладаються в кути рота або у вигляді спеціального диска. Можна рекомендувати також вправи для губ у вигляді задування полум'я свічки, масаж верхньої губи в боки та донизу.

1. Дитина змикає губи і надуває щоки, після чого притискає до щік кулаки і повільно видавлює повітря через стиснуті губи (2 варіанти видиху – через центр губ і через кути губ).

2. При протрузії верхніх фронтальних зубів дитина надуває повітря під верхню губу, при медіальному прикусі – під нижню.

3. Покусування верхньої губи при дистальному прикусі і нижньої губи при мезіальному прикусі.

4. Дитина витягає нижню губу і охоплює нею верхню губу, потім верхньою губою охоплює нижню.

5. Рекомендується свистіти, дути на предмет. Можна використовувати гру «Влуч м'яч у ворота» (дитина дує на легку кульку, намагаючись загнати її в маленькі іграшкові ворота).

6. Вправа на утримування між губами смужки щільного паперу або тонкої пластикової смужки: дитина стискає смужку губами протягом 3-5 хв. під час виконання домашніх завдань або перегляду телевізора.

7. Дитина набирає до рота води і утримує її, не ковтаючи і не розтуляючи губ [13].

Розвиток м'язів, що регулюють положення нижньої щелепи

При дистальному прикусі:

Вправа № 1. Нижню щелепу повільно висувати вперед доти, поки ріжучі краї нижніх різців не встановлюється попереду верхніх. У такому положенні нижню щелепу утримувати 10 секунд, потім повільно повертається у вихідне положення.

Вправа № 2. Ту ж вправу виконувати з поворотом голови спочатку вправо, потім вліво. Навантаження збільшується при виконанні вправи стоячи. Голову злегка закидають назад, нижню щелепу повільно висувають вперед доти, поки нижні різці встановляться попереду верхніх.

При мезіальному прикусі:

Вправа № 1 (при зміщенні нижньої щелепи в сторону). Максимально відкрити рот, перемістити нижню щелепу в правильне положення, зімкнути зуби і утримувати в цьому положенні нижню щелепу 4-5 сек.

Вправа № 2 (при односторонньому звуженні верхньої щелепи). Кінчиком язика тиснути на піднебінні поверхні верхніх зубів і альвеолярний відросток на стороні звуження протягом декількох хвилин.

Комплекс міоартикуляційної гімнастики для глибокого прикусу:

Вправа № 1. Нижню щелепу повільно висувати вперед доти, поки ріжучі краї нижніх різців не встановляться попереду верхніх. У такому положенні

нижню щелепу утримувати 10 сек., потім повільно встановити у вихідне положення;

Вправа № 2. На дерев'яну паличку надягають гумову трубку, прокладають між передніми зубами, стискають і розтискають зуби.

Вправа для м'язів, що піднімають нижню щелепу

Ефективною вправою є прикусування палички. На дерев'яну паличку надягають гумову трубку, прокладають її між бічними зубами дитини і утримують в такому положенні. Дитина стискає і розтискає зуби, поступово переміщаючи паличку по зубному ряду [10].

Існує ряд пристосувань для міогімнастики, що дозволяє досягти більш високих результатів у корекційній роботі (Рис. 2.6.).

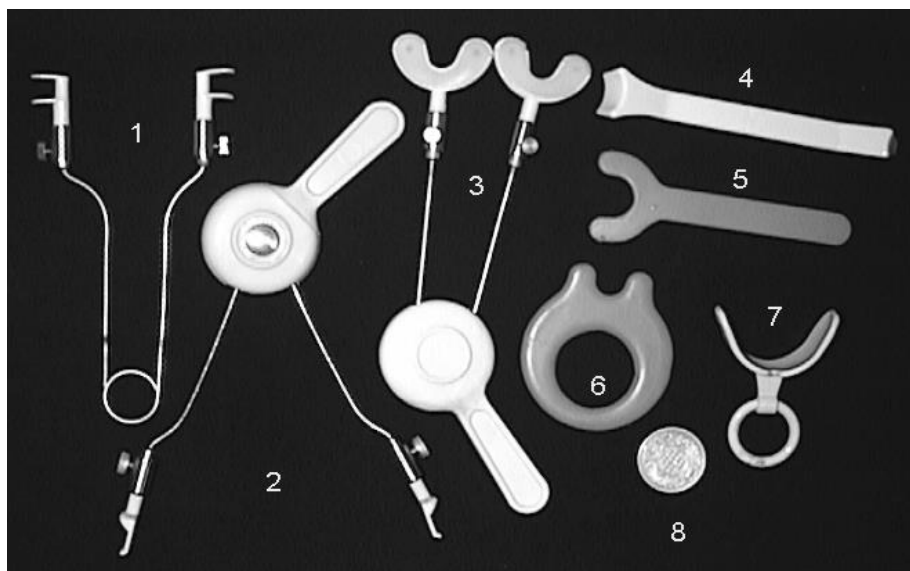


Рис. 2.6. Набір приладів для міогімнастики: 1,2,3 - різні види активаторів для розвитку кругового м'язу рота; 4 - пластмасова пластинка і 5 - пластинка з жорсткої гуми (для тренування моторики губ); 6 - міжгубне гумове кільце; 7 - вестибулярна пластинка; 8 – міжгубний металевий диск [15].

Отже, основні методи та прийоми впливу на органи артикуляції під час подолання порушень звуковимовної сторони мовлення внаслідок аномалій зубощелепної системи передбачають активізацію розвитку артикуляційної моторики, нормалізацію мовленнєвого дихання та формування окремих елементів артикуляційних укладів різних звуків. За умови комплексного

впливу поєднанням артикуляційної та міогімнастики можна досягти значних результатів у логопедичній роботі з дітьми, які мають порушення звуковимови внаслідок зубощелепних аномалій.

ВИСНОВКИ

У процесі проведеного дослідження ми дійшли наступних висновків.

Аналіз логопедичної психолого-педагогічної та медичної літератури з проблеми корекції звуковимови у дітей з деформаціями зубощелепної системи засвідчив, що анатомічні дефекти зубощелепної системи як первинні порушення, спричиняють вторинні розлади, зокрема порушення звуковимови. В логопедичній літературі вони об'єднані під загальним визначенням – механічна або органічна дислалія. Компенсаторні механізми кожного організму є індивідуальними, тому і ступінь тяжкості прояву порушень звуковимови у дітей може бути різною. Нерізко виражені порушення зубощелепної системи можуть не спричинити відхилення в опануванні звуковимовою. Водночас наявність зубощелепних аномалій значно ускладнює процес корекційно-розвивального втручання.

У процесі теоретичного вивчення етіопатогенезу порушень зубощелепної системи у дітей нами встановлено, що причини та механізми виникнення аномалій зубощелепної системи є поліфакторним явищем, серед яких провідне місце посідають: спадковість; механічні травми плода, що призводять до зміни кількості навколоплідної рідини в різні періоди вагітності; порушення обміну речовин організму дитини під дією шкідливих факторів зовнішнього середовища в пренатальний та постнатальний періоди; рахіт; недостатність харчування, що затримує розвиток зубощелепної системи; порушення носового дихання; шкідливі звички дитини: смоктання і прикусування пальців, щок, губ, різних предметів; фіксовані пози, що призводять до неправильного положення нижньої щелепи та язика.

Досліджуючи вплив деформацій зубощелепної системи на оволодіння дітьми звуковимовою з'ясовано, що на фоні нормотипової активності та пластичності рухливих органів артикуляції (нижньої щелепи, язика, губ, м'якого піднебіння), спостерігаються порушення вимови звуків переважно за місцем творення. Не дивлячись на те, що під час механічної дислалії фонетичні порушення є первинними, у значній кількості дітей із

зубощелепною патологією спостерігається вторинне недорозвинення фонематичних процесів (зокрема, фонематичного сприйняття та диференціації фонем за акустичними ознаками).

Розкриваючи основні методи та прийоми корекції порушень звуковимови, зумовлені деформаціями зубощелепної системи встановлено, що для проведення ефективної диференційованої логопедичної роботи необхідно мати правильне уявлення про структуру та механізм мовленнєвого дефекту при зубощелепних аномаліях. Логопедична робота із зазначеною категорією дітей передбачає поєднання традиційних логопедичних прийомів корекції порушень звуковимови та ортодонтичними технологіями, зокрема диференційований масаж щелепнолицьової та артикуляційної мускулатури, міотерапія, мімічна, артикуляційна та міогімнастика.

Отже, лише поєднання клініко-педагогічного підходу до корекції порушень звуковимови у дітей із зубощелепними деформаціями є необхідною умовою ефективності корекційно-розвивального втручання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бакиева Н.З. Анатомо-физиологический аспект развития орального праксиса в онтогенезе (с момента рождения до 5 лет). *Дефектология*. 2016. № 4. С.11-13.
2. Блыскина И.В. Логопедический массаж: метод. пособие для педагогов дошкольных учреждений. СПб: Детство–Пресс. 2008. 167с.
3. Вансовская Л.И. Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах неба. – СПб.: Гиппократ, 2000. 230с.
4. Виноградова Т.Ф. Стоматология детского возраста. – М.: Медицина, 1987. С.141 – 153.
5. Виноградова Т. Ф. Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей. М.: Медицина, 1992. 160 с.
6. Водолацкий В. М. Зависимость дефектов звукопроизношения от характера и степени тяжести зубочелюстной патологии в детском возрасте. *Логопед*. 2008. №1. С.8-10.
7. Водолацкий В.М. Частота и особенности нарушений звукопроизношения у детей с дефектами и деформациями зубочелюстной системы. *Стоматология*. 2007. № 5. С. 42-44.
8. Водолацкий В. М., Соломатина Г.Н. Влияние зубочелюстной патологии на состояние звукопроизношения у детей. *Логопедия*. 2006. № 2. С.8-11.
9. Водолацкий В.М., Соломатина Г.Н. Влияние зубочелюстных аномалий и деформаций на формирование дефектов звукопроизношения в детском возрасте. *Актуальные вопросы клинической стоматологии*. Ставрополь: Кавказинтерпресс, 2004. С. 194 – 197.
10. Водолацкий В.М. Организация комплексного лечения детей с дефектами и деформациями зубочелюстной системы. *Стоматология*. 2007. №4. С.61– 63.

11. Водолацкий В.М., Водолацкий М.П., Вартанян В.С. Особенности ортопедического лечения детей с дефектами зубных рядов. Ставрополь: Кавказинтерпресс, 2005. С. 22 – 29.
12. Водолацкий В.М. Частота и особенности нарушений звукопроизношения у детей с дефектами и деформациями зубочелюстной системы *Стоматология*. 2007. №2. С.77 – 79.
13. Водолацкий, В.М. Распространенность деформаций зубочелюстной системы у детей и подростков. *Вестник новых медицинских технологий*. 2009. № 1. С. 125 – 127.
14. Гараев З.И. Генетические аспекты зубочелюстных аномалий и роль инбридинга в их структуре и частоте распространения. М.: МГУ, 2000. 231 с.
15. Григоренко Н.Ю., Цыбульский С.А. Диагностика и коррекция звукопроизносительных расстройств у детей с нетяжёлыми аномалиями органов артикуляции. М.: Книголюб, 2003. 144 с.
16. Григоренко Н.Ю., Синяева М.Л. Логопедический и медицинский аспекты органической дислалии и способы её коррекции. *Дефектология*. 2000. №4. С. 22 – 23.
17. Григорьева В. П. Ортодонтия для логопеда. *Логопед*. 2006. № 4. С.32-33.
18. Дьякова Е.А. Логопедический массаж. М.: Академия, 2005. 96 с.
19. Калвелис Д.А. Ортодонтия. Зубочелюстные аномалии в клинике и эксперименте. М.: Уч. изд., 1984. 236 с.
20. Камышева Л.И., Теблоева Л.Т., Сашенкова Т.П. Этиология зубочелюстных аномалий. Связь с заболеваниями матери и ребенка. М.: Издательство «МСХА», 1993. 40 с.
21. Колесник К.А. Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с эндокринными заболеваниями. *Оригинальные статьи*. 2009. № 3. С. 81 – 83.
22. Кузнецова М. Г. Мудрое решение проблемы «Короткой уздечки языка». *Логопед в детском саду*. 2016. №5. С.25-26.

23. Мастерова И. В. Особенности логопедической работы с детьми в период сменного прикуса. *Логопед.* 2015. № 2. С.18-20.
24. Мелихова Л.В. Дифференциация дислалий. *Очерки по патологии речи и голоса* / под ред. С.С. Ляпидевского. – М.: Просвещение, 1967. С. 77 – 97.
25. Новикова Е.В. Зондовый массаж: коррекция звукопроизношения: наглядное практическое пособие. – М.: ГНОМ и Д, 2004. 123с.
26. Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий современными ортодонтическими аппаратами. М.: Медицина, 1999. 340с.
27. Пискунов М.А. Анатомо-физиологические основы и терапия косноязычия. – М.: МЕДГИЗ, 1962. 201с.
28. Погодина А.А. О патогенезе аномалий зубо-челюстно-лицевой системы и их связи с заболеваниями носоглотки. Казань: МГУ, 1958. 221с.
29. Приходько О. Г. Дифференцированный логопедический массаж в системе логопедической работы при коррекции дизартрических расстройств у детей. М. : Русская речь, 2013. 60 с
30. Селевёрстов В.И. Понятийно-терминологический словарь логопеда / под ред. Ю.Г. Гаубах, Я.Б. Перчук, О.А. Братанова. М.: ВЛАДОС, 1997. 400с.
31. Сухарев В.И. Массаж лечебный. М.: Атлас, 1970. 67с.
32. Тумакова Н.Е., Мицкевич А.П. Артикуляционная гимнастика. *Дошкольное воспитание.* 2005. №6. С. 86 – 88.
33. Фомичева М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения. Практикум по логопедии. М.: Просвещение, 1989. – 38 с.
34. Харке В. В., Григоренко Н. Ю., Дмитриенко Д. С., Филимонова Е. В. Нарушения звукопроизношения у детей с аномалиями и деформациями челюстно-лицевой области в период сменного прикуса. *Стоматология детского возраста и профилактика.* 2008. Т. 7. № 2. С. 35–38.
35. Хватцев М.Е. Логопедия: учебник. М.: ИД КДУ, 2013. 270 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я, Куделя Ірина Миколаївна, учасник освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної доброчесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;

– надавати згоду на:

- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
- використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;

– самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;

– надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;

– не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;

– своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;

– не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;

– підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;

– поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;

– не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;

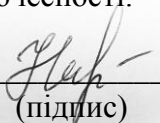
– відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;

– запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;

- не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;
- не підроблювати документи;
- не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
- не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;
- не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;
- не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;
- не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;
- не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;
- не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

12.04.2021
(дата)



(підпис)

Ірина КУДЕЛЯ
(ім'я, прізвище)