

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

**Корекція порушень звуковимови в учнів початкових класів з
відкритою риноплазією**

Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти “магістр”

Виконав: студентка 2 курсу 291-м групи
Спеціальності 016 Спеціальна освіта
Освітньо-професійної (наукової)
програми Логопедія
Потапенко Вікторія Станіславівна

Керівник заслужений лікар України,
доцентка Сокур І.В.
Рецензент вихователь-методист
Антонівського ясла-садка № 4
комбінованого типу з логопедичними
групами Херсонської міської ради
Хоруженко Т.А.

Херсон – 2021

ЗМІСТ

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕНЬ ЗВУКОВИМОВИ У ДІТЕЙ З ВІДКРИТОЮ РИНОЛАЛІЄЮ	9
1.1. Історичний та сучасний аспекти вивчення ринолалії.....	9
1.2. Етіопатогенез та симптоматика відкритої ринолалії.....	15
1.3. Особливості опанування звуковимовною стороною мовлення дітьми з відкритою ринолалією.....	19
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИКА ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ З ПОДОЛАННЯ ПОРУШЕНЬ ЗВУКОВИМОВИ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ВІДКРИТОЮ РИНОЛАЛІЄЮ	21
2.1. Експериментальне дослідження стану сформованості звуковимовної сторони мовлення у молодших школярів із відкритою ринолалією.....	21
2.1.1. Характеристика учасників експерименту.....	21
2.1.2. Опис методів та прийомів діагностичної процедури.....	24
2.1.3. Аналіз результатів дослідження.....	28
2.2. Система логопедичної роботи з корекції порушень звукової системи мови у молодших школярів з відкритою ринолалією.....	35
2.3. Аналіз результатів формувального експерименту.....	50
ВИСНОВКИ	55
СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	57
ДОДАТКИ	64
Додаток А: Картки обстеження дітей з відкритою ринолалією.....	64
Додаток Б : Логопедична іграшка «Мишко»	91
Додаток В : Кодекс академічної доброчесності	92

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВФР – відкрита функціональна ринолалія

ВОР – відкрита органічна ринолалія

ВР – відкрита ринолалія

ФНМ – фонетичне недорозвинення мовлення

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема порушень звуковимови у здобувачів освіти початкового рівня з відкритою ринолалією є проблемою не лише на логопедичному і педагогічному рівнях, а потребує складного мультидисциплінарного підходу як педагогів, так і медиків (логопедів, фоніатрів, психологів, хірургів-стоматологів, отоларингологів, ортопедів та ін.). Вирішенням цієї проблеми переймалися ще з давнини (Гіппократ). В першу чергу всі дослідники звертали увагу на порушення звуковимови з характерним носовим відтінком, викликане розщепленням губи та м'якого і твердого піднебіння.[38]

Останнім часом збільшується як кількість дітей з вродженими вадами губи та піднебіння (в середньому 1: 500 новонароджених), так і кількість дітей з набутою ринолалією внаслідок травм та різних захворювань. А вади розвитку щелепно-лицевої ділянки посідають третє місце серед усіх вроджених вад, 70% з яких складають вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння. Збільшення кількості таких дітей пояснюється не тільки негативним впливом несприятливої екологічної ситуації, а й, як не дивно, розвитком медицини.

Логічно припустити, що ринолалії, як одній з клінічно складних форм мовленнєвої патології, присвячено достатньо наукових праць як медиків, так і логопедів. Зазначена проблема була предметом вивчення таких науковців та практиків, як: Т. Ахутіна, Р. Беккер, І. Лазарева, О. Логінова, Р. Левіна, В. Тищенко, О. Токарева, М. Хватцев, Н. Чередниченко, З. Репіна, Л. Харьков, М. Шеремет, С. Конопляста та ін. Всі дослідники вказують на те, що порушення звуковимовної сторони мовлення при ринолалії є специфічним, викликаним змінами

артикуляційного укладу як органічного, так і функціонального характеру.[38]

Переважна більшість авторів досліджує лише органічну форму відкритої ринолалії, функціональна форма не вважається ними складною проблемою. Але останнім часом в силу багатьох об'єктивних причин збільшується кількість дітей з ВФР, яка супроводжується іншими мовленнєвими розладами.

Ринолалія негативно впливає не тільки на фонетичну, а на всі сторони мовлення. Зазвичай в логопедії слідує принципу усунення мовленнєвих порушень на ранньому етапі життя, ще в дошкільний період. Та, у зв'язку з несвоєчасною медичною допомогою, недоступністю або важко доступністю логопедичної допомоги, діти з ВР приходять до школи зі спотвореною звуковимовою, яка, в свою чергу, тягне за собою порушення писемного мовлення. Тому наразі є актуальними дослідження звуковимови молодших школярів з ВР та розроблення системи логопедичної роботи з корекції даного порушення в початковій школі.

На підставі досвіду практичної роботи в школі можна зазначити, що особливі труднощі виникають при опануванні молодшими школярами з відкритою ринолалією диференційованим ротовим та носовим видихом під час голосоутворення. Внаслідок чого труднощі виникають і при опануванні правильною артикуляцією звуків без характерного назального відтінку.[38]

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Кваліфікаційна робота виконана відповідно до науково-дослідної теми кафедри спеціальної освіти ХДУ «Зміст та технології навчання в системі спеціальної освіти та інклюзивному освітньому середовищі» (0119U101727 від 22.11.2019.).

Об'єкт дослідження – мовлення учнів початкових класів з відкритою ринолалією.

Предмет дослідження – методи та прийоми логопедичної роботи з корекції звуковимови дітей з відкритою ринолалією.

Мета дослідження – Розробити та експериментально перевірити систему методів та прийомів логопедичної роботи з корекції порушень звукової системи мови у молодших школярів з відкритою ринолалією.

Гіпотеза дослідження. Ми виходили з припущення про те, що логопедична корекція відкритої ринолалії у молодших школярів буде ефективною за таких умов:

- своєчасне надання медичної (лікування, оперативне втручання, реабілітація) та логопедичної допомоги;
- проведення детального діагностичного обстеження з метою виявлення всіх порушень мовлення;
- організація системи логопедичної роботи з корекції порушень звукової системи мови у молодших школярів з відкритою ринолалією;
- включення до корекційного процесу батьків дітей з ВР.

Для досягнення поставленої мети та підтвердження висунутої гіпотези було визначено такі *завдання* дослідження:

1. Дослідити та проаналізувати науково-теоретичні засади вивчення проблеми порушень звуковимови у дітей з відкритою ринолалією в історичному та сучасному аспектах.
2. Дослідити етіопатогенез та симптоматику відкритої ринолалії, визначити особливості опанування звуковимовною стороною мовлення дітьми з відкритою ринолалією.
3. Експериментально дослідити стан сформованості звуковимовної сторони мовлення у молодших школярів із ВР.

Методи дослідження.

Методи дослідження:

— *теоретичні:* вивчення, аналіз й узагальнення спеціальної медичної та педагогічної літератури, корекційних навчальних методик;

— *емпіричні*: психолого-педагогічний експеримент з метою дослідження стану сформованості звуковимовної сторони мовлення у молодших школярів із ВР та розробка системи логопедичної роботи з корекції порушень звукової системи мови у молодших школярів з відкритою ринолалією .

— *статистичні*: кількісний і якісний аналіз одержаних експериментальних даних.

В роботі використані різні методи дослідження: аналіз, систематизація, порівняння та узагальнення наукових даних стосовно даної проблеми на основі вивчення медичної та педагогічної літератури, вивчення медичної та педагогічної документації, педагогічне спостереження за дітьми під час проведення діагностичної бесіди або логопедичного заняття, бесіди з батьками, дітьми, об'єктивні методи дослідження і т.д. Під час логопедичної роботи були використані методи наслідування, використання спеціальних логопедичних вправ, наочності. Оцінювання результатів дослідження проведено за допомогою кількісного і якісного аналізу даних, одержаних експериментальним шляхом.

Наукова новизна одержаних результатів. Наукова новизна представленого дослідження полягає у використанні мультидисциплінарного підходу до допомоги дітям із відкритою ринолалією. Тобто запропонована методика є обґрунтуванням інтегрованої корекційної роботи логопеда та медичного працівника. Вивчені особливості мовлення дітей з різними формами відкритої ринолалії та супутніми мовленнєвими порушеннями. Доведено, що своєчасна медична та логопедична допомога з залученням батьків значно покращує мовленнєвий статус дітей з відкритою ринолалією.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що розроблена система логопедичної роботи з корекції порушень звукової

системи мови може використовуватися у роботі з дітьми молодшого шкільного віку з відкритою ринопалією.

Апробація результатів. Результати дослідження представлені у статті «Логопедична робота з корекції звуковимови при відкритій ринопалії у здобувачів освіти початкового рівня» (Альманах. Магістерські студії. Випуск 16. – Херсон : Видавництво ХДУ, 2021).

Сформульовані висновки можуть бути використані у науково-дослідницькій та навчально-методичній діяльності – для проведення подальших теоретичних досліджень та для практичного використання в логопедичній корекції звуковимови молодших школярів із відкритою ринопалією.

Дана робота складається зі вступу, двох розділів, кожен з яких включає в себе три підрозділи, висновків, списку літератури та додатків.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕНЬ ЗВУКОВИМОВИ У ДІТЕЙ З ВІДКРИТОЮ РИНОЛАЛІЄЮ

1.1. Історичний та сучасний аспекти вивчення ринолалії

Перші згадки про ринолалію з'явилися ще в давнину, в медичній літературі (Гіппократ, Гален та ін.).

Ринолалія (від грецького *rhinos* – ніс, *lalia* – мова) – це порушення тембру голосу і звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними вадами артикуляційного апарату. [56]

В античності дуже важливим було вміння гарно розмовляти, навіть був спеціальний навчальний предмет риторика (красномовство). Самий відомий лікар Давньої Греції Гіппократ писав про такі порушення мовлення, як заїкуватість, втрата голосу й мови, недорікуватість, невиразне мовлення. Авл Корнелій Цельс пропонував проводити операції з підрізання язика. Клавдій Гален увів термінологію мовних патологій, вказавши їх причини – враження твердого та м'якого піднебіння, язика, його вуздечки.

Авіцена, представник арабської медицини, спираючись на праці Галена, вказував на ураження мовлення й голосу як мовленнєву патологію. Пропонував лікувати її банками й мушками, щоб відволікати від проблеми.

«Заячу губу» і «вовчу пащу» індуси, для яких медицина є невід'ємною частиною релігії, лікували за допомогою пластичних операцій.

Перші праці з вивчення ринолалії належать лікарям. Ще на початку XIX століття в науковій літературі обговорювалося питання про

лікування хворих з розщепленням піднебіння. Лікарі намагалися повністю відновити піднебіння за допомогою оперативного втручання. В 1844 році М.І. Пірогов провів першу таку операцію, а в 1875 почав оперувати його учень М.В. Воронцовський, який казав, що періостальна уранопластика відновлює мовлення.

Але, хоча й хірурги змогли досягти певних успіхів у реконструкції та корекції анатомічних дефектів ротової порожнини, ніхто з них не отримав якісного відновлення фонетичної сторони мовлення лише за допомогою операцій. Стає зрозумілим, що лишень за допомогою операції привести в норму мовлення неможливо.

За кордоном на початку ХХ ст. вивченням ринолалії і стимуляцією розвитку йоготерапії займалися Лемонье, Б. Лангбек, Макуен, Кез та ін. Вони вдосконалили хірургічне лікування розщеплення піднебіння і підкреслювали, що навчання дає підліткам і дорослим для виразності мовлення більше, ніж хірургічне втручання.

З часом, при вивченні даного дефекту медичними та педагогічними дослідниками з'явилося два напрямлення педагогічних методів вирішення проблеми порушень мовлення при відкритій органічній ринолалії: німецьке та французьке. Та представники обох напрямів намагалися досягти довільного змикання піднебінно-глоткової завіси.

Гуцман Г. (1924), М.М. Ванкевич (1926), Каретникова В.А. (1927), Хватцев М.Є.(1931, 1959), Г Арнольд (1959) є представниками німецького напрямку, який ще називають силовим. Їх корекційна робота базується на вправах, які вимагають докладання великих зусиль, щоб задіяти ті органи мовлення з вадами (м'яке піднебіння та ін.). Під час логопедичних занять застосовується вібро- та електромасаж.

Професор Герман Гуцман – самій яскравий представник цього напрямку, який запропонував під час занять використовувати обтуратори або носові зажими, щоб в ротовій порожнині з'явився сильний тиск і,

внаслідок цього, вверх піднялася піднебінна завіса. Під час підвищення сили голосу відбувається стимуляція всіх частин ротової порожнини. Саме Г. Гуцман розробив спеціальну методику, яка дозволяє діагностувати субкумозні (приховані) розщеплення (проба Гуцмана).

Бейсс рекомендував під час роботи з пацієнтами –ринолаліками використовувати акцентуований шепіт, так як саме він вимагає точного функціонування піднебінної фіранки, і, як наслідок, покращує її.

Емілію Фрешельсу належить поштовхоподібний метод позбавлення вади мовлення, при якому одночасно з проголошенням коротких звукових сполучень або енергійною фонацією створюються різкі поштовхоподібні спрямовані рухи стисненими кулаками, піднятих на рівень грудей. Він вважав, що енергія, яка виробляється під час виконання даних рухів, поширюється на всі м'язи, які працюють в цей момент, і змушує їх виконувати додаткову роботу, яка, врешті решт, укріплює і розвиває піднебінну фіранку.

Михайло Єфимович Хватцев модифікував принципи німецького напрямку, рекомендувавши складний комплекс вправ для розвитку артикуляційного апарату, ввів багато механічних прийомів в роботу логопеда. Але він сам визнавав складність та не достатньо велику ефективність своїх методів.

«Пройдений в 3-4 місяці курс в особливо важких випадках не дає ще цілком чистої (негугнявої) і виразної вимови: на перших порах, незважаючи на пророблену звукосполучну роботу і закріплення окремих звуків у мовленні, знову засвоєні звуки живої мови гальмують і викривлюють один одного, часто зовсім випадають і замінюються старими установками і т. п.». [53]

Французький напрям, представлений Сарою Борель-Мезонні (1929) і В.Ведю (1929), є більш м'яким за характером, полягає в постановці правильного мовленнєвого дихання та голосу, на мовних

рухах, які є фізіологічно природними, не напруженими, переважно дихальними.

Представники обох напрямків сходилися в тому, що необхідно досягти довільного зімкнення піднебінно-глоткової щілини.

Французький напрям отримав розвиток в роботах Федора Андрійовича Рау, Олени Федорівни Рау, Зінаїди Геннадіївни Нелюбової, Тетяни Миколаївни Воронцової, Анастасії Гаврилівни Іпполітової.

В 30-х роках минулого століття вийшло декілька робіт, присвячених питанню ринолалії. В рефераті Ф.А. Рау «Доопераційні логотерапевтичні вправи при вроджених піднебінних розщепленнях» (1931), йшло мова про те, що до операції набагато важче виховати правильну артикуляцію, у випадку ж невірно вихованих рухів може ускладнитися логопедична робота в післяопераційний час. Тому вчений рекомендував дуже обережно підходити до формування звуковимови до операції. В 1933 році Олена Федорівна Рау в роботі «Практичне керівництво з виправлення мовлення при різних видах гугнявості» представила методику роботи з одинадцятьма заняттями. Це було першою спробою надати послідовну методику логопедичних занять, на яких застосовується принцип виховання правильної звуковимови з затиснутими крилами носу.

В роботі Зінаїди Гаврилівни Нелюбової під назвою «Книга по виправленню недоліків звуковимови», виданої в 1938 році, є коротка методична записка, в якій наведено 8 розділів роботи з хворими й приведені прийоми виховання мовлення при вроджених розщепленнях. З.Г. Нелюбова запропонувала нові прийоми логопедичної роботи: масаж піднебінної завіси, спеціальні вправи для піднебінної завіси (позіхання, ковтання по декілька крапель води при закинутій голові, покашлювання при висунутому язичку. Багато уваги приділено формуванню голосоутворюючого струменю і постановці діафрагмального дихання. Пропонувала використовувати дуже сильний голос, тверду атаку під час

проголошення мовленнєвих звуків. Вперше було звернено увагу на те, що необхідно розвивати слухову увагу дитини з ринолалією до своєї мови й вказано на шляхи можливого запобігання виникненню тіковидних та хореїчних рухів м'язів обличчя. [6].

Тобто З.Г. Нелюбова склала систему логопедичних вправ при ринолалії.

В різних класифікаціях розладів мовлення ринолалію розглядають або як самостійне порушення (М.Є. Хватцев), або ж як форму механічної дислалії (О. В. Правдіна, В. Олтушевський).

Милослав Зеєман ринолалію називав ринофонією.

В роботах Г.Гуцмана (1924), З.Г. Нелюбової (1938), І.М. Готь (1971), М.М. Останіна (1969) та ін. приділено велику увагу порушенням дихання при ринолалії.

В.М. Яковенко (1966) вважає, щомовленнєвий видих нерівномірно розповсюджується на протязі вимовляння слова: в середині слова повітря закінчується. Т. М. Воронцова (1966), О.В. Коваль (1968) та А. Афріджанов (1974) вважають, якщо навіть штучно перекрити витік повітря через ніс (затиснувши крила носу) для збільшення кількості повітря, яке видихається через рот, все одно спірометричні показники не досягнуть норми. [20]

За твердженням А. Митринович-Моджеєвської, дихання при ринолалії найчастішу буває поверхневим (грудним), спостерігається асинхронність грудного та діафрагмального дихання, порушується співвідношення між вдихом та видихом.

Р. Хейджерті та Б. Ньюмен (1961) відмічали, що вимова всіх звуків має назальний відтінок, а найбільш спотворюються голосні звуки, тому що для них потрібне саме сильне велофарингеальне (піднебінно-глоткове) змикання.

М. Дональд і Д. Хесс (1960) звертали увагу на те, що при ринолалії більше порушується вимова тих приголосних, які вимагають сильного

спрямованого ротового видоуху, тому що в гортані створюється своєрідне компенсаторне звуження на шляху повітряного струменю. Тому і свистячі, і шиплячі звуки мають різкий неприємний відтінок.[24]

Великий вклад в розділ відновлювальної хірургії щелепно-лицьової області зробив хірург Олександр Олександрович Лімберг. Він розробив метод радикальної уранопластики, який був і залишається одним з найрезультативних коригуючих операцій тяжкої вродженої аномалії розвитку, якщо проводиться в підлітковому віці. Проблема лікування розщеплень піднебіння розроблялась в різних аспектах на протязі багатьох років. Підсумком цих досліджень стало створення системи комплексного лікування вроджених аномалій розвитку тканин і органів щелепно-лицьової області, яка включає в себе застосування в різні періоди життя хворого ортопедичних, ортодонтичних і логопедичних методів, які використовуються в умовах диспансерного нагляду за дитиною з першого ж дня її народження до 18-20 років. Свідомством ефективності та правильності рішення цієї проблеми є успішне лікування більше 4000 дітей з вродженими вадами розвитку щелепно-лицьової області в умовах створеного Центру диспансерного нагляду. [7]

О.О. Лімберг зазначав, що хірург повинен реально оцінювати свою роль в лікуванні щілинної деформації та подолання дефекту. Однією із задач хірургічного лікування він вважав повне відновлення форми і величини деформованих органів без порушення можливості нормального розвитку їх функції. виправлення викривленої і недостатньої функції органу (особливості функції мовлення) лишень рідко і випадково робиться саме по собі. Хірургічне лікування тільки будує стінки і клапани як би музичного інструменти мовлення. Остаточна обробка і настройка цього інструменту, навчання гри на ньому лежить на інших додаткових методів лікування: ортопедичному лікуванні, ортодонції і логопедії. [29]

У вітчизняній логопедії досліджували проблему міждисциплінарної корекції мовлення дітей з відкритою ринолалією Харьков Л.В, Яковенко Л.М, Чехова Л.І. Але найбільший доробок у вивчення відкритої ринолалії належить С.Ю. Коноплястій. В своїй монографії «Ринолалія від А до Я» автор розглядає дану проблему з позицій сучасної нейропсихології, психолінгвістики, лінгвопатології та логопедії. С.Ю. Конопляста розробила авторську систему неперервної, комплексної медико-психолого-педагогічної корекції психомовленнєвого розвитку дітей з відкритою ринолалією від народження до повноліття. [28]

1.2. Етіопатогенез та симптоматика відкритої ринолалії

Анастасія Гаврилівна Іпполітова визначає ринолалію як «порушення мовлення, яке проявляється розладом артикуляції і фонації звуків мови. Для ринолалії характерна патологічна зміна резонування носової порожнини під час фонації, внаслідок чого з'являється назальність мовлення».

Виділяють різні форми ринолалії:

- за характером порушення функції піднебінно-глоткового змикання поділяють на відкриту, закриту і змішану;
- за причиною виникнення ділять на органічну і функціональну;
- за часом виникнення – на вроджену та набуту.

Відкрита ринолалія характеризується порушенням розділу між ротовою та носовою порожнинами під час проголошення звуків мови, внаслідок чого збільшується голосовий резонанс, який змінює тембр звуків.

Органічна відкрита ринолалія є великою проблемою як для медицини (стоматологічна хірургія, ортодонція, отоларингологія, психоневрологія), так і для логопедії. Найчастіше причиною вродженої

відкритої ринолалії слугує розщеплення верхньої губи, твердого і м'якого піднебіння, яке належить до тяжких вад розвитку. Розщеплення бувають таких видів:

- 1) розщеплення верхньої губи;
- 2) розщеплення верхньої губи та альвеолярного відростку;
- 3) розщеплення верхньої губи, альвеолярного відростку і піднебіння (одно- і двостороннє);
- 4) розщеплення твердого і м'якого піднебіння;
- 5) підслизове (сумбукозне) розщеплення піднебіння.

В минулому столітті, за дослідженнями А.А Лімберг (1964), серед 600-1000 новонароджених зустрічалася одна дитина з такою вадю. На теперішній частота народжуваності дітей з розщепленнями губи і піднебіння коливається в різних країнах від 1 випадку на 500 новонароджених до 1 випадку на 2500 новонароджених, та існує тенденція до збільшення кількості таких дітей.

7-8-й тижні вагітності є критичними для розщеплення верхньої губи та піднебіння.. Це вади складної етіології, тобто мультифакторні. На них мають вплив як генетичні, так і зовнішні фактори, або їх поєднання. А саме:

1. Біологічні фактори (такі хвороби, як паротит, токсоплазмоз, краснуха, грип та ін.);
2. Хімічні фактори (вплив ядохімікатів, луг, формальдегідів, фенолів та ін.);
3. Отримання електромагнітного опромінення одним з батьків (навіть від комп'ютера);
4. Радіаційне опромінення під час вагітності;
5. Ендокринні, гінекологічні захворювання матері;
6. Дефіцит основних поживних речовин в організмі матері (цинк, магній, мідь, марганець);
7. Вік батьків (як і дуже рання, так і пізня вагітність);

8. Прийом матір'ю ліків під час вагітності (жарознижувальні, антипаразитарні, гормональні, седативні, антибіотики та ін.);
9. Психічні травми;
10. Професійна шкода (наприклад, вібрація);
11. Вплив алкоголю, паління, наркотиків.

Також слід зазначити, що Н.І. Каспаровою (1981) були виділені мікроознаки розщеплення верхньої губи і піднебіння: борозна на піднебінні або на язичку м'якого піднебіння, розщеплення язичка піднебіння, несиметричний кінчик носу, несиметричне положення основи крил носу.

Діти з вродженими розщепленнями мають багато функціональних розладів (ковтання, зовнішнього дихання, смоктання та ін.), що значно знижують імунітет. Їм потрібен постійний нагляд лікаря та систематичне лікування. Психічний розвиток таких дітей може бути різним: як і нормотипові діти, так і з затримкою психічного розвитку. В деяких випадках спостерігаються неврологічні мікроознаки, які ускладнюють ринолалію ураженням центральної нервової системи. Зміна оральної чуттєвості ротової порожнини є характерною ознакою дітей з відкритою ринолалією. Едвардс М. вказував на значні зміни в стереогнозі дітей з розщепленнями порівняно з нормою. Причиною цього є дисфункція сенсомоторних провідних шляхів із-за відсутності повноцінного грудного вигодовування. Мовний апарат (а саме його структура і функціонування), таких дітей має патологічні особливості, що викликає багато відхилень не тільки в оформленні звукової сторони мовлення, а й інших структурних компонентів мовлення.

Набута відкрита органічна ринолалія виникає внаслідок набутого паралічу м'якого піднебіння, його рубцьових змінах, перфорації твердого і м'якого піднебіння, пухлини, пошкодження блукаючого та лицьового нервів та ін.

При функціональній відкритій ринолалії відбувається недостатній підйом м'якого піднебіння під час фонації. Причиною може бути млява артикуляція м'якого піднебіння, проявлятися при істерії як самостійна вада, або за наслідкуванням.

Однією з функціональних форм є «звичайна» відкрита ринолалія, яка спостерігається зазвичай після аденотомії, іноді внаслідок постдифтерійного парезу м'якого піднебіння.

Зміни твердого або м'якого піднебіння не виявляються при функціональному обстеженні даної форми ринолалії.

До проведення оперативного втручання по видаленню аденоїдальних розростань у дитини спостерігається функціональна закрита ринолалія., яка викликана тим, що аденоїди ускладнюють, а то й зовсім унеможливають носове дихання. Разом з тим, відбуваються патологічні зміни не тільки в носоглотці. Виникають порушення фізіології середнього вуха. У нормі у людини працює система, яка регулює різницю тиску між зовнішнім атмосферним тиском і внутрішнім, яке існує в порожнині носа і носоглотці. Цей процес регулюється завдяки слуховій (евстахієвій) трубці. З неї повітря проникає в середнє вухо з порожнини носа. Вхід в слухову трубку знаходиться в носоглотці, в безпосередній близькості від місця знаходження аденоїдної тканини. Тому, якщо у дитини збільшується носоглоткова мигдалина, вона перекриває гирлі слухової труби, ускладнюючи вільне проходження повітря в середнє вухо. В результаті, барабанна перетинка втрачає свою рухливість, що відбивається на слухових відчуттях - дитина недостатньо добре чує. В цьому випадку страждає не тільки фізіологічний слух, а й фонематичний. Також у таких дітей спостерігається зниження працездатності. На сьогоднішній день вже доведено, що при нестачі носового дихання організм людини недоотримує до 12-18% кисню, який дуже важливий для роботи головного мозку. Особливо це важливо для підростаючого дитячого

організму. Діти мають дуже розвинену мережу кровоносних судин слизової оболонки порожнини носа, де йде активне всмоктування кисню. Тому у дитини, що страждає утрудненням носового дихання в силу розростання аденоїдів, спостерігається постійна нестача кисню і, перш за все, страждає головний мозок. Тому діти, які страждають аденоїдами погано вчаться, у них знижена працездатність, вони менш уважні. Також при аденоїдних розростаннях порушується ріст кісток лицьового скелету, що напряму впливає на розвиток артикуляційного апарату. Тому страждає фонетична сторона мовлення. Дитина не вимовляє окремі букви, постійно говорить в ніс (гугнявить). Причому, батьки часто не помічають цих змін, так як «звикають» до вимови дитини.

Після проведення оперативного втручання начебто повинно відновитися правильне фізіологічне дихання, але це не завжди відбувається, дитина продовжує дихати через рот і назалізація звуків не зникає, тому замість закритої функціональної ринолалії у дитини спостерігається відкрита функціональна ринолалія.

1.3. Особливості опанування звуковимовною стороною мовлення дітьми з відкритою ринолалією

Загальними симптомами порушення звуковимовної сторони мовлення для осіб з ВР є зміни фізіологічного і фонаційного дихання (відсутність спрямованого повітряного струменю і неспроможність диференціювати ротовий та носовий видихи, порушення плавності та ритмічності мовлення), анатомо-функціональні порушення м'язів органів артикуляційного апарату (язика, губ, гортані, м'якого піднебіння, глотки, гортані, голосових складок, м'язів), порушення резонування і акустичних характеристик голосу (зміна тембру та сили голосу), спотворення звуковимови.

При відкритій ринолалії змінюється тембр голосних звуків, особливо «и» та «у», під час артикуляції яких найбільш звужується ротова порожнина, при проголошенні звуку «а» спостерігається найменший назальний відтінок. Під час проголошення приголосних звуків кінчик язика опускається, а корінь, навпаки, напружується, тому більша частина приголосних набуває «задньоязикового» хриплавато-го відтінку, який нагадує звук «х». Також значно змінюється тембр при проголошенні ротових звуків «б», «п», «д», «д'», «т», «т'», «г», «к», так як в ротовій порожнині не утворюється необхідний повітряний тиск внаслідок неповного перекриття носової порожнини. Страждає вимова губно-зубних «в» і «ф», сонорних «л» і «р» (повітряний струмінь в ротовій порожнині настільки слабкий, що не може викликати дрижання кінчика язика для утворення звуку «р»). Значно порушується артикуляція носових «м», «м'», «н», «н'», може відбуватися заміна на «д» і «б». Звуки набувають назального відтінку, між собою майже не диференціюються, голос стає тихим і глухим. Діти, намагаючись чіткіше і зрозуміліше вимовляти, підключають м'язи, м'язи крил носу і губ, що викликає гримаси і погіршує загальне враження мовлення.

До 80% дітей з органічною відкритою ринолаією мають знижений слух внаслідок частих простудних захворювань, ринітів, запалень євстахієвої труби, які ведуть до захворювань вуха. А зниження слуху, нечітка вимова викликають у дітей з відкритою ринолалією недорозвиток фонематичного сприйняття, а потім і труднощі в оволодінні звуковим аналізом слів.

При функціональній відкритій формі страждає звуковимовою переважно голосних звуків, приголосні в більшості випадків не змінюються. Може змінюватися тембр носових звуків «м», «м'», «н», «н'», іноді навіть більше, чим при органічній формі.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИКА ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ З ПОДОЛАННЯ ПОРУШЕНЬ ЗВУКОВИМОВИ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ВІДКРИТОЮ РИНОЛАЛІЄЮ

2.1. Експериментальне дослідження стану сформованості звукословної сторони мовлення у молодших школярів із відкритою ринолалією

2.1.1. Характеристика учасників експерименту.

1. Софія М., 7 років. (Додаток А).

У трирічному віці при обстеженні отоларинголог припустила, що в дитини є розщелина м'якого піднебіння. При подальшому обстеженні первинний діагноз був підтверджений, проведено оперативне втручання (розщеплення м'якого піднебіння і коротка вуздечка верхньої губи). За логопедичною допомогою батьки звернулися тоді, коли дитині виповнилося 6 років.

Результати обстеження: будова артикуляційного апарату: верхня губа тонка. Рухливість губи обмежена, оперована коротка вуздечка верхньої губи. Зуби, прикус, язик в нормі. Темп виконання рухів повільний, не в повній мірі. Переключати рухи не може. Тонус м'язів язика нормальний. М'яке піднебіння опероване внаслідок вродженої розщелини. Маленький язичок малорухливий, права дужка дещо витягнута. При ротовому видиху наявна носова емісія. Мовлення: вимова нечітка, тиха, з носовим відтінком. Поручена вимова шиплячих, задньоязикових звуків. Звук [в] – відсутній, звуки [р], [л] – замінює на [й]. Словниковий запас в межах норми. Фонематичний слух не порушений. Граматичні конструкції вживає правильно. Зменшувально-

пестливі форми утворює не точно. Складова структура слів порушена частково (пропуски складів, спрощення в групах приголосних). Розповідь за сюжетними малюнками не складає. Називає за кожним малюнком 1-2 слова. Дрібна моторика розвинена слабо, ручку тримає усіма пальцями, малює без натиску.

Діагноз: відкрита органічна ринолалія, дислалія

2. Каріна, 7 років. (Додаток А).

Відразу після народження проведено оперативне втручання (уранопластика ізольованого незрощення м'якого та заднього відділу твердого піднебіння). Наявна носова емісія. Струмінь ротового видиху слабкий. Вимова нечітка, оглушена, тиха, з носовим відтінком. Порушена вимова звука [р], свистячих та шиплячих. Фонематичний слух не порушений.

Діагноз: відкрита органічна ринолалія, ФНМ.

3. Сашко, 9 років. (Додаток А).

В 2,5 роки перестав розмовляти, батьки зверталися до різних лікарів, дитині встановлювали помилкові діагнози «алалія», «розлад аутичного спектру». З-за хронічного риніту звернулися до отоларинголога, яка поставила діагноз «аденоїдит» і рекомендувала операцію. В 3 роки проведено операцію по видаленню аденоїдальних розростань і підрізанню мигдалин. Після операції хлопчик продовжував мовчати, тільки гудів в ніс. Мати звернулася до логопеда в м. Кривий Ріг, яка півтора роки працювала з дитиною. Логопедична робота розпочалась з постановки голосних звуків та вироблення мовленнєвого дихання. Потім, у зв'язку з від'їздом логопеда в інше місто, логопедичні заняття перервалися. На той момент Сашко вже вимовляв ізольовано звук [ш]. Мама продовжувала заняття самостійно по постановці та автоматизації шиплячих звуків. На момент звернення не вимовляв тільки звуки [л], [л'], [р], [р'], вимова шиплячих звуків при нижньому положенні язика. З'ясовано, що внаслідок підрізання мигдалин був

ушкоджений нерв (n. lingualis) в правій частині язика. Коли сильно хвилюється, починає гугнявити.

Діагноз: була відкрита функціональна ринолалія, зараз – залишилися часткові прояви відкритої функціональної ринолалії, ФНМ, дизартрія.

4. Влада, 8 років. (Додаток А).

В 6 років була проведена операція по видаленню аденоїдальних розростань. Розмовляє з вираженим носовим відтінком, голос дуже грубий, схожий на чоловічий. Звук [p] замінює на звук [pʼ].

Діагноз: відкрита функціональна ринолалія, ринофонія.

5. Софія Д., 7 р.

Батьки звернулися за логопедичною допомогою, так як дитина не вимовляла багато звуків (міжзубна вимова свистячих, всі шиплячі замінювалися на викривлені свистячі, звуки [л], [лʼ], [p], [pʼ] на звук [v] губний). Дитина зовсім не може дихати носом, аденоїдальне лице, сильний набряк піднебінної завіси, вона вигнута вниз у напрямку спинки язика (як половина м'яча для пінг-понгу), розмовляє з вираженим носовим відтінком, під час мовлення постійно позіхає (кисневе голодування?). Розсіяна увага. Діагноз: закрита функціональна ринолалія. Батькам рекомендовано терміново звернутися до отоларинголога. Проведено операцію по видаленню аденоїдальних розростань. Через 5 тижнів після операції знову звернулися за логопедичною допомогою. Носовий відтінок залишився, дихати через ніс не вміє.

Діагноз: відкрита функціональна ринолалія, ФНМ.

6. Даша, 7 років. (Додаток А).

Вперше батьки звернулися за консультацією, так як дитина не вимовляла багато звуків (всі свистячі і шиплячі замінювалися на звук [ф], звуки [л], [лʼ] - на звук [v] губний, звуки [p], [pʼ] замінювалися звуком [й]). Дитина зовсім не може дихати носом, аденоїдальне лице,

сильний набряк піднебінної завіси, вона вигнута вниз у напрямку спинки язика. Дитина розмовляє з вираженим носовим відтінком, під час мовлення постійно позіхає (кисневе голодування?). Часте поверхнєве ключичне дихання. Діагноз: закрыта функціональна ринолалія. Батькам рекомендовано терміново звернутися до отоларинголога. Проведено операцію по видаленню аденоїдальних розростань. Через 2 тижні після операції знову звернулися за логопедичною допомогою. Носовий відтінок залишився, дихати через ніс не вміє.

Діагноз: відкрита функціональна ринолалія, ФНМ.

2.1.2. Опис методів та прийомів діагностичної процедури.

Для того, щоб скласти ефективний план логопедичної роботи з корекції звуковимови дітей з відкритою ринолалією, потрібно провести всебічну медико-психолого-педагогічну діагностику, яка включає вивчення даних анамнезу, логопедичного і психолого-педагогічного обстеження.

На важливість комплексного дослідження дітей з вадами піднебіння звертали увагу Чіркiна Г.В., Волосовець Т.В. та ін. Для цього можна використати різні методи дослідження: вивчення медичної та педагогічної документації, педагогічне спостереження за дітьми під час проведення діагностичної бесіди або логопедичного заняття, бесіди з лікарями, батьками, дітьми, об'єктивні методи дослідження, рентгенографія і т.д.

У процесі виявлення та подальшого подолання будь-якого мовленнєвого порушення необхідно дотримуватися основоположних принципів логопедії. При обстеженні дітей з відкритою органічною або функціональною ринолалією найбільш актуальними є наступні: принцип комплексності, принцип індивідуального підходу, принцип системного підходу, принцип обліку провідної діяльності віку.

До медико-психолого-педагогічної діагностики відноситься вивчення даних анамнезу, логопедичного та психолого-педагогічного статусу дитини з ринолалією. Дослідження дитини починається з бесіди з батьками та вивчення медичної та психолого-педагогічної документації.

Під час збору даних анамнезу та вивчення документації потрібно звернути увагу на наступне:

- особливості протікання пренатального, натального та постнатального періодів;
- тип і вид розщеплення при органічній формі ринолалії;
- піднебінно-глоткове змикання;
- аномалії в будові органів артикуляції та порушення їх функції;
- голосову та дихальну функції;
- ранній фізичний і мовленнєвий розвиток;
- стан моторної функції: загальну моторику, дрібну моторику пальців рук, артикуляційну моторику;
- загальний психо-соматичний стан дитини;
- стан інтелекту;
- соціальні фактори, які впливають на розвиток дитина (оточення, виховання та ін.);
- результати медичного обстеження отоларингологом (обов'язково визначення фізичного слуху дитини);
- чи проводилася логопедична робота (де, протягом якого часу, зміст та мета занять, яка динаміка).

Логопедичні обстеження, метою яких є визначення структури та ступеня мовленнєвого порушення, первинної причини мовного дефекту:

- обстеження артикуляційного апарату (анатомічний устрій: губи (товсті, закоротка верхня губа, неповне змикання губ), щелепи (прогенія, прогнатія), вуздечка, м'яке піднебіння, зуби);

- обстеження активності лицьовій і м'якої мускулатури з метою виявлення патологій,
- обстеження дихання у дітей з відкритою ринолалією;
- обстеження артикуляційної моторики;
- обстеження просодичної сторони мовлення;
- обстеження звуковимови;
- обстеження звуко-складової структури слова;
- обстеження стану фонематичних процесів;
- обстеження лексико-граматичної будови мовлення;
- обстеження стану монологічного мовлення.

Схема обстеження дихання у дітей з відкритою органічною ринолалією:

- тип фізіологічного дихання (верхньо-ключичне, ключично-грудне, діафрагмально-реберне);
- частота дихання (норма, прискорене);
- ритмічність дихання (норма, аритмічне);
- носове дихання (норма, утруднене, відсутнє);
- ротової видих (сформований / не сформований);
- спрямованість повітряного струменя (сформована / не сформована);
- мовленнєве дихання (видих при фонації): носове, ротове, змішане;
- глибина, тривалість і спрямованість мовленнєвого видиху (ротового видиху при фонації).

Схема обстеження якостей голосу у дітей з відкритою органічною ринолалією:

- сила голосу (надмірно гучний, тихий, слабкий, вичерпується)
- висота голосу (вміння змінювати голос по висоті, можливість голосових модуляцій): модульований/ не модульований;

- тембр голосу (ступінь назалізації - гіперназалізація, сильна, помірна, відсутня; яскравість, дзвінкість, глухість голосу, наявність осиплості або захриплості голосу, напруженості фонації).

Особливості голосової функції виявляються в ході обстеження та бесіди з дітьми.

Одним із поширених та популярних функціональних методів дослідження при ринолалії є проба Гуцмана (Crutzmann), яку роблять при різних розладах голосу. Вона полягає в тому, що дитину просять довго безперервно казати голосний звук [a] або [i] (краще в середньому розмовному регістрі), при цьому легко надавлюють на щитовидний хрящ. Коли різко зменшується натиск, то голос стане вищим на $\frac{1}{2}$ -1 тон, та швидко повертається до звичайного. Але, якщо є розлади голосу, то голос змінюється сильніше і набагато повільніше повертається до звичайної тональності. Чим більше відхилення і повільніше відновлення голосу, тим тяжча патологія. Також при проголошенні голосних [a] та [i] логопед може затискувати і відпускати крила носа, тим самим то закриваючи, то відкриваючи носові ходи. При зажатому носі голосні звуки оглушуються, одночасно з цим виникає сильна вібрація крил носу, яку може відчутти логопед своїми пальцями.

Обстеження стану звуковимови:

На даному етапі основною метою є оцінка сформованості звуковимовної сторони мовлення у дитини. Обстеження починається з перевірки ізольованого проголошення звуків, потім пропонують вимовляти слова і фрази, що містять певні звуки, за малюнками та/або за логопедом. При складанні перевірочних фраз використовуються слова простої складової структури. В останню чергу перевіряється проголошення звуків у спонтанному мовленні.

Обстеження просодичної сторони мови:

Важливо звернути увагу на мелодико-інтонаційну виразність, дотримання темпо-ритмічної організації мовлення, виразність емоційних

відтінків, розстановку пауз, логічних наголосів, гучність, чіткість мови в цілому. Дослідження проводиться на матеріалі віршів, казок, приказок.

Обстеження стану фонематичного сприйняття і здатності до фонематичного аналізу:

Дослідження проводиться в трьох напрямках: диференціація ізольованих звуків, на рівні складів і на рівні слова. Для того щоб труднощі промовляння не впливали на якість диференціації, пропонуються завдання, не потребуючі артикулювання.

Обстежуючи дитину, також *важливо визначити*, чи є ринолалія самостійним дефектом, чи ускладнюється фонетико-фонематичним недорозвиненням мови, загальним недорозвиненням мови, дизартрією, дисграфією, дислексією, ринофонією.

Психолого-педагогічне обстеження включає обстеження психологічної бази мовлення, виявлення особливостей психічного розвитку дітей, провідної діяльності (особливості ігрової діяльності дітей), вивчення рівня сенсорного розвитку, стану загальної та дрібної моторики. Дослідження може проводитися спільно психологом та іншими педагогами, які працюють з дітьми даної категорії.

2.1.3. Аналіз результатів дослідження

Обстеження дітей з відкритою формою ринолалії були проведені серед учнів початкових класів Апостолівського ліцею № 3. Під час проведення діагностичного етапу дослідження та збору анамнестичних даних було виявлено органічну форму ринолалії у 33 % обстежених та функціональну форму у 67% обстежених (рис. 1). З них 17% - хлопці, а 83% - дівчата (рис. 2). Всі діти є здобувачами освіти початкового рівня (рис. 3). У двох дітей з функціональною формою ВР спостерігаються супутні порушення: у однієї дитини – ринофонія (25 % з ВФР та 17%

ВР), у другій – дизартрія (25 % з ВФР та 17% ВР). У однієї дитини з органічною формою виявлено дислексію (50% ВОР та 17% ВР).



Рисунок 2.1. Співвідношення дітей з органічною та функціональною формою ринолалії

З'ясовано, що, чим раніше дитині проведено хірургічне втручання по усуненню причин вад мовлення (при органічній формі – уранопластика та стафілоластика, при функціональній формі – аденотомія, тонзілотомія), тим швидше отримуються позитивні результати логопедичної роботи.

Дітям з органічною формою у 50% випадків операцію проведено майже відразу після народження, та у 50% - в 3-х річному віці. Це пов'язано з тим, що в першому випадку незрощення твердого та м'якого піднебіння було виявлено УЗД в пренатальному періоді. Дитині спочатку був встановлений obturator, а в 3 місяці проведено операцію ураностафілоластики. В другому випадку розщеплення м'якого піднебіння було виявлено отоларингологом тільки в 3-х річному віці, тоді ж і відбулося хірургічне втручання (стафілоластика). Батьки дітей за логопедичною допомогою звернулись тільки після того, як дітям виповнилося 5 років. Логопедичні заняття проводились спеціалістами ІРЦ на протязі 1 року. У дитини, якій виправлено ваду фізичного розвитку майже відразу після народження, було виявлено менше вад

мовлення, ніж у тієї, що не отримувала медичної допомоги до виявлення вади та пройшла хірургічне лікування в 3 роки. Внаслідок цього у другому випадку етапи становлення мовлення (гуління, лепет, перші слова і т.д.) пройшли не в повній мірі і не вчасно, що мало прямий вплив на його формування.



Рисунок 2.2. Гендерне співвідношення дітей з відкритою ринолалією

75 % дітей з функціональною формою відкритої ринолалії до проведення операції по видаленню аденоїдальних розростань мали функціональну форму закритої ринолалії. Це відбулося внаслідок того, що батьки дітей або не звертались до лікаря зовсім, або ж не слідували рекомендаціям лікаря, вважаючи, що дитина «переросте» і все саме собою стане добре. Аденоїдальні розростання не можна прибрати медикаментозними методами, можна тільки припинити їх розростання. У тому ж випадку, коли вони розростаються так, що закривають всю носову порожнину, єдиним рішенням проблеми є тільки аденотомія.

У 25% відсотків випадків велике аденоїдальне розростання у дитини не було помічено лікарем-педіатром, в результаті дитина в 2,5 роки зовсім перестала розмовляти. Під час огляду дитини

отоларингологом було виявлено аденоїдит та тонзіліт, які прооперовано в трьохрічному віці. Після операції мовлення не відновилося, дитина тільки гуділа в ніс (за словами мами було щось подібне до «а» та «mmm»). Психіатри і неврологи встановлювали дитині помилкові діагнози (алалія, ЗПР, РАС). За рекомендацією родичів мама звернулася до логопеда в м. Кривий Ріг (на той час в м. Апостолове був тільки 1 логопед, який відмовився надавати логопедичну допомогу, так як не стикався з такими випадками). Логопедичні заняття проводились на протязі 1,5 років 3 рази на тиждень. Спочатку дитині були поставлені голосні звуки, потім відбувалась постановка приголосних. Носовий відтінок зберігався приблизно на протязі 3-4 місяців, потім зник. Тоді, коли вже поставили ізольований звук «ш», логопед переїхала жити до м. Дніпро, заняття зупинились. Мама самотужки намагалась поставити інші звуки. Дитина почала вимовляти всі шиплячі звуки, але при обстеженні виявлено, що при їх утворенні положення язика не правильне – стінка піднята, а кінчик язика опущений до нижніх різців. Також виявлено, що під час підрізання мигдалин (тонзілектомії) було ушкоджено нерв (n. lingualis) в правій частині язика, внаслідок чого у дитини є прояви дизартрії.



Рисунок 2.3. Вікова характеристика контингенту

Логопедичну допомогу до проведення операції діти з відкритою органічною формою ринолалії не отримували, а з функціональною формою – тільки 1 дитина (25 % з ВФР та 17% ВР). Батьки двох дітей з функціональною формою закритої ринолалії після проведеної логопедичної консультації отримали рекомендацію звернутися до отоларинголога, що вони й зробили.

У 100% відсотків дітей функціональна форма ринолалії проявилася після операції по видаленню аденоїдальних розростань.

У 100% дітей після аденотомії діагностовано функціональну форму відкритої ринолалії.

При проведенні проби Гуцмана у 1 дитини (25 % з ВФР та 17% ВР) виявлено патологічне змінення тембру голосу – ринофонію, в дитини є вузли на голосових складках.

Тобто, всього виявлено 6 дітей з відкритою ринолалією, з них 3 дітей (50%) мають супутні порушення мовлення – ринофонію, дизартрію і дислалію.



Рисунок 2.4. Назалізація голосних звуків на діагностичному етапі.

У всіх дітей спостерігалася назалізація голосних звуків різного ступеню, але у 1 дитини вона проявлялася тільки під час хвилювання (тимчасова), у інших – постійно (стійка) (рис. 4).

Слід зауважити, що батьки звикли до назалізованої вимови своїх дітей і не звертали на неї увагу. Їх більше турбували вади звуковимови приголосних звуків, а носову вимову як голосних, так і приголосних звуків вважали не суттєвою.

Група назалізованих приголосних звуків у кожному окремому випадку різна.

Всі діти мали вади вимови приголосних звуків (спотворення, заміну або відсутність). Найбільше порушена вимова шиплячих звуків (64%) та сонорних «р»-«л» (100%) (рис. 5).

Таблиця 2.1. Порушення вимови приголосних до проведення логопедичної роботи з корекції звуковимови

№ з/п	Ім'я дитини	Форма відкритої ринолалії	Приголосні звуки			
			Задньоязикові «к»-«г»-«х»	свистячі	шиплячі	сонорні «л»-«р»
1	Влада	функціональна	-	-	-	+
2	Сашко	функціональна	-	-	-	+
3	Даша	функціональна	-	+	+	+
4	Софія Д.	функціональна	-	+	+	+
5	Каріна	органічна	-	-	+	+
6	Софія М.	органічна	+ (всі)	+	+	+
Всього, кількість			1	3	4	6
Всього, у відсотках			17	50	67	100

В таблиці 2.2 показано, які групи звуків потребували виправлення вимови на початку експерименту.

У всіх обстежених дітей було порушене фізіологічне дихання, присутнє або верхньо-ключичне, або грудне. Диференціювати ротовий і носовий видих змогла тільки 1 дитина (Сашко, який, займався 1,5 роки з логопедом). Це пояснює присутність назалізації у вимові.



Рисунок 2.5. Порушення звуковимови приголосних звуків при первинному обстеженні

На діагностичному етапі було з'ясовано, що словниковий запас дітей в межах вікової норми, а складова структура слів частково порушена у дітей з органічною формою відкритої ринолалії. Всі діти без порушень інтелектуального розвитку. Та у всіх дітей порушення мовлення викликало порушення психо-емоційного стану, вони соромляться розмовляти, що не може не впливати негативно на самооцінку.

В оцінці узагальнених рівнів мовлення учасників експерименту ми взяли за основу класифікацію Ж.Тардьє (1968), французького невролога:

1. Високий (мовлення повністю зрозуміле оточуючим, назальний відтінок відсутній (норма)).
2. Достатній (мовлення зрозуміло оточуючим, але є деякі порушення (викривлення) вимови, присутній невеликий назальний відтінок – помірна назалізація).
3. Середній (мовлення не зовсім розбірливе, присутні значні порушення вимови, в тому числі відчутніший назальний відтінок – сильна назалізація).
4. Низький (мовлення незрозуміле оточуючим з сильним назальним відтінком - гіперназалізація).

За даною класифікацією мовлення учасників експерименту на діагностичному етапі було оцінено наступним чином:

1. Високий рівень – 0 %.
2. Достатній рівень – 33%. (Сашко, Каріна).
3. Середній рівень – 67%. (Даша, Влада, Софія М., Софія Д.).
4. Низький рівень – 0 % .

2.2. Система логопедичної роботи з корекції порушень звукової системи мови у молодших школярів з відкритою ринолалією

Зазвичай діти з органічною формою відкритої ринолалії ще до школи проходять доопераційний етап. А діти з функціональною відкритою ринолалією проходять доопераційний етап як в дошкільному, так і в шкільному віці. В даному дослідженні діти з відкритою органічною ринолалією (2 дитини) не отримували логопедичної допомоги до операції. У дітей з функціональною відкритою ринолалією до операції по видаленню аденоїдальних розростань була функціональна закрита ринолалія (а саме у трьох дітей), і тільки одна дитина з них отримала логопедичну допомогу до операції. Трьом учасникам експерименту з функціональною формою оперативне втручання проводилось в першому класі або в літній період перед вступом до школи.

Тому доопераційний етап в початковій школі доцільно передбачити для дітей з функціональною закритою ринолалією з метою попередження виникнення відкритої функціональної форми, або ж для підвищення успішності логопедичної роботи в післяопераційний період.

До операції необхідно підготувати основу правильної звуковимови:

1. Виробити правильне фізіологічне дихання (діафрагмально-реберне). Постановка ротового видиху, диференціація ротового і носового видиху:

Для його досягнення ми використовували наступні вправи. Спочатку відпрацьовували короткий енергійний видих, контролюючи рух нижніх відділів грудної клітки і стінки живота руками; потім переходили до тривалого і рівномірного видиху, який не ставав слабким наприкінці, а потім формували видих біля губ, схожий на свист. Дуже ефективною є вправа, яку потрібно виконувати, лежачи на спині – в районі сонячного сплетіння розміщують невеликий предмет (іграшку, книжку, маленьку коробку тощо) і пропонують робити дитині вдих, надуваючи живіт, тим самим піднімаючи предмет. При видиху предмет опускається. Дітям ця вправа дуже подобається, водночас вона є досить ефективною. Також ми виховували вміння робити швидкий добір повітря під час мовлення (вимовляти склади, слова, а потім і фрази, використовуючи прийом «зігрівання рук»). Контролювали видих дзеркальцем, розміщеним під носом, біля його крил, – воно запотіває у випадку видиху через ніс. Або ж використовували наступне: брали дитину за руки, запропонувавши спочатку вдихнути, потім видихнути і затримати повітря, потім, за вказівкою логопеда шляхом натиснення великим пальцем в середину долоні, повторити фразу на довидиху.

Також використовували різні завдання задля диференціювання видиху: вдих і видих через ніс, вдих через ніс - видих через рот, вдих через рот - видих через ніс, вдих через рот і видих через рот. Таким чином ми виробили у учасників експерименту кінестетичні відчуття розслаблення і напруги м'якого піднебіння, досягли диференціації ротового і носового видиху. Завдяки вищевказаним вправам при постійному контролі положення спинки язика при розслабленні нижньої щелепи та відведенні куточків роту в сторони з'являються необхідні умови для утворення не назалізованих звуків. [5]

Вправа 1. Підкреслюючи наголосом закінчення, проголошували наступні слова і словосполучення:

- Ау, в гаю, Іллею, , зорею, ялинкою, айвою, собою, тобою, малою, вербою, мітлою, дзигою.

- Вирій, Юрій, милий, їжею, вежею, межею, білиною, водою (при цьому обов'язково видихаючи на закінченнях).

Потім протягом одного видиху вимовляли декілька вищенаведених слів, наприкінці вже промовляли короткі фрази.

Вправа 2. Проказували фрази, контролюючи закінчення:

- Ія, випий айвової води! Ілля, поливай лілію водою! Юля в теплій майці. Валерій, клей фотографію! Айва і вільха - дерева. У верби я і Ви, а Ія у айви. Лілю і Вілю плекали. Біля алеї біла лілея. Вліво валили ялини, а вправо валили хвою. Юлій ухилився від прямої відповіді дзигою. Я воюю. Віталій пиляв пилкою. Гавкай, лайка, у тайзі! Птахи полетіли в теплі краї. Біля білих голубів стрибає горобчик.

- А в ті краї. Взяв би я? Що взяв би я. Їжі, пиття.

- Туди б що б зібрав би я?

- Була стара в казці злій. Звали бабою Ягою.

- Твій Ілля такий ледар, тільки відпочинок подавай! [5]

Вправа 3. На зібраність видиху на губах типу рупора:

- Вовк виє: у-у-у. Юля в'юном в'ється! Оля дає Вові йод. Тут вхід і вихід. Хвалю халву. У Толі тепле пальто. Ось і двір, ледь йду-йду. Хто від кого, той у того. Оля стогнала: «Ох-ох». Вдих і видих. Теплота топить лід. Туки-туки-туки-тук! Хрюки-Хрюки-Хрюки-Хрюк! Пото грав в лото. У ялинки голки кілки. Добув бурлака бобів. Воюю дробом. Утя! Утя! У-тя-тя! Хто забрав твоє дитя? Волі вдосталь!

Вправа 4. На розподіл і подовження видиху. З інтонацією перерахунку промовляють разом групи слів, а також рахункових одиниць зі збільшенням їх кількості:

- «Тихий! Кволий! Пухкий! Лихий! »

Промовивши кілька разів будь-який ланцюжок слів, можна в подальшому додавати по слову, наприклад,

- « Тихий! Кволий! Пухкий! Лихий! М'який! »;
- Відлік часу: « П'ять! Чотири! Три! Два! Один! Іди! » та ін.

Вправою домагалися чіткості і повноти промовляння мовленнєвого матеріалу, рівномірності і плавності видиху без добору повітря. Кожне збільшення ланцюжка на одне слово відпрацьовували протягом тижня. До збільшення кількості слів і цифр переходили тільки тоді, коли останні слова «Один! Іди!» звучали повноваго, вільно, з достатнім ротовим видихом і утримуванням м'якого піднебіння в піднятому стані.

Раціональне використання ротового видиху сприяє яскравості, чіткості мовлення, розвитку мелодійності і благозвучності мовлення. [5]

Слід зауважити, що діти з закритою функціональною формою не спроможні проголошувати без довдоху довгі фрази, тому що в них починається кисневе голодування – вони постійно позіхають, швидко втомлюються.

Дітям постійно пояснювати, що для правильного голосоутворення необхідно мати натренований дихальний апарат і що саме артикуляційна гімнастика з дихальними вправами допомагають розвинути рухливість черевних і грудних м'язів, діафрагми, дозволяють збільшити інтенсивність і тривалість ротового видиху.

Спочатку виконували вправи на розвиток диференційованих вдоху та видоуху, закриваючи по черзі ніс і рот. Надалі ніс і рот вже не закривали, але як вдих, так і видих здійснювали тільки через один з названих резонаторів. На цій стадії роботи використовували найрізноманітніші поєднання диференційованих вдихів і видихів.

Для досягнення найкращих результатів роботи і підвищення зацікавленості дитини в правильному виконанні вправ використовували зоровий контроль: під самими носовими ходами розміщували вузьку смужку тонкого паперу, яка при правильному видиху через рот повинна залишатися абсолютно нерухомою. Відхилення цього папірця свідчить

про те, що частина повітря, що видихається, виходить через ніс, чого бути не повинно.

Крім зорового контролю поступово виховували і слуховий контроль дітей, тренували їх в розрізненні нормально голосу і голосу з носовим відтінком. Спочатку для цього можна використовували імітацію того чи іншого способу голосоутворення самим логопедом. Дитина при цьому кожен раз повинна була визначити, яка з фраз була проголошена правильно, а яка - ні. Виховання такого вміння дуже важливо в цілях подальшого самоконтролю над промовою, оскільки дитина з ринолалією не чує назалізацію свого мовлення.

Насамперед відпрацьовували діафрагмальне дихання, яке є найбільш глибоким, сильним, керованим в момент тривалого видихання повітря через рот, і воно уповільнює частоту дихання, внаслідок чого знижується швидкість повітря, що видихається, тим самим опосередковано знижується витік видиху через ніс, що сприяє розслабленню і розправленню спинки язика. Постановку і відпрацювання діафрагмального дихання проводили спочатку в горизонтальному положенні або в положенні напівсидячи, а потім - стоячи. При вдиху верхня стінка живота і нижні відділи грудної клітини злегка піднімаються, а при видиху плавно опускаються. Потім витримували паузу, в результаті якої навчаються розслаблюватися піднебіння і глоткові м'язи. Через деякий час вправу повторювали. Рух стінки живота і нижнього відділу грудної клітини контролювали областю променевого згинача кисті руки, щоб плечі не піднімалися. Таким же чином відпрацьовували не лише тривале, але і поштовхоподібне дихання (останнє допомагає яскравіше відчутти рух діафрагми і стінки живота). Відомо, що діафрагма, гортань і всі резонатори об'єднані єдиною системою управління, що дозволяє стимулювати різні органи мовленнєвого апарату гімнастикою. [5]

Якщо в дитини це не виходило, використовували логотейпування або елементи логомасажу. Для цього ставили руки на нижню лінію ребер таким чином, щоб великі пальці сходились над сонячним сплетінням, а всі інші розміщувались під ребрами, кінчики пальців направлені до боків. При вдиху натискали великими пальцями, як би допомагаючи витиснути повітря, при видиху відпускали. За декілька прийомів зазвичай дитина починала оволодівати діафрагмальним диханням. Якщо ж цього не відбувалося, використовували тейп (але спочатку обов'язково перевіряли чутливість шкіри дитини до акрилового клею медичного тейпу – невелику смужку клеїли на внутрішню сторону передпліччя і спостерігати за реакцією). В цього тейпу є два якорі, які закріплювали над сонячним сплетінням, починаючи з однієї сторони, тейп клеїли з середнім натягуванням по нижній лінії ребер, постійно нахиляючи дитину в протилежну сторону. Завдяки темпу дитина починала дуже добре відчувати діафрагмальне дихання, їй легше ставало ним оволодіти і керувати.

Задля розвитку спрямованого ротового видиху використовували наступні вправи:

- здували зі столу або долоні дрібні предмети (ми брали вату, помпончики, маленькі плетені пташки). Також використовували дихальний тренажер з двома доріжками, на яких розташовували два м'яча для пінг-погу і пропонували на них дути;
- використовували для дуття різні вітрячки;
- грали на духових інструментах з отвором (дитячі дудочки та ін.);
- видували мильні бульбашки, дули через трубочку в прозорі закриті стакани, наповнені порізаними пластиковими трубочками або просто в стакан з водою чи іншою рідиною, яку можна вживати в їжу;

- використовували спеціальні індивідуальні дихальні тренажери, в яких м'ячики з пенопласту потрібно утримувати повітряним струменем;
- промовляли звуки -ф-, -т-, -к-, -п-, ніби видуваючи їх то з затисненими, то з розтисненими крилами носу.

2. Формували піднебінно-глоткового змикання за допомогою наступних вправ:

- розмістивши кінчик язика біля нижніх зубів, покашлювали, одночасно на активному видиху промовляючи голосні звуки -і-, -а-, -о-, -е-, -у-, -и-;
- видихали гарячий струмінь повітря;
- закинувши голову назад, полоскали горло;
- наспівували різні мелодії як можна вищим голосом;
- перед дзеркалом відкривали широко рот і робили рухи м'яким піднебінням вверх-вниз;
- позіхали під час вдоху та під час проголошення голосних -і-, -а-, -о-, -е-, -у-, -и-, -я-, -є-;
- ковтали рідину (переважно густу), слину невеликими порціями.

Доведено, що при ковтанні слини м'язи м'якого піднебіння напружуються найбільше. Так, проф., І.С. Рубінів зазначає, що при підготовці до ковтання м'яке піднебіння починає підніматися, а до моменту проходження харчової грудки через глотковий простір воно знаходиться в горизонтальному положенні. Використовують прийом ковтання тільки для того, щоб діти відчутніше усвідомили вираз «напружити, підняти м'яке піднебіння» і після багаторазового тренування на перших заняттях свідомо почали управляти рухом м'якого піднебіння, а головне, відчули його рух. Додатково з контролем тильною стороною кисті дитина вправляється в проголошенні ізольованих голосних і їх поєднань спочатку на твердій, а потім на м'якій подачі

голосу (І, Е, Я, Е, А, О, Ії, ЯЯ, ЕЕ, ЕА, АЕ, АА, АТ), поступово збільшуючи їх число. Для правильного виконання завдання задається певна артикуляційна позиція: кути рота розведені в сторони, нижня щелепа з пласким язиком трохи просунута вперед. Такий стан артикуляційного апарату сприяє більш відкритій вимові голосних звуків, в тому числі і фонем заднього ряду О, У. [42]

Окрім описаних вище вправ для піднебінно-глоткових м'язів проводили масаж м'якого піднебіння. Він корисний не тільки в післяопераційний період при відкритій вродженій або набутій органічній ринолалії, але й при функціональній відкритій ринолалії після проведення операції по видаленню аденоїдальних розростань, так як стимулює піднебінно-глоткове змикання.

Масаж проводили за методикою Л.І. Вансовської: «великим пальцем провідною руки проводять погладжування поверхневе (30 с), погладжування переривчасте і енергійне (30 с), при цьому палець рухається ривками і ритмічно у напрямку до задньої стінки глотки; потім спиралевидне розтирання (1 хв), далі інтенсивні розтирання і розминання в повільному темпі. Всі ці рухи проводять назад [...] до задньої стінки глотки. При цьому, як тільки палець торкнеться м'якого піднебіння, викликається блювотний рефлекс, в результаті якого різко звужується глоткове кільце. Поступово язик починає займати пласку позицію на дні порожнини рота, і блювотний рефлекс згасає [...]. Додатково при виконанні масажу тривало вимовляють звуки Е А О».[5]

Масаж також проводили за допомогою логопедичного електромасажера z-vibe або логопедичного постановочного зонда для звука –с-.

3. Активізація артикуляційного апарату, досягнення правильного положення язика;

Артикуляційна гімнастика передбачена для всіх мовленнєвих органів переднього відділу надставної труби. Всі рухи потрібно відпрацьовувати без надмірних зусиль перед дзеркалом, в чіткому ритмі. Артикуляційна гімнастика нижньої щелепи.

А). Під час проголошення «Ля-ля-ля, Аля-Аля-Аля» злегка відкрити рот, потім широко відкрити, закрити.

Б). Під час проголошення «Рови копали, воли вили» наполовину відкрити рота, висунути нижню щелепу вперед.

В). Вільні рухи нижньою щелепою вправо - вліво.

Г). Імітувати жувальні рухи.

Д). Висовування нижньої щелепи вперед з «почісуванням» нижніми зубами верхньої губи і опусканням нижньої і її рухом назад з одночасним «почісуванням» верхніми зубами нижньої губи. Слід наочно показати розслаблення нижньої щелепи і жувальних м'язів, приклавши долоні в області суглоба нижньої щелепи в момент її опускання. Надалі слід домагатися кілька перебільшеного висунення нижньої щелепи при вимові голосних; І, Е, И. Відведення щелепи вниз і трохи вперед призводить до більш широкого відкритого і розбірливого проголошення звуків з переважанням ротового резонансу. [5]

Якщо під час проголошення звуків дитина неконтрольовано висовувала нижню щелепу вперед, ми використовували тейпування. Якір розташовували на підборідді, краї темпу розрізали вздовж на 2 частини: верхня з легким натягненням клеїли в напрямку скроні, а другу – вздовж нижньої щелепи (зазвичай це відбувалося при постановці шиплячих звуків і звука –р-).

Вправи для губ.

А). Викликати вібрацію губ («тпррр»).

Б). Проголошувати : «У Василя є вила, а у Василини віяло. Фея Фіфа має флейту. Фантик у Філі».

В). Стикувати та розтискувати губи, витягуючи їх вперед «трубочкою», а потім складати в коло. Проголошувати: «Чорний ворон на дубу задудів в свою трубу: Ду-ду-ду, Ду-ду-ду!»

Г). Розтягувати губи в «парканчик», вимовляючи : Я, Ія і Ева у айви.

Г). Розслаблювати і злегенька поплескувати губами, чмокати ними, промовляючи: «Сидить поп на тополі, тупотить слон під тополею. Тополю пиляли пилкою, а спагеті крутили вилкою».

Д). Утримувати губами вушну ватну паличку, коктейльну трубочку, дерев'яну паличку для кави або дерев'яний шпатель.

Е). «Збризування водою квітів» крізь зближені губи.

Є). Присмокчуючі рухи губ вліво-вправо.

Ж). Активні рухи губ з промовлянням: «Солоха охала: «Ох-ох-ох! Мопед поїхав, потім заглох!».

З). Імітація активного жування зі стислими губами.

Вправи для язика.

Для язика ми використовували наступні вправи:

1. Погладжування, поплескування, вібрація, точковий язика пластиковим шпателем або логопедичним електромасажером z-vibe. (Цей масаж виявився дуже ефективним для подолання дизартрії у Сашка. Спочатку більш інтенсивно масажували ушкоджену сторону язика, потім, легше, здорову).

2. Вправа «Гребінець» (протягування язика між зубами) та вправа «Неслухняний язичок» (легке покусування язика зубами).

3. Чергування вправ «Млинець», «Заховай млинець» з проголошенням «іє», потім виконання вправи «Голочка».

4. Чергування вправ «Гойдалка» (піднімання і опускання кінчика язика до верхніх і нижніх різців) і «Годинник» (повороти язика в сторони з торканням куточків рота) при широко відкритому роті.

5. Чергування вправ «Чашечка» (поперемінно то перед зубами, то поза ними) з вправою «Подуй на чашечку» - опускаючи і розслаблюючи

спинку язика, потрібно загнути бічні краї язика і його кінчик доверху, утворюючи широку «чашечку».

6. Вправа «Маляр» (прогладжування кінчиком язика твердого піднебіння) спочатку мовчки, а потім з проголошенням звуків –о-, -і-.

7. «Конячка» (клацати язиком, присмоктуючи його кінчик до піднебіння, фіксуючи положення щелепи при відкритому роті).

8. Вправа «Дятел» (швидке проголошення звука –д- за допомогою стукання кінчика язика об тверде піднебіння).

9. «Індик» (при постійному проголошенні звука –а- різко і з зусиллям погладжувати кінчиком язика верхню губу вперед-назад, слідкуючи, щоб язик не торкався нижньої губи).

10. Вправа «Смачне варення» (облизування широким кінчиком язика губ).

11. Вправа «Млинець» з проголошенням «Пя-пя-пя» для розслаблення язика.

12. Вправа «Футбол» (з середини штовхати щічки кінчиком язика).

4. Розвиток слухової уваги і фонематичного слуху;

Так, як мовлення людини формується для слуху і під його безпосереднім контролем, то мовлення і слух взаємопов'язані функції. Тому велику увагу в корекційний період приділяли як слуханню дитиною мови логопеда, так і прислуханням до свого власного мовлення та голосу. Коли діти починали відчувати різницю між власною спотвореною вимовою та правильною вимовою, прискорювався процес корекції носового звучання. З цією метою систематично тренували слух (особливо фонематичний) та виховували самоконтроль за мовленням, враховуючи те, що дитина себе не чує, тобто чує інакше, ніж оточуючі.

Для виховання самоконтролю використовували допоміжний засіб «слухай себе» (по П.А. Нейману). Він організовувався так:

1. Кистям рук надавали положення, яке зазвичай виходить при набиранні води для вмивання - жменю, при цьому великий палець щільно прилягав до долоні.
2. Одну з рук прикладали до симетричної вушної раковини позаду неї, зігнувши верхню частину раковини пригинали її донизу до щоки. Лікоть при цьому наближали до грудей.
3. Протилежну кисть клали долонею поверх зап'ястя на відповідний кут рота і прикривали рот, не кладучи на губи, за винятком великого пальця, який ставився на верхню губу.

Таким чином утворювався своєрідний рупор між отвором рота та вушною раковиною. В такому положенні власний голос чується сильніше, починають відчуватись вади голосу та тембру. При виконанні цієї вправи не можна говорити голосно. Брався мовний матеріал без носових звуків –м- і –н-. Це допомагало дітям відчути свій голос і швидше позбавитися назального відтінку.

5. Постановка і автоматизація доступних звуків (проводили за традиційними методиками роботи при дислалії та ФНМ);
6. Розвиток модуляції голосу.

Для подолання проявів ринофонії використовували комплексний ортофонічний метод за участю логопеда і педагога. За його допомогою створювали або відновлювали функціональний зв'язок між диханням, артикуляцією і голосоутворенням. Дану методику розробили О.С. Алмазова, Л.І. Вансовська та ін. Вона складається з двох етапів роботи, завданням яких є диференціація носового і ротового дихання; активізація м'язів м'якого піднебіння і задньої стінки глотки; викликання дзвінкого, гучного, модульованого голосу без носового відтінку; розвиток просодичних компонентів мовлення; виховання слухового контролю за вимовою. Більшість цих завдань вирішували при виконанні логопедичної корекції відкритої ринолалії, тому додатково проводити тільки вокальні вправи для розвитку висоти, сили та тембру голосу

(проспівування голосних та їх поєднань, перехід від тихого до голосного звучання та навпаки, наслідування голосам, модуляції зі сполучень голосних, приголосних типу бам-барабам, використовували приспів пісні Насті Каменських «Бум-дігі-бай-бай» та ін.).

В післяопераційний період збереглися в основному ті ж самі напрямки логопедичної роботи та закріплювалися в нових умовах досягнуті раніше результати.

Дуже велику увагу приділяли також корекції звуковимови, в процесі якої широко використовували і остаточно закріплювали раніше виховані навички правильної артикуляції звуків. При цьому в процесі корекції кожного окремого звуку крім контролю за правильністю положення органів артикуляції звертати увагу на не, щоб позбутися носового відтінку.

На заключному етапі роботи велику увагу приділили повній автоматизації навичок правильної звуковимови. На цьому етапі виключно важливу роль відіграв контроль над вимовою дитини поза логопедичним кабінетом, в чому буквально незамінну допомогу надали батьки. Не менш важливе значення мав і самоконтроль дитини, у вихованні якого знову-таки допомогли батьки шляхом постійного звернення уваги дитини на прояви у неї назального відтінку голосу.

Впродовж всього навчання ми використовували нейропсихологічні вправи, які допомогли створити кращі умови для засвоєння інформації на всіх рівнях мовлення.

Одним із важливих завдань логопедичної роботи є не тільки подолання вад звуковимови у дітей молодшого шкільного віку з відкритою ринолалією, а й попередження виникнення порушень письма у них. Для профілактики виникнення дисграфії у молодших школярів ми намагались забезпечити певний рівень мовної підготовки шляхом використання особливої системи занять з розвитку граматичного ладу, накопичення і уточнення словника і формування вимови. В процесі

засвоєння грамоти в першу чергу вивчали звуко - буквенний склад слів. Для цього спостерігали над звуковим складом слова, порівнювали та зіставляли подібні і різні ознаки, використовували логічні вправи з аналізу і синтезу. Це сприяло формуванню у дітей чітких і ясних уявлень про звуковий склад слова, що, в свою чергу, впливало на формування правильної вимови, яка надавала можливість свідомо читати і писати.

Оскільки до порушення письма призводить вторинний недорозвиток фонематичного сприйняття, обумовлений розладом артикуляції, корекція полягала в подоланні недоліків вимови у дітей разом з розвитком у них здатності здійснювати спостереження, порівняння, узагальнення в мовленні. В першу чергу ми намагались усунути недоліки звуковимови і голосу, щоб діти навчилися правильно і чітко вимовляти звуки окремо, в складах, словах і в зв'язному мовленні, відновивши кінестетичний аналіз. Тільки при уточненні кінестетичної (артикуляційної) характеристики звуку створювалися необхідні об'єктивні умови для формування фонематичного сприйняття. Завдяки вправам на розвиток фонематичного слуху та сприйняття дітей вчили впізнавати і виділяти звуки на слух з мовлення як оточуючих, так і свого власного, співвідносити звуковий варіант з фонемою.

При навчанні грамоті дітей з відкритою ринолалією дотримувались наступних умов:

- навчали тільки на правильно вимовних звуках і словах (тобто, будували навчання грамоті як продовження навчання вимові);
- використовували особливий порядок вивчення звуків і букв: -а-, -у-, -м-, -х-, -п-, -д-, -о-, -з-, -н-, -в-, -и-, -т-, -л-, -ш-, -р-, -ж-, м'які фонemi, -й-, м'які, дзвінкі приголосні;
- використовували більш повільний темп вивчення всіх звуків і букв;

- під час роботи з розрізною азбукою формували звичку швидкої орієнтації в звуко-буквенному складі слова;

- проводили поглиблену роботу по формуванню морфологічних узагальнень;

- систематично повторювали і закріплювали весь мовний матеріал;

- поступово знайомили дітей з основними правилами граматики і правопису.

Корекційне навчання молодших школярів з відкритою ринолалією перш за все було направлено на усунення причин порушення письма. Тому корекційне навчання учнів з попередження і подолання порушень письма включало в себе наступні розділи:

- розвиток артикуляційного праксису;
- постановку фізіологічного і мовленнєвого дихання;
- корекцію фонетичної сторони мови (звуковимови і тембру голосу);
- розвиток фонематичного слуху і сприйняття.

Так як в учнів з відкритою ринолалією порушення писемного мовлення обумовлено розладом артикуляційних процесів і голосу, а відхилення фонематичного слуху та сприйняття носить вторинний характер (виник в результаті неправильних умов розвитку при первинно збереженій слуховій функції), головною метою навчання був розвиток звуковимовної сторони мовлення та ліквідація назального тембру голосу. У процесі постановки звуків дитина опановувала артикуляцію, але писемне мовлення залишалося порушеним, так як у такий спосіб не заповнювалися прогалини в фонематичному розвитку. Оволодіння письмом тісно пов'язане з розвитком уміння розчленовувати звуковий потік мовлення на окремі фонемі. Саме тому на даному етапі передбачали тісний взаємозв'язок між формуванням вимови та розвитком звукового аналізу. В той же час корекції вимови і голосу

потрібно відводили більше часу, ніж звуковому аналізу. Аналіз і синтез звукового складу слова ставали доступними дитині лише за допомогою вправ по уточненню акустико-артикуляційних ознак звуку і виправлення вад вимови. Виконуючи перераховані завдання ми створили учням з відкритою ринолалією необхідні умови не тільки для правильної артикуляції звуку, а й для його пізнання, яке лежить в основі опанування процесом письма.

2.3. Аналіз результатів формувального експерименту

Після проведення експериментальної перевірки методів та прийомів логопедичної роботи з корекції порушень звуковимови молодших школярів з ВР було зроблено контрольну перевірку стану сформованості звуковимовної сторони мовлення учасників експерименту.

Впродовж експерименту вдалося виховати правильне нижньодіафрагмальне дихання дітей, значно подовжити видих порівняно з вдихом. Всі учасники експерименту навчилися диференціювати носовий та ротовий видихи, що позитивно вплинуло і на покращення тембру мовлення (усунення назалізації), і на виправлення вад звуковимови приголосних звуків. Цьому сприяло використання різних дихальних тренажерів, як спеціальних, так і виготовлених своїми руками з підручних матеріалів. Їх різноманітність викликала зацікавленість дітей, внаслідок чого вони намагалися виконувати вправи частіше, що підвищувало ефективність роботи.

Після корекційного етапу двоє дітей (33%) повністю позбавились носового відтінку голосних звуків, у всіх інших назалізація голосних звуків значно зменшилась (рисунок 2.6), назалізація приголосних або усунена повністю, або проявляється в незначній мірі. Але, у Влади, в якої є ринофонія, та у Софії М. (була прооперована у трирічному віці),

зміни відбулися в меншій мірі. Це пов'язано з тим, що вдома діти спочатку не регулярно виконували голосові вправи, тому що батьки не вважали їх необхідними. Лише після майже під кінець експерименту батьки зрозуміли важливість постійної безперервної логопедичної роботи.

В середньому ступінь назалізації голосних звуків зменшилась на 89,3% (табл. 2.2).

Таблиця 2.2. Результати обстеження звуковимови голосних звуків (до і після проведення корекційної логопедичної роботи)

	Ступінь назалізації голосних звуків (за 5-бальною шкалою від 0 до 4)																	
	і			а			е			у			и			о		
	До (бали)	Після (бали)	Динаміка (%)	До (бали)	Після (бали)	Динаміка (%)	До (бали)	Після (бали)	Динаміка (%)	До (бали)	Після (бали)	Динаміка (%)	До (бали)	Після (бали)	Динаміка (%)	До (бали)	Після (бали)	Динаміка (%)
Влада	4	2	50	4	0	100	4	0	100	4	1	75	4	2	50	4	1	75
Сашко	2	0	100	1	0	100	2	0	100	1	0	100	2	0	100	1	0	100
Даша	2	0	100	2	0	100	3	0	100	2	0	100	2	0	100	2	0	100
Софія Д.	3	1	67	2	0	100	3	0	100	3	0	100	2	1	50	3	0	100
Каріна	4	1	75	3	0	100	3	0	100	4	0	100	4	1	75	3	0	100
Софія М.	4	2	50	4	0	100	4	1	75	4	0	100	4	1	75	4	0	100
В середньому	2,8	1	73,7	2,7	0	100	3,2	0,17	95,8	3	0,17	95,8	3	0,8	75	2,8	0,17	95,8

Всі вправи, спрямовані на виправлення вад звуковимови приголосних звуків, діти виконували систематично як на логопедичних заняттях в школі зі спеціалістом, так і вдома з батьками. Це забезпечило значне покращення звуковимови приголосних звуків (рис. 2.6, табл. 2.3).



Рисунок 2.6. Порушення звуковимови приголосних звуків наприкінці дослідження

З'ясовано, що при використанні наочності у вигляді профілів звуків та, особливо, логопедичної іграшки ведмедя Мишка (додаток Б) діти швидше розуміють механізм виконання артикуляційних вправ.

Таблиця 2.3. Порушення вимови приголосних після проведення логопедичної роботи з корекції звуковимови

№ з/п	Ім'я дитини	Форма відкритої ринолалії	Приголосні звуки			
			Задньоязикові «к»-«г»-«х»	свистячі	шиплячі	сонорні «л»-«р»
1	Влада	функціональна	-	-	-	-
2	Сашко	функціональна	-	-	-	-
3	Даша	функціональна	-	-	-	+
4	Софія Д.	функціональна	-	-	-	+
5	Каріна	органічна	-	-	-	+
6	Софія М.	органічна	+ («к»)	-	-	+
Всього, кількість			1	0	0	4
Всього, у відсотках			17	0	0	67

Динаміку виправлення вад звуковимови приголосних звуків показано на рисунку 2.7.

Наприкінці експерименту у дітей з ВОР повністю відсутнє порушення складової структури слова.

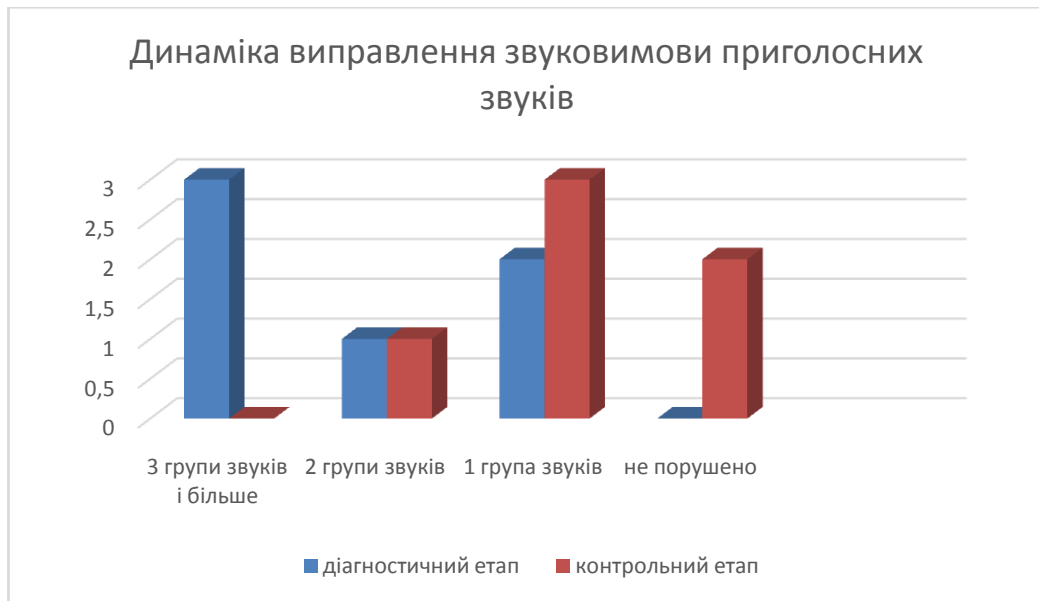


Рисунок 2.7. Динаміка виправлення звуковимови приголосних звуків

На контрольному етапі відбулися позитивні зміни, в результаті яких покращились якісні показники мовлення, які вплинули на зміну його узагальнених рівнів:

1. Високий рівень – 17 %. (Сашко).
2. Достатній рівень – 66%. (Каріна, Влада, Даша, Софія Д.).
3. Середній рівень – 17%. (Софія М.).
4. Низький рівень – 0 % .

Потрібно відмітити те, що сучасна складна епідеміологічна ситуація внесла свої корективи в систему логопедичної допомоги. Деякий час заняття проводились дистанційно на платформі ZOOM. Але саме завдяки цьому вдалося навчити батьків виконувати вправи правильно та переконати їх слідкувати за регулярним виконанням дітьми завдань. Також батьки разом з дітьми були залучені до виготовлення тренажерів для дихальної та артикуляційної гімнастики. І це сприяло більшій ефективності логопедичної роботи.

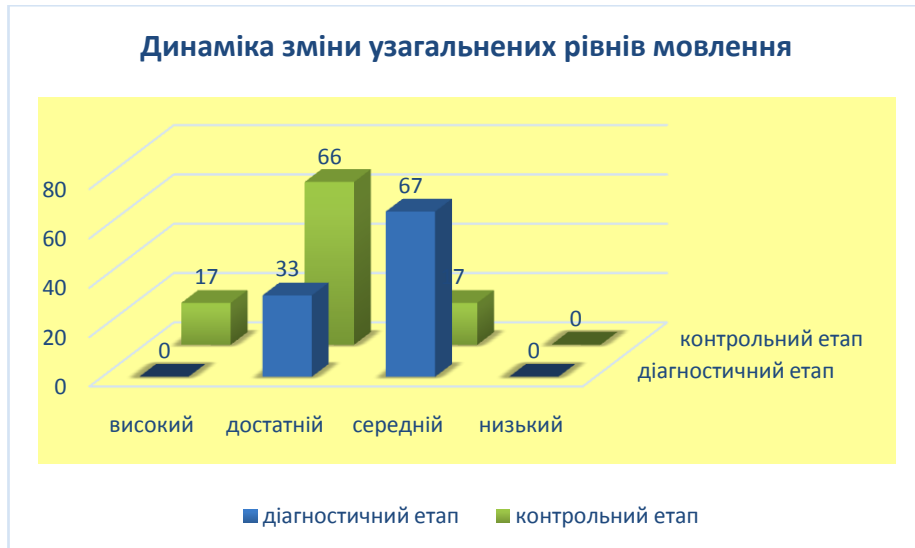


Рисунок 2.8. Динаміка зміни узагальнених рівнів мовлення впродовж експерименту

В результаті проведеної 54ед.545454йної роботи на фоні значних виправлень вад звуковимови стало помітним покращення психо-емоційного стану учасників експерименту.

ВИСНОВКИ

Ефективність логопедичної роботи з подолання ринолалії багато в чому залежить від результатів операції – наскільки вдалося відновити анатомічну структуру твердого та м'якого піднебіння і забезпечити рухливість м'якого піднебіння. Крім того, дуже велике значення для досягнення позитивного результату має психофізіологічний стан дитини, особливості її поведінки і характеру, його ставлення до занять і ступінь допомоги логопеду з боку батьків.

Після проведення дослідження нами було розроблено та експериментально перевірено систему методів та прийомів логопедичної роботи з корекції порушень звукової системи мови у молодших школярів з відкритою ринолалією, було підтверджено гіпотезу про те, що логопедична корекція відкритої ринолалії у молодших школярів буде ефективною за умов своєчасного надання медичної (лікування, оперативне втручання, реабілітація) та логопедичної допомоги, проведення детального діагностичного обстеження з метою виявлення всіх порушень мовлення, організації системи логопедичної роботи з корекції порушень звукової системи мови у молодших школярів з відкритою ринолалією, включення до процесу батьків дітей з ВР, та зроблені такі висновки:

1. При аналізі літературних джерел виявлено, що більшість авторів приділяють основну увагу дітям з відкритою ринолалією органічного походження, викликаною незрощенням губи та піднебіння, функціональній формі приділяється незначна частина робіт. Практично всі автори останніх десятиліть дотримуються думки, що для корекції даного мовленнєвого порушення потрібен мультидисциплінарний підхід, з залученням як медичних працівників (щелепних хірургів,

стоматологів, отоларингологів, неврологів, ортодонтів та ін.), так і педагогічних (логопедів, психологів, дефектологів).

2. Досліджено етіопатогенез та симптоматику відкритої ринолалії, визначено особливості опанування звуковимовною стороною мовлення дітьми з відкритою ринолалією. В роботі з'ясовано, що важливою є якісне проведення діагностичного дослідження для успішного вирішення задач корекційного процесу. Виявлено, що дітям після народження не завжди проводиться якісне медичне обстеження з метою виявлення порушень фізичного розвитку. Запропонована система методів та прийомів 5бед.565656йної логопедичної допомоги для виправлення звуковимови при відкритій ринолалії дітей молодшого шкільного віку включає в себе комплекс артикуляційних вправ, вправ на розвиток мовленнєвого дихання, просодичних елементів, а також елементи логопедичного масажу та логотейпування.

3. Ефективність логопедичної роботи при органічній ринолалії значно підвищується в разі проведення регулярних логопедичних занять з фахівцем, та при систематичному виконанні рекомендованих вправ вдома, з батьками. Дуже часто батьки не поінформовані про можливі наслідки відмови від оперативного втручання, чим значно погіршують фізіологічний стан дітей, який негативно впливає на мовлення. Також не завжди є змога у батьків звернутися до відповідних фахівців, як медиків, так і логопедів, за місцем проживання. Тому спеціалісту потрібно налагоджувати взаємозв'язок з батьками, надавати переконливі аргументи, щоб досягти взаєморозуміння і підтримки один одного в досягненні мети з корекції вимови молодших школярів з відкритою ринолалією.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алмазова О.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей: учеб. Пособие для студентов дефектом. Ф-тов 57ед... ин-тов / О.С. Алмазова. – М.: Просвещение, 1973. – 151 с.: ил.
2. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е.Ф. Архипова. – М.: Астрель: ВКТ, 2008. – 123 с. – (Библиотека логопеда)
3. Блінова Г.Й. Дидактичний матеріал для логопедичних занять / Г.Й. Блінова [та ін.]. – К.: Рад. Школа, 1985. – 278 с.
4. Валецька Р.О. Основи патології органів слуху та мови /Р.О. Валецька, О.І. Петрик. – Луцьк: Волинська обласна друкарня, 2010 – 168 с. (57ед.).
5. Вансовская. Л.И. Устранение нарушений речи при врождённых расщелинах неба/Л.И. Вансовская.- СПб.: Гиппократ, 2000. – 132с.
6. Васильева, Е.Е. Ринопалатина. – Ярославль, 2007. – 63 с.
7. В.А. Козлов. Александр Александрович Лимберг. Санкт-Петербург, Издательский дом СПбМАПО, 2004, 20 с. с. 13.
8. Виссарионов В.А. Классификация деформаций носа и верхней губы после пластики врождённых расщелин / В.А. Виссарионов // Стоматология. – 1988. - № 2. – с. 37-39,
9. Водолацкий М.П. Организация лечения и наблюдения больных с врождёнными расщелинами лица в межобластном центре / М.П. Водолацкий, Б.Г. Бабанина // Стоматология. – 1993. – Т.72. - № 1. – с. 58-60.
10. Волкова Г.С. Поширеність вроджених вад розвитку щелепно-лицьової ділянки і планування надання медико-профілактичної допомоги: автореф. Дис.. ...57ед.57. Мед. Наук: 14.01.22 /

- Українська медична стоматологічна академія. – Полтава. – 1999. – 16 с.
11. Волосовец Т.В. Особенности общения детей дошкольного возраста с врождёнными расщелинами неба / Т.В. Волосовец. – СПб., 2001. – 187с.
 12. Воронцова Т.Н. Методы исследования лиц, страдающих ринолалией на почве врожденных расщелин губы и нёба / Т.Н. Воронцова // Тез. Докл. Всесоюзн. Школы-семинара по проблеме «Исследования речи» - Л., 1981. – с. 27-28.
 13. Врождённые несращения верхней губы и нёба / Л.В. Харьков, Н.В. Горовенко, Л.Н. Яковенко [и др.] – К.: Четверта хвиля, 2004. – 84 с.
 14. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии / Л.С. Выготский. – М.: Просвещение, 1995. – 527 с.
 15. Гаврилова Н.С. Особливості порушення моторного розвитку периферійних органів мовлення у дітей з дислалією, дизартрією і ринолалією / Н.С. Гаврилова // Теорія та практика сучасної логопедії: зб. наук. 58ед. – К.: Актуальна освіта, 2007. – Вип. 4. – с. 112-135.
 16. Гончаков Г.В. Влияние сроков пластики нёба на развитие речи детей с врождёнными расщелинами нёба / Г.В. Гончаков, Г.В. Притыко, Н.В. Рубцова // Врождённая и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М.: МГМСУ, 2002. – с. 64-66.
 17. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти 58ед.585858йної роботи у спеціальній школі: [науково-методичний збірник / за 58ед.. В.В. Засенка]. – К.: Науковий світ, 2009. – Вип. 11. – 308 с.

18. Діти з особливими потребами у початковій школі: поради батькам / За 59ед.. В.І. Бондаря, В.В. Засенка. – К.: Наук. Світ, 2006. – Кн. 3. – 212 с.
19. Дьякова Е.А. Логопедический массаж: уч. Пособие для студ. Высш. Учеб. Заведений / Е.А. Дьякова. – М.: Изд. Центр. «Академия», 2005. – 96 с. : ил.
20. Ермакова И.И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков. М., 1996. (електрон. Хрестоматія).
21. Ермакова И.И. Расстройства голоса при ринофонии и их коррекция.// Коррекционно-педагогическая работа при нарушениях голоса. Под ред. Таптаповой С.Л. –М.: Просвещение, 1984. – 143 с.
22. Заплатна С.М. Сучасний підхід до проблеми логопедичного обстеження дітей з недорозвитком мовлення / С.М. Заплатна // Педагогіка та методики: спеціальні: зб. наукових статей. – К.: Вид-во НПУ 59ед.. М.П. Драгоманова, 2002. – Вип. 11. – с. 8-13.
23. Збараж Я.М. Ортопедична стоматологія / Я.М. Збараж, Ю.М. Олександрова: К.: Вища школа, 1971. – 364 с.
24. Ипполитова А.Г. Открытая ринолалия: учеб. Пособие для студентов дефектол. Ф-тов пед. Ин-тов / А.Г. Ипполитова; под ред. О.Н. Усановой. – М.: Просвещение, 1983. – 95 с.: ил.
25. Ипполитова А.Г. Некоторые вопросы взаимосвязи и взаимозависимости звуков при коррекции произношения / А.Г. Ипполитова // Труды научной сессии по дефектологии. – М.: Издательство АПН РСФСР, 1958. – с. 375-380.
26. Коваленко А.Ф. Функциональное состояние дыхательной системы у детей с врождёнными несращениями верхней губы и нёба / А.Ф. Коваленко // Вопросы стоматологии. М-лы совм. Науч. Сессии Одесского и Софийского НИИС, Одесса, 15 мая 1965. – с.9-30.

27. Козорез Катерина. ЛОР захворювання: Конспекти 60ед.6060 для медичинських вузів. – М.: Владос, 2005, - 224 с.
28. Конопляста С.Ю. Ринопалія від А до Я: Монографія. К.: Книга-плюс, 2015 – 312 с.
29. Лимберг А.А. Врожденные расщелины губы и неба. //Стоматология, 1967, №1. С. 11-15.
30. Логопедія. Підручник. / [Шеремет М.К, Тарасун В.В., Конопляста С.Ю. та ін.]; за 60ед.. М.К. Шеремет – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 376 с.: 60ед.
31. Лурия А.Р. Язык и сознание / А.Р. Лурия. – М.: Педагогика, 1998. – 416 с.
32. Малярчук А.Я. Сімейний логопед для батьків і дітей. – К.: Літера ЛТД, 2019. – 112 с.: 60ед.
33. Методика виявлення речевих порушень у дітей і діагностика їх готовності к шкільному обучению / Под общ. Ред. Г.В. Чиркиной. – 4-е изд., доп. – М.: АРКТИ, 2005. – 240 с.
34. Мосьпан Т.Я., Гинтер О.В. Современный подход к логопедическому сопровождению детей раннего возраста с врожденной расщелиной губы и нёба // Специальное образование. 2017. № 1.
35. Мухамедьярова Е.Ф. Дыхательная гимнастика для младших школьников с тяжелыми нарушениями речи: дис. ... канд. Пед. Наук: 13.00.04 / Елена Фаритоновна Мухамедьярова. – Омск. – 2002. – 120 с.
36. Новикова Е.В. Зондовый массаж: коррекция звукопроизношения: наглядно-практическое пособие / Е.В. Новикова. – М.: Изд-во «Гном и Д», 2000. – 496 с.: ил.
37. Піроженко Т.О. Мовлення дитини: психологія мовленнєвих досягнень дитини / Т.О. Піроженко. – К.: Главник, 2005. – 112 с. – (Психол. інструментарій).

38. Потапенко В.С. Логопедична робота з корекції звуковимови при відкритій ринолалії у здобувачів освіти початкового рівня» / В.С. Потапенко // Альманах. Магістерські студії. Випуск 16. – Херсон : Видавництво ХДУ, 2021.
39. Пухлик С.М. Аденоиды и аллергический ринит / С.М. Пухлик , д.м.н., профессор, Э.Г. Неверт, Д.В. Карпович // Новини медицини та фармації, тематич. Номер « Алергологія і пульмонологія» - газ., № 380. – К.: Издательский дом Заславский., 2011– с. 25-28.
40. Репина, З.А. Дисграфия у учащихся с ринолалией / З.А. Репина // Специальное образование : науч.-метод. Журн. / ГОУ ВПО «Урал.гос.пед. ун-тет», Ин-т спец. Образования. – Екатеринбург, 2009. – № 3. – 122 с.
41. Розробка нових методів діагностики, лікування та профілактики основних стоматологічних хірургічних захворювань щелепно-лицьової ділянки у дітей / Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Конопляста С.Ю., Нероденко Н.І., та ін. // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2009. - № 1. – с. 113-117.
42. Рубинов И.С. Физиология и патофизиология жевания и глотания. Ленинград: Государственное издательство медицинской литературы (Медгиз), 1958 – 264 с.
43. Синьов В.М. Корекційна психопедагогіка у системі педагогічних наук / В.М. Синьов // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти колекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб. – К., 2006. – Вип. 8, Т.1. – с. 154-160.
44. Соломатина Г.Н. Устранение открытой ринолалии у детей / Г.Н. Соломатина, Г.М. Водолацкий. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 112 с.
45. Станіславський С.В. Психологічні особливості сприйняття сфер життєдіяльності хворими на незрощення губи та піднебіння юнацького віку: автореф. дис... 61ед.61. Психол. наук: 19.00.04 /

- С.В. Станіславський; Київський націон. Ун-т імені Т.Г. Шевченка. – К., 2003. – 16 с.
46. Стахова Л.Л. Формування звуко-складової структури мовлення у дітей дошкільного віку із загальним недорозвиненням мовлення / Л.Л. Стахова, А.Г. Лютова // Логопедія. – 5 квітня 2016. – с. 136-139.
47. Таптапова Л.С. Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса: 62е. Для логопеда / Л.С. Таптапова. – М.: Просвещение, 1984. – 112 с.: ил.
48. Тищенко В.В. Як навчити дитину правильно розмовляти: від народження до 5 років: поради батькам / В.В. Тищенко, Ю.В. Рібцун. – К.: Літера ЛТД, 2006. 128 с.: 62ед.
49. Тоцька Н.І. Дидактичний матеріал з фонетики: посібник для вчителя / Н.І. Тоцька. – К.: Рад. школа, 1991. – 144 с.
50. Уклонская Д.В., Агаева В.Е. Основные направления логопедической коррекции произносительной стороны речи при врождённых и приобретённых дефектах и деформациях челюстно-лицевой области. // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова : научно-метод. Журн. / «Костомской го. Ун-тет» – Кострома, 2016, Том 22, с. 218-221.
51. Харьков Л.В. Ефективність логопедичного навчання після раннього хірургічного відновлення піднебіння / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко // Дефектологія. – 1998. - № 4. – с. 19-20.
52. Харьков Л.В. Хірургічна стоматологія дитячого віку / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко, І.Л. Чехова. – К., 2003. – 480 с.
53. Хватцев М.Е. Логопедия. Работа с дошкольниками: пособие для логопедов, студ. Пед. Вузов и родителей / М. Е. Хватцев. – СПб.:КАРО. – 2004. – 272 с.: ил.
54. Хрестоматія з логопедії: навч. посібник / М.К. Шеремет, І.В. Мартиненко, С.Ю. Конопляста. – К.: КНТ, 2006. – 360 с.

55. Чиркина Г.В. Нарушения речи при ринолалии и пути их коррекции: автореф. Д-ра пед. Наук. – М., 1987. – 277 с.
56. Шеремет М.К. Логопедія. Підручник. Третє видання, перероблене та доповнене / За бЗед.. М.К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2014. – 672 с.
57. Шеремет М.К. Нейропсихологічний аспект зв'язків між просторовим мисленням та мовленнєвою діяльністю у дітей з піднебінною патологією / М.К. Шеремет, Л.І. Резвіна // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія: зб. наук. праць. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2008. - № 9. – с. 192-198.

ДОДАТКИ

Додаток А

Карти обстеження дітей з відкритою ринолалією

ВЛАДА (ВФР)

І. Загальні відомості

1. Ім'я дитини: **Влада**
2. Вік: 8 років
3. Клас: 2
4. Домашня адреса: м. Апостолове
5. Наявність двомовності в сім'ї: ні
6. Чи відвідувала дошкільний заклад: так, з 2,5 років
7. Данні спеціалістів (психоневролога, невропатолога, отоларинголога, окуліста): наявність м'яких вузлів голосових зв'язок
8. Наявність супутніх захворювань:
9. Скарги батьків:
Дані про батьків:
 - Вік: батько -38, мати - 32
 - здоров'я: в межах норми
 - професія, умови праці: приватні підприємці, умови задовільні
 - соціальні умови: задовільні
 - скільки дітей в сім'ї, яка за рахунком обстежувана дитина, чи є ще діти з аномалією: одна дитина (в даний час мати вагітна, за даними УЗД дитина без аномалій)
10. Від якої вагітності дитина: 1
11. Спадковість за прямою (непрямою) лінією: ні
12. Характер протікання вагітності:
 - захворювання під час вагітності, травми, токсикози, загроза переривання вагітності (потрібне підкреслити)
 - чи приймала мати ліки (які): ні
 - місце роботи під час вагітності: ні
 - харчування: збалансоване
 - фізичне навантаження: в межах норми

- психологічна обстановка в сім'ї: сприятлива
- психічний стрес: ні
- резус-фактор: позитивний

II. Дані анамнезу

1. Характер протікання пологів (стрімкі, затяжні, стимульовані, обвиття пуповиною, кесарів розтин, асфіксія, гіпоксія і т.п.):
2. Крик (зразу, після реанімаційних заходів)
3. Зріст, вага при народженні: 51 см, 3650 г
4. Оцінка за шкалою Апгар: 8,0
5. На яку добу принесли годувати: відразу після пологів
6. Скільки часу продовжувалося грудне вигодовування: 1 рік 8 місяців
7. Особливості харчування дитини: без особливостей, апетит гарний
8. Перенесені захворювання, травми, інтоксикації:
 - до року: риніти
 - після року: риніти, тонзиліти, вітряна віспа
9. Хірургічне втручання (в якому віці):
 - Хейлопластика -
 - стафілопластика -
 - уранопластика -
 - косметичні операції –
 - інше – видалення аденоїдальних розростань в 6 років
10. Лікування у ортодонта: викривлення зубів верхньої щелепи, поставлена пластина в 6,5 років (постійно коригується)

III. Ранній психомоторний розвиток

1. Почала тримати голову: в 2 місяці
2. Почала самотійно ходити: в 9,5 місяців
3. Час появи перших зубів: 5 місяців
4. Поведінка дитини до року (спокійна, неспокійна, як дитина спала): спала крепко, тільки дуже крутилася
5. Поява навичок самообслуговування: з півторарічного віку

IV. Дані про хід раннього мовленнєвого розвитку

1. Гуління: з 2-х місяців
2. Лепіт: з 7-ми місяців
3. Перші слова: 9 місяців
4. Перші фрази: 11 місяців

V. Обстеження органів артикуляції

1. Тверде піднебіння (необхідне підкреслити):
 - форма (нормальне, вузьке, куполоподібне, низьке, сплющене)

- вроджене несрізне розщеплення піднебіння
 - субкумозне розщеплення піднебіння
 - вроджене наскрізне лівостороннє розщеплення піднебіння
 - вроджене наскрізне правостороннє розщеплення піднебіння
 - часткове розщеплення піднебіння
2. Довжина м'якого піднебіння: норма
 3. Стан альвеолярного відростку (норма, розщеплення)
 4. Зубощелепна система:
 - ортогнатичний прикус
 - дистальний прикус
 - мезіальний прикус
 - передній відкритий прикус
 - боковий відкритий прикус (лівосторонній, правосторонній, двосторонній)
 - наявність діастеми
 - неправильна будова зубів (рідкі, криві, мілкі, зайві, поза щелепною дугою) на верхній щелепі
 5. Функції органів артикуляції:
 - рухливість м'якого піднебіння (рухливе, обмежена рухливість, не рухливе)
 - стан піднебінно-глоткової завіси: недостатність
 - рухливість та активність губ: великі, активні;
 - рухливість та активність язика: рухливий, активний;
 - рухливість та активність нижньої щелепи:
 6. Моторика язика:
 - сила та об'єм рухів достатні
 - перемикання з однієї артикуляційної пози на іншу швидко
переключається
 - вміння тримати позу витримує достатньо
 - наявність синкинезій ні
 7. Тип і характер дихання:
 - тип дихання (верхньоключичне, грудне, діафрагмальне)
 - частота дихання, ритмічність та сила: часте, поверхневе
 - можливість диференціації носового і ротового дихання: не диференціює,
 - ротовий повітряний струмінь (сформований, слабкий, короткий, достатньої довжини, відсутній)
 - координацію вдиху та видиху не координує, під час мовлення може «захлинатися» повітрям
 8. Особливості голосу:

- сила звучання: розмовляє тихо, але, враховуючи грубий голос
- тембр: дуже низький, схожий на чоловічий, з носовим відтінком
- висота: не варіюється, дуже низькі обертони
- ступінь назалізації: назалізовані і голосні, і приголосні (найбільш назалізований звук –і-, по звучанню наближений до звука –и-)

VI. Стан звуковимови

Позиція звука	Приголосні звуки																						
	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
Ізольована: У складах (ма)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
(ам)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
(мна)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
У словах: початок	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
середина	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
кінець	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
У реченні	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
У спонтанній мові	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х

VII. Стан фонематичного сприйняття

VIII. Словник

1. Пасивний: в межах вікової норми
2. Активний : в межах вікової норми

IX. Граматична будова мовлення

Розуміння граматичних форм та використання їх в активному мовленні: правильно розуміє граматичні конструкції та використовує в мовленні

X. Вимова слів складної складової структури

1. Скорочення груп приголосних: ні
2. Зупинка звучання приголосного наприкінці слова: ні
3. Пропуск приголосного на початку слова: ні
4. Додавання зайвого приголосного в склад: ні
5. Перестановка звуків у слові: ні
6. Уподібнення складу: ні
7. Скорочення кількості складів: ні
8. Додавання числа складів: ні

XI. Зв'язне мовлення

1. Бесіда: вживає правильні граматичні конструкції, словниковий запас в межах вікової норми.

2. Розповідь за сюжетним малюнком: описує декількома розгорнутими реченнями.
3. Розповідь за серією малюнків: складає правильно.
4. Складання розповіді-опису: складає.
5. Переказ: короткий переказ простими повними реченнями, не повний.

XII. Загальний розвиток дитини

1. Інтелект: норма.
2. Знання кольорів: знає кольори з відтінками (назвала всі представлені 24 кольори).
3. Стан дрібної та загальної моторики: добре розвинені.
4. Конструктивна діяльність: розвинена
5. Психічні особливості:
 - контактність (легко, поступово, вибірково, негативно);
 - відношення до обстеження (зацікавлене, байдужість, негативно);
 - поведінка (адекватна, неадекватна, рухові розлади);
 - увага (стійкість, переключення);
 - діяльність (направленість, хаотичність, переключення);
 - працездатність (втомлюваність, виснаження) – дуже енергійна.

САШКО (ВФР)

I. Загальні відомості

1. Ім'я дитини: **Сашко**
2. Вік: 9 років
3. Клас: 3
4. Домашня адреса: м. Апостолове
5. Наявність двомовності в сім'ї: ні.
6. Чи відвідувала дошкільний заклад: так – середню і старшу групи.
7. Данні спеціалістів (психоневролога, невропатолога, отоларинголога, окуліста): видалення аденоїдальних розростань та підрізання мигдалин у віці 3 роки.
8. Наявність супутніх захворювань: -
9. Скарги батьків: не вимовляє звук «р», коли хвилюється, з'являється «гугнявість», дитина соромиться своєї вади.

Дані про батьків:

- вік: мама – 34, тато - 40
- здоров'я: в межах норми

- професія, умови праці: мама –залізниця, техконтора, тато – керуючий АЗС
- соціальні умови: задовільні
- скільки дітей в сім'ї, яка за рахунком обстежувана дитина, чи є ще діти з аномалією: одна дитина в сім'ї

10. Від якої вагітності дитина: першої

11. Спадковість за прямою (непрямою) лінією: -

12. Характер протікання вагітності:

- захворювання під час вагітності, травми, токсикози, загроза переривання вагітності (потрібне підкреслити)
- чи приймала мати ліки (які)
- місце роботи під час вагітності: залізниця, техконтора
- харчування: повноцінне;
- фізичне навантаження: в межах норми;
- психологічна обстановка в сім'ї: сприятлива;
- психічний стрес: в 9 тижнів із-за загрози переривання вагітності;
- резус-фактор: позитивний.

II. Дані анамнезу

11. Характер протікання пологів (стрімкі, затяжні, стимульовані, обвиття пуповиною, кесарів розтин, асфіксія, гіпоксія і т.п.): затяжні;

12. Крик (зразу, після реанімаційних заходів)

13. Зріст, вага при народженні: 3600 г, 54 см;

14. Оцінка за шкалою Апгар: 7,5;

15. На яку добу принесли годувати: 1;

16. Скільки часу продовжувалося грудне вигодовування: до 1 року 6 місяців;

17. Особливості харчування дитини: повноцінне;

18. Перенесені захворювання, травми, інтоксикації:

- до року: тонзиліт
- після року: аденоїдит, тонзиліт

19. Хірургічне втручання (в якому віці):

- хейлопластика _____
- стафілопластика _____
- уранопластика _____
- косметичні операції _____

- інше: видалення аденоїдальних розростань, підрізання мигдалин в 3 роки.

20. Лікування у ортодонта: ні.

III. Ранній психомоторний розвиток

6. Почала тримати голову: 2 місяці;
7. Почала самостійно сидіти: 5 місяців;
8. Почала самостійно ходити: 9,5 місяців;
9. Час появи перших зубів: 5,5 місяців;
10. Поведінка дитини до року (спокійна, неспокійна, як дитина спала): спав нормально;
11. Поява навичок самообслуговування: 18 місяців

IV. Дані про хід раннього мовленнєвого розвитку

1. Гуління 2 міс.
2. Лепіт 6 міс.
3. Перші слова з восьми місяців.
4. Перші фрази з 10-11 міс.

V. Обстеження органів артикуляції

1. Тверде піднебіння (необхідне підкреслити):
 - форма (нормальне, вузьке, куполоподібне, низьке, сплюснене)
 - вроджене несрізне розщеплення піднебіння
 - субкумозне розщеплення піднебіння
 - вроджене наскрізне лівостороннє розщеплення піднебіння
 - вроджене наскрізне правостороннє розщеплення піднебіння
 - часткове розщеплення піднебіння.
2. Довжина м'якого піднебіння: норма.
3. Стан альвеолярного відростку (норма, розщеплення)
4. Зубощелепна система:
 - фізіологічний прикус
 - ортогнатичний прикус
 - дистальний прикус
 - мезиальний прикус
 - передній відкритий прикус
 - боковий відкритий прикус (лівосторонній, правосторонній, двосторонній)
 - наявність діастеми
 - неправильна будова зубів (рідкі, криві, мілкі, зайві, поза щелепною дугою)
5. Функції органів артикуляції:

- рухливість м'якого піднебіння (рухливе, обмежена рухливість, не рухливе)
- стан піднебінно-глоткової завіси - недостатність
- рухливість та активність губ: рухливі;
- рухливість та активність язика: обмежена рухливість – не підіймається вгору, при виконанні вправи «Млинець» зміщується вліво (дизартрія внаслідок підрізання мигдалин);
- рухливість та активність нижньої щелепи _____

6. Моторика язика:

- сила та об'єм рухів – дуже слабкий та неповороткий (піднімає в гору, повертає в сторони разом зі щелепою,)
- перемикання з однієї артикуляційної пози на іншу- дуже повільно
- вміння тримати позу – не вміє
- наявність синкинезій - ні

7. Тип і характер дихання:

- тип дихання (верхньоключичне, грудне, діафрагмальне)
- частота дихання, ритмічність та сила
- можливість диференціації носового і ротового дихання: диференціоє
- ротовий повітряний струмінь (сформований, слабкий, короткий, достатньої довжини, відсутній)
- координацію вдиху та видиху: за проханням координує.

8. Особливості голосу:

- сила звучання - тихий
- тембр – дзвінкий, з нотками істерії
- висота - варіюється
- ступінь назалізації – низький, проявляється під час хвилювання

VI. Стан звуковимови

Позиція звука	Звуки																						
	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
Ізольована: У складах (ма)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
(ам)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
(мна)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
У словах: початок	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
середина	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
кінець	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
У реченні	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
У спонтанній мові	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х

VII. Стан фонематичного сприйняття

VIII. Словник

1. Пасивний: в межах вікової норми
2. Активний : в межах вікової норми

IX. Граматична будова мовлення

Розуміння граматичних форм та використання їх в активному мовленні

X. Вимова слів складної складової структури

1. Скорочення груп приголосних: ні
2. Зупинка звучання приголосного наприкінці слова ні
3. Пропуск приголосного на початку слова ні
4. Додавання зайвого приголосного в склад ні
5. Перестановка звуків у слові ні
6. Уподібнення складу ні
7. Скорочення кількості складів ні
8. Додавання числа складів ні

XI. Зв'язне мовлення

1. Бесіда: вживає правильні граматичні конструкції, словниковий запас в межах вікової норми.
2. Розповідь за сюжетним малюнком: описує декількома розгорнутими реченнями.
3. Розповідь за серією малюнків: складає правильно.
4. Складання розповіді-опису: складає.
5. Переказ: короткий переказ простими повними реченнями, не повний.

XII. Загальний розвиток дитини

1. Інтелект: норма.
2. Знання кольорів: знає кольори з відтінками (назвав всі представлені 24 кольори).
3. Стан дрібної та загальної моторики: добре розвинені (робить складні макети з картону).
4. Конструктивна діяльність: розвинена
5. Психічні особливості:
 - контактність (легко, поступово, вибірково, негативно)
 - відношення до обстеження (зацікавлене, байдужість, негативне)
 - поведінка (адекватна, неадекватна, рухові розлади)
 - увага (стійкість, переключення)

- діяльність (направленість, хаотичність, переключення)
- працездатність (втомлюваність, виснаження)- раніше втомлювався, після того, як почав відвідувати секцію тайського боксу, підвищилась працездатність.

Бувають прояви істерії – мама пов’язує з тим, що з Сашка насміхаються із-за вад його вимови.

КАРІНА (ВОР)

I. Загальні відомості

1. Ім’я дитини: **Каріна**
 2. Вік: 7 років
 3. Клас: 1
 4. Домашня адреса: м. Апостолове
 5. Наявність двомовності в сім’ї: ні
 6. Чи відвідувала дошкільний заклад: так, з 3-х років
 7. Данні спеціалістів (психоневролога, невропатолога, отоларинголога, окуліста): не надано
 8. Наявність супутніх захворювань:
 9. Скарги батьків: не вимовляє звуки р-р’, плутає шиплячі і свистячі звуки, розмовляє з носовим відтінком
- Дані про батьків:
- Вік: тато – 29, мама - 28
 - здоров’я: в межах норми
 - професія, умови праці: тато – водій, мама - продавець
 - соціальні умови: задовільні
 - скільки дітей в сім’ї, яка за рахунком обстежувана дитина, чи є ще діти з аномалією: є менша сестра, 3 роки, без аномалій
10. Від якої вагітності дитина: 1
 11. Спадковість за прямою (непрямою) лінією: не відомо
 12. Характер протікання вагітності:
 - захворювання під час вагітності, травми, токсикози, загроза переривання вагітності (потрібне підкреслити) сильний токсикоз в I триместрі
 - чи приймала мати ліки (які)
 - місце роботи під час вагітності; магазин одягу

- харчування: задовільне
- фізичне навантаження: в межах норми
- психологічна обстановка в сім'ї: сприятлива
- психічний стрес: чоловік був мобілізований в АТО, коли було 5 тижнів вагітності
- резус-фактор: позитивний

II. Дані анамнезу

1. Характер протікання пологів (стрімкі, затяжні, стимульовані, обвиття пуповиною, кесарів розтин, асфіксія, гіпоксія і т.п.): плановий
2. Крик (зразу, після реанімаційних заходів)
3. Зріст, вага при народженні: 48 см, 2700 кг
4. Оцінка за шкалою Апгар: 6
5. На яку добу принесли годувати: -
6. Скільки часу продовжувалося грудне вигодовування: штучне
7. Особливості харчування дитини: без особливостей
8. Перенесені захворювання, травми, інтоксикації:
 - до року – дуже слабка, риніти
 - після року – часті риніти, ОРЗ
9. Хірургічне втручання (в якому віці):
 - хейлопластика
 - стафілопластика – в 3 місяці
 - уранопластика – в 3 місяці
 - косметичні операції
10. Лікування у ортодонта: 1,5 р. стояла пластина

III. Ранній психомоторний розвиток

1. Почала тримати голову: в 3 місяці
2. Почала самостійно сидіти: в 8 місяців
3. Почала самостійно ходити: 14 місяців
4. Час появи перших зубів: 8 місяців
5. Поведінка дитини до року (спокійна, неспокійна, як дитина спала): короткочасний неспокійний сон
6. Поява навичок самообслуговування: близько двох років

IV. Дані про хід раннього мовленнєвого розвитку

1. Гуління : після операції
2. Лепіт: 7 місяців
3. Перші слова: 10 місяців
4. Перші фрази: в рік

V. Обстеження органів артикуляції

1. Тверде піднебіння (необхідне підкреслити):

- форма (нормальне, вузьке, куполоподібне, низьке, сплющене)
- вроджене несрізне розщеплення піднебіння
- субкумозне розщеплення піднебіння
- вроджене наскрізне лівостороннє розщеплення піднебіння
- вроджене наскрізне правостороннє розщеплення піднебіння
- часткове розщеплення піднебіння

2. Довжина м'якого піднебіння: коротке

3. Стан альвеолярного відростку (норма, розщеплення)

4. Зубощелепна система:

- ортогнатичний прикус
- дистальний прикус
- мезиальний прикус
- передній відкритий прикус
- боковий відкритий прикус (лівосторонній, правосторонній, двосторонній)
- наявність діастеми
- неправильна будова зубів (рідкі, криві, мілкі, зайві, поза щелепною дугою)

5. Функції органів артикуляції:

- рухливість м'якого піднебіння (рухливе, обмежена рухливість, не рухливе)
- стан піднебінно-глоткової завіси – піднебінно-глоткова недостатність
- рухливість та активність губ - рухливі
- рухливість та активність язика - рухливий
- рухливість та активність нижньої щелепи - рухлива

6. Моторика язика:

- сила та об'єм рухів: достатні
- перемикання з однієї артикуляційної пози на іншу: затруднене
- вміння тримати позу : не висока здатність
- наявність синкинезій : відсутні

7. Тип і характер дихання:

- тип дихання (верхньоключичне, грудне, діафрагмальне)
- частота дихання, ритмічність та сила: ритмічне, не сильне
- можливість диференціації носового і ротового дихання: не повністю диференціює
- ротовий повітряний струмінь (сформований, слабкий, короткий, достатньої довжини, відсутній)

- координацію вдиху та видиху: частково координує

8. Особливості голосу:

- сила звучання: тихий

- тембр: оглушений

- висота

- ступінь назалізації: носовий відтінок

VI. Стан звуковимови

Позиція звука	Звуки																						
	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
Ізольована:	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	л	л'	б	в	п	д	й	к	г	х
У складах (ма)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	л	л'	б	в	п	д	й	к	г	х
(ам)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	л	л'	б	в	п	д	й	к	г	х
(мна)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	л	л'	б	в	п	д	й	к	г	х
У словах:	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	л	л'	б	в	п	д	й	к	г	х
початок	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	л	л'	б	в	п	д	й	к	г	х
середина	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	л	л'	б	в	п	д	й	к	г	х
кінець	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	л	л'	б	в	п	д	й	к	г	х
У реченні	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	л	л'	б	в	п	д	й	к	г	х
У спонтанній мові	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	л	л'	б	в	п	д	й	к	г	х

VII. Стан фонематичного сприйняття: не порушений

VIII. Словник

1. Пасивний: в межах вікової норми
2. Активний : в межах вікової норми

IX. Граматична будова мовлення

Розуміння граматичних форм та використання їх в активному мовленні

X. Вимова слів складної складової структури

1. Скорочення груп приголосних: ні
2. Зупинка звучання приголосного наприкінці слова: ні
3. Пропуск приголосного на початку слова: ні
4. Додавання зайвого приголосного в склад: ні
5. Перестановка звуків у слові: іноді
6. Уподібнення складу: ні
7. Скорочення кількості складів: ні
8. Додавання числа складів: ні

XI. Зв'язне мовлення

1. Бесіда: вживає правильні граматичні конструкції, словниковий запас в межах вікової норми.

2. Розповідь за сюжетним малюнком: описує
3. Розповідь за серією малюнків: описує 1-2 реченнями, переважно простими повними
4. Складання розповіді-опису: складає з труднощами
5. Переказ: короткий неповний переказ переважно простими реченнями.

XII. Загальний розвиток дитини

1. Інтелект: в межах норми
2. Знання кольорів: назвала 19 з 24
3. Стан дрібної та загальної моторики: добре розвинені
4. Конструктивна діяльність: розвинена
5. Психічні особливості: сором'язлива
 - контактність (легко, поступово, вибірково, негативно)
 - відношення до обстеження (зацікавлене, байдужість, негативно)
 - поведінка (адекватна, неадекватна, рухові розлади)
 - увага (стійкість, переключення) стійка
 - діяльність (направленість, хаотичність, переключення)
 - працездатність (втомлюваність, виснаження)працездатна

СОФІЯ М. (ВОР)

I. Загальні відомості

1. Ім'я дитини: **Софія М.**
 2. Вік: 7 років.
 3. ПІБ дитини:
 4. Домашня адреса: м. Апостолове
 5. Наявність двомовності в сім'ї: ні.
 6. Чи відвідувала дошкільний заклад: так.
 7. Данні спеціалістів (психоневролога, невропатолога, отоларинголога, окуліста): батьками не надані. Зі слів матері.
 8. Наявність супутніх захворювань:
 9. Скарги батьків: не вимовляє багато звуків, говорить в ніс
- Дані про батьків:
- Вік: 32 роки;
 - здоров'я: в межах норми;
 - професія, умови праці: мати – службовець, батько – водій;
 - соціальні умови: задовільні;

- скільки дітей в сім'ї, яка за рахунком обстежувана дитина, чи є ще діти з аномалією : є старший брат, аномалій немає.

10. Від якої вагітності дитина: 2

11. Спадковість за прямою (непрямою) лінією: ні

12. Характер протікання вагітності:

- захворювання під час вагітності, травми, токсикози, загроза переривання вагітності (потрібне підкреслити)
- чи приймала мати ліки (які)
- місце роботи під час вагітності: бухгалтерія;
- харчування: у зв'язку з сильним токсикозом під час I триместру було недостатнім;
- фізичне навантаження: дуже легке;
- психологічна обстановка в сім'ї : сприятлива;
- психічний стрес: ні;
- резус-фактор: негативний.

II. Дані анамнезу

1. Характер протікання пологів (стрімкі, затяжні, стимульовані, обвиття пуповиною, кесарів розтин, асфіксія, гіпоксія і т.п.): плановий кесарів розтин;
2. Крик (зразу, після реанімаційних заходів)
3. Зріст, вага при народженні: 51 см, 2900 г.
4. Оцінка за шкалою Апгар: 7.
5. На яку добу принесли годувати: 1.
6. Скільки часу продовжувалося грудне вигодовування: дитина відмовилася, штучне вигодовування.
7. Особливості харчування дитини: вибіркова в їжі, віддає перевагу рідкій, перемеленій.
8. Перенесені захворювання, травми, інтоксикації:
 - до року - риніти
 - після року: риніти, отит, тонзиліт.
9. Хірургічне втручання (в якому віці):
 - хейлопластика в 3 роки (підрізання вуздечки верхньої губи)
 - стафілопластика в 3 роки
 - уранопластика _____
 - косметичні операції
10. Лікування у ортодонта: ні

III. Ранній психомоторний розвиток

1. Почала тримати голову: 3 місяці.
2. Почала самостійно сидіти: 8 місяців.
3. Почала самостійно ходити: 1 рік 1 місяць.
4. Час появи перших зубів: 9 місяців.
5. Поведінка дитини до року (спокійна, неспокійна, як дитина спала):
беспокійний сон.
6. Поява навичок самообслуговування: в 2 роки

IV. Дані про хід раннього мовленнєвого розвитку

1. Гуління 3 міс
2. Лепіт близько 7 міс.
3. Перші слов: близько року
4. Перші фрази: близько 2 років

V. Обстеження органів артикуляції

1. Тверде піднебіння (необхідне підкреслити):
 - форма (нормальне, вузьке, куполоподібне, низьке, сплющене)
 - вроджене несрізне розщеплення піднебіння
 - субкумозне розщеплення піднебіння
 - вроджене наскрізне лівостороннє розщеплення піднебіння
 - вроджене наскрізне правостороннє розщеплення піднебіння
 - часткове розщеплення піднебіння
2. Довжина м'якого піднебіння: коротке, маленький язичок
малорухливий, права дужка дещо витягнута
3. Стан альвеолярного відростку (норма, розщеплення)
4. Зубощелепна система:
 - ортогнатичний прикус
 - дистальний прикус
 - мезиальний прикус
 - передній відкритий прикус
 - боковий відкритий прикус (лівосторонній, правосторонній,
двосторонній)
 - наявність діастеми
 - неправильна будова зубів (рідкі, криві, мілкі, зайві, поза щелепною дугою)
5. Функції органів артикуляції:
 - рухливість м'якого піднебіння (рухливе, обмежена рухливість, не рухливе)
 - стан піднебінно-глоткової завіси _____

- рухливість та активність губ – обмежена рухливість верхньої губи
(оперована вуздечка)

- рухливість та активність язика - норма

- рухливість та активність нижньої щелепи - норма

6. Моторика язика:

- сила та об'єм рухів – темп виконання рухів повільний, не в повній мірі

- перемикання з однієї артикуляційної пози на іншу - переключити рухи
затрудняється

- вміння тримати позу - затрудняється

- наявність синкинезій – постійно морщить лоба, примружує очі і
викривлює носо-губну складку справа

7. Тип і характер дихання:

- тип дихання (верхньоключичне, грудне, діафрагмальне)

- частота дихання, ритмічність та сила – часте, слабке

- можливість диференціації носового і ротового дихання диференціює не
в повній мірі

- ротовий повітряний струмінь (сформований, слабкий, короткий,
достатньої довжини, відсутній)

- координацію вдиху та видиху – координує частково

8. Особливості голосу:

- сила звучання - слабкий

- тембр назальний, хрипливатий

- висота не модульований, тихий

- ступінь назалізації : сильний

VI. Стан звуковимови

Позиція звука	Звуки																						
	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
Ізольована:	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	с	й	й	й	й	б	-	п	д	й	т	-	-
У складах (ма)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	с	й	й	й	й	б	-	п	д	й	т	-	-
(ам)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	с	й	й	й	й	б	-	п	д	й	т	-	-
(мна)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	с	й	й	й	й	б	-	п	д	й	т	-	-
У словах:	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	с	й	й	й	й	б	-	п	д	й	т	-	-
початок	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	с	й	й	й	й	б	-	п	д	й	т	-	-
середина	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	с	й	й	й	й	б	-	п	д	й	т	-	-
кінець	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	с	й	й	й	й	б	-	п	д	й	т	-	-
У реченні	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	с	й	й	й	й	б	-	п	д	й	т	-	-
У спонтанній мові	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	с	й	й	й	й	б	-	п	д	й	т	-	-

VII. Стан фонематичного сприйняття

VIII. Словник

1. Пасивний: недостатній
2. Активний : недостатній

IX. Граматична будова мовлення

Розуміння граматичних форм та використання їх в активному мовленні

X. Вимова слів складної складової структури

1. Скорочення груп приголосних: так
2. Зупинка звучання приголосного наприкінці слова - ні
3. Пропуск приголосного на початку слова - ні
4. Додавання зайвого приголосного в склад - ні
5. Перестановка звуків у слові - так
6. Уподібнення складу - так
7. Скорочення кількості складів - так
8. Додавання числа складів - ні

XI. Зв'язне мовлення

1. Бесіда: відповідає одним словом або фразою з двох слів
2. Розповідь за сюжетним малюнком не складає
3. Розповідь за серією малюнків : Описує 1-2 словами
4. Складання розповіді-опису: не описує

XII. Загальний розвиток дитини

1. Інтелект: норма
2. Знання кольорів: назвала 13 з 24
3. Стан дрібної та загальної моторики: слабо розвинені
4. Конструктивна діяльність: слабо розвинена
5. Психічні особливості: дуже сором'язлива
 - контактність (легко, поступово, вибірково, негативно)
 - відношення до обстеження (зацікавлене, байдужість, негативно)
 - поведінка (адекватна, неадекватна, рухові розлади)
 - увага (стійкість, переключення)
 - діяльність (направленість, хаотичність, переключення)
 - працездатність (втомлюваність, виснаження) швидко втомлюється

ДАША (ВФР)

I. Загальні відомості

1. Ім'я дитини: Даша
2. Вік: 6 років

3. Клас: 1
 4. Домашня адреса: м. Апостолове
 5. Наявність двомовності в сім'ї: ні
 6. Чи відвідувала дошкільний заклад: так, з 2,8 років
 7. Данні спеціалістів (психоневролога, невропатолога, отоларинголога, окуліста):
 8. Наявність супутніх захворювань: хронічні риніт, тонзиліт
 9. Скарги батьків: не вимовляє багато звуків
- Дані про батьків:
- Вік: батько -31, мати - 31
 - здоров'я: в межах норми
 - професія, умови праці: мама манікюрниця,батько водій-далекобійник, умови задовільні
 - соціальні умови: задовільні
 - скільки дітей в сім'ї, яка за рахунком обстежувана дитина, чи є ще діти з аномалією: двоє дітей, Даша друга

10. Від якої вагітності дитина: 3

11. Спадковість за прямою (непрямою) лінією: ні

12. Характер протікання вагітності:

- захворювання під час вагітності, травми, токсикози, загроза переривання вагітності (потрібне підкреслити) ні
- чи приймала мати ліки (які): ні
- місце роботи під час вагітності: ні
- харчування: збалансоване
- фізичне навантаження: в межах норми
- психологічна обстановка в сім'ї: сприятлива
- психічний стрес: ні
- резус-фактор: позитивний

II. Дані анамнезу

1. Характер протікання пологів (стрімкі, затяжні, стимульовані, обвиття пуповиною, кесарів розтин, асфіксія, гіпоксія і т.п.):
2. Крик (зразу, після реанімаційних заходів)
3. Зріст, вага при народженні: 50 см, 3400 г
4. Оцінка за шкалою Апгар: 8,0
5. На яку добу принесли годувати: відразу після пологів
6. Скільки часу продовжувалося грудне вигодовування: 1 рік

7. Особливості харчування дитини: вибіркова в їжі, не любить тверду
8. Перенесені захворювання, травми, інтоксикації:
 - до року: риніти
 - після року: риніти, тонзиліти
9. Хірургічне втручання (в якому віці):
 - Хейлопластика -
 - стафілопластика -
 - уранопластика -
 - косметичні операції –
 - інше – видалення аденоїдальних розростань в 6 років
10. Лікування у ортодонта: ні

III. Ранній психомоторний розвиток

11. Почала тримати голову: в 2 місяці
12. Почала самостійно ходити: в 10 місяців
13. Час появи перших зубів: 5 місяців
14. Поведінка дитини до року (спокійна, неспокійна, як дитина спала):
спала крепко
15. Поява навичок самообслуговування: з півторарічного віку

IV. Дані про хід раннього мовленнєвого розвитку

1. Гуління: з 2-х місяців
2. Лепіт: з 6-ми місяців
3. Перші слова: 9 місяців
4. Перші фрази: 11 місяців

V. Обстеження органів артикуляції

1. Тверде піднебіння (необхідне підкреслити):
 - форма (нормальне, вузьке, куполоподібне, низьке, сплющене)
 - вроджене несрізне розщеплення піднебіння
 - субкумозне розщеплення піднебіння
 - вроджене наскрізне лівостороннє розщеплення піднебіння
 - вроджене наскрізне правостороннє розщеплення піднебіння
 - часткове розщеплення піднебіння
2. Довжина м'якого піднебіння: норма
3. Стан альвеолярного відростку (норма, розщеплення)
4. Зубощелепна система:
 - фізіологічний прикус
 - ортогнатичний прикус
 - дистальний прикус
 - мезиальний прикус

- передній відкритий прикус
- боковий відкритий прикус (лівосторонній, правосторонній, двосторонній)
- наявність діастеми
- неправильна будова зубів (рідкі, криві, мілкі, зайві, поза щелепною дугою) на верхній щелепі

5. Функції органів артикуляції:

- рухливість м'якого піднебіння (рухливе, обмежена рухливість, не рухливе)
- стан піднебінно-глоткової завіси:
- рухливість та активність губ: малорухливі
- рухливість та активність язика: рухливий, активний;
- рухливість та активність нижньої щелепи: рухлива, але малоактивна

6. Моторика язика:

- сила та об'єм рухів достатні
- перемикання з однієї артикуляційної пози на іншу повільно переключається
- вміння тримати позу витримує не зовсім достатньо
- наявність синкинезій ні

7. Тип і характер дихання:

- тип дихання (верхньоключичне, грудне, діафрагмальне)
- частота дихання, ритмічність та сила: часте, поверхневе
- можливість диференціації носового і ротового дихання: не диференціює,
- ротовий повітряний струмінь (сформований, слабкий, короткий, достатньої довжини, відсутній)
- координацію вдиху та видиху - не координує, дихає ротом!

8. Особливості голосу:

- сила звучання: розмовляє тихо
- тембр: глухий, сиплий
- висота: не варіюється
- ступінь назалізації: сильна

VI. Стан звуковимови

Позиція звука	Приголосні звуки																						
	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
Ізольована:	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
У складах (ма)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
(ам)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
(мна)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
У словах: початок	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х

середина	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	в	в	в	в	б	в	п	д	й	к	г	х
кінець	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	в	в	в	в	б	в	п	д	й	к	г	х
У реченні	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	в	в	в	в	б	в	п	д	й	к	г	х
У спонтанній мові	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	в	в	в	в	б	в	п	д	й	к	г	х

VII. Стан фонематичного сприйняття

VIII. Словник

1.Пасивний: в межах вікової норми

2.Активний : в межах вікової норми

IX. Граматична будова мовлення

Розуміння граматичних форм та використання їх в активному мовленні: правильно розуміє граматичні конструкції та використовує в мовленні

X. Вимова слів складної складової структури

1. Скорочення груп приголосних: ні
2. Зупинка звучання приголосного наприкінці слова: ні
3. Пропуск приголосного на початку слова: ні
4. Додавання зайвого приголосного в склад: ні
5. Перестановка звуків у слові: ні
6. Уподібнення складу: ні
7. Скорочення кількості складів: ні
8. Додавання числа складів: ні

XI. Зв'язне мовлення

1.Бесіда: вживає правильні граматичні конструкції, словниковий запас в межах вікової норми.

2.Розповідь за сюжетним малюнком: описує декількома розгорнутими реченнями.

3.Розповідь за серією малюнків: складає правильно.

16.Складання розповіді-опису: складає.

4.Переказ: короткий переказ простими повними реченнями, не повний.

XII. Загальний розвиток дитини

- 1.Інтелект: норма.
- 2.Знання кольорів: знає кольори з відтінками (назвала всі представлені 24 кольори).
- 3.Стан дрібної та загальної моторики: добре розвинені.
- 4.Конструктивна діяльність: розвинена
- 5.Психічні особливості:
 - контактність (легко, поступово, вибірково, негативно);
 - відношення до обстеження (зацікавлене, байдужість, негативно);
 - поведінка (адекватна, неадекватна, рухові розлади);
 - увага (стійкість, переключення);
 - діяльність (направленість, хаотичність, переключення);
 - працездатність (втомлюваність, виснаження).

СОФІЯ Д. (ВФР)

І. Загальні відомості

1. Ім'я дитини: **Софія Д.**
 2. Вік: 6 років
 3. Клас: 1
 4. Домашня адреса: м. Апостолове
 5. Наявність двомовності в сім'ї: ні
 6. Чи відвідувала дошкільний заклад: так, з 2,8 років
 7. Данні спеціалістів (психоневролога, невропатолога, отоларинголога, окуліста):
 8. Наявність супутніх захворювань: хронічні риніт, тонзиліт
 9. Скарги батьків: не вимовляє багато звуків
- Дані про батьків:
- Вік: батько -30, мати - 25
 - здоров'я: в межах норми
 - професія, умови праці: домогосподарка,батько автомеханік, умови задовільні
 - соціальні умови: задовільні
 - скільки дітей в сім'ї, яка за рахунком обстежувана дитина, чи є ще діти з аномалією: 1
10. Від якої вагітності дитина: 1
 11. Спадковість за прямою (непрямою) лінією: ні

12. Характер протікання вагітності:

- захворювання під час вагітності, травми, токсикози, загроза переривання вагітності (потрібне підкреслити) ні
- чи приймала мати ліки (які): ні
- місце роботи під час вагітності: ні
- харчування: збалансоване
- фізичне навантаження: в межах норми
- психологічна обстановка в сім'ї: сприятлива
- психічний стрес: ні
- резус-фактор: позитивний

II. Дані анамнезу

17. Характер протікання пологів (стрімкі, затяжні, стимульовані, обвиття пуповиною, кесарів розтин, асфіксія, гіпоксія і т.п.):

18. Крик (зразу, після реанімаційних заходів)

19. Зріст, вага при народженні: 49 см, 3900 г

20. Оцінка за шкалою Апгар: 7,5

21. На яку добу принесли годувати: відразу після пологів

22. Скільки часу продовжувалося грудне вигодовування: 1 рік 1 місяць

23. Особливості харчування дитини: без особливостей

24. Перенесені захворювання, травми, інтоксикації:

- до року: риніти
- після року: риніти, тонзиліти

25. Хірургічне втручання (в якому віці):

- Хейлопластика -
- стафілопластика -
- уранопластика -
- косметичні операції –
- інше – видалення аденоїдальних розростань в 6 років

26. Лікування у ортодонта: ні

III. Ранній психомоторний розвиток

27. Почала тримати голову: в 2 місяці

28. Почала самостійно ходити: в 11 місяців

29. Час появи перших зубів: 6 місяців

30. Поведінка дитини до року (спокійна, неспокійна, як дитина спала): спала крепко

31. Поява навичок самообслуговування: з півторарічного віку

IV. Дані про хід раннього мовленнєвого розвитку

2. Гуління: з 2-х місяців
2. Лепіт: з 6-ми місяців
5. Перші слова: 8 місяців
6. Перші фрази: рік

V. Обстеження органів артикуляції

1. Тверде піднебіння (необхідне підкреслити):
 - форма (нормальне, вузьке, куполоподібне, низьке , сплющене)
 - вроджене несрізне розщеплення піднебіння
 - субкумозне розщеплення піднебіння
 - вроджене наскрізне лівостороннє розщеплення піднебіння
 - вроджене наскрізне правостороннє розщеплення піднебіння
 - часткове розщеплення піднебіння
2. Довжина м'якого піднебіння: норма
3. Стан альвеолярного відростку (норма, розщеплення)
4. Зубощелепна система:
 - фізіологічний прикус
 - ортогнатичний прикус
 - дистальний прикус
 - мезиальний прикус
 - передній відкритий прикус
 - боковий відкритий прикус (лівосторонній, правосторонній, двосторонній)
 - наявність діастеми
 - неправильна будова зубів (рідкі, криві, мілкі, зайві, поза щелепною дугою) на верхній щелепі
5. Функції органів артикуляції:
 - рухливість м'якого піднебіння (рухливе, обмежена рухливість, не рухливе)
 - стан піднебінно-глоткової завіси: недостатність
 - рухливість та активність губ: рухливі
 - рухливість та активність язика: рухливий, активний;
 - рухливість та активність нижньої щелепи: рухлива
6. Моторика язика:
 - сила та об'єм рухів достатні
 - перемикання з однієї артикуляційної пози на іншу повільно
переключається
 - вміння тримати позу витримує достатньо
 - наявність синкинезій ні

7. Тип і характер дихання:

- тип дихання (верхньоключичне, грудне, діафрагмальне)
- частота дихання, ритмічність та сила: часте, поверхнєве
- можливість диференціації носового і ротового дихання: не диференціює,
- ротовий повітряний струмінь (сформований, слабкий, короткий, достатньої довжини, відсутній)
- координацію вдиху та видиху - не координує, дихає ротом!

8. Особливості голосу:

- сила звучання: розмовляє тихо
- тембр: глухий, сиплий
- висота: не варіюється
- ступінь назалізації: сильна

VI. Стан звуковимови

Позиція звука	Приголосні звуки																						
	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	ш	ж	ч	щ	л	л'	р	р'	б	в	п	д	й	к	г	х
Ізольована:	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	в	в	в	в	б	в	п	д	й	к	г	х
У складах (ма)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	в	в	в	в	б	в	п	д	й	к	г	х
(ам)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	в	в	в	в	б	в	п	д	й	к	г	х
(мна)	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	в	в	в	в	б	в	п	д	й	к	г	х
У словах:	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	в	в	в	в	б	в	п	д	й	к	г	х
початок	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	в	в	в	в	б	в	п	д	й	к	г	х
середина	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	в	в	в	в	б	в	п	д	й	к	г	х
кінець	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	в	в	в	в	б	в	п	д	й	к	г	х
У реченні	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	в	в	в	в	б	в	п	д	й	к	г	х
У спонтанній мові	с	с'	з	з'	ц	ц'	дз	с	з	ц	сц	в	в	в	в	б	в	п	д	й	к	г	х

VII. Стан фонематичного сприйняття

VIII. Словник

1. Пасивний: в межах вікової норми2. Активний : в межах вікової норми

IX. Граматична будова мовлення

Розуміння граматичних форм та використання їх в активному мовленні: правильно розуміє граматичні конструкції та використовує в мовленні

X. Вимова слів складної складової структури

1. Скорочення груп приголосних: ні

2. Зупинка звучання приголосного наприкінці слова: ні

3. Пропуск приголосного на початку слова: ні
4. Додавання зайвого приголосного в склад: ні
5. Перестановка звуків у слові: ні
6. Уподібнення складу: ні
7. Скорочення кількості складів: ні
8. Додавання числа складів: ні

XI. Зв'язне мовлення

- 1.Бесіда: вживає правильні граматичні конструкції, словниковий запас в межах вікової норми.
- 2.Розповідь за сюжетним малюнком: описує декількома розгорнутими реченнями.
- 3.Розповідь за серією малюнків: складає правильно.
- 32.Складання розповіді-опису: складає.
- 4.Переказ: короткий переказ простими повними реченнями, не повний.

XII. Загальний розвиток дитини

- 1.Інтелект: норма.
- 2.Знання кольорів: знає кольори з відтінками (назвала 18 з 24 кольорів).
- 3.Стан дрібної та загальної моторики: добре розвинені.
- 4.Конструктивна діяльність: розвинена
- 5.Психічні особливості:
 - контактність (легко, поступово, вибірково, негативно);
 - відношення до обстеження (зацікавлене, байдужість, негативно);
 - поведінка (адекватна, неадекватна, рухові розлади);
 - увага (стійкість, переключення);
 - діяльність (направленість, хаотичність, переключення);
 - працездатність (втомлюваність, виснаження).

Логопедична іграшка «Мишко»

Додаток В

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я, Потапенко Вікторія Станіславівна, учасниця 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.

19.10.2021

(дата)


(підпис)

Вікторія Потاپенко

(ім'я, прізвище)