

ЛОГОПЕДИЧНА К РОБОТА З КОРЕКЦІЇ ЗВУКОВИМОВИ ПРИ ВІДКРИТІЙ РИНОЛАЛІЇ У ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ

У статті розглядається специфіка логопедичної роботи з корекції звуковимови при відкритій формі ринолалії здобувачів освіти початкового рівня

Ключові слова: відкрита ринолалія, здобувачі освіти початкового рівня, корекція порушень звуковимови.

The article considers the specifics of speech therapy work on the correction of pronunciation in the open form of rhinolalia of primary school students

Key words: open rhinolalia, primary school students, correction of speech disorders.

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.

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. 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, 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.

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.

Під поняттям "ринолалія " розуміють порушення тембру голосу і звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними вадами артикуляційного апарату» [8, с. 144]. Є три основних форми ринолалії: закрита, відкрита і змішана. При відкритій формі ринолалії порушується не тільки звуковимовна, а й фонаційна сторони мовлення. Саме ця форма є найбільш складною та важче піддається корекції. Відкрита ринолалія буває органічною та функціональною. В свою чергу, органічна відкрита ринолалія може бути вродженою або набутою.

Набута відкрита органічна ринолалія виникає внаслідок перфорації твердого і м'якого піднебіння внаслідок черепно-мозкової травми або у разі розвитку остеомієліту, рубцевих змін, поранень, тиску пухлини тощо, тобто порушуються цілісність і рухомість твердого і/або м'якого піднебіння інтелекту [8, с. 178].

Вроджена відкрита органічна ринолалія виникає внаслідок вроджених дефектів верхньої губи, твердого та м'якого піднебіння, при парезах і паралічах м'якого піднебіння внаслідок вродженого ураження язикового і/або блукаючого нервів.

Функціональна відкрита ринолалія може бути викликана змінами у глотці, викликаними травмами або пухлинами, одно- або двобічним парезом м'якого піднебіння, при зниженні фізіологічного слуху (порушується контроль власного мовлення), істерією або звуконаслідуванням. Дуже поширеною є проста («звичайна») функціональна відкрита ринолалія, яка виникає при частих застудах, після хірургічного видалення аденоїдних розростань або парезу м'якого піднебіння після дифтерії.

Логопедична робота з корекції звуковимови відкритої ринолалії при її органічній формі проводиться в два етапи: доопераційний та післяопераційний.

Основною метою на доопераційному етапі є недопущення створення патологічних компенсаторних звичок [2, с. 8] та підготування бази для правильної звуковимови:

- формування піднебінно-глоткового змикання (потрібно активізувати м'язи глоткового кільця, підготувати сегменти м'якого піднебіння до вело-фарінгеального (піднебінно-глоткового) змикання);
- постановка фізіологічного дихання (діафрагмально-реберного);
- постановка ротового видиху, диференціація ротового і носового видиху;
- активізація артикуляційного апарату, досягання правильного положення язика;
- усунення патологічних компенсаторних звичок, боротьба із зайвими рухами лицьових м'язів;
- розвиток слухового уваги і фонематичного слуху;
- постановка і автоматизація доступних звуків;
- розвиток модуляції голосу. [1, с.].

У разі проведення логопедичної роботи до операції суттєво скорочуються терміни післяопераційного відновлення функцій органів периферійного мовленнєвого апарату. Післяопераційний етап логопедичної роботи складається з наступних пунктів:

- формування повноцінного піднебінно-глоткового змикання, розвиток рухливості м'якого піднебіння, масаж рубців твердого та м'якого піднебіння;
- корекція і автоматизація фізіологічного дихання;
- оволодіння спрямованим повітряним струменем для вироблення навичок фонаційного дихання;
- удосконалення рухливості артикуляційного апарату;
- удосконалення фонематичного слуху і диференціація змішуваних правильно вимовних звуків;
- засвоєння вимови голосних без назального відтінку, постановка правильної вимови приголосних, повна автоматизація нових навичок;
- усунення ринофонії (назального відтінку), порушень сили і висоти голосу [1, с.].

Післяопераційний етап деякі автори поділяють на (Єрмакова І.І.) поділяють ще на 3 етапи. На першому намагаються досягти повного піднебінно-глоткового змикання шляхом розвинення рухливості піднебінної фіранки. Виконуються вправи з проголошенням голосних звуків (спочатку –а-, -е-, потім – інші), проспівування. Намагаються перевести кінчик язика в передню частину ротової порожнини (у тому випадку, якщо логопедичних занять не було в доопераційний період).

Для розвитку повноцінного піднебінно-глоткового змикання в післяопераційний період застосовується логопедичний масаж твердого та м'якого піднебіння (завдяки ньому розтягуються післяопераційні рубці, поліпшується кровообіг, підвищується працездатність м'язів артикуляційного апарату). Повноцінні логопедичні заняття рекомендується почати проводити через 2-3 тижні після операції. Обов'язково потрібно робити гімнастику м'якого піднебіння і задньої стінки глотки, яка сприяє розтягненню рубцевої тканини і розсмоктуванню рубців, тому що м'яке піднебіння після операції стає коротшим внаслідок схильності до рубцювання.

На наступному етапі закріплені навички поступово вводяться в мовлення шляхом включення в дидактичний матеріал приголосних звуків, починаючи з інтервокальної

позиції. Краще засвоюються сонорні та фрикативні звуки. Труднощі виникають у прямих складах, коли дитина намагається відтворити стару патологічну артикуляцію. Паралельно ведеться логопедична робота з подолання дислалії й вводяться фонопедичні вправи для виправлення недоліків голосоутворення.

На заключному етапі потрібно автоматизувати набуті на попередніх етапах навички, ввести їх в зв'язне мовлення. Також потрібно остаточно позбутися назального відтінку в звуковикові.

Треба відмітити, що при функціональній відкритій ринолалії частіше спотворюється звуковимова голосних звуків, приголосні звуки страждають менше, при вимові носових звуків назалізація може бути навіть сильнішою, ніж при органічній формі. Логопедична корекція звуковимови дітей з відкритою функціональною ринолалією схожа на логопедичну роботу при органічній формі.

Часто відкрита ринолалія супроводжується іншими органічними чи функціональними патологічними змінами мовленнєвого апарату (наприклад, дизартрією), які теж впливають на мовленнєві процеси. Тому потрібно дослідити їх ще на діагностичному етапі.

Патологічні спотворення звуковимовної сторони мовлення в подальшому можуть негативно вплинути на писемне мовлення дитини, стати причиною дисграфії. Тому корекційну роботу потрібно проводити в дошкільний період, або ж у початковій школі.

Отже, корекція звуковимовної сторони мовлення молодших школярів з відкритою органічною або функціональною ринолалією повинна відбуватися після детального діагностичного обстеження дітей, поетапно і систематично, на основі мультидисциплінарного підходу та принципу індивідуального підходу. Успішність корекційного процесу залежить не тільки від систематичної логопедичної роботи, спрямованої на виховання спрямованого мовленнєвого дихання, розвиток артикуляційних процесів та фонематичного сприйняття, а й від своєчасного хірургічного втручання, медичної реабілітації, психофізіологічного стану дитини.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Васильева, Е.Е. Ринолалія. – Ярославль, 2007. – 63 с.
2. Ермакова И.И. Коррекция речи при ринолаллии у детей и подростков. М., 1996. (електрон. хрестоматія).
3. Конопляста С.Ю. Ринолалія від А до Я: Монографія. К.:Книга-плюс, 2015 – 312 с.
4. Мосьпан Т.Я., Гинтер О.В. Современный поход к логопедическому сопровождению детей раннего возраста с врожденной расщелиной губы и нёба // Специальное образование. 2017. № 1.
5. 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.
6. Уклонская Д.В., Агеева 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.2016, Том 22.
7. Филичева Т.Б. и др. Основы логопедии: Учебное пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.) / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.: ил.
8. Шеремет М. К. Логопедія. Підручник. Третє видання, перероблене та доповнене / За ред.. М.К. Шеремет. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2014. – 672 с.

Рекомендує до друку науковий керівник доцент Кабельникова Н.В.