

# Модель логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку з ринолалією

## Model of Speech Therapy Work with Preschool Children with Rhinolalia

Галина Барсуковська<sup>1</sup>  
Halyna Barsukovskaya

<sup>1</sup> Oleksandr Dovzhenko Hlukhiv National Pedagogical University  
24 Kyiv street, Hlukhiv, Sumy, Ukraine, 41400

DOI: 10.22178/pos.103-1

LCC Subject Category: PE1001-1693

Received 30.03.2024  
Accepted 28.04.2024  
Published online 30.04.2024

Corresponding Author:  
barsukovskagalina@gmail.com

© 2024 The Author. This article is licensed  
under a Creative Commons Attribution 4.0  
License 

**Анотація.** Статтю присвячено характеристиці моделі логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку з ринолалією. Розкрито поняття «ринолалія». Охарактеризовано порушення питання логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку з ринолалією на сучасному етапі. Представлено та описано модель логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку з ринолалією.

**Ключевые слова:** синтаксически-семантические; лексико-семантические; интонация; фразеологические сочетания; текст.

**Abstract.** The article describes the model of speech therapy working with preschool children with rhinolalia. The concept of "rhinolalia" is revealed. The issue of speech therapy work with preschool children with rhinolalia at the present stage is described. The model of speech therapy work with preschool children with rhinolalia is presented and described.

**Keywords:** syntactic-semantic; lexical-semantic; intonation; phraseological combinations; text.

### ВСТУП

Формування мовленнєвої компетентності є одним із пріоритетних напрямів загального гармонійного розвитку дитини в закладі дошкільної освіти.

На сьогодні актуального значення набуває потреба у кардинальних змінах щодо навчання та розвитку дитини дошкільного віку в інклюзивному просторі. Наукові дослідження показують, що прогнози щодо зниження кількості народження дітей з ринолалією вкрай несприятливі. Відтак, в Україні народжуваність дітей з ринолалією останніми роками неухильно зростає, що спричиняє необхідність інноваційних заходів щодо її корекції.

Аналіз наукових джерел і практичної діяльності з особами із даним порушенням мовлення доводить, що удосконалення корекційного компонента має відбуватися за допомогою впровадження нових методів, підходів та практичної діяльності.

Для розроблення й обґрунтування моделі логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку з ринолалією необхідно з'ясувати причини її виникнення, симптоматику, сучасне розуміння проблеми, а також охарактеризувати корекційну складову цього порушення.

*Мета статті* полягає в обґрунтуванні моделі логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку з ринолалією.

Аналіз моделі корекційної роботи з дітьми дошкільного віку з ринолалією здійснено на матеріалах монографії, навчально-методичних посібників та статей. У дослідженні було використано такі методи як аналіз, синтез, узагальнення, класифікація та систематизація теоретичного матеріалу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Серед мовленнєвих порушень ринолалія є серйозним розладом, подолання якого потребує тривалого часу та ранньої діагностики, своєчасних корекційних заходів, врахування

індивідуальних і загальних компенсаторних можливостей дитини, а також глибокого знання специфічних завдань логопедичної роботи з цією особливою категорією дітей.

У галузі логопедії ринолалія вважається самостійним мовленнєвим розладом серед безлічі мовленнєвих порушень, оскільки вона має унікальні симптоми, відмінні від інших мовленнєвих розладів.

Термін «ринолалія» (від грец. *ρῖνός* – ніс, *λαλία* – мовлення) у дослівному перекладі означає мовлення в ніс, гугнявість, чим відображає тільки зовнішні прояви даного розладу. Історично для визначення цього мовленнєвого порушення в літературі (особливо в зарубіжній і медичній) використовували й інші терміни: «палатолалія», «палапголалія», «ринофонія», «механічна дислалія». На відміну від механічної дислалії у випадку ринолалії порушена вимова не лише приголосних звуків, а й голосних. Ринолалія характеризується ще й проявом стійких порушень звуковимовної сторони мовлення [1].

На сьогодні найбільш уживаним визначенням цього мовленнєвого порушення є таке: «Ринолалія – це порушення тембру голосу і звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними вадами артикуляційного апарату» [2].

Згідно з останніми науковими дослідженнями, кількість осіб із вродженою ущелиною піднебіння і верхньої губи значно збільшилася. Згідно з медичними дослідженнями, вроджені порушення обличчя і піднебіння є результатом різних зовнішніх і внутрішніх впливів на ембріон, що тягнуть за собою затримку розвитку тих його частин, де закладаються ембріональні вузли, що формують обличчя, рот і носову порожнину. У спеціальній літературі існує багато думок про причини вроджених захворювань обличчя, ущелини губи і піднебіння. Наукова еліта зосередила свої дослідження на біологічних факторах розвитку цієї проблеми. До причин ущелини губи і піднебіння також належать різні психічні розлади, особливо на ранніх термінах вагітності, гінекологічні захворювання, ендокринні порушення, вік батьків, порядок вагітності та стан здоров'я матері.

Відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я це порушення відноситься до голосових розладів. Незважаючи на те, що за її наявності спостерігаються значні

порушення артикуляції, які найчастіше є наслідком природжених незрощень верхньої губи, твердого та м'якого піднебіння.

Проблема логопедичної роботи з дітьми з ринолалією була предметом вивчення таких науковців та практиків, як, С. Конопляста, З. Мартинюк, Ю. Рібцун, В. Тищенко, Л. Трофименко, А. Цибулько, М. Шеремет та ін. Під час опису порушень фонетичної сторони мовлення дітей із ринолалією дослідники звертають увагу на те, що порушення звуковимови у них є досить специфічним процесом. Він є характерним лише для ринолалії, характер спотворень звуків зумовлений порушеннями артикуляційного укладу як органічного, так і функціонального характеру [3].

За твердженням С. Коноплястої, ринолалія характеризується гугнявістю, як фонетичний феномен має різну природу, що потрібно розуміти для глибшого усвідомлення механізмів, покладених в основу даної нозології. Носові звуки виникають через надмірне або недостатнє резонування носових ходів під час спілкування. Або анатомічні порушення твердого і м'якого піднебіння, які створюють зв'язок між ротовою і носовою порожнинами, або м'яке піднебіння недостатньо замикається із задньою стінкою глотки, так що повітря, що видихається, майже повністю проходить через ніс. Другий тип захриплості спричинений органічними змінами в носовій порожнині або носоглотці. Або ж причиною є органічні зміни в носоглотковій ділянці або дисфункція піднебінно-глоткового змикання, що ускладнює носове дихання [2].

У логопедичній діагностиці ринолалії, А. Цибулько важливим завданням вбачає розмежування порушень, що розрізняються за механізмом дії. Не всі симптоми, що спостерігаються у дітей з ущелиною піднебіння, зумовлені цим анатомічним порушенням. Наприклад, крім анатомічних і фізіологічних дефектів зубного ряду, часто порушується іннервація м'язів оклюзійних органів. По суті, ці випадки являють собою складні співіснуючі порушення, в яких задіяні два різні механізми: дефіцит центральної іннервації і структурні аномалії зубного ряду. У зв'язку з цим диференціальна діагностика різних механізмів синдромів мовленнєвої патології необхідна для правильного вибору завдання і корекційних заходів [4].

Для успішного орієнтування в даній нозології фахівці мають досконало володіти знаннями щодо анатоμο-фізіологічних особливостей піднебінно-глоткового апарату в нормі і при патології.

Залежно від характеру порушення функції піднебінно-глоткового змикання виділяють різні форми ринолалії. Так, у логопедичній літературі виділяють три основні форми ринолалії: відкриту, закриту і змішану.

Відкритою формою ринолалії вважається порушення звуковимовної та фонаційної сторони мовлення, що є найскладнішою, як в механізмах порушення, так і у процесі подолання. Виокремлюють органічну та функціональну відкриту ринолалію. Відкрита органічна ринолалія може бути як набутою так і вродженою. Набута відкрита органічна ринолалія проявляється в результаті перфорації твердого і м'якого піднебіння при черепно-мозкових травмах, остеомієліті, рубцях, ранах або пухлинах, тобто у разі порушення цілості та рухливості твердого і м'якого піднебіння.

Вроджена органічна відкрита ринолалія зазвичай є результатом вродженого незрощення м'якого та твердого піднебіння, паралічу та парезу м'якого піднебіння за умови короткого м'якого піднебіння, підслизових тріщин і пошкодження блукаючого нерву.

Відкрита ринолалія, як правило, характеризується надмірною назальністю мовленнєвих звуків та їхньою не правильною артикуляцією, внаслідок підвищеної можливості проходження струменя повітря, що видихається, через ніс. За таких умов носові звуки *м, м', н, н'*, а також усі інші, які є ротовими, набувають назального відтінку, порушуючи артикуляційні характеристики звуків.

У логопедичній практиці вроджена відкрита органічна ринолалія зустрічається найчастіше і є наслідком вроджених піднебінних порушень. Симптомами відкритої органічної ринолалії є зміни положення язика. Язик стабілізується в тому положенні, коли спинка язика відтягується назад до глотки, а корінь язика підтягується вгору, злегка збільшується, гіпертрофується і напружується. Язик майже повністю нерозвинений, млявий, атонічний, унаслідок чого залишаються доступними тільки найелементарніші, недостатньо диференційовані артикуляційні рухи:

- відбуваються зміни у роботі м'язів м'якого піднебіння. Після операційного втручання м'яке піднебіння в деякій мірі залишається недостатньо активним, малорухомим, що зумовлюється наявністю рубцевої тканини. Слабо виконуються функції розмежування ротової та носової порожнин. Часто виявляється асиметрія м'язів м'якого піднебіння зліва і справа, яка з віком здатна прогресувати. Слизова оболонка поступово світлішає, стає млявою та атрофованою;

- порушення діяльності м'язів периферичного артикуляційного апарату. Спочатку порушується взаємодія артикуляційних і мімічних м'язів, що характеризується нехарактерними рухами м'язів обличчя під час мовлення. Симптомом, що ускладнює процес мовленнєвого акту можна вважати порушенням взаємодії артикуляційних і дихальних м'язів, що призводить до специфічних порушень мовленнєвого дихання. Також характерних змін зазнає ритмічність мовленнєвого дихання, в результаті чого порушуються механізми між вдихом і видихом, спрямованість та плавність вдиху і видиху [5].

Закрита форма ринолалії характеризується порушенням фонетичної сторони мовлення. Порушення нормального проходження повітря через ніс ускладнене та призводить до повного або часткового усунення носового резонансу, чим зумовлена зміна тембру голосу. Закрита форма ринолалії характеризується зниженням фізіологічного носового резонансу під час вимови носових звуків *м, м', н, я'.* У процесі артикуляції цих звуків під час нормальної роботи носоглотковий прохід залишається відкритим, а повітря вільно проникає до носової порожнини. Якщо носовий резонанс відсутній, то ці фонемі набувають ротового звучання *б, б', д, д'.* Основними причинами закритої ринолалії найчастіше є зміни в носовому просторі, або функціональні розлади піднебінно-глоткового змикання, таким чином носова порожнина відокремлюється від ротової.

Виділяють передню закриту ринолалію, що виникає на фоні хронічної гіпертрофії слизової порожнини носа, як правило задніх відділів нижніх раковин та задню закриту ринолалію, яка найчастіше є наслідком великих аденоїдних розрощень або носоглоткових поліпів унаслідок фіброми чи інших пухлин. При передній закритій ринолалії порушується

ся проходження повітря в носові ходи, а при задньої закритої – зменшується об'єм носоглоткової порожнини, при цьому звуки м, н звучать як б, д, д'. Помітною зовнішньою ознакою закритої ринолалії є постійно відкритий рот.

Для змішаної форми ринолалії характерний низький носовий резонанс під час вимови носових звуків та наявність назального відтінку у тембрі голосу. Причиною змішаної ринолалії є поєднання утрудненого носового дихання та недостатність піднебінно-глоткового змикання, що має функціональне або органічне походження. Найтипівшим є поєднання закорткого м'якого піднебіння, підслизового його незрощення та аденоїдних вегетацій. У таких випадках аденоїди є перешкодою для проникнення повітря у носові ходи. У такому випадку потрібно ретельно обстежити будову м'якого піднебіння та визначити, яка форма ринолалії порушує тембр мовлення. Після відновлення носового дихання використовують логопедичні прийоми для подолання відкритої форми ринолалії [6].

Мовленнєвий розвиток дітей з ринолалією є досить бідним та відрізняється від унормованого мовлення. У зв'язку з порушенням анатомічної цілості периферичного мовленнєвого апарату, дитина позбавлена можливості інтенсивного лепету, правильного виконання артикуляційних вправ. Найтипівіші звуки *n, б, т, д* дитина артикулює дуже тихо або навіть беззвучно, що пов'язане з проходженням струменя повітря через носові ходи, не отримуючи через це слухового підкріплення.

У дітей з ринолалією порушенню підлягає не лише артикуляція, а й розвиток просодичних елементів мовлення (інтонація, тембр, темп, ритм). Голос у таких дітей глухий, неприродний, слабкий, виснажений, тихий, приглушений з яскраво вираженим назальним відтінком. Акустичні зміни голосового спектра позбавляють його дзвінкості, знижується чіткість і розбірливість усного мовлення, що розвивається із запізненням. Помічається часовий інтервал між появою перших складів, слів і фраз у перші роки життя, які вважають активними для формування не тільки мовлення, а й інтелекту. Часто перші слова дитина починає вимовляти приблизно у 2 роки, або навіть значно пізніше. Фразове мовлення з'являється також із запізненням, деколи піс-

ля 4-5 років. Крім анатомічного порушення периферичного мовленнєвого апарату, у дітей з ринолалією інколи вторинно страждає слух, тобто розвивається туговухість, яка безперечно гальмує мовленнєвий розвиток.

Імпресивне мовлення розвивається нормально, проте експресивне зазнає якісних змін. Слова і фрази, які вимовляє дитина не зрозумілі для оточуючих, оскільки звуки, що формуються у них, є не характерними за артикуляцією та звучанням. При неправильному положенні язика в роті приголосні звуки утворюються в основному завдяки більш активній участі задньої частини спинки язика, неприродній участі кореня язика у вимові, а також у разі не типової активізації м'язів обличчя. Через млявість і недостатню рухомість кінчика язика, діти не можуть здійснити необхідне змикання з верхніми зубами і альвеолами для вимови звуків верхньої позиції: *л, т, д, ч, ш, щ, ж, р*, а біля нижніх різців – звуків *с, з, ц* з одночасним ротовим видихом. У зв'язку з цим свистячі та шиплячі звуки у дітей набувають іншого звучання [6].

Звуки *к, г* у мовленні або повністю відсутні, або мають характерний вибух, що виникає в ході з'єднання незрощених частин у вусі. Звук *р* майже ніколи не досягається нормальним звучанням, він або не вимовляється, або наближається до одного ударного звуку. Сонорний *л* або відсутній, або наближений до часто замінюваних на *й, у, л'*. В разі ринолалії страждає дзвінкість приголосних звуків, спостерігається оглушення дзвінких та їхня затухаюча вимова. Голосні звуки дитина вимовляє при відтягнутому назад язичку з видиханням повітря через ніс, характерним для них є млява губна артикуляція і сильний носовий відтінок. Неправильна звуковимова при ринолалії має неправильне звучання фонем, та заміну однієї фонемі іншою. Практично всі голосні та приголосні звуки назалізовані та нечітко розділені між собою.

Освітній простір часто є чітким індикатором наявності порушень мовленнєвого розвитку та потребує чіткого алгоритму вчасного виявлення та підтримки з метою запобігання або подолання бар'єрів доступу до освіти на всіх рівнях. Далі ми пропонуємо розглянути структурні особливості критеріїв визначення функціональних порушень мовлення залежно від їхнього ступеня [7].

Труднощі першої стадії включають незначні, ізольовані особливості функціонування мовлення, які можуть бути присутніми в різних поєднаннях.

Труднощі другої стадії включають наявність значних особливостей функціонування мови, які можуть бути присутніми в різних поєднаннях і є перешкодою для успішного набуття знань та взаємодії.

Труднощі третьої стадії включають у себе характерні особливості функціонування мовлення, що існують у різних поєднаннях і спричиняють особливості когнітивного, емоційного та вольового функціонування, які заважають досягненню успіху та взаємодії.

До труднощів четвертого ступеня відносимо наявність чітко окреслених особливостей початкової стадії функціонування мовлення, які можуть бути присутні в різних поєднаннях, спричиняючи особливості когнітивного, емоційно-вольового функціонування, створювати бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії.

Труднощі п'ятої стадії включають особливості функціонування мовлення різного ступеня вираженості, які можуть бути присутніми у поєднанні з особливостями інших функцій, створюючи значні перешкоди для набуття знань та успішної взаємодії.

Окреслена нами характеристика ступенів прояву функціонально-мовленнєвих труднощів, має стати фахівцям чітким алгоритмом визначення особливих освітніх потреб, які претендують на задоволення за умови надання певного рівня підтримки. Відповідно до зазначеного окреслимо рівні підтримки дітей із ринолалією.

До I-го рівня підтримки належать діти із ринолалією, у яких усне мовлення має такі характеристики: особливості відтворення назального відтінку тембру голосу, глухий, тихий голос, голосний звук а звучить найбільш ринофонічно; яскраво виражена присутність назального відтінку у голосних звуках і, у; голосні звуки вимовляються за допомогою відтягнутого назад язика з видиханням через ніс повітрям із в'ялою губною артикуляцією; особливості мовленнєвого дихання (повітря проходить через носові шляхи, видих короткий, повітряний струмінь слабкий, нецілеспрямований); фонематичні процеси відповідають віку дитини, речення мають правиль-

ну граматичну будову, використовуються різні за типом речення в усному мовленні; лексичний запас відповідає віковим нормам. Труднощі I-го рівня характеризуються наявними незначними особливостями, які можуть бути притаманні мовленню дитини. Присутній виражений назальний відтінок в усному мовленні та поодинокі випадки порушення звуковимови в поєднанні з недостатнім інтонуванням. Ці особливості не створюють бар'єру в розвитку та успішному опануванні знань дитиною [2].

Під час обстеження дітей із ринолалією, звертається увага на такі показники, як:

- вид вродженого незрощення та вік, у якому виконано пластику губи (хейлопластика або хейлоринопластика), пластику твердого та м'якого піднебіння (велоластика, уранопластика);

- анатомічна будова артикуляційного апарату з урахуванням будови твердого піднебіння, довжини м'якого піднебіння, можливості активного та пасивного змикання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки, будови зубного ряду, характеру прикусу, оцінки назального резонансу, його вираженості, постійності гіперназального резонансу;

- порушення голосу;

- компенсаторні мимічні рухи;

- звуковимова;

- загальна розбірливість мовлення;

- лексико-граматична будова мовлення;

- функція піднебінно-глоткового зімкнення;

- дослідження слуху.

На підставі цих даних формується логопедичний висновок та у разі потреби призначаються додаткові обстеження спеціалістів. Завдання корекційної роботи з дітьми з ринолалією відрізняються залежно від періоду комплексного лікування.

Насамперед слід зазначити, що логопедична робота з ринолалії має бути науково обґрунтованою, систематичною, послідовною та комплексною. Під час планування логопедичної роботи логопед має визначити стан розвитку структурних компонентів мовлення, спираючись на психолого-педагогічні класифікації мовленнєвих порушень. Виходячи зі стану розвитку фонологічного, лексичного та

просодичного мовлення, визначають основні завдання та обирають напрямок логопедичної роботи з дітьми з ринолалією [8].

Корекція дітей із ринолалією залежить від її форми. Корекційна робота має бути комплексною і спрямована на виправлення мовленнєвих порушень, розвиток словникового запасу, граматики та граматичного мислення, корекцію психологічних впливів. Робота при подоланні ринолалії у дітей дошкільного віку ґрунтується на таких принципах корекційних заходів:

- урахування механізмів порушення мовлення та особливостей симптоматики стану піднебінно-глоткового змикання, анатомо-функціональної складової органів артикуляції, дихання, стану артикуляційних органів, слухового контролю, рівня фонематичного слуху, що підкреслює потребу у формуванні артикуляційних вкладень;
- зосередження на збережених аналізаторах та їхніх функціях, розвиток потенційних практичних можливостей кінестетичного, слухового та зорового аналізаторів;
- використання фізіологічного дихання з метою перестроювання його на фонаційне;
- паралельність у роботі над формуванням мовленнєвого дихання і артикуляційного апарату;
- використання фізіологічної взаємозалежності і взаємодії м'язових груп мовленнєвого апарату в роботі з розвитку артикуляційного праксису;
- урахування рівня готовності артикуляційного апарату для визначення послідовності постановки звуків;
- звернення уваги на вікові та компенсаторні можливості дитини з ринолалією;
- забезпечення систематичної та паралельної логопедичної та психокорекційної роботи.

Модель логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку з ринолалією ми пропонуємо будувати із двох основних блоків:

Перший блок. Основною метою доопераційного етапу є недопущення створення патологічних компенсаторних звичок та підготовка бази для правильної звуковимови. Дослідники виокремлюють основні напрями корекційної роботи з подолання ринолалії, які відносяться до доопераційного періоду:

- 1) підготовка піднебінної завіси до піднебінно-глоткового змикання;
- 2) активізація артикуляційного апарату;
- 3) робота над фізіологічним і фонаційним диханням;
- 4) постановка голосних звуків;
- 5) розвиток фонематичного слуху.

В післяопераційний період корекційне навчання дітей, продовжується за такими напрямками:

- 1) активізація артикуляційного апарату;
- 2) усунення назального відтінку голосу;
- 3) постановка звуків;
- 4) нормалізація просодичної сторони мовлення;
- 5) корекція фонематичних процесів;
- 6) автоматизація набутих навичок у вільному спілкуванні.

Другий блок. Післяопераційний етап займає декілька тижнів. Після пластичної операції, проводиться додаткова робота, що забезпечує анатомо-фізіологічну базу правильністю усного мовлення. Головною метою логопедичних занять стає розвиток повноцінного піднебінно-глоткового змикання. В перші тижні після операції може спостерігатися розтягнення піднебінної завіси і помітна максимальна її рухливість. Значно полегшується й робить швидшою навичку ротового резонансу голосних у спонтанне мовлення задіяння тільки, що сформованого піднебіння у фонацію. Відбувається упізнання дитиною функції піднебінної завіси, і новий орган знаходить своє призначення.

У цей період може спостерігатися набряк, практична нерухомість, відсутність чутливості м'якого піднебіння. Деякі рухи можуть заподіяти больові відчуття дитині, у таких випадках дитина намагається уникати артикуляційних дій. З часом назальний відтінок у мовленні стає більш помітним, тому основною задачею стає розгальмовування сформованої піднебінної фіранки і розвиток її рухомості чи стимулювання щільного контакту між стінками глотки.

Через півроку після оперативного втручання рубцювання загоюється, що не помітно зменшує кількість та частоту виконання вправ

для активізації м'якого піднебіння. Тому в перші місяці після операції піднебіння, логопедичні заняття варто проводити регулярно 3 рази в тиждень, а вдома з дитиною мають щодня займатися батьки. Еластичність і рухомість м'якого піднебіння взаємопов'язані. Після пластичного закриття малорухома піднебінна фіранка, як правило, коротшає за рахунок рубцювання рани. Рухова активність піднебіння набуває активності поступово протягом 6-8 місяців. Увесь цей час рекомендується проводити артикуляційні вправи щодня. Заняття варто розпочинати з вимови голосних *a, e, o*. Якщо піднебінна фіранка при цьому залишається нерухомою, одночасно з фонацією голосного звуку потрібно намагатися спровокувати глотковий рефлекс.

Значущим аспектом корекційної роботи у формування просодичних компонентів усного мовлення у дітей із закритою ринолалією є розвиток та вдосконалення голосу. Для розрізнення понять «високі» і «низькі» звуки голосу, дітям можна використовувати образи казкових героїв наприклад: «вовка і комарика», надаючи їм голосові, музичні та рухові характеристики. У випадку, коли у дитини помічається тихе та глухе звучання голосу, доцільно застосовувати корекційні методи впливу як можна швидше.

Роботу над розвитком слуху дитини варто починати ще у ранньому віці, адже саме слухові якості відіграють важливу роль у розвитку голосу, як важливої та головної складової мовлення дитини. Оскільки голос забезпечує інтонаційне забарвлення та виразність мовлення, то вже протягом перших місяців життя дитини потрібно працювати над розвитком навиків, щоб дитина вмiла прислуховуватися до різних звуків в її оточенні, до звернення близьких людей. Відтак, при нормальному розвитку перші короткі звуки: *a-a-a, a-гу, бу* з'являються у мовленні дитини вже на 3-му місяці життя. Саме цей період називають «гулінням», для його розвитку необхідна велика увага до вимови й артикуляції звуків з боку дорослих. При виникненні проблем, спеціаліст та батьки мають надати допомогу дитині, щоб вона побачила, відчула та почула артикуляцію звука і слова.

Протягом першого року життя дитини, батькам можна наспівувати веселі мелодії, імітувати разом з ним в ігровій формі різні голоси тварин, природи, пташок. Щоб стимулювати

підвищення дитиною сили голосу можна гратися в піжмурки, гукати її, відійшовши при цьому на достатню відстань. Для розвитку голосу також рекомендується застосовувати записи улюблених пісень і мелодій мультфільмів, різноманітних відео для дітей та фонозаписи звуків у природі.

Здійснюючи аналіз особливостей мовленнєвого розвитку дитини, батькам рекомендується продовжити співпрацю з логопедом над розвитком навичок мовлення і запобіганням мовленнєвим порушенням у подальшому. Необхідно проводити роботу із тренування м'якого піднебіння до піднебінно-глоткового змикання, здійснювати профілактику дистрофії м'язів глотки та піднебіння, при цьому спрямовувати основні зусилля для опускання кореня й укріплення кінчика язика, переміщення язика вперед, активізації рухів щік та губ, постановки правильного дихання, формування нормального струменю повітря, уникнення труднощів у виголошенні звуків в зв'язному мовленні дитини [3].

До просодичного компоненту входить інтонаційна виразність усного мовлення. Оскільки у дітей із ринолалією найчастіше спостерігається монотонне та емоційно збіднене мовлення, то дітей необхідно ознайомити з поняттям про те, що:

- інтонація це обов'язкова ознака усного мовлення;
- інтонація допомагає висловити почуття та зрозуміти їх іншим;
- ознайомити дітей з різними видами інтонації та навчити їх застосовувати інтонацію відповідно до ситуації;
- навчити дітей розрізняти та вживати різноманітні інтонаційні структури у власному мовленні.

Науковці та практики рекомендують через гру доносити дітям, що є різні види інтонації: розповідна, оклична, питальна та спонукальна. Від наголосу, який виражається в інтенсивності звучання окремих складів часто залежить значення слова. Корекційна робота вимагає впливу на всю артикуляційну систему. Патолофізіологічні дослідження, що виявляють особливості дихання, фонації і артикуляції у дітей, розширюють уявлення про структуру порушення і дозволяють вибирати більш обґрунтовані і цілеспрямовані методи логопе-

дичної роботи. Особливо важливими є ранні профілактичні і комплексні корекційні заходи, які можуть покращити розвиток усного мовлення у дітей з ринолалією.

Високу результативність системи логопедичного впливу на дитину з ринолалією, було розроблено вітчизняними науковцями-практиками ще в минулому столітті. Так, вони своїм багаторічним досвідом роботи довели, що систематичні логопедичні заняття є необхідними і доцільними ще в доопераційному періоді. Проте нині варто враховувати, що цю систему було розроблено, коли строки оперативного втручання були більш пізніми, тобто фізіологічна й особистісна готовність дитини до спільної роботи була краще сформованою. Враховуючи це, логопеди сьогодення визнають цю методику як ефективну за відсутності у дитини системних порушень мовлення [9].

Особливість окресленої методики полягає в тому, що на тлі дихальних і артикуляційних вправ, розвитку кінестетичних відчуттів, увага дитини зосереджується спочатку на артикуляційному укладі (артикулемі) звука, а потім, за умови її засвоєння, з проміжком часу, долучаються голосові зв'язки. У процесі формування артикулем особлива увага привертається плавному, невимушеному характеру рухів, для того, щоб можна було запобігти виникненню синкінезії у лицьовому та мімічному нерві. У системі вправ з розвитку артикуляційного апарату важливим є використання фізіологічної взаємообумовленості м'язових груп мовленнєвого апарату. Послідовність роботи над звуками визначається рівнем готовності артикуляційної бази.

Змістом таких логопедичних занять є перевиховання фізіологічного дихання на мовленнєве; відпрацювання диференційованого вдиху та видиху; тренування довгого та рівномірного ротового видиху для реалізації голосних артикулем (без застосування голосу) та фрикативних глухих приголосних; правильний розподіл короткого та довгого ротового, а також носового вдиху та видиху для формування сонорних і африкативних звуків; виголошення м'яких звуків. У даній методиці чітко визначено основні етапи корекційної роботи (підготовчий та основний), особливості логопедичної роботи в до- та післяопераційному періоді, а також зазначається послі-

довність виконання роботи над звуками та дозування матеріалу в різні періоди роботи.

Голосні звуки пропонується формувати у такій послідовності: *a, e, o, y, u, я, ю* (завершує цю послідовність звук *й*). Звуки *я, e, ю* формуються зі сполучення *й* та відповідного голосного звука (*a, e, o, y*). Звук *й* дає можливість зрозуміти напрямок повітря, що видихається, як першої, так і другої частини дифтонга. Інші дослідники рекомендують такий порядок постановки приголосних: *п, б, м, т, д, н, ф, л, к, г, с, з, х* або *п, т, к, л, б, д, г, с, з, ш, ж* або *п, б, ф, в, т, д, л, к, г, с, з, х*. Тобто всі пропонують починати постановку приголосних зі проривних (*п, б*) та передньоязикових (*т, д, н*).

Деяко іншою є пропозиція розпочинати роботу з постановки щілинних *ф* і *в*, оскільки їх вимова не потребує підвищеної сили голосу, що не є бажаним для ослабленої дитини. На основі *ф* і *в*, змінивши артикуляційний уклад, пропонується розпочинати *с* і *з* (оскільки дитина може надати холодний струмінь повітря). Спираючись на короткий, відривчастий *ф* відбувається змикання і утворюється звук *п*, а від звука *в* можна поставити звук *б*. Кількість запропонованих дитині вправ на кожному занятті може бути різною, в залежності від ступеня повітря. Наприклад, на першому занятті дозволено обмежитися лише тренуванням ротового видиху або перейти до формування артикуляції деяких голосних звуків [2].

Доречними та актуальними є запропоновані автором спеціальні таблиці для автоматизації поставлених звуків, малюнки, картинки, завдання для батьків тощо.

У зв'язку з вищевикладеним, аналіз методів і прийомів, які використовуються в практичній логопедії, дає змогу виокремити основні принципи та напрямки корекційної роботи дітей дошкільного віку і ринолалією:

- врахування механізмів мовленнєвих порушень і симптомів (наприклад, стану піднебінно-глоткового змикання, анатомічного та функціонального збереження артикуляційних органів, дихання, стану артикуляційної бази, слухового контролю, рівня фонематичного слуху тощо);

- спиратися на збережені аналізатори та їхні функції для розвитку потенційних функціональних можливостей моторно-сенсорних, слухових і зорових органів;

- використовувати фізіологічні дихальні техніки для перенавчання діафрагмального дихання, видиху через рот;
- паралельно працювати над формуванням вокального дихання та артикуляційного укладу;
- використовувати фізіологічну взаємозалежність і взаємодію м'язових груп голосових органів під час розробки вокальних вправ;
- врахування рівня підготовленості артикуляційної бази звуків для визначення послідовності артикуляції;
- врахування вікових і компенсаторних можливостей дітей з ринолалією;
- забезпечення системності та паралельності логопедичної та психологічної корекції.

## ВИСНОВКИ

Проведене дослідження підтверджує гіпотезу про те, що розробка та впровадження системи комплексного впливу подолання порушень, спрямованої на корекцію ринолалії, створить передумови соціально-психологічної реабілітації та реалізації відповідного розвитку мовлення дітей.

Таким чином, реабілітація дітей із ринолалією спрямована на реалізацію як системного корекційного впливу, який застосовується в умовах медичних закладів із відповідною спеціалізацією кваліфікованою командою фахівців та за наявності обґрунтованої логопедичної і психокорекційної допомоги.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ / REFERENCES

1. Bondar, V., & Synova, V. (2011). *Defektolohichniy slovnyk* [Defective Dictionary]. Kyiv: Lesia (in Ukrainian).
2. Konopliasta, S. (2015). *Rynolaliia vid A do Ya* [Rhinolalia from A to Z]. Kyiv: Knyhaplius (in Ukrainian).
3. Trofymenko, L. (2013). *Korektsiine navchannia z rozvytku movlennia ditei starshoho do-shkilnoho viku iz ZNM* [Correctional teaching of speech development for children of older preschool age with SEN]. Kyiv: Aktualna osvita (in Ukrainian).
4. Tsybulko, A. (2022). *Osoblyvosti korektsiino-rozvytkovoi roboty lohopedya z ditmy iz vro-dzhenymy nezroshchenniamy huby ta pidnebinnia* [Features of correctional and developmental work of a speech therapist with children with congenital cleft lip and palate]. *Acta Paedagogica Volynienses*, 1(1), 227–233. doi: [10.32782/apv/2022.1.1.36](https://doi.org/10.32782/apv/2022.1.1.36) (in Ukrainian).
5. Kravchenko, A. (2021). *Korektsiia rynolalii u ditei za dopomohoiu akupresury (tochkovoho ma-sazhu)* [Correction of rhinolalia in children using acupressure (acupressure)]. Sumy: Tsoma S. P. (in Ukrainian).
6. Sheremet, M. (2014). *Lohopediia* [Speech therapy]. Kyiv: Slovo (in Ukrainian).
7. Konopliasta, S. (2008). *Rynolaliia. Prychyny, mekhanizmy, osnovni formy porushennia. Khrestomatiia z lohopedii: Istorychni aspekty. Dyslaliia. Dyzartriia. Rynolaliia* [Rhinolalia. Causes, mechanisms, main forms of disorder. Textbook of speech therapy: Historical aspects. Dyslalia. Dysarthria. Rhinolalia.]. Kyiv: KNT (in Ukrainian).
8. Ribtsun, Yu. (2013). *Korektsiina robota z rozvytku movlennia ditei p'iatoho roku zhyttia iz fonetyko-fonematychnym nedorozvytkom movlennia* [Correctional work on the development of speech of children of the fifth year of life with phonetic and phonemic underdevelopment of speech]. Kyiv: Kafedra (in Ukrainian).
9. Tyshchenko, V. (2006). *Yak navchyty dytynu pravylno rozmovliaty: vid narodzhennia do 5 rokiv: porady batkam* [How to teach a child to speak properly: from birth to 5 years old: tips for parents]. Kyiv: Litera (in Ukrainian).