УДК: 376:36:616:211

Зоряна Мартинюк,
кандидат педагогічних наук
старший науковий співробітник
відділу логопедії
zoriana.prigoda@gmail.com
ORCID ID:0000-0002-1288-3838

Zoryana Martynyuk
candidate of pedagogical sciences
Senior Research Fellow
speech therapy
zoriana.prigoda@gmail.com
ORCID ID:0000-0002-1288-3838

Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України
м. Київ, Україна
вул. Берлинського 9, м. Київ,
04060, Україна

Institute of Special Pedagogy and Psychology
named Mykola Yarmachenko of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv Ukraine
9 Berlinsky st., Kyiv,
04060, Ukraine

КОРЕКЦІЙНА СКЛАДОВА У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ДИТИНИ ІЗ ВІДКРИТОЮ РИНОЛАЛІЄЮ

CORRECTIVE COMPONENT IN THE EDUCATIONAL PROCESS OF A CHILD WITH OPEN RHINOLALIA

Анотація. У статті автор розкриває навчальну роль індивідуальної траєкторії розвитку, для аргументації необхідності створення гнучкого інклюзивного навчального середовища для дітей із особливими мовленнєвими потребами а саме, із ринолалією. Репрезентовано сучасні та вітчизняні дослідження про складне анатомічне порушення, таке як ринолалія. Продемонстровано напрями корекційної роботи які оптимізовано сприятимуть навчальному процесі. В основі корекційної роботи лежить особистісно орієнтоване навчання, в якому може реалізуватися кожна дитина, незалежно від її можливостей. Вчитель-логопед має бачити і розуміти потреби дитини і зробити корекційний процес більш гнучким щоб вона могла опанувати матеріал, який їй пропонується з призми свого порушення. Оскільки складність зазначеного порушення визначається не лише зовнішньою аномалією але й значними мовленнєвими труднощами, які впливають на комунікативну, психологічну і соціальну сферу. Корекційна робота з дитиною із ринолалією залежить від форми ринолалії. Робота має нести комплексний характер і має бути спрямованою на корекцію: фонетичних

лексико-граматичних сторін мовлення на тлі корекційного психологічного впливу. Робота при подоланні ринолалії ґрунтується на принципах корекційної роботи а саме: урахування механізмів розладу мовлення й особливостей анатомо-фізіологічного стану артикуляційного апарату; спирання на збережені аналізатори і їхні функції; використання фізіологічного дихання; використання фізіологічної взаємозалежності і взаємодії м'язових груп мовленнєвого апарату в роботі з розвитку артикуляційного праксису; урахування рівня готовності артикуляційної бази звуків; урахування вікових і компенсаторних можливостей дитини ринолалії; забезпечення систематичності і паралельності логопедичної і психокорекційної роботи.

В статті зазначено напрями корекційної роботи із комплексним супроводом. Автор відзначає, що необхідно якомога раніше здійснювати хірургічне втручання якщо в цьому є нагальна необхідність. А також здійснювати корекційну роботу над звуковою стороною мовлення, яка базується на ретельному логопедичному обстеженні. Ефективність проведення логопедичної роботи знаходиться в тісному зв'язку з анатомічним та функціональним станом артикуляційного мовленнєвого апарату.

Продемонстровано різного роду вправи для успішного відновлення усного мовлення, визначено роль батьків у корекційному процесі. Оскільки проведення консультативної роботи з батьками дасть можливість фахівцям краще пізнати і зрозуміти дитину. А батьки, в свою чергу отримають інформацію про потенційні можливості дитини, про її успіхи чи невдачі, про те, чому варто приділяти більше уваги в домашньому середовищі. Така командна робота, підтримка і взаєморозуміння допоможе отримати чудові результати у навчанні та розвитку дитини в майбутньому.

Ключові слова: *ринолалія, корекційний процес, раннє втручання, інклюзивний простір, інклюзивне навчання, корекційна робота, комплексний супровід, принципи корекційної роботи.*

Abstract. In the article, the author reveals the educational role of the individual development trajectory, in order to argue the need to create a flexible inclusive educational environment for children with special speech needs, namely, with rhinolalia. Modern and domestic research on a complex anatomical disorder, such as rhinolalia, is represented. The areas of corrective work that will optimally contribute to the educational process are demonstrated. The basis of correctional work is personally oriented education, in which every child can realize himself, regardless of his capabilities. The speech therapist teacher must see and understand the child's needs and make the correction process more flexible so that she can master the material offered to her from the perspective of her impairment. Since the complexity of the specified violation is determined not only by the external anomaly, but also by significant speech difficulties that affect the communicative, psychological and social sphere. Corrective work with a child with rhinolalia depends on the form of rhinolalia. The work should be complex in nature and should be aimed at correcting: phonetic, lexical-grammatical aspects of speech against the background of corrective psychological influence. The work to overcome rhinolalia is based on the principles of corrective work, namely: taking into account the mechanisms of the speech disorder and the peculiarities of the anatomical and physiological state of the articulatory apparatus; relying on stored analyzers and their functions; use of physiological breathing; the use of physiological interdependence and interaction of muscle groups of the speech apparatus in the development of articulatory praxis; taking into account the level of readiness of the articulation base of sounds; taking into account the age and compensatory capabilities of a child with rhinolalia; ensuring the systematicity and parallelism of logopedic and psychocorrective work.

The article indicates directions of corrective work with comprehensive support. The author notes that it is necessary to carry out surgical intervention as soon as possible if there is an urgent need for this. And also carry out corrective work on the sound side of speech, which is based on a thorough speech therapy examination. The effectiveness of speech therapy work is closely related to the anatomical and functional state of the articulatory speech apparatus.

Different kinds of exercises for the successful restoration of oral speech are demonstrated, and the role of parents in the correction process is defined. Because conducting consultative work with parents will enable specialists to get to know and understand the child better. And the parents, in turn, will receive information about the child's potential, about his successes or failures, about why it is worth paying more attention in the home environment. Such teamwork, support and mutual understanding will help to obtain excellent results in the education and development of the child in the future.

Keywords: rhinolalia, correctional process, early intervention, inclusive space, inclusive education, correctional work, comprehensive support, principles of correctional work.

Актуальність дослідження.

Одна із стратегічних завдань освітніх реформ це забезпечити право на якісну освіту дітям з особливими освітніми потребами та надання високоспеціалізованих комплексних освітніх послуг. Усне мовлення відіграє значну роль у формуванні вищих психічних функцій у дитини. Виконуючи функцію спілкування дитини з дорослими, вона є базою для розвитку мислення, забезпечує можливість планування і регулювання поведінки дитини. У сучасній спеціальній педагогіці та психології утвердилося положення про необхідність раннього виявлення та подолання тяжких мовленнєвих порушень а саме ринолалії.

Наукові розвідки свідчать про те, що прогнози щодо зменшення кількості народження дітей з ринолалією є вкрай несприятливими. В Україні народжуваність дітей із ринолалією за останні роки має стійку тенденцію до зростання, де щорічно показник становить більше 500 осіб на рік. У нашій країні над таким складним порушенням, як незрощення верхньої губи та піднебіння більшість хірургічних операцій проводяться у дітей віком до 4-х років. Тому доцільно розробляти ефективні корекційні методики для подолання звуковимови після операційного періоду.

У статті продемонстровано напрями та корекційну методику зміст якої розроблено на принципово нових засадах, які базуються на теоретичних положеннях про мовленнєву діяльність та її психолінгвосинергетичну структуру, розвиток мовлення в онтогенезі. Реалізовано системний, комплексний і послідовний підхід до формування усіх компонентів усного

мовлення у дошкільників, метою якого є подолання різних форм ринолалії з урахуванням мовленнєвих, анатомічних, психологічних механізмів, які лежать в основі порушення.

Аналіз попередніх досліджень і публікацій. У сучасному науковому світі таке складне порушення, як вродження незрощень губи та піднебіння, розглядається через призму медичного та психолого-педагогічного напряму. Медичний напрям, спрямований на відновлення та реабілітацію фізіологічних функцій організму дитини (Г. Гончаков, І. Готь, А. Мамедов, І. Матрос-Таранець, В. Рогинський, П. Ткаченко, Л. Харьков, Л. Яковенко, та інші) та психолого-педагогічний, у якому переважають пошуки психолого-педагогічні технологій корекції та розвитку усного мовлення (Л. Вансовська, Т. Васильєва, М. Водолацький, Т. Дерунова, А. Доросинська, В. Яковлев та інші).

Метою статті є продемонструвати напрями роботи та методику що, сприятиме покращенню корекційному навчальному процесі.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та розкриття тематики були враховані методи: аналізу, систематизації, порівняння та узагальнення а також принципи корекційного навчання.

Результати дослідження. Корекційна робота з дитиною із ринолалією залежить від форми ринолалії. У статті представлено напрями роботи по відкритій формі ринолалії, оскільки вона є найскладнішою із усіх форм, вектор спрямований на відновлення звуковимови та фонації. До операційний і після операційний період дітей з ринолалією

Робота з подоланню порушень розпочинається ще у до операційний період. Можна виокремити основні напрями корекційної роботи:

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

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

- активізація артикуляційного апарату;
- усунення назального відтінку голосу;
- постановка звуків;
- нормалізація просодичної сторони мовлення;
- корекція фонематичних процесів;
- автоматизація набутих навичок у вільному спілкуванні.

Подолання відкритої форми ринолалії проводиться у два етапи: до операційний та післяопераційний. Основною метою до операційного етапу є недопущення створення патологічних компенсаторних звичок та підготування артикуляційного апарату для правильної звуковимови, що включає:

- формування піднебінно-глоткового змикання де потрібно активізувати м'язи глоткового кільця, підготувати сегменти м'якого піднебіння до піднебінно-глоткового змикання;
- робота над фізіологічним дихання;
- робота над ротовим видихом, диференціація ротового і носового видиху;
- активізація артикуляційного апарату;
- усунення патологічних звичок;
- розвиток слухової уваги і фонематичного слуху;
- постановка і автоматизація доступних звуків.

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

- формування повноцінного піднебінно-глоткового змикання, розвиток рухливості м'якого піднебіння, масаж рубців твердого та м'якого піднебіння;
- робота над правильним фізіологічним диханням;
- оволодіння правильним повітряним струменем для вироблення навичок фонаційного дихання;

- удосконалення артикуляційного апарату;

- удосконалення фонематичного слуху і диференціація змішуваних правильно вимовних звуків;

- засвоєння вимови голосних звуків без назального відтінку, постановка правильної вимови приголосних, повна автоматизація нових артикуляційних укладів;

- усунення назального відтінку, робота над силою і висотою голосу.

Логопедичні заняття рекомендується проводити через 2-3 тижні після проведення операції. Роботу слід розпочати із повного досягнення піднебінно-глоткового змикання, шляхом розвинення рухливості піднебінної фіранки. Для цього логопед використовує вправи з проголошенням голосних звуків спочатку: -а-, -е-, -и-, -і-, -о-, -у-, намагаючись їх проспівати і перевести кінчик язика в передню частину ротової порожнини. Для розвитку повноцінного піднебінно-глоткового змикання, логопед застосовує логопедичний масаж твердого та м’якого піднебіння, завдяки ньому розтягуються післяопераційні рубці, значно покращується кровообіг, підвищується працездатність м’язів артикуляційного апарату. 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 (Доленко, 2002).

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

На заключному етапі потрібно автоматизувати набуті на попередніх етапах навички, ввести їх в усне мовлення. Обов’язково потрібно позбутися назального відтінку в звуковимові.

Отже суттєвою в післяопераційний період є робота щодо активізації м'якого піднебіння. Основна мета в цьому періоді це розвиток еластичності і рухливості змикання піднебіння. У значній кількості випадків виникає необхідність «розтягування» м'якого піднебіння так, як воно може в

післяопераційний період зменшитися в довжину за рахунок рубцювання. Для розтягування свіжих рубців застосовується прийом, що імітує проковтування одночасно проводиться і масаж. У післяопераційний період необхідно розвинути рухливість м'якого піднебіння, усунути неправильний уклад органів артикуляції і підготувати вимова всіх звуків без назального відтінку. Розпочинати можна з масажу верхньої губи (після уранопластики). Масаж проводиться у післяопераційний період після зняття швів і є основним методом профілактики виникнення рубців верхньої губі, що сприяє розвитку правильної артикуляційної функції губи. Види масажу:

1. Поздовжнє погладжування (вказівними пальцями обох рук здійснюються рухи від основи носа в сторони до кутів рота) – 10 сек.
2. Поперечне погладжування (вказівними пальцями обох рук здійснюють рухи від основи носа до верхньої губи перпендикулярно лінії рота вниз і вгору) - 10 сек.
3. Прямолінійне розтирання (вказівними пальцями обох рук проводиться рух від основи носа вниз до краю верхньої губи і в сторони до носо-губних складок і назад) - 20-30 сек.
4. Кругове та спіралеподібне розтирання (вказівними пальцями обох рук виробляються кругові та спіралеподібні рухи в області основи носа та верхньої губи) – 10 сек.
5. Поперечне розминання (вказівними пальцями обох рук здійснюють рухи від основи носа до краю верхньої губи і назад) - 10-20 сек.
6. Поздовжнє розминання (вказівними пальцями обох рук здійснюють рухи від основи носа в сторони до носо-губних складок і назад) - 20-30 сек.
7. Розминання із здавлюванням (вказівними пальцями обох рук здійснюють рухи зі зсувом шкіри вгору-вниз та в сторони) - 20-30 сек.
8. Розминання з натисканням (вказівними пальцями обох рук здійснюються рухи з легким тиском на шкіру від основи носа до краю верхньої губи та в сторони до носо-губних складок) – 10-20 сек.

9. Щипцеподібне розминання (вказівними та великими пальцями однієї або обох рук здійснюють легкі пощипувальні рухи від основи носа до краю верхньої губи та в сторони до носо-губних складок) – 20 сек.

10. Безперервна вібрація (вказівними пальцями обох рук здійснюють безвідривні вібруючі рухи за напрямами вгору і вниз від основи носа до краю верхньої губи та в сторони до носо-губних складок) – 10-20 сек.

11. Переривчаста вібрація вказівними пальцями обох рук здійснюють рухи в області верхньої губи в поздовжньому та поперечному напрямках – 10-20 сек.

12. Розминання післяопераційного рубця (вказівний палець розташовують на слизовій оболонці верхньої губи під рубцем, а великий - на шкірі над рубцем, здійснюють рухи, що розминають між подушечками пальців) - 10-20 сек.

13. Масаж кінчика та крил носа (кінчик та крила носа захоплюються подушечками великого та вказівного здійснюють легке розминання та потягування) – 10-20 сек.

Наступним є масаж піднебіння. Масаж є дієвим способом профілактики вторинних деформацій верхньої щелепи. Масаж слід розпочинати через 2-3 дні після зняття операційних швів терміни початку масажу потрібно узгодити з хірургом, який виконував операцію. Перші 5-7 днів масаж у бічних відділах піднебіння проводять обережно оскільки там відбувається процес загоєння яки йде за рахунок вторинного натягу. Масаж найефективніший у перші 6 місяців після операції, процедура масажу проводиться до їди, з дотриманням усіх гігієнічних вимог, тривалість сеансу до 10 хв, 1-2 рази на день, інтенсивність масажу має зростати від сеансу до сеансу (Мартинюк, 2021).

1. Поздовжнє погладжування (вказівним пальцем проводяться рухи у напрямку від різців верхньої щелепи по лінії післяопераційного шва з обох боків до глотки) - 10-20 сек.

2. Поперечне погладжування (вказівним або середнім пальцем проводяться рухи у напрямку від середньої лінії піднебіння до зубів) - 10-20 сек.

3. Колоподібне погладжування (вказівним або середнім пальцем проводяться кругові рухи у напрямку від середньої лінії піднебіння від різців верхньої щелепи до глотки) - 10-20 сек.

4. Спіралеподібне розтирання (вказівним або середнім пальцем проводяться рухи по спіралі у напрямку від різців верхньої щелепи до глотки та від середньої лінії піднебіння до зубів) -10-20 сек.

5. Поздовжнє розминання (вказівним або середнім пальцем проводяться плавні рухи у напрямку від середньої лінії піднебіння від різців верхньої щелепи до глотки) - 10-20 сек.

6. Розминання (вказівним або середнім пальцем проводяться рухи з легким зрушенням тканин твердого та м'якого піднебіння у різних напрямках) – 10 сек.

7. Розминання із натисканням (вказівним або середнім пальцем проводяться рухи з легким натисканням на тканини твердого та м'якого піднебіння у різних напрямках) – 10 сек.

8. Розминання із розтягуванням (вказівним або середнім пальцем проводяться рухи з легким розтягуванням – твердого та м'якого піднебіння у різних напрямках). Особлива увага приділяється межі твердого та м'якого піднебіння. Проводиться поступове збільшення навантаження на тканини м'якого піднебіння та розтягування-натискання їх по середній лінії та в сторони від середньої лінії догори – 10-20 сек.

9. Розминання по діагоналі (вказівним або середнім пальцем проводяться рухи по діагоналі середньої лінії твердого піднебіння у напрямку до країв піднебінної фіранки) - 10 сек.

10. Розминання пружинне (вказівним або середнім пальцем проводяться рухи з різким відриванням у напрямку від середньої лінії піднебіння до зубів) – 10 сек.

11. Переривчаста вібрація (кінчиками вказівних або середніх пальців обох рук виробляються легкі удари по твердому і м'якому піднебіння у напрямку від різців верхньої щелепи до глотки) - 10 сек.

12. Ударна вібрація (вказівні або середні пальці обох рук роблять рухи, короткими уривчастими дотиками від передніх різців) – 5 сек.

13. Безперервна вібрація (вказівним або середнім пальцем здійснюють безвідривні коливальні рухи в області виходу судинно-нервового пучка піднебіння і далі по його ходу) - 5 сек.

Наступним є масаж в області чола, носа та щелепно-лицьової частини. Обов'язково масаж потрібно проводити у положенні лежачи на спині при повному розслабленні м'язів тіла, використовують такі прийоми:

- погладжування, вібрації, погладжування чола здійснюють кінцями 3-4 пальців, напрямок рухів - від середньої лінії чола до волосистої частини голови;
- погладжування носа здійснюється кінцями 2-3 пальців, напрямок – від кінчика носа до перенісся;
- погладжування лицьової ділянки здійснюють кінцями 2-3 пальців, напрямок рухів від спинки носа до скроневих областей, від середньої лінії верхньої губи до вуха, від середньої лінії підборіддя до мочок вушних раковин прийоми вібрації здійснюються кінцями двох та чотирьох пальців. Рухи йдуть тими ж лініями особи, як і при погладжуванні масажні рухи слід поєднувати з мімічною гімнастикою.

Гімнастика для піднебіння

Вправа 1. Ковтання води маленькими порціями, що викликає найбільш високе підняття м'якого піднебіння. При наступних один за одним ковтальних рухах подовжується час утримання м'якого піднебіння в піднятому положенні.

Вправа 2. Позіхання при відкритому роті або імітація позіхання.

Вправа 3. Полоскання горла теплою водою маленькими порціями.

Вправа 4. Покашлювання, яке викликає енергійне скорочення м'язів. При покашлюванні відбувається повний затвор між носової і ротової порожниною.

Вправа 5. Проводиться чітке енергійне перебільшене проголошення голосних звуків на твердій атаці високим тоном голосу. При цьому збільшується резонанс в ротовій порожнині і зменшується носовий відтінок.

Вище означені вправи дають позитивні результати в до операційному післяопераційному періоді. Систематичне їх проведення протягом тривалого часу скорочує терміни подальшої корекційної робот із дітьми із ринолалії.

Вправи на розвиток діафрагмального дихання

У дітей з із ринолалією притаманне диференційоване дихання, видих зазвичай є коротким, тому потрібно використовувати вправи, спрямовані на формування довгого, достатнього, стійкого ротового видиху, якого достатньо буде для побудови цілої фрази, що є важливим та основним завданням із запобігання порушень дихальної функції. Робота над виконанням дихальних вправ:

1) вдихнути і видихнути носом;

2) здійснити вдих носом та видих через ротову порожнину;

3) вдихнути та видихнути ротом;

4) відпрацювати подачу сильного струменю повітря через рот;

5) плавний видих холодним струменем;

6) виконувати завдання на формування правильного дихання доцільно поетапно у різних положеннях, а саме пересуваючись, напівлежачи, сидячи, стоячи на місці.

Робота над правильним диханням розпочинається із формування діафрагмально-реберного дихання. Навчаємо дитину правильному регульованому видиху за допомогою певних слів:

1) Вправа «Попльовування». Дитину простять плюнути на листок паперу, який лежить на столі.

2) Вправа «Пір’їна». Логопед просить дитину подмухати на пір’їну, яка лежить на столі.

3) Вправа «Кульки». На столі лежать ватні кульки, логопед просить дмухнути на них.

4) Вправа «Смужки». Логопед просить подути на смужки, які висять над столиком.

5) Вправа «Свічка». Логопед пропонує дитині іграшковий торт із свічками, просить дитину задути їх.

6) Вправа «Олівці». Логопед просить дитину струменем видихуваного повітря через рот подути на олівці, які лежать на столі і прокотити олівці по столі з одного краю в інший.

7) Вправа «Плавання». Логопед просить дитину подути на іграшки, які лежать у воді. Таким чином формується сильний видихувальний струмінь повітря через рот.

8) Вправа «Дуття мильних бульок». Дитині пропонують дути бульки. Таким чином формується фіксований видих.

9) Вправа Дітям пропонують грати на музичних інструментах а саме на сопілці, трубі та саксофоні, які розвивають дихання.

10) Вправа «Повітряні кульки». Дитині пропонують надувати повітряні кульки.

Вправи на розвиток фонаційного дихання

У фонаційному диханні на відмінно від діафрагмального дихання, вдих і видих не рівні, видих набагато довший за вдих. Після короткого вдиху витримується пауза для підтягування пресу, а потім довгий фонаційний видих. Звуки утворюються під час видиху, струмінь повітря, який проходить через трахею попадає з легенів у гортань і звідти в ротову порожнину, проходячи при цьому через голосові зв’язки. Звуки утворюються під час видиху, його організація має особливе значення для постановки мовного дихання та голосу, для їх розвитку та вдосконалення. Тому кінцевою метою тренування мовного діафрагмально-реберного дихання є тренування довгого видиху, тренування вміння раціонально витрачати запас повітря упродовж мовлення (Мартинюк, 2022).

Вправа 1. Дитину просять стати вільно, ноги на ширині плечей. Потрібно прослідкувати, щоб вага рівномірно розподілилася на обидві ноги, рівновага була між пальцями ніг і п’ятами. Попросити дитину підняти угору лікті. У процесі виконанні цієї вправи задіяні лише м’язи верхньої частини рук, м’язи передпліч не приймають участі.

Вправа 2. Просять дитину розслабити кисті рук, зафіксувати їх на зап’ястках, розслабити передпліччя з тим, щоб воно вільно повисло від ліктів, потім рукам і вільно повиснути від плечей вздовж тулуба.

Ігри на розвиток фонаційного дихання, дітям пропонують погратися.

"Кулька"

Надути щоки, повільно, плавно випускати повітря через губи, витягнуті вперед.

"Хом'як"

Поперемінно надувати щоки.

"Футбол"

Губи витягнуті вперед. Здувати ватну чи пінопластову кульку на протилежний край столу. Слідкувати, щоб видихуваний струмінь повітря був цілеспрямованим, а щоки не надувались.

"Бульбашки"

Рот трохи відкрити. Широкий кінчик язика впирається у нижні зуби. Посередині язика покласти соломинку для коктейлю, кінець якої опустити у склянку з водою. Дути у соломинку так, щоб утворювались бульбашки. Слідкувати, щоб губи були нерухомими і щоки не надувались.

"На гойдалці"

На нитці прикріпити різнокольорові паперові фігурки ляльок (квіти, листочки, сніжинки). Дитині потрібно силою видихуваного повітря розгойдувати їх.

"Свисток"

Підготувати чисту пляшечку. Кінчик язичка висунути так, щоб він торкався горлечка пляшечки. Зі звуком «ф-ф-ф» плавно видихати повітря у пляшечку.

"Фокус"

Рот трохи відкритий, губи в посмішці, язик розслаблений, у формі «лопатки» лежить на нижній губі. На кінчик язика покласти фігурку метелика, квіточки, квадратик, різко здувати її, спрямовуючи повітряний струмінь уперед. Вправу можна ускладнити. Рот широко відкрити, широкий язик вигнути у формі чашечки. Покласти на кінчик носа ватку, здувати її, спрямовуючи струмінь

повітря вгору. Слідкувати, щоб видихуваний струмінь повітря проходив посередині язика, а щоки не надувались.

"Повітряна кулька"

Надувати повітряні кульки, дитячі гумові іграшки дитина набирає повітря через ніс і повільно з достатньою силою видихує його через рот в отвір іграшки.

"Зігріємо ручки"

Зліпити уявну снігову бабу, а потім дихати у долоні, вимовляючи звук «х-х-х», ніби зігрівати їх.

"Кораблик"

Підготувати паперовий кораблик. Пустити його у миску або у ванну з водою. Спочатку дитина дує на кораблик, не поспішаючи, склавши губи, як для звука «ф-ф-ф». Кораблик пливе плавно. А потім ніби налітає поривчастий вітер. Дитина складає губи як для звука «п», або витягає їх трубочкою, але не надуваючи щік. Кораблик рухається швидше.

У статті продемонстрована лише перша частини корекційної методики.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Найбільш сприятливою корекційна робота може бути лише за умови високої професійної компетентності фахівців та правильно підібраного комплексу методів логопедичного корекційного впливу. Головним у будь-якій роботі має бути принцип педагогічного оптимізму, адже саме завдяки йому спеціаліст, може дати дитині відчуття впевненості у своїх силах, та активізувати її до цілеспрямованого подолання усного мовлення.

Тільки комплексний медичний і психолого-педагогічний вплив на розвиток дитини з вродженими незрощеннями губи і піднебіння, використання інноваційних інтегральних реабілітаційних технологій забезпечать можливість успішної інтеграції їх у сучасному суспільстві.

ЛІТЕРАТУРА

1. Доленко, О. (2002). Діагностична інформативність методу електропунктури у виявленні супутніх патофізіологічних порушень у дітей з уродженими вадами піднебіння. Вісник проблем біології і медицини. № 7, С.104-106.

2. Конопляста, С. (2008). Розвиток дітей із вродженими незрощення губи та піднебіння. Теорія та практика. Київ. С 212.

3. Конопляста, С. (2011) Агреговані результати дослідження функціональної системи мови та мовлення дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Дефектологія. №1. С. 38-42.

4. Харьков Л., Яковенко Л. (1998). Ефективність логопедичного навчання за раннього хірургічного відновлення піднебіння. Дефектологія. №4. С. 19-20.

5. Мартинюк, З. (2022). Рівні підтримки дітей із ринолалією в освітньому процесі. Особлива дитина: навчання і виховання. Педагогічна преса. №2 (106). С. 65-72

6. Мартинюк, З. (2021). Діти з ринолалією в інклюзивному просторі. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. Наша друкарня. Вип. 19. С. 139-143

REFERENCES

1. Dolenko, O. (2002). Diagnostic in formativeness of the method of electro puncture in the detection of concomitant path physiological disorders in children with congenital defects of the palate. Bulletin of problems of biology and medicine. № 7, pp.104-106. (in Ukrainian)

2. Hemp, S. (2008). Development of children with congenital nonunion of the lips and palate. Theory and practice. Kiev. C 212. (in Ukrainian)

3. Konoplyasta, S. (2011) Aggregated results of the study of the functional system of speech and speech of children with congenital malunions of the lips and palate. Defectology. №1. S. 38-42.

4. Kharkov LV, Yakovenko LM (1998). The effectiveness of speech therapy training in early surgical restoration of the palate. Defectology. №4. Pp. 19-20. (in Ukrainian)

5. Martynyuk, Z. (2022). Levels of support for children with rhinolalia in the educational process. A special child: education and upbringing. Pedagogical press. №2 (106). pp. 65-72 (in Ukrainian)

6. Martynyuk, Z. (2021). Children with rhinolalia in an inclusive space. Education of persons with special needs: ways of development. Our printing house. Vol. 19. P. 139-143 (in Ukrainian)