

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка
Навчально-науковий інститут педагогіки і психології
Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти

КОЧЕРЖИНСЬКА АНЖЕЛА АНАТОЛІВНА

**МІОГІМНАСТИКА В РОБОТІ З ДОШКІЛЬНИКАМИ З
ДИЗАРТРИЯМИ**

Спеціальність: 016 Спеціальна освіта (Олігофренопедагогіка. Логопедія)

Галузь знань: 01. Освіта / Педагогіка

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеню магістра

Науковий керівник

_____ Т. М. Дегтяренко
доктор педагогічних наук, професор
кафедри спеціальної та інклюзивної освіти
«____» _____ 2021 року

Виконавець

_____ А. А. Кочержинська
«____» _____ 2021 року

Суми 2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИКОРИСТАННЯ МІОГІМНАСТИКИ В ЛОГОКОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ	10
1.1. Міогімнастика як засіб розвитку мимічної мускулатури обличчя	10
1.2. Характеристика мимічної мускулатури обличчя у дітей з дизартріями	16
1.3. Міогімнастика як складова логокорекційної роботи при дизартріях	23
Висновки до розділу 1	33
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ МІМІЧНОЇ МУСКУЛАТУРИ ОБЛИЧЧЯ У ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ДИЗАРТРІЯМИ	35
2.1. Обґрунтування експериментальної методики виявлення особливостей мимічної мускулатури обличчя у старших дошкільників з дизартріями	35
2.2. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження	41
Висновки до розділу 2	47
РОЗДІЛ 3. МІОГІМНАСТИКА ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ МІМІЧНОЇ МУСКУЛАТУРИ ОБЛИЧЧЯ ДИШКІЛЬНИКІВ З ДИЗАРТРІЯМИ	49
3.1. Теоретичне обґрунтування прийомів міогімнастики в логокорекційній роботі з дітьми старшого дошкільного віку з дизартріями	49
3.2. Результати експериментальної перевірки формувального етапу дослідження	57

3.3. Методичні рекомендації використання прийомів міогімнастики в роботі з дошкільниками з дизартріями	62
Висновки до розділу 3	66
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	71
ДОДАТКИ	79

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЗО – заклади освіти

ЗДО – заклади дошкільної освіти

ЗНМ – загальний недорозвиток мовлення

ІРЦ – інклюзивно-ресурсні центри

ООП – особливі освітні потреб

ПМР – порушення мовленнєвого розвитку

ППФР – порушення психофізичного розвитку

ТПМ – тяжкі порушення мовлення

ЦНС – центральна нервова система

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Питання впливу порушень та / або недорозвиток мимічної мускулатури м'язів обличчя на мовленнєву діяльність упродовж багатьох років залишається актуальним для логопедичної науки. Порушення діяльності мимічної мускулатури м'язів обличчя є однією з найпоширеніших причин не сформованості звуковимовної сторони мовлення, притаманних тяжким порушенням мовлення (ТПМ): дизартріям, ринолаліям.

На думку О. Боряк, О. Вінарської, В. Галущенко, С. Заплатної, Ю. Коноплястої, Н. Пахомової, О. Приходченко, В. Тищенка, М. Шеремет та ін. порушення діяльності мимічної мускулатури обличчя перешкоджає формуванню нормальної артикуляції звуків, сприяє закріпленню звичок неправильної артикуляції та ускладнюють їх логопедичну корекцію.

В основі корекційних методик та прийомів, поширених в логопедичній практиці, визначають наступні: послідовне вивчення і корекція порушення звуковимови залежно від особливостей артикуляційних укладів, поєднання дихальних і артикуляційних вправ, прийоми масажу мускулатури обличчя, спрямовані на подолання амімічного їх прояву, пасивної гімнастики органів артикуляції, яка проводиться з використанням зондів і шпательів та обов'язковим візуальним контролем. У корекційній при дизартріях застосовують спеціальні вправи для розвитку жувальних і мимічних м'язів мускулатури обличчя (О. Вінарська, Н. Гаврилова, О. Правдіна, О. Приходько та ін.).

Провідним методом корекційного впливу на розвиток мимічної мускулатури м'язів обличчя є міотерапія, яка застосовується як метод при профілактиці аномалій щелепно-лицьової ділянки так і як етап ортодонтичного лікування. Як клінічний метод, міотерапія сприяє

нормалізації і розвитку миміки, жувальної функції і артикуляції, але не акцентує уваги на цілеспрямованому вдосконаленні мовленнєвої функції.

Одночасно, треба зазначити, що недоліки фонетичного характеру, обумовлені порушеннями і деформаціями щелепно-лицьової ділянки, що визначаються як механічна дислалія, висвітлені в роботах М. Хватцева (1996), Н. Григоренко (2005), Н. Гаврилової (2010). При цьому проблема впливу порушень і деформацій щелепно-лицьової ділянки на вимову при мовленнєво-рухових розладах неврологічного походження не достатньо висвітлені. Лінгвістичний аналіз компонентів вимовної сторони показує, що важливими факторами, що впливають на розвиток вимови, є сформованість диференційованих рухів органів артикуляції і повнота кінестетичних відчуттів.

Посилань на застосування міотерапевтичної методики при виправленні порушень і деформацій щелепно-лицьової ділянки у дітей з порушеннями мовлення, а саме звуковимовної його сторони в доступній нам літературі досить незначна. Вимовна сторона мовлення у дітей з порушеннями мимічної мускулатури обличчя, не висвітлювалася комплексно, як самостійне дослідження. Актуальність проблеми, її наукове та практичне значення, брак теоретичної й методичної розробки зумовили вибір теми магістерського дослідження – **«Міогімнастика в роботі з дошкільниками з дизартріями»**.

Зв'язок роботи з науковими темами. Дослідження виконано в межах наукової теми кафедри спеціальної та інклюзивної освіти Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка: «Корекційно-реабілітаційна діяльність в сучасному освітньому просторі». Реєстраційний номер 0121U09109.

Мета дослідження – розробити, науково обґрунтувати та експериментально перевірити комплекс вправ міогімнастики, як засобу формування звуковимовної сторони мовлення у дошкільників з дизартріями.

Завданням дослідження є:

1. З'ясувати ступінь розробки досліджуваної проблеми у загальній та спеціальній психолого-педагогічній літературі.
2. Визначити критерії та показники проявів порушення мимічної мускулатури м'язів обличчя у дітей середнього дошкільного віку з дизартріями.
3. Обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити комплекс вправ міогімнастики як засобу розвитку звуковимовної сторони мовлення у дошкільників середнього віку з дизартріями.
4. Розробити та обґрунтувати методичні рекомендації щодо використання комплексу вправ міогімнастики в комплексній корекційній роботі з обраною категорією дітей.

Об'єкт дослідження – мимічна мускулатура обличчя дошкільників середнього віку з дизартріями.

Предмет дослідження – міогімнастика як засіб розвитку мимічної мускулатури обличчя обраної категорії дошкільників.

Методи наукового дослідження. Для реалізації поставлених у роботі завдань використовувалися такі методи: аналіз, систематизація, порівняння та узагальнення різних поглядів на досліджувану проблему в галузі спеціальної освіти з метою визначення науково-теоретичних, методологічних засад здійснення комплексного корекційного процесу, стану розробленості проблеми та перспективних напрямів її розв'язання;

емпіричні: аналіз анамнестичних даних, психолого-педагогічний аналіз (анкетування, спостереження) з метою виявлення особливостей мимічної мускулатури обличчя дошкільників із дизартріями середнього віку; аналіз бесід, опитування фахівців з метою визначення стану особистісної та професійної готовності до роботи з дітьми цієї категорії (вихователів, батьків); психолого-педагогічні експерименти констатувального та формувального характеру;

методи обробки даних: якісний аналіз та кількісна обробка результатів експерименту за допомогою методів статистики.

Елемент наукової новизни одержаних результатів дослідження полягає у тому, що *поглиблено та уточнено*:

- вікові закономірності та особливості розвитку мимічної мускулатури обличчя у дошкільників 4-5 років, які мають дизартрії у порівнянні з дошкільниками з нормотиповим розвитком;
- запропонована методика комплексної оцінки основних проявів порушень мимічної мускулатури обличчя, яка дозволяє здійснювати індивідуальну спрямованість логокорекційних занять, комплексної корекційно-розвивальної роботи;
- теоретично та експериментально обґрунтований комплекс вправ міогімнастики для дошкільників з дизартріями.

Теоретичне значення роботи полягає в тому, що отримані результати дослідження доповнюють розділ теорії та методики дошкільної логопедії оновленими відомостями щодо вікових особливостей мимічної мускулатури обличчя обраної категорії дошкільників, прийомами його удосконалення.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що вони дозволяють рекомендувати в практику корекційних педагогів (дефектологів, логопедів) комплекс вправ міогімнастики, використання якого сприятиме підвищенню результативності корекційно-розвивальної роботи з дошкільниками з дизартріями середнього віку.

Апробація результатів дослідження здійснювалися шляхом виступів автора на науково-практичних конференціях:

- *міжнародних*: VIII Міжнародна науково-практичній конференція студентів та молодих учених «Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців» (19 травня 2021 р., м. Суми), VII Міжнародна науково-практична конференція «Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегії розвитку у національному та світовому вимірі» (24 листопада 2021 р., м. Суми);

- Регіональний науково-практичний семінар зі спеціальної педагогіки «Новітні технології спеціальної педагогіки: проблеми, перспективи та шляхи розвитку» (18 червня 2021 р., м. Суми).

Публікації. Результати проведеного дослідження висвітлено в 2-х наукових публікаціях: матеріалів міжнародних конференцій та одній одноосібній статті.

Структура та обсяг магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (89 найменувань) та додатків. У тексті містяться 5 таблиць, 8 рисунків. Основний зміст магістерської роботи викладено на 69 сторінках. Загальний обсяг магістерської роботи – 80 сторінок.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИКОРИСТАННЯ МІОГІМНАСТИКИ В ЛОГОКОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ

1.1. Міогімнастика як засіб розвитку мимічної мускулатури обличчя

У формуванні мовлення, які відомо, беруть участь органи дихання, голосовий апарат (вібратори та резонатори), артикулятори – губи, язик, м'яке піднебіння.

Помилки звуковимови часто є наслідком як зубощелепних деформацій, так і міофункціональних проблем – порушень у роботі м'язів і м'яких тканин («міо» – від грец. *mys*, род. від. *myos* – м'яз). При ротовому диханні створюється сильний тиск на жувальні і скроневі м'язи. В результаті, верхня щелепа звужується, тверде піднебіння стає високим і вузьким, відбувається звуження верхнього зубного ряду, скупченість положення зубів верхньої і нижньої щелепи.

Саме ротовий видих покладений в основу більшості звуків мовлення, оскільки в більшості вони – ротові. Носовими (сонорними) – є тільки звуки [м, м', н, н']. При промовлянні цих звуків видихуваний струмінь повітря виходить кріз носову порожнину.

Нижнє положення язика і відсутність підтримки зводу верхньої щелепи веде до уповільнення зростання кісткових структур верхньої щелепи, що позначається на інтонаційно-виразній стороні мовлення. Слабкість кругового м'яза рота значно ускладнює змикання губ, сприяє недостатній лабіалізації звуків, призводить до порушення просодики.

Сьогодні логопеди взяли до уваги міокорекційні вправи, так як все частіше фіксується складна структура мовленнєвих порушень, що вимагає міждисциплінарних підходів для їх усунення. Традиційна артикуляційна

гімнастика може виявитися неефективною. На допомогу їй приходить *міогімнастика* – певний комплекс вправ для лицьових і жувальних м'язів, які знаходяться навколо зубного ряду і тим або іншим способом впливають на його формування [38]. З її допомогою можна змінити деформацію прикусу, поліпшити дикцію, а також частково вплинути на правильне формування щелепи і форми обличчя. Тож не дивно, що міогімнастика в логопедії набуває поширення й все частіше займає важливе, провідне місце [36].

Історія виникнення міогімнастики пов'язана з лікувальною гімнастикою, оскільки її витоки беруть свій початок з медичної галузі – ортодонтії.

З кінця XVIII століття з'явилися передумови для виникнення ортодонтії як самостійного розділу медицини, що виділився з надр зуболікування й хірургії. Кращими представниками медичної науки були розроблені теоретичні основи спеціальності: необхідність ортодонтичного лікування; клінічний і антропометричний методи діагностики; механічні та функціональні конструкції як складова апаратурного методу виправлення зубощелепних аномалій; міогімнастика як один з методів лікування; ортодонтія вроджених ущелин піднебіння тощо [23].

Міогімнастика, як метод в ортодонтії, вперше була запропонована Рождерсом ще в 1918 році. В основу методу цей лікар поклав наступне:

1. Скорочення м'язів повинні відбуватися з мінімальною амплітудою (розмахом).
2. Інтенсивність скорочень м'язів не повинна бути надмірною.
3. Скорочення м'язів повинні бути повільними і проводити їх треба регулярно.
4. Між скороченнями повинна слідувати пауза спокою. Тривалість паузи повинна дорівнювати тривалості самого скорочення.
5. Вправи повинні бути повторені кілька разів і тривати до появи відчуття легкої місцевої втоми. Це почуття втоми визначає норму тривалості вправи, за межі якої переходити не слід.

Тривалий час міогімнастика визначалася як лікувальна гімнастика в ортодонтії, яка може бути самостійним методом терапії, може передувати ортодонтичному лікуванню, поєднуватися з ним або застосовуватися після його закінчення для закріплення досягнутих результатів і попередження рецидивів. Гімнастикою можна досягти позитивних результатів при лікуванні аномалій у дітей в періоді тимчасового прикусу, який сформувався. Для такого лікування найбільш підходить вік від 4 до 7 років, коли дитина може зрозуміти, що від неї вимагається, і виконувати вправи. Ефект лікування залежить від ступеня вираженості морфологічних і функціональних порушень, а також від терпіння хворого, його наполегливості і від контролю за ретельністю виконання вправ. Вправи слід вибирати з урахуванням віку дитини. Вони повинні бути не занадто важкими, зрозумілими; бажано перетворювати їх в захоплюючу гру. Діти можуть займатися гімнастикою як індивідуально, так і колективно (в дитячих садах, школах). Контроль за виконанням вправ покладається на батьків або вихователів і медичний персонал [67].

У логопедії з метою корекції звуковимови застосовується спеціальний комплекс вправ – артикуляційна гімнастика. Але традиційний комплекс вправ, які використовуються для усунення звуковимовних розладів, малоефективний для цілеспрямованого формування або відновлення функції окремих м'язів, які страждають при патологіях прикусу.

Практика показує, що необхідно включати в роботу додаткові вправи певної вузької спрямованості. Саме тому, невід'ємною частиною логокорекційної роботи стала міогімнастика, яка розроблена в ортодонтії в цілях формування і нормалізації функції м'язів щелепно-лицьової області в процесі корекції деформацій зубощелепної системи і ротової порожнини.

Такий комплексний підхід сприятиме:

- по-перше, більш швидкому і стійкому формуванню артикуляційних навичок дітей, що мають звуковимовні розлади, ускладнені деформаціями будови органів артикуляції;

- по-друге, цілеспрямованій корекції патологічного розвитку функції жувальних і м'язів, що спостерігається при аномаліях зубощелепної системи і ротової порожнини;

- по-третє, при своєчасній нормалізації м'язових функцій щелепно-лицьової ділянки, прискореному просуванню ортодонтичного лікування.

Проведення занять з міогімнастики має відповідати основним педагогічним принципам – систематичності, послідовності, свідомості і активності, доступності та індивідуалізації, повторності та прогресування наочності (В. Васильєв, О. Вінарська, В. Ізатулін, В. Молоков, О. Правдіна, О. Приходченко та ін.).

Метою міогімнастики є нормалізація тонушу лицьової, губної, язикової мускулатури, розвиток рухливості органів артикуляції та їх скоординованість.

Міогімнастичні вправи ґрунтуються на одночасному координуванні виконання рухів м'язами артикуляційних органів. Формування окремих елементів артикуляційних укладів різних груп звуків мовлення в свою чергу сприяє розвитку кінестетичної організації артикуляційної моторики і паралельно надає позитивну терапевтичну дію як при корекції так і лікуванні [89].

Сьогодні існує стійка тенденція до значного збільшення кількості дітей з зубощелепними аномаліями (до 75% у віці до 5 років – дані Я. Костіної, В. Чапала).

Такі аномалії формуються під впливом багатьох зовнішніх і внутрішніх чинників (періоди протікання вагітності і пологів, черепно-мозкові травми, спосіб вигодовування, положення під час сну, хвороби дитячого віку, 80% – шкідливі звички як дорослих так і дітей; недосконалий акт жування, ковтання, дихання, порушення постави).

Найбільший вплив на формування зубощелепно-лицьової системи надають функції дихання, ковтання, жування і мовлення.

Необхідно включати в логопедичне вивчення оцінку зовнішнього огляду (фізичний розвиток, оцінка лицьових ознак і пропорцій).

Міогімнастика – це гімнастика для недостатньо або неправильно функціонуючих груп жувальних і м'язів, розроблена ортодонтами з метою формування і нормалізації функцій м'язів щелепно-лицьової ділянки та ротової порожнини [11].

Міогімнастика впроваджується в роботу при:

- зубощелепних аномаліях;
- вкороченні під'язикової зв'язки (вуздечки);
- зниженому тонусі м'язів артикуляційного апарату;
- порушення функції дихання;
- порушенні функції ковтання;
- порушення функції жування;
- з профілактичною метою.

Принцип роботи логопеда під час курсу міогімнастики:

1. Наочність (демонстрація вправ «на собі, перед дзеркалом»).
2. Доступність (вибір вправ адекватної віку дитини складності, роз'яснення в ігровій формі).
3. Поступовість (послідовне збільшення складності вправ і інтенсивності навантаження).
4. Систематичність (щоденне виконання повного комплексу вправ не менше 3 місяців до 1 року).

Логопеди, працюючи над звуковимовою, формують у дитини:

- артикуляційний уклад звуків;
- просодичні компоненти, правильний темп, ритм, виразність мовлення;
- достатній мовний видих тощо.

Все це вимагає гарної міодинаміки. У корекційних заняттях з виправлення звуковимови виділяють наступні види міогімнастичних вправ:

- для м'язів;

- для кругового м'яза рота;
- для м'язів голови та шиї;
- для м'язів язика;
- на розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання;
- на розвиток кінестетичної та кінетичної організації артикуляційної моторики;
- на правильну артикуляцію певних звуків.

М'язова рівновага досягається:

- ✓ міогімнастикою без використання допоміжних засобів;
- ✓ міогімнастикою за допомогою додаткових пристосувань (активатори для розвитку кругового м'яза рота, гумові кільця, вестибулярні пластини, міофункціональні тренери тощо) [39].

Сьогодні визначені основні правила проведення міогімнастики. Серед них визначають:

- скорочення м'язів повинні відбуватися з максимальною амплітудою;
- інтенсивність скорочень м'язів не повинна бути надмірною, а повинна бути у фізіологічних межах;
- швидкість і тривалість скорочень повинна поступово збільшуватися;
- між двома послідовними скороченнями повинна бути пауза, рівна тривалості самого скорочення;
- скорочення м'язів при кожній вправі повинні бути повторені кілька разів, і тривати до появи легкої місцевої втоми;
- найбільш сприятливий вік для проведення міогімнастики – від 4 до 7 років [42].

1.2. Характеристика мимічної мускулатури обличчя у дітей з дизартріями

Людське обличчя – високорозвинений, ефективний і найскладніший засіб комунікації. Його функції доводилися до досконалості мільйони років еволюції. Коли ми відчуваємо радість або смуток, коли ми боїмося або дивуємося – наші мимічні м'язи скорочуються і розслабляються з абсолютною точністю і в повній гармонії. Вони передають наш емоційний стан навколишньому світу. Всього лише одна посмішка може сказати нам більше, ніж тисяча слів [11].

Розглянемо докладніше наші м'язи обличчя, їх назви, призначення і функції. Це важливо для глибокого розуміння суті та ефективності сучасних методів відновлення.

М'язи обличчя поділяються на мимічні та жувальні. До мимічних відносяться: потилично-лобовий м'яз, надчерепний м'яз, м'яз гордіїв, коловий м'яз ока, м'яз-зморшувач брови, носовий м'яз, коловий м'яз рота, щічний м'яз, м'яз-підіймач та м'яз-опускач верхньої та нижньої губ, м'яз-підіймач та м'яз-опускач кута рота, великий та малий виличні м'язи. *За їх іннервацію відповідає VII пара черепних нервів – лицевий нерв.*

До жувальних м'язів відносяться: жувальний м'яз, скроневи м'яз, медіальний та латеральний крилоподібні м'язи. Ці м'язи іннервуються третьою гілкою трійчастого нерва (*піднижньощелепний нерв, V пара черепних нервів*) [11].

Сьогодні група порушень звуковимови охоплює численні недоліки вимовляння звуків, що відрізняються за своїми проявом і механізмами, – це дислалії, ринолалії та дизартрії.

Найбільш порушеними є вищезазначені групи м'язів саме при дизартріях, це зумовлено органічними ураженнями центральної нервової системи (ЦНС) де локалізоване порушення.

Термін «дизартрія» походить з латинської мови і в перекладі означає розлад членороздільного мовлення [11, с. 148]. У спеціальній освіті дизартрія визначається як порушення звуковимови, голосоутворення і просодії, що зумовлено недостатністю іннервації м'язів мовленнєвого, дихального, голосового апаратів, артикуляції (О. Архипова, О. Боряк, Л. Лопатіна, О. Правдіна–Вінарська, Н. Пахомова, З. Серебрякова, М. Шермет та ін.). При дизартрії порушується руховий механізм мовлення за рахунок органічного ураження центральної нервової системи. Структуру порушення при дизартрії утворює порушення всієї вимовної сторони мовлення і немовленнєвих процесів загальної та дрібної моторики, просторових уявлень та ін. Структура порушення в спеціальній літературі представлена достатньо широко [11, с.15; с.47; с.117].

Вивчення дизартрії є предметом дослідження медичних, педагогічних і лінгвістичних дисциплін. У II половині XIX століття Г. Гуцман уперше звернув увагу на нетипові порушення вимови, для корекції яких необхідні тривалі заняття, загальними ознаками таких розладів є «розмитість, стертість артикуляції». У 1879 року А. Куссмауль детально описав кілька форм розладів мовлення, серед яких він дослідив особливі порушення звуковимови в дітей, та дав їм назву «дизартрія». Учений виділив такі прояви дизартрії: розлад артикуляції і розлад дикції. Перший дістав назву дизартрія, а другий – дисфазія [11, с. 30 - 31].

Сьогодні *дизартрія* – порушення мовлення, що супроводжується розладом артикуляції, фонації, мовленнєвого дихання, темпо-ритмічної організації та інтонаційного забарвлення мовлення, в результаті чого воно втрачає свою членороздільність і виразність.

Порушення звуковимови при дизартрії проявляються в різному ступені і залежать від характеру і тяжкості ураження нервової системи.

В основу неврологічної класифікації дизартрії покладений принцип локалізації ураження головного мозку і синдромологічний підхід в

залежності від провідного клінічного синдрому. З урахуванням локалізації ураження головного мозку розрізняють:

- *бульбарну дизартрію*, зумовлену ураженням ядер черепно-мозкових нервів (язиково-глоткового, під'язикового, блукаючого, іноді – лицьового, трійчастого) в довгастому мозку.

За цієї форми дизартрії страждають голосні: усі звуки приглушені. Просодичні розлади, які супроводжують цю форму дизартрії, характеризуються слабким, глухим, виснажливим голосом; тембр мовлення змінений за типом відкритої гугнявості; темп мовлення уповільнений, швидко втомлює людину, порушена акцентуація і мелодика мовлення [11, с.65];

- *псевдобульбарну дизартрію*, зумовлену ураженням кірково-ядерних провідних шляхів. Є найпоширенішою.

Під час спастичного скорочення м'язів гортані краї голосових зв'язок дуже щільно стулюються і перенапружені, а в надзв'язковому просторі утворюються додаткові шуми тертя. Тому голос виходить не лише слабким (парез), але і сиплим, хриплим.

Носовий, гугнявий відтінок голосу, властивий цій формі дизартрії, може бути результатом надмірного напруження глоткових конструкторів, м'якого піднебіння або інших м'язів верхнього глоткового відділу. М'яке піднебіння сприяє появі гугнявості не лише тоді, коли воно через в'ялий парез не перекриває вхід до носа, але і тоді, коли воно через ригідність і спастичність змінює фізичні властивості резонаторів стінок глоткового резонатора [11, с.61];

- *екстрапірамідну (підкіркову) дизартрію*, зумовлену ураженням підкіркових ядер головного мозку. Є також найчастішою, поряд із псевдобульбарною.

Страждає не стільки артикуляція, скільки темп мовлення: то його прискорення, то уповільнення, нерідко нерівномірне за часом. Змінюється голос: він може бути слабким, глухим, невизначного тембру, з коливанням

дзвінкості. Емоційний відтінок мовлення втрачається, мовлення стає монотонним, одноманітним, немодульованим. Під час фразового мовлення відбувається його поступове згасання, яке поступово переходить у незрозуміле бормотання. Артикуляція звуків може бути незрозумілою, ніби обірваною, в інших випадках вона досить розбірлива при різких порушеннях мовленнєвої просодії [11, с.62];

- *мозочкову дизартрію*, зумовлену ураженням мозочка і його провідних шляхів.

Характерним симптомом вогнищевих уражень мозочка і його провідних систем вважається порушення плавності мовлення, так звана скандованість. Іншими словами, це диспросодія, передусім з ненормативною ритмікою мовлення. Крім того, страждає і виразність мовлення, тобто суперсегментні розлади поєднуються із сегментними [11, с.63];

- *кіркову дизартрію*, зумовлену вогнищевими ураженнями кори головного мозку.

Вогнищеві ураження постцентральної та премоторної функціональних систем домінуючої півкулі мозку призводять у першому випадку до розпаду симультанних кінестетичних схем окремих рухів – кінестетичної апраксії, у другому випадку – до розпаду сукцесійних серій окремих рухів, а саме до кінетичної апраксії. З огляду на це можна припустити наявність принаймні двох клінічних форм апраксічної дизартрії: постцентральної та премоторної [11, с.62].

При синдромологічному підході виділяють наступні форми дизартрії в залежності від провідного клінічного синдрому: спастико-паретична, спастико-ригідна, гіперкінетична, атактична (таблиця 1.1).

Таблиця 1.1.

Характеристика форм дизартрії за синдромологічним підходом

Форма дизартрії	Характер порушення м'язового тону	Порушення артикуляційної моторики, артикуляційного праксису, міміки
----------------------------	--	--

Спастикико-паретична дизартрія	Спастичність, рідше – гіпотонія	Зниження обсягу і амплітуди артикуляційних рухів язика, губ (різного ступеня). Може страждати виконання і збереження артикуляційних поз; перемикання від однієї артикуляції до іншої. Гіпомімія обличчя
Спастикико-ригідна дизартрія	Спастичність м'язів і ригідність (максимальне різке підвищення м'язового тону у всієї мовної і скелетної мускулатури, що посилюється під впливом зовнішніх подразників)	Обсяг артикуляційних рухів суворо обмежений. Язик напружений, малорухомий, відсунутий назад, не завжди його вдається вивести з площини рота. Недиференційованість губних і язикових рухів (змішана губно-мовна артикуляція). Міміка вкрай бідна (обличчя застигле)
Гіперкінетична дизартрія	Дистонія, рідше гіпотонія (велика). Залежність тону від зовнішніх впливів, емоційного стану, довільних рухів	Обсяг артикуляційних рухів може бути достатнім. Особливі труднощі в утриманні і відчутті артикуляційної пози і при перемиканні від однієї артикуляції до іншої, тобто страждає автоматизація артикуляційних рухів
Атактична дизартрія	Гіпотонія	Дисметрія (невідповідність) артикуляційних рухів; частіше - гіперметрія (збільшення амплітуди, перебільшення, сповільненість рухів). Труднощі виконання і утримання артикуляційних укладів. Міміка млява

У практиці фахівці активно користуються двома видами класифікацій дизартрії, які можна співвіднести між собою.

1. Спастика-паретична (провідний синдром – спастичний парез, порушення тону – від атонії, гіпотонії до гіпертону) – бульбарна і псевдобульбарна дизартрія.

2. Спастика-ригідна (провідні синдроми – спастичний парез і порушення тону за типом ригідності) – псевдобульбарна дизартрія.

3. Гіперкінетична (провідний гіперкінетичний синдром) – підкоркова (екстрапірамідна) дизартрія.

4. Атактична (провідний синдром – атаксія) – мозочкова дизартрія.

Окремо слід відзначити кіркову дизартрію, що виділяється за принципом локалізації ураження головного мозку, зумовлену вогнищевими ураженнями кори головного мозку і виражається в апраксії аферентної (кінестетичної) і еферентної (кінетичної), зустрічається при афазіях і алаліях.

Важка ступінь дизартрії, при якій мовлення майже повністю неможлива через параліч мовнорухливих м'язів, носить назву *анартрія*. За здатністю вимовної активності дітей з анартрією можна розділити на три групи: перша – діти з повною відсутністю голосової активності; друга – діти з голосовою активністю (*кхи, ахк* тощо); третя – діти зі звуко-складовою мінімальною активністю, які добре вимовляють всього два-три склади.

Стерта форма дизартрії (мінімальні дизартричні розлади) – це більш легкий ступінь, при якому неврологічна симптоматика різко виражена, є парези окремих м'язових груп, що супроводжуються нечіткою звуковимовою, назалізацією, дисфонією, просодичними розладами, коротким і поверхневим диханням. При стертій формі дизартрії простежуються не лише фонетичні, а й просодичні, і дихальні порушення. За своїми проявами стерта дизартрія близька до складної функціональної дислалії. [18].

Дослідження Л. Лопатіної та інших виявили у дітей зі стертою дизартрією порушення іннервації мимічної мускулатури: наявність згладжених носогубних складок, асиметричність губ, труднощі підйому брів, напівзакриті очі. Поряд з цими характерними симптомами для дітей зі стертою дизартрією є: труднощі перемикання з одного на інший рух,

знижений об'єм рухів губ і мови; рухи губ виконуються не в повному обсязі, носять приблизний характер, спостерігаються труднощі в розтягуванні губ.

При виконанні вправ для язика відзначається слабкість деяких м'язів язика, неточність рухів, піднесення і утримання язика нагорі, тремор кінчика язика; у частини дітей – уповільнення темпу рухів при повторному виконанні завдання, наявність гіперкінезів м'язів обличчя і язикової мускулатури. У деяких випадках виявляється відхилення язика (девіація).

Особливості мимічної мускулатури і артикуляційної моторики у дітей зі стертою дизартрією свідчать про неврологічну мікросимптоматику і пов'язані з парезами під'язикових і лицьових нервів. Таким чином, характер мовних розладів залежить від стану нервово-м'язового апарату органів артикуляції.

Просодичні порушення при стертій дизартрії обумовлені паретичністю або спастичністю окремих груп м'язів артикуляційного, голосового та дихального відділів мовного апарату. Варіативність і мозаїчність цих порушень обумовлює різноманітність фонетичних і просодичних порушень:

- міжзубна вимова передньоязикових у поєднанні з горловим [p];
- бічна вимова свистячих, шиплячих і африкат;
- дефект пом'якшення: пояснюється спастичністю кінчика язика і тенденцією його до більш передньої артикуляції;
- свистячі сигматизми: формуються, коли шиплячі через паретичність кінчика язика утворюються в нижній позиції мови;
- шиплячі сигматизми: можуть бути пояснені спастичністю язика, коли язик потовщений і напружений;
- дефекти звукотворення: їх потрібно розглядати як часткове порушення голосу, фонаційні розлади та інші фонетичні порушення.

Всі перераховані порушення звуковимови поєднуються з різноманітними фонаційними, просодичними і дихальними порушеннями [56].

Відповідно, в основі виникнення дизартричних розладів, яким характерна триєдина симптоматика, покладені порушення звуковимови, зумовлені розладами мимічної мускулатури обличчя. Порушення мимічної мускулатури обличчя зумовлені, в більшості випадків – неврологічною симптоматикою. Тому результативність логокорекційної роботи напряду залежить від усунення цих розладів. Одним з дієвих шляхів розвитку мимічної мускулатури обличчя при дизартріях ми вважаємо вправи міогімнастики, особливості проведення яких, ми розглянемо в наступному підрозділі.

1.3. Міогімнастика як складова логокорекційної роботи при дизартріях

В середині ХХ ст., в ґрунтовних дослідженнях О. Вінарської, О. Правдіної, присвячених комплексному визначенню дизартрій одним з дієвих прийомів розвитку мимічної мускулатури обличчя було визначено міогімнастику.

На думку О. Архипової, міофункціональна гімнастика позитивно впливає не тільки для лікування щелепно-лицевих деформацій, але і при легких і середніх формах дизартрії [11].

Плануючи корекційну роботу при дизартрії на підготовчому етапі, є необхідним:

- 1) нормалізувати м'язовий тонус мимічної мускулатури артикуляційного апарату: губ, язика, м'якого піднебіння;
- 2) нормалізувати моторику артикуляційного апарату;
- 3) нормалізувати мовний видих, виробити плавний, тривалий видих;
- 4) нормалізувати голос;
- 5) нормалізувати просодику;
- 6) нормалізувати дрібну моторику рук.

Як раз перші три завдання можна вирішити за допомогою міогімнастики.

Показаннями для призначення міогімнастики є:

- різні види аномального прикусу I ступеня;
- нерівне розташування коронок зубів;
- гіпотонус лицьових м'язів;
- порушення функціонування скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС);
- дисфункція кругових м'язів рота і язика.

Всі ці порушення, визначенні в показаннях для використання міогімнастики можна спостерігати, як в комплексі так і поодинокі, при різних формах дизартрії.

Міотерапія не може бути застосована в ряді випадків:

- гіпертрофія м'язового апарату обличчя патологічного характеру;
- погана рухливість суглоба щелепи;
- аномальний прикус III ступеня;
- порушення розвитку щелепи внаслідок перенесених загальних захворювань, наприклад, рахіту.

Міогімнастика при дотриманні всіх технік і правил вважається ефективним методом корекції прикусу і визнана світовою стоматологічною спільнотою. Ефективність такого виду ЛФК залежить від декількох факторів:

- виражені порушення прикусу;
- віку хворого;
- регулярності вправ і переконаності батьків в успіху.

Щоб отримати найкращі результати, потрібно дотримуватися певної техніки і наступних правил:

1. Активно працювати м'язами з максимальною амплітудою.
2. При цьому витримувати фізіологічні межі допустимих рухів.
3. Поступово збільшувати швидкість, інтенсивність і складність кожної вправи.

4. Для збереження безпеки, потрібно давати м'язам відпочивати рівно стільки часу, скільки вони перед цим працювали.

5. Кожен рух повторювати до тих пір, поки не відчуєте втоми.

6. Для занять виділяти певний час і точно слідувати йому на регулярній основі.

Як і будь-який інший метод, міогімнастика має свої переваги та недоліки.

Переваги:

- нетравматичність і можливість лікування без застосування додаткових пристосувань;
- такий вид терапії не викликає у хворих будь-якого значимого психологічного дискомфорту.

Недоліки:

- для досягнення помітного результату гімнастику необхідно виконувати протягом кількох тижнів або навіть місяців;
- при нерегулярності тренувань швидко відбувається відкат, тобто всі досягнуті результати губляться;
- метод не дасть помітного результату при виражених і давніх змінах [36].

Так як гімнастика жувальних і мимічних м'язів є частиною лікувальної фізкультури, то і підпорядковується її правилами:

- м'язи слід напружувати повільно і плавно;
- інтенсивність вправ і їх розмах повинні бути достатніми, але не надмірними;
- за кожним напругою м'язів має слідувати розслаблення;
- кожную вправу слід проводити по кілька разів – до появи відчуття легкої втоми м'язів;
- вправи слід виконувати регулярно, систематично;
- тривалість вправ і їх кількість повинні з плином часу зростати.

У межах міогімнастики застосовують два основних види вправ:

а) статичні (під час виконання вправи м'язи знаходяться в стані підвищеного тону без чергування періодів скорочення і розслаблення);

б) динамічні (під час виконання вправи напруження м'язів чергується з їх розслабленням).

Міогімнастика включає в себе наступні напрямки:

1. Нормалізація дихання.
2. Нормалізація функцій ковтання.
3. Нормалізація змикання губ.
4. Нормалізація функцій жування.

5. Нормалізація артикулювання, що безпосередньо впливає на рівень опанування звучним мовленням.

Комплекс міогімнастики спрямований на правильний розвиток жувальної і лицьової мускулатури. При відповідальному виконанні всіх вправ можна не тільки прискорити ортодонтичне лікування, а й самостійно скорегувати прикус (в залежності від віку). Вправи повинні проводитися мінімум кілька разів в день, хоча б по 20 хвилин. Вправи робляться 5-6 разів.

Вправи при відкритому прикусі

Вправа 1. Зуби стиснуті, губи зімкнуті, дитина стискає і розтискає зуби.

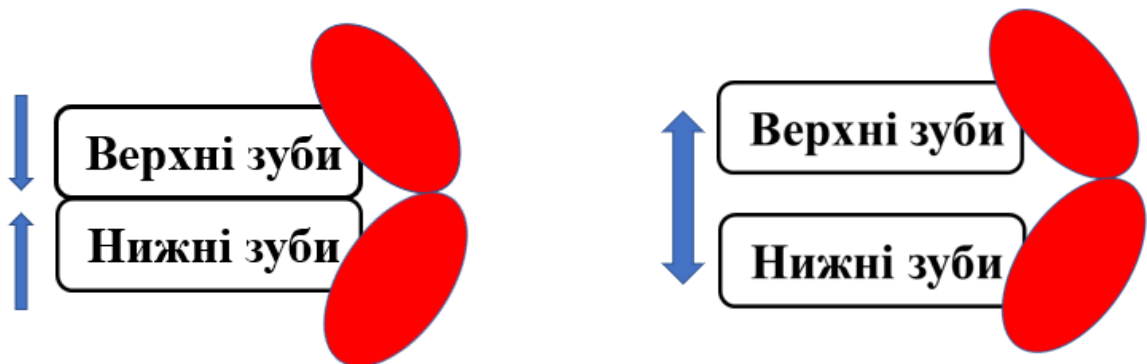


Рис. 1.1. Вправа при відкритому прикусі № 1

Вправа 2. Рот відкритий, розташувати вказівні пальці і середні пальці на бічних зубах нижньої щелепи. Закрити рот, спричиняючи опір тиском пальців.

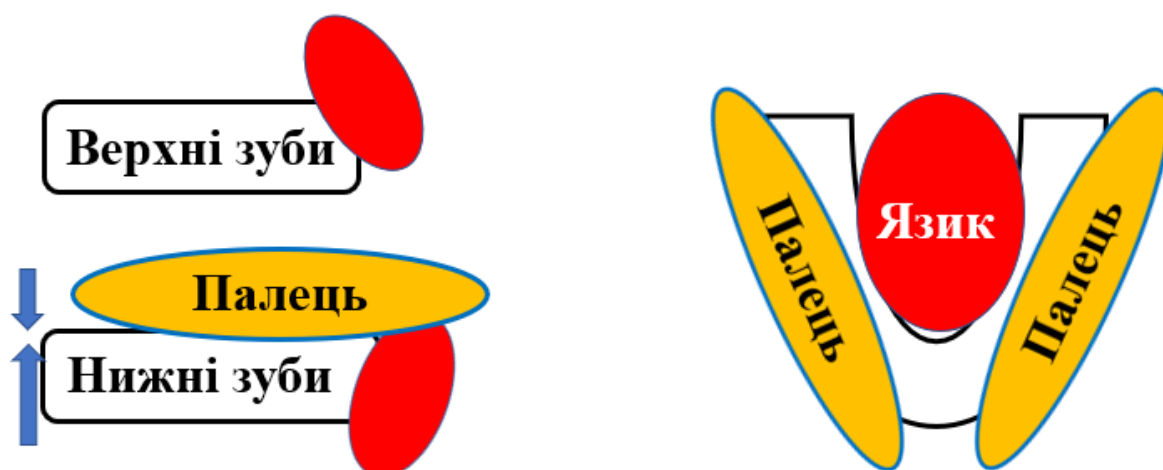


Рис. 1.2. Вправа при відкритому прикусі № 2

Вправа 3. На дерев'яну паличку надіти гумову трубочку, прикусити її між бічними зубами, утримувати. Стискати і розтискати зуби. Паличку перемішати.

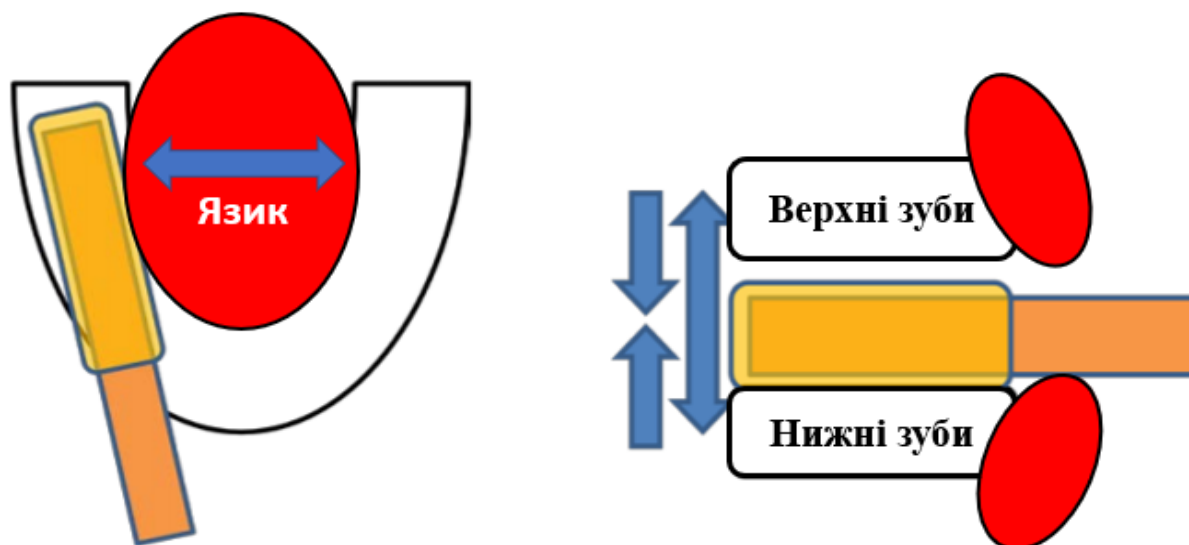


Рис. 1.3. Вправа при відкритому прикусі № 3

Вправа 4. Вживання жорсткої їжі, але при цьому широко не відкривати рот! Крім спеціальних вправ необхідно дітям жувати частіше яблука, ріпу, моркву. Це гарний масаж для ясен і прекрасний профілактичний засіб для формування правильного прикусу.

Вправи при мезіальному прикусі

Вправа 1. Рот відкритий, повільно його закрити, переміщаючи нижню щелепу назад, до крайового зіткнення нижніх різців з верхніми.



Рис. 1.4. Вправа при мезіальному прикусі № 1

Вправа 2. Рот відкритий, підняти язик вгору, змістити по піднебінню назад. Рот повільно закрити, при цьому перемістити нижню щелепу назад і встановити передні зуби в крайовому зіткненні. Утримувати 4-8 секунд.



Рис. 1.5. Вправа при мезіальному прикусі № 2

Вправа 3. Захопити нижню губу верхніми зубами і верхньою губою. Утримувати 4-5 хвилин. Відпочити 2-3 хвилини. Повторити 3-4 рази.

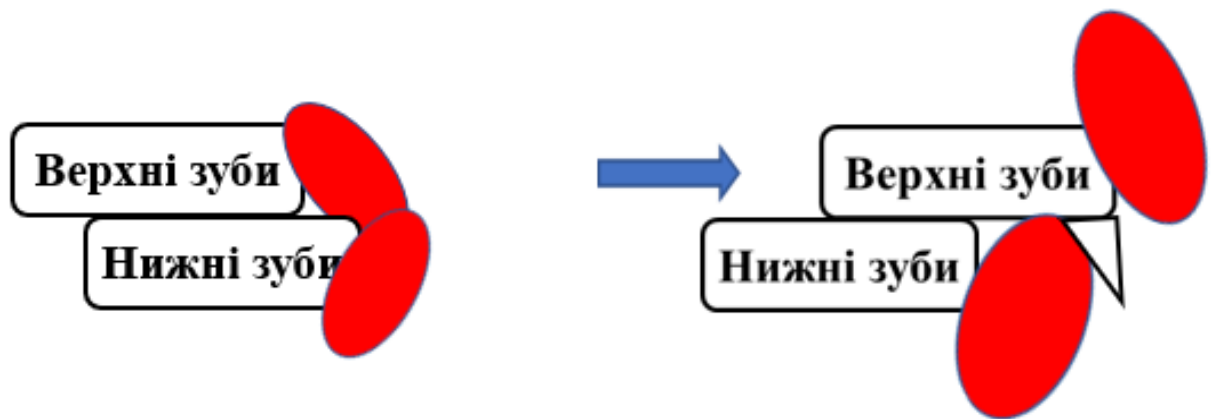


Рис. 1.6. Вправа при мезіальному прикусі № 3

Вправа 4. Кінчиком язика тиснути на верхні зуби



Рис. 1.7. Вправа при мезіальному прикусі № 4

Вправи при піднебінному положенні передніх верхніх зубів

Вправа 1. Тиск на зуби кінчиком язика 3-5 хвилин, потім пауза.



Рис. 1.8. Вправа при піднебінному положенні передніх верхніх зубів № 1

Вправа 2. Покусування нижньої губи верхніми зубами протягом 2-3 хвилин.



Рис. 1.9. Вправа при піднебінному положенні передніх зубів № 2

Вправа 3. Вправа з дерев'яним шпателем, виконується протягом 1-4 хвилин.

Між зубними рядами поміщають шпатель (ширина його дорівнює ширині верхніх різців). Прикусити шпатель так, щоб тиск створився на піднебінні поверхні верхніх зубів і сприяти їх відхиленню в вестибулярному напрямку, а нижніх різців - в язиковому.

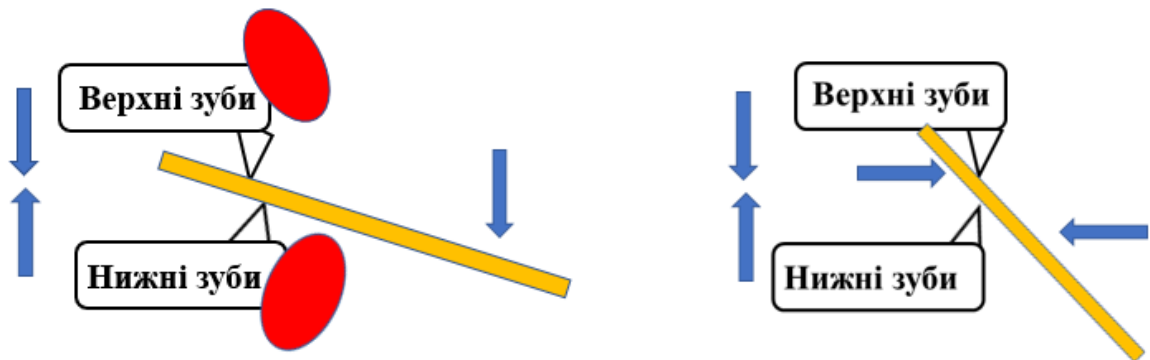


Рис. 1.10. Вправа при піднебінному положенні передніх зубів № 3

Вправи при перехресному прикусі

Вправа 1. Відкрити рот, повільно закрити, переміщаючи нижню щелепу в протилежну сторону від неправильного положення зубів. Тримати 5-10-20 до 60 секунд.



Рис. 1.11. Вправа при перехресному прикусі № 1

Вправа 2. Та ж сама вправа із застосуванням сили руки, спрямована на посунення нижньої щелепи в сторону.

Гімнастика для губ

Вправа 1. Дитина надуває обидві щоки. Повільно видуває повітря через стиснуті губи. Повторювати вправу 3-5 разів протягом 30 секунд (в залежності від віку).

Вправа 2. Дитина витягує губи в трубочку як при свисті, а потім їх розтягує, як при широкій посмішці. Повторювати 4-8 разів протягом 1-3 хвилин.

Вправа 3. Біля кутів рота при незімкнутих губах дитина встановлює мізинці рук і в такому положенні намагається зімкнути губи. Так як пальці створюють певну перешкоду для змикання губ, це служить хорошим тренуванням м'язів рота. Повторювати 3-5 разів протягом 30 секунд.

Вправа 4. Зімкнути губи, надути повітря під верхню губу, потім під нижню губу.

Вправа 5. Перед дзеркалом:

а) губи витягнути вперед, зімкнути, зобразити трубочку, широко розтягнути;

б) губи витягнути вперед, зімкнути, зобразити рупор, хобот;

в) губи зімкнути, потім переміщати їх по черзі вправо і вліво.

Гімнастика для язика

Сидячи перед дзеркалом, голову тримати прямо, плечі злегка відведені назад і трохи опущені, груди випрямлені, живіт підтягнутий, колінні суглоби зігнуті, ноги разом, п'яти разом. Вправи виконуються в повільному темпі на рахунок 1-2-3-4 з повторенням від 10 - 15 раз щодня.

Вправа 1. Рот напіввідкритий. Дитина облизує верхню і нижню губу, проводить язиком від одного кута рота до іншого, намагається дістати язиком перегородку носа, підборіддя. Проводить кінчиком язика по язиковій, а потім по вестибулярій поверхні зубів, немов перераховуючи їх, «клацає» язиком, для чого присмоктує язик при зімкнутих губах до твердого піднебіння і повільно відкриває рот, впирається кінчиком язика то в одну щоку, то в іншу.

Вправа 2. На кінчик язика покласти гумове кільце від піпетки, язик підняти вгору і притиснути його до передньої ділянки твердого піднебіння в області піднебінних складок. Стиснути зуби, не змикаючи губ, проковтнути слину, не змінюючи положення кінчика язика і гумового кільця. Вправу

повторюють 5-10 разів три рази на день. Цю ж вправу виконати вже не з кільцем, а з водою, яку необхідно проковтнути.

Вправа 3. Язик підняти вгору, розташувати його у передньої ділянки твердого піднебіння, перемістити язык по склепінню твердого піднебіння в передньому відділі, потім максимально назад до м'якого піднебіння.

Вправа 4. Цокіт язиком, немок звук ударів копит коня 50-60 разів.

Вправа 5. Рот напіввідкритий, язык підняти вгору стовпчиком. Притиснути його до передньої ділянки піднебіння в області зубних горбів верхніх передніх різців та передніх складок піднебіння, проковтнути слину.

Вправа 6. Стиснути зуби, зімкнути губи, впертися кінчиком языка в тверде небо, в проекцію коренів центральних різців, проковтнути слину.

Додатково призначається м'яка вестибулярна пластинка; лікування закінчується переходом інфантильного ковтання в соматичне.

Зазначені види вправ є загально прийнятими для міогімнастичних комплексів. У межах нашого дослідження потрібно дослідити особливості прояву порушень зазначеної групи м'язів у дітей з дизартріями і визначити та розробити комплекс вправ міогімнастики, найбільш дієвих для виправлення порушення. [43].

Висновки до розділу 1

У ході аналізу спеціальної літератури було визначено, що міогімнастикою називається лікувальна фізкультура, спрямована на профілактику і лікування різних відхилень області щелепи і застосовується в основному в стоматології. Систему гімнастичних вправ для лікування щелепно-лицьових деформацій запропонував в 1917 році Роджерс.

Міогімнастика як профілактичний (і лікувальний) засіб найбільш часто застосовується в роботі з дітьми у віці від 4 до 7 років. Ефект міогімнастики залежить, з одного боку, від ступеня вираженості морфологічних і функціональних порушень, а з іншого боку – від старанності пацієнта у виконанні цих довгострокових профілактичних програм.

Даний вид лікувальної фізкультури полягає в систематичних нормованих вправах для патологічно функціонуючих груп м'язів щелепно-лицьової області (жувальних, мимічних, м'язів дна порожнини рота) з метою нормалізації їх тонусу і функцій. В результаті такого спеціального тренування формується правильний динамічний м'язовий стереотип.

Сьогодні міогімнастику визначають як гімнастику для недостатньо або неправильно функціонуючих груп жувальних і мимічних м'язів, розробленої ортодонтами з метою формування і нормалізації функцій м'язів щелепно-лицьової ділянки та ротової порожнини. Цим визначенням ми і будемо керуватися у межах дослідження.

Було з'ясовано, що ефективність обраного засобу свідчить про можливість і доцільність використання його при профілактиці та корекції порушень звуковимови у дітей з міофункціональними порушеннями артикуляційного апарату, таких як дизартрія. Цей розлад є наслідком органічного ураження центральної нервової системи, при якому розбудовується руховий механізм мовлення. Провідними порушенням є порушення звуковимови і просодії, а також порушення мовленнєвого дихання, голосу і артикуляційної моторики. Тому, у логокорекційній

практиці з'явилися міогімнастичні тренування, за допомогою яких фахівець сприяє:

- поступовому поліпшенню моторики м'язів артикуляційного апарату, виконуючи вправи якісно, з більшою силою та інтенсивністю, від заняття до заняття;
- розвитку кругового м'яза рота та нормалізації змикання губ;
- поетапному моделюванню правильної артикуляційної пози, виробленню кінетичних і кінестетичних відчуттів;
- усвідомленню принципу правильного фізіологічного дихання через ніс і поступового його засвоєння;

Отже, міогімнастика – це дієвий спосіб спільними зусиллями лікаря-ортодонта, логопеда, дитини та її батьків впоратися з неправильним прикусом, відновити правильне дихання і мовлення. Щоденні вправи, особливо якщо вони проходять в ігровій формі, дають батькам шанс провести ще більше часу зі своєю дитиною, зближуючи обох. А дитина, побачивши результат через декілька місяців, зрозуміє, що її старання не були марними.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ МІМІЧНОЇ МУСКУЛАТУРИ ОБЛИЧЧЯ У ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ДИЗАРТРІЯМИ

2.1. Обґрунтування експериментальної методики виявлення особливостей мимічної мускулатури обличчя у старших дошкільників з дизартріями

Багато авторів відзначають, що кількість дітей з проблемами мовленнєвого розвитку в останні роки значно зросла. Від того, як рано чи пізно виявлені порушення мовлення, від того, коли розпочата логопедична робота з дитиною, що страждає розладами вимови, великою мірою залежить результат виправлення розладів мовлення.

На жаль, проблема раннього логопедичного впливу поки ще не завжди знаходить своє розуміння у фахівців, батьків дітей зазначеної категорії. Оскільки, не завжди батьки цих дітей, на ранніх етапах розвитку звертаються за допомогою до логопеда або педагога-дефектолога. У старшому дошкільному віці, коли у дітей вже повинні з'явитися всі звуки мовлення, батьки починають помічати порушену вимову своїх дітей і тільки тоді звертаються за допомогою до фахівців, які і виявляють ту чи іншу логопедичну проблему. Велика кількість дітей з порушеннями залишаються в дитячих садах навіть після їх виявлення.

Як зазначалося у пп. 1.2, 1.3, при дизартрії іннервація органів мовленнєвого апарату недостатня, що призводить до обмеження рухливості артикуляційних і мимічних м'язів. Внаслідок цього формування рухів, необхідних для правильної, чистої вимови, порушується. Порушена звуковимова важко підлягає корекції, негативно впливає на формування фонематичних процесів і лексико-граматичної сторони мовлення, що в майбутньому створить труднощі в навчанні дітей у школі.

Мовлення дітей стає невиразним, змашеним, змазаним, нечітким, а порушення мимічної моторики робить його без емоційним, що ускладнює спілкування дітей з дорослими і однолітками.

Ступінь прояву фонетичних порушень при дизартрії залежить від того, наскільки сильно була вражена та чи інша частина мозку, що відповідає за рух органів артикуляції. При легких ураженнях спостерігається спотворення звуків, «змащеність мовлення», а при важких – не тільки спотворення, а і заміни, пропуски звуків, страждає темп, виразність, модуляція, в цілому вимова стає невиразною.

Основними ознаками дизартрії є порушення звуковимови і голосу, які поєднуються з порушеннями артикуляційної моторики і мовленнєвого дихання. При цьому, через обмежену рухливість органів мовлення (м'якого піднебіння, язика, губ) ускладнена артикуляція.

Від інших мовленнєвих порушень дизартрію відрізняє той факт, що при ній порушується не тільки вимова окремих звуків, а вся вимовна сторона мовлення. Порушення вимови голосних звуків класифікуються за рядами і підйомами, порушення вимови приголосних звуків – за наявності і відсутності вібрації голосових складок, способу і місця артикуляції, наявності або відсутності додаткового підйому спинки язика до твердого піднебіння. При дизартрії чіткість кінестетичних відчуттів часто порушується, внаслідок чого діти не сприймають стан м'язів мовленнєвого апарату.

Також при цьому порушенні у дітей спостерігаються насильницькі мимовільні рухи мовлення, неправильні артикуляційні уклади.

Однією з особливостей дизартрії є часте поєднання в ній різних клінічних синдромів. Це пояснюється тим, що при впливі шкідливого фактору на мозок пошкодження частіше має більш поширений характер, і тим, що враження одних мозкових структур, необхідних для керування руховим механізмом мовлення, може сприяти затримці дозрівання і порушувати функціонування інших. У цьому процесі певне значення має

ураження не тільки власне рухової ланки мовленнєвої системи, а й порушення кінестетичного сприйняття артикуляційних поз і рухів.

Для того, щоб усунути порушення в розвитку артикуляційної моторики і мимічної мускулатури і забезпечити її правильне формування необхідно щодня проводити логопедичну роботу.

Обстеження органів артикуляції починається з визначення стану артикуляційного апарату. Дані обстеження вносяться в індивідуальну карту дитини.

Будова органів артикуляції оцінюється візуально. Дитині пропонується широко відкрити рот, вимовити звук «а». У момент проголошення шпателем опускається середня частина язика. Одночасно візуально оцінюється щільність піднебінно-глоткового змикання.

При обстеженні моторики органів артикуляції звертається увага на рухливість м'якого піднебіння, стан піднебінно-глоткового рефлексу, рухливість і активність губ, язика, нижньої щелепи, відзначається характер виконання рухів (сила і об'єм рухів, переключення з однієї артикуляційної пози на іншу, вміння тримати позу, виснаженість). Для цього дітям пропонується виконувати наступну серію вправ.

У ході констатувального етапу дослідження нами було розроблено комплекс вправ на визначення особливостей мимічної мускулатури м'язів старших дошкільників з дизартріями.

За основу нами було взято комплекс вправ, який використовується під час логопедичного обстеження в ЗДО. Обстеження моторики артикуляційного апарату проходило в такому порядку з використанням наведених нижче завдань.

1. Рухова функція губ:

- зімкнути губи;
- округлити губи, як при вимові звуку «о», утримати позу під рахунок до 10;

- витягнути губи в трубочку, як при вимові звуку «у», утримати позу під рахунок до 10;
- витягнути губи, зімкнути їх «хоботом», утримати позу під рахунок до 10;
- розтягнути губи в усмішці, утримати їх в такому положенні під рахунок до 5;
- максимально розтягнути губи в усмішці, утримати під рахунок до 10;
- підняти верхню губу, щоб було видно верхні зуби;
- опустити нижню губу, щоб було видно нижні зуби;
- багаторазово вимовляти губні звуки ([б-б-б], [п-п-п]).

2. Рухова функція щелепи:

- широко розкрити рот, як при вимові звуку «а», і закрити;
- зробити рух нижньою щелепою вправо, вліво, вперед.

3. Рухові функції язика:

- покласти широкий язик на нижню губу і утримати під рахунок до 5;
- покласти широкий язик на верхню губу і утримати під рахунок до 5;
- пересувати кінчик язика з правого кута рота в лівий, не торкаючись губ;
- висунути язик (лопаткою, голочкою);
- наблизити кінчик язика, по черзі, до верхніх і нижніх зубів з внутрішньої сторони (рот відкритий);
- підняти кінчик язика до верхніх зубів, потримати під рахунок до 5, опустити до нижніх зубів;
- уперти язик в праву, потім в ліву щоку;
- закрити очі, витягнути руки вперед, кінчик язика покласти на нижню губу;

- рухати язиком вперед-назад при відкритому роті.

4. Рухова функція м'якого піднебіння:

- широко відкрити рот і чітко вимовити звук «а» (твердою атакою);
- логопед повинен провести шпателем або зондом по м'якому піднебінню;
- при затиснутому між зубами язиком надуті щоки і сильно подути так, ніби задувається полум'я свічки.

Під час аналізу результатів увага експериментатора зверталася на наступні моменти:

- доступність для дитини пропонованого завдання;
- якість виконання руху (збереження обсягу руху, можливість фіксації тієї чи іншої пози, чіткість і точність виконання, інертність, виснаженість, скутість, млявість, розгальмування, не диференційованість рухів);
- особливості перемикання: доступність перемикання з одного руху на інше, плавність перемикання, його швидкість, наявність персеверацій, застрягання на одній позі;
- особливості рухової пам'яті, уваги, самоконтролю;
- кількість спроб при виконанні рухів, можливості навчання;
- темп виконання (нормальний, уповільнений, прискорений); можливість довільної зміни темпу; якість виконання рухів при прискореному темпі;
- помилки в просторовій орієнтації: незнання сторін тіла; невпевнені знання;
- особливості утримання пози (спокійне або напружене, розгойдування з боку в бік, балансування тулубом, руками, головою, схід з місця або ривки в сторони тощо);
- відповідність рухової реакції сигналу;
- наявність супутніх, насильницьких рухів;
- наявність салівації (в обстеженні артикуляційного апарату).

Нами було визначено та обґрунтовано систему оцінювання. За кожну вправу діти отримують від 0 до 4 балів:

4 бали – чітке виконання рухів;

3 бали – усі завдання виконуються правильно, але в уповільненому темпі;

2 бали – незначні зміни обсягу, сили і точності рухів;

1 бал – відсутність утримання пози; виражені зміни сили, точності, обсягу; труднощі перемикання мовних рухів; девіації мови;

0 балів – завдання не виконуються.

За результатами виконання завдань нами було розроблено рівні розвитку мимічної мускулатури та артикуляційних м'язів, представлені в таблиці.

Таблиця 2.1.

Рівні розвитку мимічної мускулатури та артикуляційних м'язів у дошкільників

Показники	Рівень розвитку			
	<i>високий</i>	<i>достатній</i>	<i>низький</i>	<i>нульовий</i>
<i>губи</i>	губи змикає, при вимові звуків округлює їх чітко та впевнено, проблем з їх розтягуванням, підніманням та опусканням немає, часу в усіх вправах дотримується	губи змикає, округлює, витягує та розтягує їх впевнено, можливі труднощі з затримкою вправи на декілька секунд	губи не змикає, звуки вимовити не в змозі, часу не дотримується	не виконує завдання
<i>щелепи</i>	рот розкриває широко, артикуляція при вимові голосних звуків працює	рухає щелепою в усі сторони, але не настільки, наскільки це	рот розкрити та відкрити не може, щелепою не рухає, звуки	не виконує завдання

	чітко та впевнено, рухає щелепою в усі сторони без труднощів	можливо. Є труднощі із розкриттям рота найбільш широко	не вимовляє	
<i>язик</i>	вільно пересуває язиком у ротовій порожнині та за її межами, відсутні проблеми з затримкою вправи на певний час, впевнено взаємодіє язиком з іншими органами ротової порожнини (зуби, щоки і тощо)	добре артикулює кінчиком язика, дотримується всіх правил виконання, є труднощі із тривалістю виконання (затримка вправи на деякий час)	рухати язиком у будь-якому положенні не може, кінчиком язика інших органів не торкається	не виконує завдання
<i>м'яке піднебіння</i>	чітко відкриває рот та вимовляє звуки, вільно артикулює ротовою порожниною із задіяним м'яким піднебінням	відкриває та вимовляє звуки без труднощів, але в уповільненому темпі	не вимовляє жодних звуків, не артикулює ротовою порожниною	не виконує завдання
<i>коловий м'яз рота</i>	артикулює ротом достатньо впевнено, вимовляє всі звуки, відсутні проблеми при змиканні та розмиканні губ, не втомлюється швидко під час	працює губами добре, звуки вимовляє чітко, деякі вправи виконує в уповільненому темпі	не працює губами зовсім, звуки не вимовляє, ротом не артикулює	не виконує завдання

	багаторазового повторення вправи			
<i>щоки</i>	чітко виконую вправи з задіянням щік, їх функціонування проходить без проблем, відсутні труднощі під час здування та надування	вільно володіє ними під час вимови всіх звуків, але є труднощі під час повного надування та поступового здування щік	щоками не функціонує, надути та здути не може, звуки не вимовляє	не виконує завдання

Оскільки від визначених показників розвитку артикуляційної моторики, м'язової мускулатури м'язів обличчя залежить рівень опанування дитиною звуковимовною стороною мовлення, результативність логокорекційної роботи нами було проаналізовано та визначено рівні їх розвитку у старших дошкільників з дизартріями та дітей без порушень мовлення. Аналіз результатів представлено в наступному підрозділі.

2.2. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження

До експериментальної роботи на констатувальному етапі дослідження було залучено 25 дітей старшого дошкільного віку (від 5-ти до 6-ти років), які відвідували КЗДО № 272 ДМР. Серед дітей 15 дошкільнят – з нормотиповим розвитком, 10 – ЗНМ III рівня мовленнєвого розвитку (стерта форма дизартрії), які відвідували логопедичні групи (групи компенсуючого типу). Розподіл дітей, залучених до дослідної роботи подано на діаграмі (рис. 2.1).

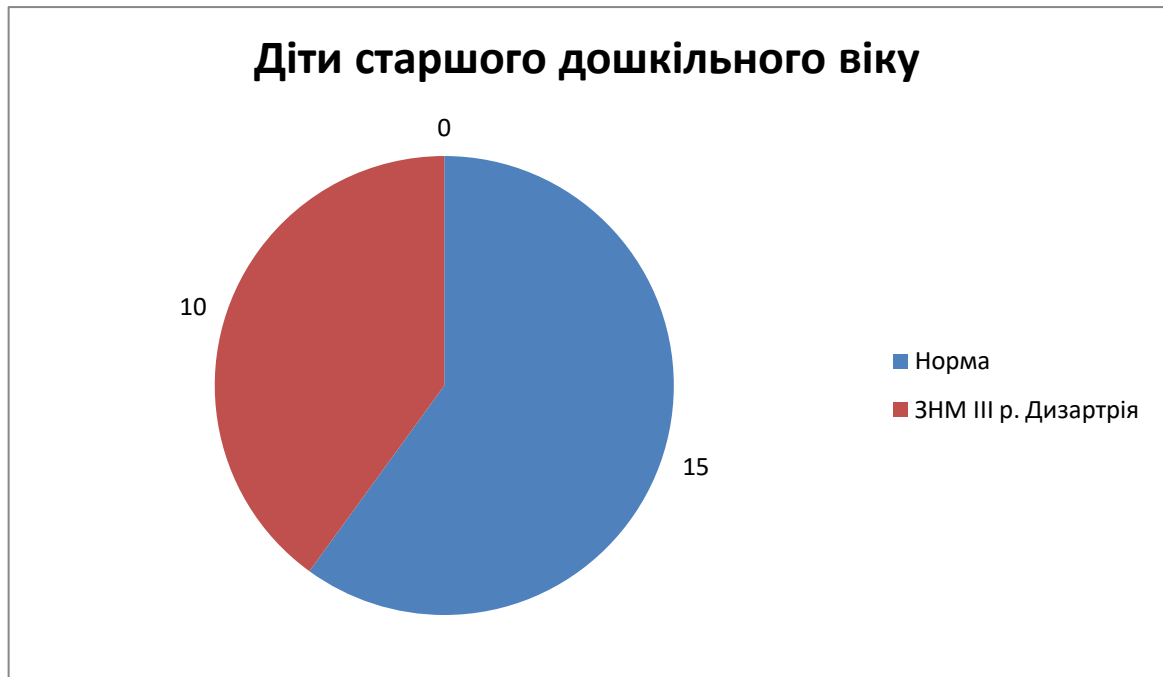


Рис. 2.1. Розподіл дітей старшого дошкільного віку за показниками мовленнєвого розвитку

Результати обстеження артикуляційної моторики, а саме: губ, язика, щік, м'якого піднебіння, нижньої щелепи, колового м'яза рота були наступними.

Розглянемо якісні і кількісні результати дослідження.

Характер і якість артикуляційної моторики у дітей із ЗНМ III рівня і їх однолітків з нормотиповим мовленнєвим розвитком визначалися в процесі спостереження за дітьми в різних ситуаціях мовленнєвого спілкування візуально, на слух і за допомогою тактильних відчуттів експериментатора. Усі вправи з дітьми проводилися індивідуально, перед дзеркалом.

Дослідження рівня сформованості у дітей артикуляційної моторики.

За результатами визначення типу дихання у дітей із ЗНМ III рівня та їх однолітків отримані наступні результати, представлені в таблиці (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Рівні сформованості артикуляційної моторики у дітей старшого дошкільного віку

Контингент	Рівень розвитку артикуляційної моторики			
	високий	достатній	низький	нульовий

Нормотип	87 %	13 %	0 %	0%
ЗНМ III рівня. Стерта дизартрія	0 %	20 %	70 %	10%

При порівнянні отриманих результатів в найбільшій кількості спостережень у дітей з ЗНМ III рівня переважав низький рівень артикуляційної моторики – 70 %. При цьому, тільки 20 % дітей з ЗНМ III рівня мали наближений до фізіологічної норми рівень розвитку артикуляційної моторики.

Дослідження рівня рухової функції губ.

Вивчення уміння змикати та розмикати губи довело, що в 80 % випадків діти з ЗНМ III рівня не можуть витягнути губи в трубочку, зімкнути їх «хоботом», розтягнути в усмішці.

Дослідження рівня рухової функції щелепи.

Результати проведеного напрямку дослідження, що визначають рівень функціонування нижньої щелепи, засвідчили, що діти з ЗНМ III рівня в 60 % мають слабку рухливість щелепи та здатність артикулювати нею в різні сторони. З цієї категорії дітей 20 % (2 дитини) виконали завдання правильно, з першої спроби.

Дослідження рівня рухової функції язика.

Під час аналізу даного дослідження впевнено можна зробити висновок, що діти з ЗНМ III рівня в 80% мають виражені труднощі артикуляції язиком, відсутня здатність торкатися кінчиком язика інших органів ротової порожнини. При цьому, 20% дітей з ЗНМ III рівня мали менш виражені труднощі з виконанням завдань на перевірку рухливості язика.

Дослідження рівня рухової функції колового м'язу рота.

Під час перевірки отриманих результатів стало відомим, що 80% дітей з ЗНМ III рівня мали труднощі під час виконання завдань. Їм було важко артикулювати губами під час вимови голосних звуків, змикати та розмикати

губи. Але 10% дітей вдалося виконати рухи, але в дуже уповільненому темпі а останні 10% дітей з ЗНМ III рівня виконали завдання з першої спроби.

Дослідження рівня рухової функції м'якого піднебіння.

Аналізуючи результати даного експерименту, робимо висновок, що у дітей з ЗНМ III рівня переважає низький рівень функціональності м'якого піднебіння – 50%. Цим дітям було важко виконувати завдання із задіянням м'якого піднебіння, вони не могли вільно артикулювати ротовою порожниною. Ще 10% дітей зовсім не змогли виконати завдання. Останні 40% мали наближену вираженість до правильного виконання вправ.

Дослідження рівня рухової функції щік.

Спостереження за виконанням завдань даної категорії довело, що переважає достатній рівень розвитку функціональності. 50% дітей з ЗНМ III рівня вдалося вільно надувати та поступово здувати щіки, але в уповільненому темпі. 30% дітей мають низький рівень, що свідчить про малорухливість їх щік. 20% дітей досягнули гарних результатів під час виконання вправ, що є достатнім рівнем дослідження.

За результатами констатувального етапу дослідження, відповідно до якого було виявлено особливості артикуляційної моторики обраної категорії дошкільників, які подано у таблицю у дітей середнього дошкільного віку отримані наступні результати (табл. 2.3).

Таблиця 2.3.

Результати вивчення особливостей артикуляційної моторики дітей старшого дошкільного віку з дизартріями

Орган артикуляції	Рівні			
	<i>високий</i>	<i>достатній</i>	<i>низький</i>	<i>нульовий</i>
<i>Губи</i>	0%	20%	70%	10%
<i>Щелепа</i>	20%	20%	50%	10%
<i>Язик</i>	0%	20%	60%	20%
<i>Коловий м'яз рота</i>	10%	10%	50%	30%
<i>М'яке</i>	10%	30%	50%	10%

<i>піднебіння</i>				
<i>Щоки</i>	20%	50%	30%	0%

Зведені результати констатувального етапу дослідження виявлення особливостей артикуляційної моторики старших дошкільників із дизартріями подані на діаграмі (рис. 2.2.).

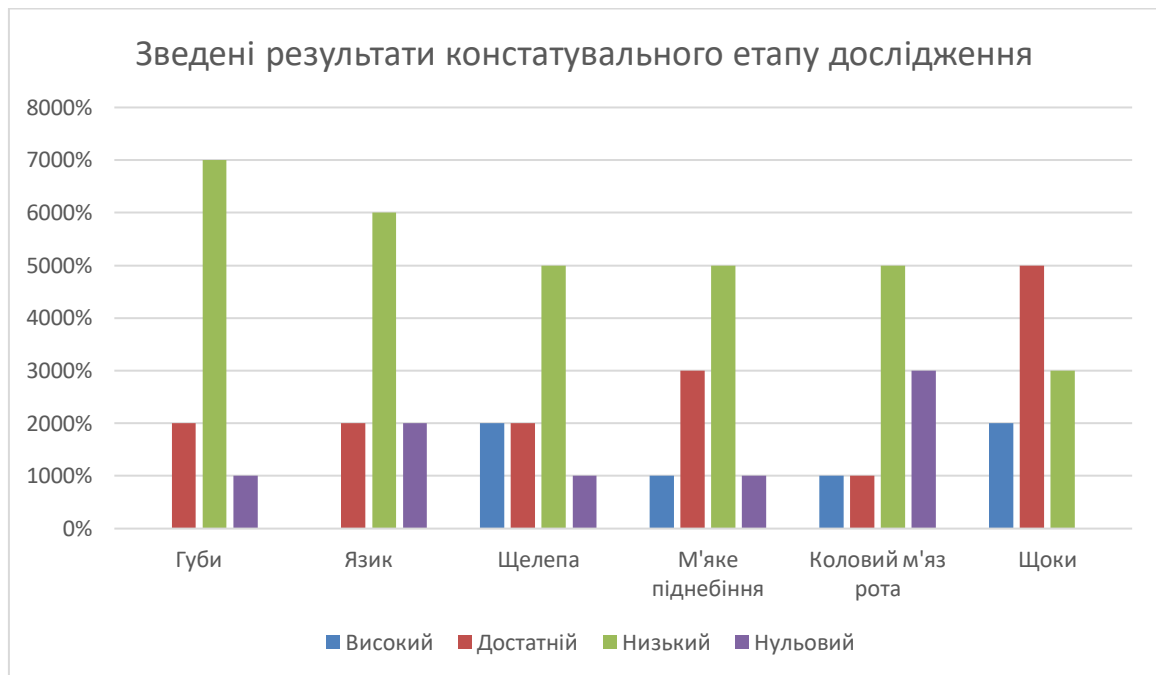


Рис. 2.2. Зведені результати констатувального етапу дослідження

За результатами констатувального етапу дослідження було виявлено, що серед дітей з ЗНМ III рівня більша половина (70%) мала низький рівень артикуляційної моторики. Близько 20% дітей мали наближений до фізіологічної норми рівень. Вільне спілкування у дітей утруднене. Результати констатувального експерименту показали, що у дітей зі стертою дизартрією є властиві даній формі порушення в мимічній і артикуляційній моториці. Отже, чим раніше буде розпочата корекційна робота, тим вищим буде її результат. Оскільки стерту дизартрію у багатьох дітей діагностують після п'яти років, для усунення моторних порушень дітей необхідна щоденна логопедична робота.

Висновок до розділу 2

У розділі 2 дослідження було розроблено та обґрунтовано констатувальний етап експериментальної роботи. За результатами ґрунтовного аналізу спеціальної літератури (розділ 1) нами було визначено, що у дітей з ЗНМ (дизартріями), в наслідок порушення іннервації, як правило не спрацьовує, або порушується рухливість груп м'язів, які відповідають за артикулювання. Відповідно, потрібно дослідити, яким чином ці порушення виявляються. З цією метою було розроблено методику констатувального етапу дослідження.

До експериментальної роботи на констатувальному етапі дослідження було залучено 25 дітей старшого дошкільного віку (від 5-ти до 6-ти років), які відвідували КЗДО №272 ДМР. Серед дітей 15 дошкільнят – з нормотиповим мовленнєвим розвитком, 10 – ЗНМ III рівня мовленнєвого розвитку (стерта форма дизартрії), які відвідували логопедичні групи (групи компенсуючого типу).

Метою експериментального дослідження було порівняння рівнів артикуляційної моторики та мимічної мускулатури у дітей з дизартрією та без порушень мовлення.

За результатами дослідження було виявлено, що у більшості дітей з дизартричними розладами знижений обсяг рухів органів артикуляції і мимічних м'язів, порушений тонус м'язів обличчя і язика, а також знижена кінестетична чутливість в області артикуляції. У той же час у дітей з нормотиповим мовленнєвим розвитком вищевказані прояви відсутні, а функціональність їх розвитку може відрізнятися лише невеликою моторною уповільненістю.

Своєчасна корекція порушень мовленнєвого розвитку є необхідною умовою психологічної готовності дітей до навчання в школі, створює передумови для найбільш ранньої соціальної адаптації дошкільнят з порушеннями мовлення. З огляду на це, існує необхідність нормалізації вище

зазначених порушень за допомогою комплексу вправ міогімнастики. Яка, на нашу думку, є дієвою у роботі з обраною категорією дітей.

РОЗДІЛ 3

МІОГІМНАСТИКА ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ МІМІЧНОЇ МУСКУЛАТУРИ ОБЛИЧЧЯ ДІШКІЛЬНИКІВ З ДИЗАРТРІЯМИ

3.1. Теоретичне обґрунтування прийомів міогімнастики в логокорекційній роботі з дітьми старшого дошкільного віку з дизартріями

Сучасні підходи до виправлення дизартрії вимагають розробки й застосування диференційованих методів корекції цього мовленнєвого порушення. При формуванні нових вимовних здібностей і при нормалізації вимови у дітей з дизартріями потрібно прагнути спочатку послабити прояви розладів іннервації мовленнєвого апарату.

Діти з дизартріями, як правило, відстають у фізичному розвитку значно більше, ніж діти, які мають інші порушення мовлення.

При дизартрії вчителі-логопеди вводять в план корекційної роботи додатковий підготовчий етап, який необхідний для нормалізації моторики та тону артикуляційного апарату, що впливає на розвиток як звуковимовної сторони мовлення так і просодичної. З огляду на мовленнєву і немовленнєву симптоматику дизартрії, дітям, переважно, проводять розслабляючий масаж. Застосовують наступні прийоми: поплескування, лупцювання, легку вібрацію, погладжування не більше 1,5 хвилин.

Усі рухи виконують від периферії до центру: від скронь до середини губ, носа, центру чола. Дітям зі зниженим тонусом роблять зміцнюючий масаж, який включає глибоке розтирання, розминку, погладжування з зусиллям до трьох хвилин. Всі рухи виконуються від центру обличчя в сторони: від середини губ до кутів, від чола до скронь, від середини язика до кінчика, від носа до вух.

Для нормалізації моторики артикуляційного апарату рекомендують вправи для жувальних м'язів:

- відкрити і закрити рот;
- висунути нижню щелепу вперед;
- надути щоки і розслабити.

Діти виконують рухи нижньої щелепи убік, втягують і розслаблюють щоки, відкривають рот з закиданням голови назад, закривають рот і тримають голову прямо.

Гімнастика для довільної напруги і руху губ і щік включає наступні вправи:

- одночасне і по чергове надування обох щік;
- втягування щік в ротову порожнину;
- витягування вперед «хоботом» зімкнутих губ, а потім повернення їх в нормальне положення.

Дітям пропонують розтягнути губи в сторони, щільно притиснути до ясен, оголити обидва ряди зубів, втягнути губи в ротову порожнину при розкритих щелепах, підняти тільки верхню губу, оголивши верхні зуби, відтягнути нижню губу, оголивши нижні зуби.

Нормалізації мовленнєвого дихання і поліпшенню артикуляції в початковий період допомагають «сценки без слів». Логопед показує дітям приклад спокійного виразного мовлення. Спочатку під час занять він більше говорить сам. У «сценках без слів» присутні елементи пантоміми, а мовленнєвий матеріал спеціально зведений до мінімуму, щоб дати основи техніки мовлення. Поступово мовленнєвий матеріал ускладнюється. Коли мовлення починає поліпшуватися, з'являються ритмічні фрази різної довжини.

Враховуючи результати констатувального етапу дослідження та виявлення порушень м'язової мускулатури м'язів обличчя, колового м'яза рота, язика, нижньої щелепи, м'язового піднебіння.

На нашу думку, доцільним буде введення комплексу вправ для різних органів артикуляційного апарату (язика, губ, жувальних м'язів), що надасть

можливість поступового переходу від беззвучних вправ до вправ з включенням звуків.

У результаті аналізу спеціальної логопедичної літератури нами було підібрано наступні комплекси вправ.

Вправи для нижньої щелепи

- відкривання і закривання рота;
- утримування рота відкритим, закритим (при закриванні рота слід стежити за тим, щоб усе відбувалося симетрично);
- для отримання вільного і в повному обсязі відкритого рота і його тривалої фіксації використовують жувальні рухи (дитина робить вигляд, що вона щось жує).

Вправи для нормалізації функціональності губ

- під рахунок проводиться вправа, починаючи від посмішки і до витягування губ «хоботом». В якості механічної допомоги для цього завдання можна тягнути пальцями куточки губ;
- для зміцнення м'язів губ можна рекомендувати утримання губами паперових трубок різного діаметра (від більшого до меншого), круглої каучукової палички, зонду;
- витягнути губи трубочкою, потім широко розтягнути в усмішці;
- витягнути губи вперед, зображуючи рупор, можна щось вимовити, потримати кілька секунд і повернути назад;
- повністю зімкнути губи, набрати повітря і роздути щоки, а потім не розмикаючи губ видавити повітря кулаками так, щоб він поступово вийшов через губи;
- при щільно зімкнутих губах набрати повітря під верхньою губою, потім так само під нижньою;
- переміщати в сторони щільно зімкнуті губи. [37].

Вправи для уникнення підвищеної саливації

Потрібно пояснити дитині, що вона повинна ковтати слину, що накопичується у неї в роті, не чекаючи, поки слина сама потече. Це

необхідно зробити перед тим, як дитина хоче почати говорити, або перед тим, коли потрібно виконати будь-яку артикуляційну вправу. Напочатку, коли утруднений ще й сам акт ковтання, слід запропонувати пожувати, трохи закидаючи голову назад, що полегшує цей процес.

Крім ковтання слини, дитина повинна навчитися закривати рот і утримувати його закритим. Нагадувати, що це потрібно робити і вдома.

Вправи повинні проводитися тривало і систематично, вони легко можуть набриднути дитині, тому від логопеда потрібно багато уміння і такту, щоб змусити дитину їх виробляти, а, крім того, багато винахідливості, щоб варіювати форму їх підношення. Однією з таких форм є рухливі і настільні ігри.

«Повітряні кульки». Діти сідають півколом, логопед вимовляє наступний текст: «Надувайся, кулька, надувайся, велика. Ну, ще, ну, ще, ось така! Але ж дивись ... не ло-пай-ся!» Під ці слова діти надувають щоки, з останніми словами вони плескають себе по щоках – кулька лопнула. Гра застосовується для вправи при щільному змиканні губ, напрямку повітряного струменя в рот і надуванні щік.

«Човник». На стіл ставиться великий таз з водою, на воду опускаються легкі непотопаючі човники (з паперу, пластмаси, шкарлупи волоського горіху). Діти стоять навколо тазу і дмуть на свої і чужі човники. Чий човник дістанеться до другого берега, той виграє. Гра сприяє активізації піднебінної завіски і виробленні сильного, правильно спрямованого повітряного струменя. [31].

Вправи для зміцнення колового м'яза рота

У всіх вправах вихідне положення дитини – сидячи на підлозі, біля стіни, по-турецьки, плечі опущені, спина пряма.

➤ втягувати губи трубочкою, надувати щоки і переміщати повітря з однієї щоки в іншу. При цьому вимовляти голосні «о», «а», «у». Повторювати вправу 3-4 рази;

➤ зробити вдих через ніс, видих через рот. При цьому губи повинні бути розслаблені. Потім повторити вправу, але витягнувши губи трубочкою. Повторити вправу 3-4 рази;

➤ вдихнути через рот крізь зціплені зуби і затримати дихання. Видихнути через лівий кут рота, а потім через правий. Повторити вправу 3-4 рази;

Вправи з розвитку дихання

Робота над диханням починається з загальних дихальних вправ, мета яких збільшити обсяг дихання і нормалізувати його ритм. Дитину вчать дихати при закритому роті, поперемінно затискаючи то одну, то іншу ніздрю, для посилення глибини вдиху перед ніздрями дитині створюється «віяло повітря».

➤ вправи по тренуванню носового видиху. Інструкція: «Вдихнути глибоко і видихнути поступово через ніс»;

➤ вправи на розвиток ротового вдиху: вчитель-логопед закриває ніздрі дитини і просить її вдихнути через рот до того моменту, коли він його попросить вимовити окремі голосні звуки або склади.

➤ вправи з опором. Дитина вдихає через рот. Логопед кладе руки на грудну клітку дитини, немов перешкоджаючи вдиху протягом 1-2 секунд. Це сприяє більш глибокому і швидкому вдиху і більш подовженому видиху. Дитину просять затримати вдих, потребуючи швидкого і глибокого вдиху і повільно тривалого видиху.

У процесі відпрацювання мовленнєвого дихання велике значення відіграють і спеціальні вправи-розваги: видування мильних бульбашок, задування свічок, здування зі столу дрібних пушинок і папірців і тощо. Ігри обираються диференційовано в залежності від віку, характеру порушення дихання і ін. Робота над диханням, фонацією і артикуляцією проводиться в тісній єдності.

У моленнєвій функціональній системі беруть участь всі аналізатори: слуховий, руховий, шкірно-кінестетичний, зоровий. Кожен з них робить свій внесок в еферентні основи мовлення.

При вимовлянні звуків у складах, словах здійснюються послідовні рухи пальців руки на іплікаторі. Використовуються складові вправи з поступовим зростанням числа складів, з поперемінним наголосом. В період закріплення велике значення надається неодноразовому повторенню слів, що включають заданий звук. Поступово, після відпрацювання звуків в словах, вони включаються в тексти. У даному виді завдань застосовується механічний допоміжник – іплікатор Кузнєцова.

Логопед виконує вправу, тобто, вимовляє голосні звуки в певній послідовності, при цьому по черзі здійснює притиснення подушечок пальців рук на іплікатор Кузнєцова. Потім дитина сама виконує дану вправу, повторюючи за спеціалістом.

Якщо дитина не відразу виконує вправу синхронно, процес навчання ділять на етапи:

1 етап. Окремо вимовляють голосні звуки з притисненням всієї долоні:

1. «А» - великий палець
2. «О» - середній палець
3. «У» - вказівний палець
4. «І» - безіменний палець
5. «И» - мізинець
6. «Е» - уся долоня

2 етап. Окремо і послідовно від великого пальця до мізинця притискають подушечки пальців обох рук з одночасним чітким проголошенням голосних.

3 етап. Рухи пальців рук і артикуляційного апарату об'єднують і доводять до автоматизму.

4 етап. Відпрацьовують точність рухів, їх ритмічність, плавність. На даному етапі голосні звуки вимовляють в трьох регістрах: нижньому, середньому, верхньому з посиленням і послабленням голосу.

Після оволодіння навичками пальцевих рухів на іплікаторі Кузнецова проводиться автоматизація звуків у складах, зберігаючи послідовні рухи пальців по іплікатору.

Дизартрія може мати у дітей різний ступінь вираженості. Логопед повинен враховувати ступінь ураження, вікові особливості дітей. Використовуваний мовленнєвий матеріал, прийоми роботи, пропонований темп повинні відповідати індивідуальним особливостям дітей. У результаті систематичних занять дитина з дизартрією може бути задіяна в процес повного спілкування з оточуючими. [31].

Вправи з розвитку язика

- при щільно замкнутих губах здійснювати рухи язиком під верхньою губою, потім під нижньою губою, по колу, імітуючи рух стрілки годинника;
- витягнути язик, покласти його на нижню губу і заплющуючи верхню губу, намагатися торкнутися язика;
- використовуючи язик як малярську кисть фарбуємо стелю, якою є піднебіння. Треба нічого не пропускати, бо все повинно бути «пофарбовано»;
- імітувати роботу відбійного молотка, видавати схожі звуки: «Ддддд»;
- притиснути язик до піднебіння з відкритим ротом, потім щільно зімкнути зуби і проковтнути слину, утримуючи язик в установленому положенні.

Вправи з розвитку м'якого піднебіння

- ковтання води маленькими порціями, що викликає максимально високе підняття "язичка". При наступних ковтальних рухах продовжується час утримання "язичка" в піднятому положенні. Дитині пропонується попити з

маленького стаканчика або бульбашки. Можна капати на язик з піпетки по кілька крапель води;

- позіхання при відкритому роті; імітація позіхання;
- полоскання горла теплою водою маленькими порціями;
- покашлювання, яке викликає енергійне скорочення м'язів на задній стінці глотки. При покашлюванні відбувається повний засув між носовою і ротовою порожнинами. Активні рухи «язичка» і задньої стінки глотки можуть відчуватися дитиною (рука торкається до шиї під підборіддям і відчуває підйом «язичка»). Довільне покашлювання проводиться 2-3 рази на одному видиху. У цей час зберігається контакт «язичка» із задньою стінкою глотки, а повітряний потік прямує через ротову порожнину. Перший час рекомендується проводити покашлювання з висунутим язиком. Потім – покашлювання із довільними паузами, під час яких від дитини вимагають зберегти контакт «язичка» із задньою стінкою глотки. Поступово дитина привчається активно піднімати його і направляти повітряний струмінь через рот;

- чітке і енергійне перебільшене проголошення голосних звуків високим тоном голосу. При цьому збільшується резонанс в ротовій порожнині і зменшується носовий відтінок [76].

Треба зазначити, що допоміжними засобами під час проведення міогімнастики можуть бути: міжгубний диск Фріеля, активатор Дасса та амортизатор Роджерса, вестибулярний щит, апарат Хінца, дистальні кільця.

Комплекси вправ міогімнастики є допоміжними прийомами в здійсненні логокорекційної роботи при дизартріях. Їх використання доцільне на індивідуальних логопедичних заняттях під час підготовчого та основного етапів роботи над звуковимовою.

Вправи міогімнастики можуть бути як самостійним комплексом вправ, так і в поєднанні з вправами артикуляційної гімнастики. Залежно від форми дизартрії, тяжкості її прояву, вчитель-логопед добирає для кожної дитини відповідний комплекс вправ індивідуально.

3.2. Результати експериментальної перевірки формувального етапу дослідження

Як вже зазначалося у пп. 2.1, на констатувальному етапі дослідження була проведена дослідна робота, до якої було залучено 25 дітей старшого дошкільного віку. Серед них – 15 з нормотиповим мовленнєвим розвитком, а інші 10 – з ЗНМ III рівня мовленнєвого розвитку (стерта форма дизартрії), які відвідували логопедичні групи (групи компенсуючого типу). На формувальному етапі дослідження діти з ЗНМ III рівня (стерта форма дизартрії) нами були поділені на контрольну групу (КГ) – 5 дошкільнят і експериментальну групу (ЕГ) – також 5 дошкільнят. Розподіл дітей на формувальному етапі дослідження представлено на рис. (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Розподіл дітей старшого дошкільного віку за показниками мовленнєвого розвитку

Формувальний експеримент проходив в кілька етапів.

На першому етапі були обстежені, відібрані діти старшого дошкільного віку з дизартрією і розподілені на контрольну (КГ) і експериментальну (ЕГ) групи для участі в експерименті, обрана методика

обстеження для визначення рівня сформованості навичок функціонування мовленнєвого висловлювання, вивчений анамнез кожної дитини.

На другому етапі був проведений навчальний експеримент, у ході якого було впроваджено комплекс вправ міогімнастики, впродовж січня – травня місяців; здійснено вивчення рівня сформованості рухливості артикуляційного апарату, особливості роботи різних груп м'язів мимічної мускулатури обличчя, артикуляційних м'язів, особливостей артикулювання навичок функціонування мовленнєвого висловлювання у дітей старшого дошкільного віку із ЗНМ III рівня (стертими дизартріями).

На третьому етапі був проведений аналіз кількісних і якісних показників, отриманих в ході проведення обстеження дітей старшого дошкільного віку з КГ та ЕГ.

За результатами проведеної навчально-експериментальної роботи нами було проведено завершальний етап. На цьому етапі, аналогічно методиці констатувального етапу дослідження, нами було виявлено особливості артикуляційної моторики, мимічної мускулатури м'язів обличчя у дошкільнят з ЗНМ III р. (стертими дизартріями) КГ і ЕГ.

При порівнянні отриманих результатів в найбільшій кількості спостережень у дітей з експериментальної групи переважав високий – 40 % і достатній – 37 % рівні артикуляційної моторики. Низький було виявлено у 23 % дітей ЕГ, нульового визначеного не було. Треба зазначити, що на констатувальному етапі дослідження у дітей з ЗНМ III рівня лише 10 % мали наближений до фізіологічної норми рівень розвитку артикуляційної моторики. Серед дітей із ЗНМ III рівня КГ дітей із високим рівнем розвитку артикуляційної моторики виявлено 22 %, з достатнім – 33 %; 40,8 % - діти з низьким та 4,2 % з нульовим рівнем розвитку. Зведені узагальнені результати розвитку артикуляційної моторики старших дошкільників із ЗНМ III рівня (стерта дизартрія) на констатувальному та формуальному етапах дослідження подано на діаграмі (рис. 3.2).

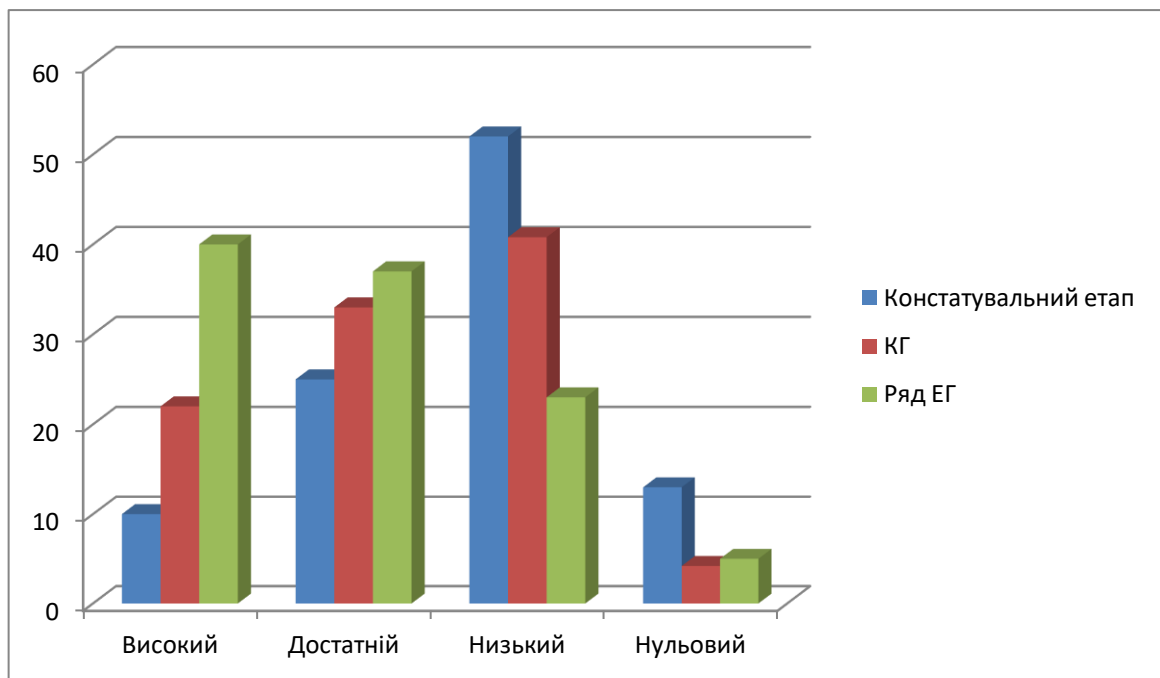


Рис. 3.2. Узагальнені результати розвитку артикуляційної моторики старших дошкільників із ЗНМ III р. (стерта дизартрія)

Більш докладніше розглянемо результати розвитку кожного органу артикуляції.

Дослідження рівня рухової функції губ.

Вивчення уміння змикати та розмикати губи довело, що всього в 10 % випадків діти з ЗНМ III рівня ЕГ не можуть витягнути губи в трубочку, зімкнути їх «хоботом», розтягнути в усмішці. При цьому високий і достатній рівні розвитку було виявлено у 40% і 60% дітей відповідно. Серед дошкільнят з КГ високий і достатній рівні розвитку було виявлено тільки у 10% і 30% дітей.

Дослідження рівня рухової функції щелепи.

Результати проведеного напрямку дослідження, що визначають рівень функціонування нижньої щелепи, засвідчили, що діти з ЗНМ III рівня ЕГ в 40 % мають слабку рухливість щелепи та здатність рухати нею в різні сторони. З цієї групи дітей 40 % (2 дитини) виконали завдання правильно, з першої спроби. Серед дітей КГ тільки 1 дитина виконала це завдання з першої спроби.

Дослідження рівня рухової функції язика.

Під час аналізу даного напрямку дослідження впевнено можна зробити висновок, що діти з ЗНМ III рівня КГ в 50% мають виражені труднощі артикуляції язиком, у них відсутня здатність торкатися кінчиком язика інших органів ротової порожнини. При цьому, жодна дитина з ЗНМ III рівня ЕГ не мала труднощів з виконанням завдань на перевірку рухливості язика.

Дослідження рівня рухової функції колового м'язу рота.

Під час перевірки отриманих результатів було з'ясовано, що 60% дітей з ЗНМ III рівня КГ мали труднощі під час виконання завдань. Їм було значно легше артикулювати губами під час вимови голосних звуків, змикати та розмикати губи. 60% дітей з ЗНМ III рівня ЕГ виконали завдання з першої спроби.

Дослідження рівня рухової функції м'якого піднебіння.

Аналізуючи результати даного напрямку дослідження, можна зробити висновок, що у дітей з ЗНМ III рівня ЕГ переважає достатній рівень функціональності м'якого піднебіння – 80%. Цим дітям було не важко, як до експерименту, виконувати завдання із задіянням м'якого піднебіння, їм значно краще вдавалося рухати м'яким піднебінням під час промовлення задньоязикових звуків ([г, к, х]). У дошкільнят КГ 40% не опанували рухливістю м'якого піднебіння.

Дослідження рівня рухової функції щік.

Спостереження за виконанням завдань цього виду довело, що переважає високий рівень розвитку функціональності у дітей ЕГ: 60% дітей з ЗНМ III рівня вдалося вільно надувати та поступово здувати щоки, але в уповільненому темпі; 20% дітей мали достатній рівень.

За результатами констатувального етапу дослідження отримані наступні результати (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Результати вивчення особливостей артикуляційної моторики дітей старшого дошкільного віку з дизартріями ЕГ та КГ

Орган	Рівні
-------	-------

артикуляції	високий		достатній		низький		нульовий	
	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
Губи	10%	40%	30%	60%	55%	0%	5%	0%
Щелепа	30%	20%	30%	40%	40%	40%	0%	0%
Язик	20%	60%	30%	20%	40%	20%	10%	0%
Коловий м'яз рота	20%	40%	20%	20%	50%	40%	10%	0%
М'яке піднебіння	20%	20%	40%	60%	40%	20%	0%	0%
Щоки	30%	60%	50%	20%	20%	20%	0%	

Зведені результати констатувального та формувального етапів дослідження виявлення особливостей артикуляційної моторики старших дошкільників із дизартріями подані на діаграмі (рис. 3.3).

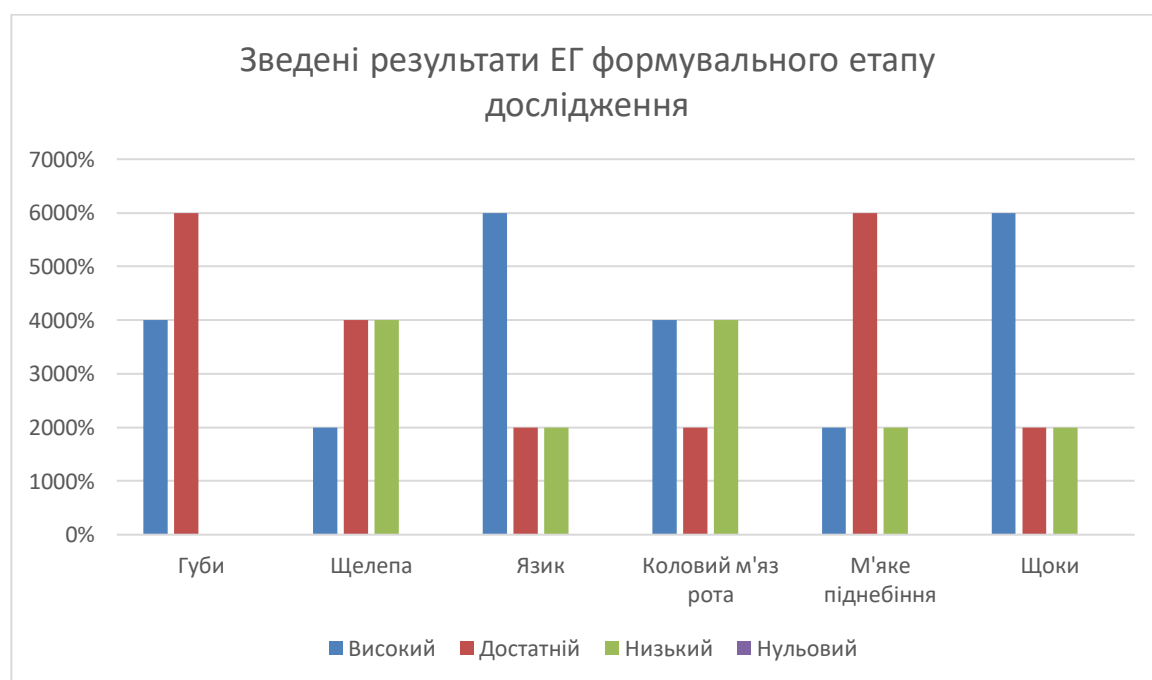


Рис. 3.3. Зведені результати ЕГ і КГ формувального етапу дослідження

Ефективність логопедичної роботи з формування навичок функціональності мовленнєвого висловлювання допускається за умови цілеспрямованої роботи з розширення словникового запасу, уточнення значення слів, словозміни, словотворення, складання правильно оформленого граматичного речення. Уся робота ведеться в єдності.

Важливою умовою ефективності є збагачення практичного досвіду і поступовий перехід на рівень усвідомлених мовленнєвих висловлювань, індивідуалізації і диференціації спеціального навчання з урахуванням психологічних особливостей обраної категорії дошкільників.

Діти набагато менше допускали помилки при утворенні нових слів, не відчували труднощі при пошуку потрібного слова, стали складати речення за сюжетними картинками без особливих труднощів. Діти краще узгоджували числівники з іменниками, стали краще вживати форми відмінкової конструкції, прийменників, дієслів. Іншими словами, можна сказати про те, що діти із ЗНМ III рівня самостійно будували граматично правильне мовленнєве висловлювання, послідовно і з більшою точністю передаючи ознаки.

На заняттях діти проявляли інтерес і без утруднень відповідали на питання. Діти визначали правильну послідовність картинок, таким чином, встановлюючи сенсорний зв'язок. Використання дітьми поширених речень говорить про те, що у дітей сформувалися навички програмування мовленнєвого висловлювання. У мовленні не спостерігалися паузи і дотримувалася логічна послідовність слів у реченні. Це ми пояснюємо можливістю правильного і чіткого артикулювання, підвищення психологічної впевненості дітей, що дозволяє розкриватися дитині з різних боків.

3.3. Методичні рекомендації використання прийомів міогімнастики в роботі з дошкільниками з дизартріями

За результатами проведення навчально-експериментальної роботи нами було узагальнено, визначено та обґрунтовано методичні рекомендації використання прийомів міогімнастики в роботі з дошкільниками з

дизартріями, які на нашу думку, стануть в нагоді практикуючим вчителям-логопедам.

За результатами проведення навчально-експериментальної роботи нами було узагальнено, визначено та обґрунтовано методичні рекомендації використання прийомів міогімнастики в роботі з дошкільниками з дизартріями, які на нашу думку, стануть в нагоді практикуючим вчителям-логопедам.

Треба дотримуватися певних напрямків у виконанні міогімнастики дітям дошкільного віку з дизартріями, а саме:

- м'язи слід напружувати повільно і плавно;
- інтенсивність вправ та їх розмах повинні бути достатніми, але не надмірними; за кожною напругою м'язів має слідувати розслаблення;
- темп виконання вправ варіюється від повільного до швидкого: в швидкому темпі вправа виконується на один рахунок, в середньому – на два, в повільному – на 4 рахунки;
- кількість: кожную вправу слід проводити по кілька разів – до появи відчуття легкої втоми м'язів, число повторень поступово зростає від 5 до 10 – 20;
- вправи слід виконувати регулярно, систематично;
- використовувати на заняттях музичний фон або рахунок.

Основними принципами роботи під час виконання логокорекційних вправ з дошкільниками є:

- наочність (демонстрація вправ «на собі, перед дзеркалом»);
- доступність (вибір вправ адекватної для віку дитини складності, роз'яснення в ігровій формі);
- поступовість (послідовне збільшення складності вправ і інтенсивності навантаження);
- систематичність (щоденне виконання повного комплексу вправ не менше 3 місяців до 1 року).

Вправи міогімнастики можна проводити у двох формах:

1. *Індивідуальна форма* (під час індивідуальних логопедичних занять).
2. *Підгрупова форма* (для дітей дошкільного віку не більше, ніж 4-5 дітей під час під групових логопедичних занять).

Вправи міогімнастики доцільно проводити на підготовчому та основному етапі логокорекційної роботи.

В структурі логопедичного заняття місце міогімнастики у вступній частині, або на початку основної частини (після дихальних вправ, вправ артикуляційної гімнастики, масажу).

Рекомендації з організаційних питань у роботі з дошкільниками з дизартрією:

1. Необхідно працювати в тісному контакті з дитиною з метою забезпечення більш якісних результатів корекції.
2. Необхідно дотримуватися профілактичних заходів щодо попередження зубощелепних аномалій.
3. Рекомендований вік для міогімнастики – 4-7 років.
4. Для досягнення найкращих результатів пропонуємо використовувати міогімнастику в поєднанні з традиційною артикуляційною гімнастикою і масажем мимічної і артикуляційної мускулатури.

Варто звернути увагу на вправи з опором.

1. Дитина закладає зігнуті мізинці в кути рота і злегка розтягує їх, стискаючи губи і стежачи за тим, щоб вони не виверталися.
2. Застосування ватних валиків: невеликі ватні валики закладаються в області перехідної складки присінка порожнини рота по обидва боки від вуздечки верхньої губи.
3. Дитина повинна зімкнути губи і вимовити ряд фраз, що містять звуки [п], [б], [м], для чого потрібно змикання губ.
4. Використання гудзиків: два гудзики діаметром 25-30 мм з'єднують шнурком і розташовують на відстані 15-18 см одна від одної. Один гудзик дитина захоплює губами, а інший бере правою рукою і натягує шнур.

Дитина повинна добре бачити обличчя педагога, а також своє обличчя, щоб самостійно контролювати правильність виконання вправ. Тому дитина і вихователь під час проведення артикуляційної гімнастики повинні перебувати перед дзеркалом. Також дитина може скористатися невеликим ручним дзеркалом (приблизно 9х12 см), але тоді вихователь повинен бути навпроти дитини, обличчям до нього.

Висновки до розділу 3

Під час проведення формувального етапу дослідження нами було теоретично обґрунтовано та експериментально перевірено комплекс вправ міогімнастики в логокорекційній роботі з дітьми старшого дошкільного віку з ЗНМ III рівня мовленнєвого розвитку (стерті дизартрії).

Було визначено, що комплекс вправ міогімнастики є допоміжним прийомом в здійсненні логокорекційної роботи при дизартріях. Їх використання доцільне на індивідуальних логопедичних заняттях під час підготовчого та основного етапів роботи над звуковимовою.

Вправи міогімнастики можуть бути як самостійним комплексом вправ, так і в поєднанні з вправами артикуляційної гімнастики. Залежно від форми дизартрії, тяжкості її прояву. Вчитель-логопед добирає для кожної дитини відповідний комплекс вправ індивідуально.

Розроблений та експериментально перевірений комплекс вправ включав вправи для губ, нижньої щелепи, язика, колового м'язу рота, м'якого піднебіння, щік.

На формувальному етапі дослідження діти з ЗНМ III рівня (стерта форма дизартрії) нами були поділені на контрольну групу (КГ) – 5 дошкільнят і експериментальну групу (ЕГ) – також 5 дошкільнят.

За результатами формувального етапу дослідження було з'ясовано, що при порівнянні отриманих результатів в найбільшій кількості спостережень у дітей з ЕГ переважав високий – 40 % і достатній – 37 % рівні розвитку артикуляційної моторики. Низький було виявлено у 23 % дітей ЕГ, нульового визначеного не було.

Треба зазначити, що на констатувальному етапі дослідження у дітей з ЗНМ III рівня лише 10 % мали наближений до фізіологічної норми рівень розвитку артикуляційної моторики.

Серед дітей із ЗНМ III рівня КГ дітей із високим рівнем розвитку артикуляційної моторики виявлено 22 %, з достатнім – 33 %; 40,8 % - діти з низьким та 4,2 % з нульовим рівнем розвитку.

За результатами проведеної навчально-експериментальної роботи нами було узагальнено, визначено та обґрунтовано методичні рекомендації використання прийомів міогімнастики в роботі з дошкільниками з дизартріями. Було визначено принципи, форми роботи, рекомендації до проведення комплексу вправ.

Підсумовуючи вище викладено можна стверджувати про ефективність комплексу вправ міогімнастики у роботі з дітьми з дизартріями.

ВИСНОВКИ

У ході проведеного дослідження було зроблено наступні висновки.

1. За результатами ґрунтовного аналізу загальної, спеціальної наукової, логопедичної літератури було з'ясовано, що міогімнастикою називається лікувальна фізкультура, спрямована на профілактику і лікування різних відхилень області щелепи і застосовується в основному в стоматології.

Міогімнастика як профілактичний (і лікувальний) засіб найбільш часто застосовується в роботі з дітьми у віці від 4 до 7 років. Даний вид лікувальної фізкультури полягає в систематичних нормованих вправах для патологічно функціонуючих груп м'язів щелепно-лицьової області (жувальних, мимічних, м'язів дна порожнини рота) з метою нормалізації їх тонусу і функцій.

Сьогодні міогімнастику визначають як гімнастику для недостатньо або неправильно функціонуючих груп жувальних і мимічних м'язів, розробленої ортодонтами з метою формування і нормалізації функцій м'язів щелепно-лицьової ділянки та ротової порожнини. Цим визначенням ми і будемо керуватися у межах дослідження.

Було з'ясовано, що ефективність обраного засобу свідчить про можливість і доцільність використання його при профілактиці та корекції порушень звуковимови у дітей з міофункціональними порушеннями артикуляційного апарату, таких як дизартрія.

2. Під час дослідження було визначено критерії та показники проявів порушення мимічної мускулатури м'язів обличчя у дітей середнього дошкільного віку з дизартріями. Показниками виступили наступні органи артикуляції: губи, щелепа, язик, коловий м'яз рота, м'яке піднебіння, щоки. Було розроблено комплекс завдань, за результатами виконання яких нами було розроблено рівні розвитку мимічної мускулатури та артикуляційних м'язів: високий, достатній, низький і нульовий.

3. На констатувальному етапі дослідження було виявлено рівні розвитку зазначеної мимічної мускулатури у дітей дошкільного віку без

порушень мовленнєвого розвитку і ЗНМ ІІІ (стертими дизартріями). У ході дослідження було з'ясовано, що у більшості дітей з дизартричними розладами знижений обсяг рухів органів артикуляції і мімічних м'язів, порушений тонус м'язів обличчя і язика, а також знижена кінестетична чутливість в області артикуляції. У той же час у дітей з нормотиповим мовленнєвим розвитком вищевказані прояви відсутні, а функціональність їх розвитку може відрізнятися лише невеликою моторною уповільненістю.

4. За результатами констатувального етапу дослідження було розроблено, обґрунтовано та експериментально перевірено комплекс вправ міогімнастики як засобу розвитку звуковимовної сторони мовлення у дошкільників середнього віку з дизартріями. До нього увійшли: включав вправи для губ, нижньої щелепи, язика, колового м'язу рота, м'якого піднебіння, щік.

За результатами навчально-експериментальної роботи на формувальному етапі дослідження було з'ясовано, що при порівнянні отриманих результатів в найбільшій кількості спостережень у дітей з ЕГ переважав високий – 40 % і достатній – 37 % рівні розвитку артикуляційної моторики. Низький було виявлено у 23 % дітей ЕГ, нульового визначеного не було.

Треба зазначити, що на констатувальному етапі дослідження у дітей з ЗНМ ІІІ рівня лише 10 % мали наближений до фізіологічної норми рівень розвитку артикуляційної моторики.

5. За результатами проведеної навчально-експериментальної роботи нами було узагальнено, визначено та обґрунтовано методичні рекомендації використання прийомів міогімнастики в роботі з дошкільниками з дизартріями. Було визначено принципи, форми роботи, рекомендації до проведення комплексу вправ.

Основними принципами роботи під час виконання логокорекційних вправ з дошкільниками є: наочність (демонстрація вправ «на собі, перед дзеркалом»); доступність (вибір вправ адекватної для віку дитини складності,

роз'яснення в ігровій формі); поступовість (послідовне збільшення складності вправ і інтенсивності навантаження); систематичність (щоденне виконання повного комплексу вправ не менше 3 місяців до 1 року).

Перспективу подальшої роботи ми вбачаємо у розробці комплексу вправ міогімнастики для дітей дошкільного віку інших вікових категорій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акименко В. М. Новые логопедические технологии : учебно-метод. пособие. Ростов н/Д : Феникс, 2009. 105 с.
2. Анохин П. К. Избранные труды. Системные механизмы высшей нервной деятельности. М., 1979. 862 с.
3. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975. 447 с.
4. Арутюнян Л. З. Мифы о рецидивах заикания. *Логопедия*. 2006. № 4. С. 53 – 56.
5. Архипова Е. Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста : учебное пособие. М. : АСТ : Астрель, 2007. 224 с.
6. Бабушкина Р. Л. Логопедическая ритмика: Методика работы с дошкольниками, страдающими общим недоразвитием речи. СПб. : КАРО, 2005. 176 с.
7. Базовий компонент дошкільної освіти в Україні. *Дошкільне виховання*. 1999. № 1. С.6–19.
8. Белова О. Б. Характеристика особенностей развития психичних процесів у дітей з нормальним та порушеним мовленнєвим розвитком. *Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка*, Ч. II. 2010. № 10 (197). С. 92–99.
9. Белякова Л. И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушением речи. М.: Книголюб, 2005. 56 с.
10. Богуш А. М. Мовленнєвий компонент дошкільної освіти. Х. : Вид-во «Ранок», 2011. 176 с. (Дошкільна освіта).
11. Боряк О. В. Корекція просодичної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією. Суми : Вид-во Сум ДПУ імені А. С. Макаренка, 2013. 192 с.
12. Бурлакина О. В. Комплексы упражнений для формирования правильного речевого дыхания. СПб.: Детство-Пресс, 2012. 76 с.

13. Винарская Е. Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии. М. : Просвещение, 1987. 157 с.
14. Волкова Г. А. Логопедическая ритмика : Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2111 «Дефектология». М. : Просвещение, 1985. 191 с.
15. Волкова Л. С. Хрестоматия по логопеди. М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 1997. 486 с.
16. Галущенко В. І. Дослідження ритмічної здатності у дітей зі стертою формою дизартрії. *Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету : Серія соціально-педагогічна*. Випуск VIII. 2019. С. 166–171.
17. Гринер Вера Александровна. Логопедическая ритмика для дошкольников. Пособие для работников логопедических учреждений. М., Учпедгиз, 1951. 120 с.
18. Дифференциальная диагностика речевых нарушений у дошкольников, Москва 2017 <https://www.docsity.com/ru/differencialnaya-diagnostika-rechevyh-narusheniy-u-doshkolnikov-ot-2017/5194857/>
19. Дихальна гімнастика. <https://medium.com/way-to-yourself/health-air-d7336b96dde4>
20. Жинкин Н. И. Механизмы речи. М.: Директ-Медиа. 2008. 1104 с.
21. Заняттях по розвитку речи в детском саду у старших дошкольников с дизартрией. <https://core.ac.uk/download/pdf/334576496.pdf>
22. Ипполитова А. Г. Открытая ринолалия: Учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов. М.: Наука. 314 с.
23. История ортодонтии: предпосылки к возникновению специальности.
https://www.msmsu.ru/obrazovanie/student/studentu/fakultet-kafedra/stomatologicheskij_fakultet/kafedra-ortodontii/history/

24. Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопсихологія : навч. посіб. К.: Знання, 2010. 293 с.
25. Коррекция речевых и неречевых расстройств у дошкольников: диагностика, занятия, упражнения, игры. Волгоград : Учитель, 2010. 141 с.
26. Кочержинська А. А. Міогімнастика в логокорекційній роботі з дітьми з тяжкими порушеннями мовлення. *Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців: зб. наукових праць* : вип. 9. Т. 2. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2021. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2021. С. 56-62.
27. Кочержинська А. А. Міогімнастика в роботі з дошкільниками з дизартріями. *Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегії розвитку у національному та світовому вимірі : матеріали VII Міжнародної науково-практичної онлайн-конференції* (24 листопада 2021 року, м. Суми). Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2021.
28. Кочеткова И. Н. Парадоксальная гимнастика Стрельниковой. М., 1989. 142 с.
29. Купчак О. М. Корекція мовлення у дітей зі складними психофізичними розладами засобами логоритміки. *Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка*. 2009. Вип. XII. С. 304–307.
30. Лебедева Н. В. Нетрадиционный подход к формированию речевого дыхания у дошкольников с нарушением речи. М.: Союзпечать, 2000. 122 с.
31. Логопедическая работа с дошкольниками, страдающими псевдобульбарной дизартрией. <https://core.ac.uk/download/pdf/42052507.pdf>
32. Логопедія. Підручник, друге видання, перероблене та доповнене. К. : Видавничий Дім «Слово», 2010. 672 с.
33. Логопедія. Підручник. К. : Видавничий Дім «Слово», 2010. 376 с.
34. Максимов И. В. Фониатрия. М.: Медицина, 1987. 288 с.
35. Методичний посібник по реабілітації мовнорухових, мімічних і вокальних аналізаторів людини та профільних хворих у період

удосконалення та розвитку мови. Вінниця; Хмельницький : ЦНТЕТ, 2005. 32 с.

36. Миогимнастика – как метод безаппаратурного лечения зубочелюстных аномалий. <http://www.xn--j1aaph.xn--p1ai/docs/Statya/Miogimnastic.pdf>

37. Миогимнастика - упражнения для детей. <https://www.defectologiya.pro/zhurnal/miogimnastika-uprazhneniya-dlya-detej/>

38. Миогимнастика [https://www.impulse-center.org/single-post/miogimnastika/]

39. Миогимнастика и её применение в работе логопеда. <https://nsportal.ru/detskiy-sad/logopediya/2019/08/06/miogimnastika-i-eyo-primenenie-v-rabote-logopeda>

40. Нейман Л. В. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. Заведений. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001, 224 с.

41. Овчинникова Т. С. Музыка, ритм і співи в логопедичній роботі: методичний посібник для логопедів, учителів, вихователів і музичних керівників загальноосвітніх і спеціальних навчальних закладів. Кременчук : Християнська Зоря, 2009. 83 с.

42. Основные принципы миогимнастики. <https://studopedia.org/4-89038.html>

43. Памятка «Миогимнастика». <https://www.dental86.ru/assets/files/2018/3.-pamyatka-miogimnastika.pdf>

44. Паров Ю. Азбука дыхания: пер. с нем. И.Н. Громыко. Мн.: Полымя, 1988. 47 с.

45. Пахомова Н. Г. Діагностика мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі: навчально-методичний посібник. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2009. 107 с.

46. Пахомова Н. Г. Формування мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка». К., 2006. 20 с.
47. Педагогическая диагностика и коррекция речи (из опыта работы). Ростов-н/Д, 1997. 296 с.
48. Педагогический основы логопедической помощи детям дошкольного возраста (из опыта работы). Ростов-н/Д. Изд-во : Ростов.гос.пед.ун-та, 1996. 74 с.
49. Пищалка Я. О. Конспекти логоритмічних занять для дітей дошкільного віку із фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення. Запоріжжя : ТОВ «ЛПІС» ЛТД, 2009. 188 с.
50. Піроженко Тамара. Мовлення дитини : Психологія мовленнєвих досягнень дитини. К. : Главник, 2005. 112 с.
51. Плиска О. І. Фізіологія вищої нервової діяльності та сенсорних систем : Посібник. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. 285 с.
52. Поваляева М. А. Поиск нетрадиционных методов в коррекционной педагогике. Ростов-н/Д : Изд-во : Ростов. гос. пед. ун-та, 1997. 70 с.
53. Поварова И. А. Особенности формирования просодики в онтогенезе и дизонтогенезе: (на примере заикания). *Логопедия*. 2016. № 1. С. 12–31.
54. Полежаева Л. В. Детская речь и ее развитие. «Педагогика раннего возраста». М., 1927. С. 19–24.
55. Притиковська С. Д., Шеремет Б. Г. Вплив координаційних рухів на корекцію мовленнєвих порушень в дітей з загальним недорозвитком мовлення. *Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка*. 2019. Вип. XII. С. 327 - 330.

56. Проявления нарушений просодической стороны речи у дошкольников со стертой дизартрией. <https://www.xn--d1abkefqip0a2f.xn--p1ai/index.php/component/k2/item/3368%E2%80%9494896>
57. Расстройства речи у детей и подростков. Изд-во «Медицина», 2009. 288 с.
58. Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление: учеб.-метод. пособие. Москва; Воронеж, 2003. 287 с.
59. Речь. Артикуляция и восприятие. М.-Л. : Наука, 1965. 24 с.
60. Рібцун Ю. В. Барвистий килимок : дидакт.-мовлен. Гра. *Дошкіл. виховання*. 2005. № 5 С. 28.
61. Рібцун Ю. В. Дитина із порушенням мовленнєвого розвитку. Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами : навч.-метод. посіб. К. : ТОВ ВПЦ «Літопис-ХХ». 2010. 36 с.
62. Рібцун Ю. В. Інноваційний підхід до організації та проведення артикуляційної гімнастики в логопедичній групі. *Дошкільна освіта*. 2011. № 3 (33). С. 31–43.
63. Рібцун Ю. В. Ігри для ротика : вправи на розвиток мовлен. Дихання. *Дошкіл. виховання*. 2007. № 4. С. 28–29.
64. Рібцун Ю. В. Ігри з кольором як засіб корекції ФФНМ у дітей середнього дошкільного віку. *Дефектологія*. 2008. № 4. С. 13–17.
65. Рібцун Ю. В. Концептуальні підходи до організації ігор-занять в умовах логопедичної групи спеціального ДНЗ компенсуючого типу. *Дефектологія. Особлива дитина: навч. та вихов.* 2011. № 4. С. 6–9.
66. Рібцун Ю. В. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей молодшого дошкільного віку із ЗНМ : програмно-методичний комплекс. К. : Освіта України, 2011. 292 с.
67. Роль миогимнастики в лечении и профилактике развития зубочелюстных аномалий. <http://ortodont.mk.ua/miogimnastika/>
68. Руководство по фониатрии. Изд-во «Медицина», Ленинградское отделение, 1970. 271 с.

69. Савкова З. В. Техника звучащего слова. СПб: СПбГУКИ, 1997. 95 с.
70. Тарасун В. В. Нейропсихологічна діагностика мовленнєвих функцій дітей дошкільного віку: матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції [«Новітні медико-психолого-педагогічні технології діагностики, запобігання і подолання мовленнєвих розладів»]. Полтава, 2009. С. 192 - 200.
71. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. Випуск 3. Київ : Актуальна освіта, 2006. 147 с.
72. Тихеева Е. И. Развитие речи детей раннего и дошкольного возраста. М., 1972. 176 с.
73. Ткаченко Б. И. Нормальная физиология человека. М.: Медицина, 2005, 928 с.
74. Ткачук О.
<http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/10089/1/Tkachuk%202010.pdf>
75. Трофіменко Л. І. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей середнього дошкільного віку із ЗНМ : Програмно-методичний комплекс. К. : Актуальна освіта, 2007. 120 с.
76. Упражнения для активизации мышц мягкого неба, зева и глотки.
<https://nsportal.ru/detskiy-sad/razvitie-rechi/2013/09/03/uprazhneniya-dlya-aktivizatsii-myshts-myagkogo-neba-zeva-i>
77. Филичева Т. Б. Дети с общим недоразвитием речи. Воспитание и обучение. Учебно-методическое пособие. М. : «Издательство ГНОМ и Д», 2000. 128 с.
78. Филичева Т. Б. Коррекционное обучение и воспитание детей 5-летнего возраста с общим недоразвитием речи. М., 1991. 44 с.
79. Филичева Т. Б. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста: практ. Пособие. Москва : Айрис пресс : Айрис Дидактика, 2007. 209 с.

80. Филичева Т. Б. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста : Практическое пособие. М. : Айрис-пресс. 2004. 224 с.
81. Фомичева М. Ф. Воспитание у детей правильного произношения. М.: «Просвещение», 1989. 166 с.
82. Формирование навыков программирования речевого высказывания на
83. Шашкина Г. Р. и др. Логопедическая работа с дошкольниками: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. Издательский центр «Академия», 2003. 240 с.
84. Шашкина Г. Р. Логопедическая ритмика для дошкольников с нарушениями речи : Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. Заведений. М. : Издательский центр «Академия», 2005. 192 с.
85. Шейкин Р. Л. «Частотное положение "центра тяжести" формант как полезный признак при восприятии гласных». М.: Просвещение. 480 с.
86. Шеремет М. К. Основні закономірності засвоєння рідної мови дітьми раннього віку: нейрофізіологічний аспект / Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Новітні медико-психолого-педагогічні технології діагностики, запобігання і подолання мовленнєвих розладів», 1 – 2 жовт. 2009 р. [Текст]. Полтава : ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2009. 242 с.
87. Шеремет М. К., Манько М. Науково-теоретичні засади проблеми діагностики і корекції мовленнєвого розвитку в дітей раннього віку. *Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. Зб. наукових праць*. К., 2017. № 8. С. 88.
88. Шеремет М. К., Пахомова Н. Г. Формування мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі : Навчально-методичний посібник. К., 2009. 137 с.
89. Эффективность артикуляционной миогимнастики при ортодонтическом лечении аномалий окклюзии у детей с нарушениями звукопроизношения <http://medical-diss.com/docreader/449186/a?#?page=13>

ДОДАТКИ

Додаток А

План-конспект логопедичного заняття із залученням міогімнастики для дітей з дизартріями

Хід заняття

1. Організаційний момент.

Сьогодні до нас прийде незвичайна гостя, здогадайтеся, з якої вона казки? Їй потрібно було повернутися додому рівно о 12 годині ночі а ще вона загубила кришталеву туфельку. (Попелюшка).

2. Мімічна гімнастика.

А давайте згадаємо, як Попелюшка засмутилась, коли її не взяли на бал. А тепер покажіть, як вона зраділа, коли хрещена подарувала їй плаття та туфельки.

3. Зняття напруги з м'язів усіх груп.

А зараз я пропоную вам встати на ніжки і разом зі мною виконати вправи:

- підняти плавно руки до рівня плечей і опустити;
- підняти плавно руки до рівня плечей і опустити без напруги, як порожні рукава;
- Молодці, у вас добре виходить!

4. Усунення салівації.

А зараз ми з вами будемо пити мінеральну воду, тільки не як зазвичай, а маленькими ковточками.

- Молодці!

А тепер уявіть, ніби ви їсте цукерки.

- Добре!
- Уявіть, що на нас «напав» кашель, давайте покашляєм.
- Молодці!

- Ну що, ми з вами цукерки пожували, воду попили, покашляли, а тепер давайте уявимо, що нам захотілося спати.

- Коли нам хочеться спати, ми що починаємо робити?
- Правильно, ми починаємо позіхати. (Позіхають)
- Чудово!

5. Розвиток мимічної мускулатури та артикуляційних м'язів губ.

Зімкнути губи. Округлити губи, як при вимові звуку «о», утримати позу під рахунок до 10. Витягнути губи в трубочку, як при вимові звуку «у», утримати позу під рахунок до 10. Витягнути губи, зімкнути їх «хоботом», утримати позу під рахунок до 10. Розтягнути губи в усмішці, утримати їх в такому положенні під рахунок до 5.

6. Розвиток мимічної мускулатури та артикуляційних м'язів язика.

Покласти широкий язик на нижню губу і утримати під рахунок до 5. Потім те ж саме, але на верхню губу. Пересувати кінчик язика з правого кута рота в лівий, не торкаючись губ. Наблизити кінчик язика, по черзі, до верхніх і нижніх зубів з внутрішньої сторони.

7. Вправа з активатором Дасса.

Дитина утримує активатор губами, відтягуючи його великим пальцем за кільце. Вправу роблять 2 рази за заняття по 5-20 разів.

8. Вправа з амортизатором Роджерса.

Вправа заснована на тому ж самому принципі, що і з активатором Дасса. Сила скорочення колового м'яза рота повинна подолати силу скорочення гумового кільця.

9. Підсумок заняття.

Невеликий відеоролик із мультфільму «Попелюшка». Аналіз роботи дітей.

- Ви сьогодні гарно попрацювали! Розумнички!