Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка
Навчально-науковий інститут фізичної культури
Кафедра логопедії

Коленко Оксана Іванівна

ПОДОЛАННЯ ДИЗАРТРІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Спеціальність: 016 Спеціальна освіта (Логопедія. Спеціальна психологія)
Галузь знань: 01 Освіта/Педагогіка

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра

Науковий керівник:
_____ А.І. Кравченко,
кандидат педагогічних наук, професор,
професор кафедри логопедії
«____» _____ 20__ року
Виконавець:
_____ О.І. Коленко
«____» _____ 20__ року

Суми 2020

ЗМІСТ

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ 3
ВСТУП 4
РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ 8
1.1. Актуальність проблеми дизартрії 8
1.2. Анатомо-фізіологічні механізми мовлення 8
1.3. Поняття про дизартрію 11
1.4. Мінімальні прояви дизартрії 13
1.5. Роль методів фізичної реабілітації в корекції мовлення 15
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ 24
2.1. Методи дослідження 24
2.2. Організація дослідження 31
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ 34
3.1. Клініко-педагогічна характеристика дітей зі стертою дизартрією 34
3.2. Теоретичне обґрунтування впровадження концепції комплексної допомоги при дизартрії у дошкільного віку 36
3.3. Результати контролю ефективності застосування методів фізичної реабілітації з метою корекції дизартрії 37
РОЗДІЛ 4 ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ 51
ВИСНОВКИ 55
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ 57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 59

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АФК – адаптивна фізична культура

ГМ – головний мозок

ДЦП – дитячий церебральний параліч

ЛФК – лікувальна фізична культура

РТ – рефлексотерапія

СД – стерта дизартрія

ЦНС – центральна нервова система

ЧМН – черепно-мозкові нерви

ВСТУП

Актуальність теми. Попри досягнення медичних та педагогічних наук, не втрачає актуальності проблема важких порушень мовлення у дітей. Навпаки, це стало своєрідним стимулом для збільшення питомої ваги патологічних змін, завдяки покращенню рівня діагностики та розширенню уявлень про ефективні методи корекційної допомоги. З іншого боку сучасні напрями розвитку нашої країни, яка стала на один шлях з розвиненими державами, потребують узгодження традиційних методів зі світовими тенденціями гуманізації освіти, створення нових технологій навчального процесу. Особливо глибоко ці процеси торкнулися виховання та інтеграції дітей, що мають особливі освітні потреби. Найпоширенішою проблемою логопедії можна вважати дизартрію – одну з важких мовленнєвих патологій.

Сучасними педагогами дизартрія визначена як складний дефект, що характеризується порушеннями звуковимови та просодичних характеристик мовлення. В основі патогенезу дизартрії полягає недостатність іннервації м’язів, що забезпечують артикуляцію, голосоутворення, темп, ритм, інтонації, пов’язані з органічним ураженням центральної та периферичної нервової системи. Ці патологічні зміни мають негативний вплив на психофізіологічний розвиток дітей та стають причинами ускладнення інтеграції дитини в суспільство, та опанування освітніх програм.

У корекції дизартричних порушень застосовується безліч різних методик фізичної культури. Однак ці реабілітаційні заходи не призводять до очікуваних результатів. Дана обставина є підставою для розробки та експериментального обґрунтування більш ефективних корекційно-педагогічних технологій на основі комплексного застосування різних засобів і методів адаптивної фізичної культури. Можна вважати, що подібний підхід дозволить домогтися високих результатів корекції дизартрії шляхом впливу на центральний і периферичний

відділи мовленнєвого апарату та підвищити ефективність реабілітаційних заходів.

В адаптивній та лікувальній фізичній культурі для корекції різних порушень в результаті захворювань або травм, крім вправ, використовуються засоби фізичного впливу (фізіотерапія), що підвищує результативність реабілітаційних заходів. Але за даними ряду вітчизняних і закордонних дослідників, методики корекції дизартрії дітей 4-5 років на основі комплексного застосування спеціальних вправ і фізіотерапії недостатньо досліджені.

Ці уявлення актуалізують наукову розробку та експериментальне обґрунтування більш ефективних корекційних педагогічних методик на основі інтеграції різних засобів лікувальної (в тому числі адаптивної) фізичної культури. Можна вважати, що подібний підхід до змісту і спрямованості методики корекції дизартрії дозволить підвищити якість реабілітаційних заходів шляхом сукупного впливу традиційних і нетрадиційних засобів реабілітації на центральний і периферичний відділи мовленнєвого апарату.

В Україні з кожним роком спостерігається збільшення кількості дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з порушенням мовленнєвого розвитку. Згідно з дослідженнями українських вчених саме розлади звуковимови та просодичних характеристик мовлення є проявами порушення іннервації мовленнєвих структур. Але всупереч наявним напрацюванням, проблема дизартрії та пошуку оптимальних шляхів її корекції залишається на часі.

Об'єкт дослідження – мовлення дітей дошкільного віку з дизартрією.

Предмет дослідження – корекція мовлення дітей з дизартрією засобами фізичної реабілітації.

Мета і завдання дослідження:

1. Розробити теоретично обґрунтовану концепцію корекції звуковимови у дітей дошкільного віку з дизартрією.

2. Проаналізувати сучасні джерела інформації та з’ясувати ступінь висвітлення проблеми в спеціальній літературі;

3. Визначити групу дітей для проведення дослідження та провести логопедичну діагностику усного мовлення дітей дошкільного віку з дизартрією;

4. Запропонувати план корекційного впливу зі застосуванням методів фізичної реабілітації та провести дослідження ефективності методики.

Методи дослідження. У дослідженні використані теоретичні методи**:** аналіз, систематизація, порівняння та узагальнення наукових даних стосовно проблеми на основі вивчення медичної та педагогічної літератури, підбір оптимальних методик відновної допомоги, педагогічного експерименту та контролю їх ефективності.

Наукова новизна одержаних результатів. Наукова новизна представленого дослідження полягає у використанні комбінованого підходу до допомоги дітям із дизартрією. Тобто запропонована методика є обґрунтуванням інтегрованої корекційної роботи логопеда та медичного працівника-реабілітолога. Вивчені особливості мовлення дітей зі стертою дизартрією, вплив засобів лікувальної фізичної культури, різних видів рефлексотерапії. Доведено, що спільна робота педагога та лікаря покращує загальну та артикуляційну моторику, підвищує ефективність процесу фізичної реабілітації дітей з порушенням мови.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що розроблена концепція комплексної відновної роботи у дітей з дизартрією може використовуватися у логопедичній роботи з дітьми дошкільного віку з дизартрією.

Апробація результатів. Результати дослідження доповідалися та надруковані у вигляді статті та тез у матеріалах Міжнародної наукової конференції студентів, аспірантів та молодих вчених СумДУ: «BIOMEDICAL PERSPECTIVES II» (20-22 жовтня 2020 року, Суми) та IV Всеукраїнської студентської заочної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми

корекційної педагогіки, психології та реабілітації» (25 вересня 2020 року, м. Суми).

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота викладена на 67 сторінках і складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, практичних рекомендацій. В роботі містяться 7 рисунків, 5 таблиць. Список використаних джерел налічує 69 найменувань.

РОЗДІЛ 1
ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Актуальність проблеми дизартрії

Аналіз звітної документації обласного логопеда надав можливість оцінити ситуацію, що склалася у структурі мовленнєвої патології в Сумській області. Так, в останні роки спостерігається відносно стабільна статистична картина щодо звернень батьків до логопедів міста. Але відсоток діагностованих складних порушень звуковимови зростає. Так структура виявленої мовленнєвої патології виглядала наступним чином: дислалія 18,5%, фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення – 7%, заїкуватість 4,5 %, загальне недорозвинення мовлення – 15%, затримка мовленнєвого розвитку – 10,5%, афазії – 2,3%, всі форми дизартрії складали 6,1% (в тому числі 3,1% – стерта дизартрія). 50% диспансерної групи – це діти дошкільного віку.

1.2. Анатомо-фізіологічні механізми мовлення

Сучасні традиції виховання дошкільнят, зміна програм шкільної освіти та вимог до здобувачів початкової шкільної освіти зумовлюють необхідність вдосконалення підходів до розвитку дитини. Однією зі складових цього процесу є мовленнєвий розвиток. При наявних органічних ураженнях центральної та периферичної нервової системи процес формування мовлення може бути ускладнений. Такі діти практично на всіх етапах розвитку потребують допомоги фахівця. Мова – це не тільки засіб спілкування, пізнання навколишнього середовища та можливість розповісти світу про себе [2, 3, 17, 19, 25, 31,33, 36, 37, 41, 42, 43, 51, 53 – 55, 57, 58].

Мовлення починає розвиватися під впливом спілкування з оточенням. Процес залежить від багатьох факторів і протікає паралельно з фізичним розвитком. Діти швидко переймають досвід дорослих. Вчасне становлення

мовленнєвих функцій стимулює розвиток психічної сфери та є основною ознакою готовності до школи [2, 10, 42, 43].

Поняття про механізми мовленнєвої діяльності описані в працях фізіологів XIX сторіччя. А саме в роботах присвячених вищої нервовій діяльності та взаємодії першої та другої сигнальних систем. Питання механізмів мовлення діяльності описані в працях І.П. Павлова про вищу нервову діяльність людини та взаємодії першої та другої сигнальних систем. Завдяки слову людина може відбивати отриману інформацію через першу сигнальну систему (аналізатори). Відчуття і сприйняття, сигнали першого порядку виникають завдяки органам почуттів, аналізаторам, провідними серед яких є зоровий, слуховий і руховий [16, 21, 42, 43, 55].

Механізми звуковідтворення викладені у фундаментальних працях з логопедії [2, 3, 10, 42, 43, 51, 55, 58]. Існують два основних види мовлення – імпресивне та експресивне. Імпресивне – це сприйняття та розуміння, тобто чутлива складова. Її центр (зона Верніке) знаходиться у скроневій частці. При її ураженні порушується розуміння мови.

Центр експресивного мовлення (зона Брока) контролює рухи м’язів, що беруть участь у звуковимові знаходиться в лобовій часточці. При її ураженні людина втрачає здатність до розбірливого вимовляння звуків та слів, хоча продовжує розуміти звернену мову. Наш мовний апарат працює не тільки завдяки цим структурам. Правильна звуковимова – результат злагодженої роботи багатьох структур нервової системи. Так екстрапірамідна система та мозочок забезпечують злагоджене функціонування структур, що забезпечують автоматизацію та ритмічність довільних рухів. Виключення підкіркових структур призводить до порушень просодичних характеристик мовлення (темпу, виразності, тембру). Структури центральної нервової системи зв’язані з ефекторними органами за допомогою провідних шляхів які утворюють периферичні нерви. Ефективну роботу мовленнєвого апарату забезпечують п’ять пар черепних нервів [2, 3, 10].

1. Трійчастий нерв (V пара) забезпечує соматичну чутливість обличчя та моторну іннервацію жувальних м’язів. Ураження цієї гілки викликає параліч цієї м’язової групи.

2. Лицевий нерв (VII пара) є змішаним. Основна його функція – іннервація мімічної мускулатури. Виключення його функцій призводить до парезу смугастої мімічної мускулатури.

3. Язикоглотковий нерв (IX пара) – змішаний нерв. Його рухова функція полягає в іннервації м’яза, що піднімає глотку.

4. Блукаючий нерв має спільні ядра з язикоглотковим нервом. Вони забезпечують рухи глоткових та голосових м’язів. Втрата функцій призводить до розладів ковтання та голосоутворення (дисфагії та дизартрії).

5. Під’язиковий нерв (XII пара). Нерв, що іннервує м’язи язика. Його ураження призводить до атрофії та паралічу мускулатури язика.

Не останню роль у формуванні правильної звуковимови відіграє дихальний апарат. Він контролює та забезпечує мовленнєве дихання. Він складається з грудної клітки, легень, бронхів, трахеї, міжреберних м’язів та діафрагми. В момент видихання струмінь повітря здійснює голосоутворення і правильну артикуляцію. Вдих при мовленні стає коротшим і глибоким, здійснюється через рот та ніс, а видих в процесі вимовляння звуків через рот. Укорочення видиху, поверхневе та неглибоке дихання робить неефективною роботу периферичного мовленнєвого апарату. Артикуляційний відділ представлений порожниною рота, верхньою і нижньою щелепою, язиком, губами, твердим і м’яким небом, альвеолами, а фонаторний – гортанню та голосовими зв’язками [5, 8, 13, 14, 16, 31, 32 36, 48, 49, 50, 52, 54].

Таким чином усі складові мовленнєвого апарату знаходяться у тісному зв’язку. Мовлення людини – це результат координованої роботи цих структур. В корі великих півкуль, як відповідь на зовнішнє подразнення відбувається відбір команд для реалізації артикуляторної програми. Руйнування будь-якої ланки системи призведе до мовленнєвих розладів, первинної відсутності мови.

Дизартрія є яскравим прикладом розладів систем передачі нервового імпульсу до м’язових органів, що забезпечують мовленнєвий акт.

1.3. Поняття про дизартрію

Дизартрія – це такий розлад звуковимови, який є наслідком порушення в системі іннервації мовленнєвого апарату. Дизартрія проявляється клінічно вираженої недостатністю звукових та просодичних характеристик мови, пов’язаних з органічним ураженням центральних та периферичних структур нервової системи. Серед інших характерних особливостей цієї групи розладів можна зазначити: 1) порушення голосу, що стає слабким, немилозвучним та супроводжуються заміною дзвінких приголосних на глухі; 2) розлади ритму та глибини дихання; порушення координації між артикуляцією і диханням [2-5].

Деякими вченими [2-4], виділена так звана функціональна дизартрія, як результат ослаблення нейронних зв’язків в мозкових центрах, що відповідають за мовлення та слух, ураження яких призводить до поганого сприйняття мови та її продукції.

Вчені – неврологи [7, 8, 61] вважають, що дизартрія – це розлад артикуляції внаслідок бульбарного та псевдобульбарного синдромів, а також екстрапірамідних та мозочкових розладів. На наш погляд, це більше стосується особливостей порушень у дорослих. У дітей основним етіологічним фактором слід вважати перинатальну патологію, перед усім дитячий церебральний параліч (ДЦП). ДЦП – може виникнути під впливом найрізноманітніших причин які мають вплив на плід у внутрішньоутробному періоді, під час пологів та в перший тиждень позаутробного життя (родова травма, гіпоксія плода, резус-конфлікт, вади розвитку, та ряд спадкової патології). Класифікація дизартрії з одного боку базується на визначенні рівня ураження нервової системи. З іншого боку на особливостях клінічних проявів та характерних рис моторної дисфункції.

Таким чином розрізняють дизартрії:

1. коркову,
2. мозочкову,
3. екстрапірамідну,
4. бульбарну,
5. псевдобульбарну.

Бульбарний синдром, проявом якого є бульбарна дизартрія виникає як результат ураження ядер каудальної групи ЧМН (IX, X, XII пари). Супроводжується дистонією та порушеннями ковтання. При ураженні корково-нуклеарних шляхів, що зв'язують кору з ядрами ЧМН. Супроводжується дистонією. Глотковий та піднебінний рефлекс збережений.

Екстрапірамідна дизартрія – результат ураження підкіркових гангліїв. Характерна втрата контролюючої функції цієї системи, коли здійснення чітких, тонких рухів стає неможливим. Патологія мозочка викликає порушення координованої роботи та дистонію м'язів, що беруть участь у вимовлянні звуків. Характерним є феномен скандованого мовлення (scanning speech). Коркова дизартрія виникає внаслідок ураження кори.

Залежно від проявів порушення артикуляції при ДЦП фахівці [10, 16, 17, 27, 32, 36-38, 42-44, 48, 50, 55, 57, 58, 62, 63] виділяють такі форми дизартрії:

1. Спастико-паретична. При цій формі спостерігаємо спастичний парез м'язів, що беруть участь в артикуляторному акті, гіпомімію, гіперсалівацію, синкінезії, фонаторні розлади, порушення дихання. (провідний синдром – спастичний парез).
2. Спастико-ригідна. Спостерігаємо також спастичний парез з тонічними порушеннями. Як результат – дискоординація жувальних, ковтальних та дихальних м'язів та дистонія.
3. Гіперкінетична (провідний синдром – гіперкінези). Як видно з назви, при цієї формі присутні гіперкінези. Внаслідок патологічних рухів дитина може тримати артикуляторну позу.

4. Атактична. Основа патогенезу клінічних проявів – дискоординація діяльності м’язів, відповідальних за звуковимову, що призводить до скандованої мови. Тобто – це прояв мозочкової дизартрії.

За ступенем тяжкості та зрозумілості мови запропонована класифікація G.Tardier [10]. Дизартрію поділяють на чотири ступені тяжкості [9]:

Перший ступінь – коли порушення звуковимови помітні тільки фахівцю.

Другий ступінь – дитина має помітні порушення звуковимови, але мова цілком зрозуміла.

Третя – дитину розуміють тільки батьки. Оточуючи – частково.

Четверта, найважча – стадія анартрії. Мова відсутня, або незрозуміла навіть близьким.

Всі вище перераховані класифікації дизартрії пов’язані з ДЦП. І це не випадково, оскільки дана патологія, на думку багатьох авторів, зустрічається саме при цьому захворюванні. Особливістю дизартрії при ДЦП є сукупність порушень загальної та артикуляційної моторики, зв’язок різних форм дизартрії з певними формами дитячого церебрального паралічу [2, 6, 7, 8, 11, 16, 24, 32, 61, 63, 66].

Таким чином, на підставі вище перерахованого можна зробити висновок, що дизартрія – це порушення звуковимови, обумовлене недостатністю іннервації мускулатури. Дизартрія є проявом органічного ураження центральної нервової системи, яке перш за все проявляється руховими симптомами у вигляді периферичних парезів, що призводить до порушень фонації, артикуляційної моторики, мовленнєвого дихання.

1.4. Мінімальні прояви дизартрії

Стерта дизартрія або мінімальні прояви дизартрії, вивчена недостатньо, попри те що вважається найлегшим видом дизартрії. Дефект полягає у розладах формування системи фонетичних засобів вимови та утворення звуків. У

структурі мовленнєвого дефекту у дітей зі стертою дизартрією провідними порушеннями виступають розлади формування системи фонетичних засобів мови, що використовуються для утворення звукових одиниць рідної мови. Попри негрубий характер порушень звуковимови лексичний запас, граматична структура знаходяться на межі норми. Надалі такі діти мають проблеми під час навчання в школі та опанування писемної мови [3, 24-27, 45, 58].

Для таких дітей характерним є порушення просодичного боку усного мовлення. Відсутня інтонація висловлювання, спостерігається злиття фраз, страждає темпоритмічна організація усного мовлення. Ретельне обстеження дозволяє виявити природу порушень та встановити форму дизартрії.

При опитуванні батьків констатується ускладнений перинатальний період життя. В процесі індивідуального розвитку виявляються недоліки в індивідуальному розвитку звуковимови. Обстеження дає можливість знайти зниження м'язового тонусу. Відзначають напруженість кореня язика та недостатню його вираженість. При відкриванні рота язик «занепокоєний». Особливістю є нерівномірні зміни м'язового тонусу різних частин мовленнєвого апарату – підвищення в одної групі м'язів та зниження в інших. Порушена точність рухів. Розвиток мови дещо відстає від норми. Слова з'являються після півтора року, фраза до трьох років.

Але все ж таки на першому плані – стійкі порушення звуковимови, що важко піддаються корекції. Для дітей зі СД характерна поліморфність порушення фонетичної сторони мови: спотворення, заміна звуків, різні види сигматизма, ротацизм, лямбдацизм, дефекти оглушення, озвончення. Найбільше спотворюються звуки, пов'язані з рухами кінчика язика: піднебінне «р», спрощена вимова шиплячих та свистячих.

Фонематичне сприйняття порушено у відношенні до звуків спотворених при усному мовленні. Діти можуть чути помилки інших, але не чують своїх. Не завжди є ефективним процес автоматизації звуків. Голос має сиплий, назалізований відтінок, темп мовлення прискорений. Може бути утруднене

ковтання та накопичення слини у роті. Відчувається збідніла інформація. Мова без пауз. Порушене дихання – дитина робить додаткові дихальні рухи.

1.5. Роль методів фізичної реабілітації в корекції мовлення

Головна мета фізичної реабілітації, незалежно від діагнозу, є якомога повне відновлення втрачених функцій та розвиток компенсаторних вмінь для максимально повного пристосування до повсякденного життя, пошук альтернативних функціональних можливостей організму. Для досягнення цілі використовують комплекс відновлювальних засобів. Сюди відносять як природні фактори, заняття на тренажерах, різні види фізичної культури та, навіть, психотерапії. Фізична реабілітація є невіддільною складовою медичної та соціальної реабілітації, методом, що сприяє ранньої інтеграції дитини в суспільство. Саме цей момент визначає реабілітацію як не тільки медичний, а й педагогічний процес. Тому реабілітолог має опанувати не тільки основи фізичної культури, а й педагогічну майстерність [4, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 22, 27-30, 32-35, 39, 40, 47, 56].

Результативна відновна робота з дітьми з порушеннями нервової системи базується на комплексному терапевтичному впливі на організм. Тобто ефективна робота можлива тільки в тісній співпраці педагога та медичного працівника. Необхідно також спрямовувати зусилля на одночасний розвиток і корекцію порушень артикуляційної моторики та функціональних можливостей кистей і пальців рук. Важливим моментом при цьому є стимуляція рухово-кінестетичного аналізатора, що дозволяє сформувати управління артикуляційним праксисом (вміння виконувати цілеспрямовані артикуляційні дії), розвинути навички самоконтролю й адекватної самооцінки дій, які робить дитина. Під час проведення корекційно-логопедичної роботи з дітьми використовують загальноприйняті методики, що включають пасивну і активну артикуляторну гімнастику, дихальні та голосові вправи, логопедичний масаж.

Логопедичні та реабілітаційні підходи обумовлені формою дизартрії, її ступенем, наявними компенсаторними механізмами. Мета реабілітаційних методик полягає в зменшенні ригідності м'язів та гіперкінезів. Більшість авторів вказують на те, що корекційно-педагогічна робота при ДЦП, повинна починатися в ранньому віці. Основними завданнями на цьому етапі є розвиток слухової уваги, сприйняття, пам'яті; нормалізація тонусу м'язів артикуляційного апарату, стимуляція спілкування. На цьому етапі доцільним є впровадження комплексів лікувальної гімнастики, в тому числі адаптивної фізичної культури. Це не заперечує використання традиційних методик логопедичної роботи. Залучення теорії адаптивного фізичного виховання не заперечує використання традиційної логопедичної корекції. Основною умовою успішної реабілітації можна вважати комплексний та системний підхід, впливи на моторну функцію з урахуванням патогенезу порушень з обов'язковим втручанням на кожному етапі реабілітації [2, 5, 10, 12, 13, 15, 24, 31, 32, 35, 55, 64-69].

Багато авторів [19, 20, 39, 44, 56] наголошують на важливості використання засобів адаптивного фізичного виховання в реабілітації дітей з важкими мовленнєвими порушеннями. Високу ефективність мають розроблені програми, в певному співвідношенні містять традиційні оздоровлюючі та логопедичні вправи: пальчикову, дихальну гімнастику, логоритмічні завдання, психологічні рухові ігри, ритмічну та артикуляційну гімнастику. З метою вдосконалення та розширення функціональних резервів зовнішнього дихання розробляються спеціальні методики, що дозволяють диференціювати фізичні навантаження і забезпечують індивідуальну спрямованість заняття.

Л.В. Лопатіна, Н.В. Серебрякова [43] для корекції стертої форми дизартрії пропонують використовувати такі комплекси вправ: для розвитку кінестезії та координації рук; для розвитку кінестетичної основи та координації артикуляторних рухів. Автори вважають, що послідовні, систематичні заняття з відпрацювання всіх звуків допомагають виробляти кінестетичні відчуття, що є

основою формування правильних артикуляторних укладок та опанування звуків рідної мови.

М.Ф. Фомічова [19] пропонує об'єднувати вправи для розвитку органів апарату артикуляції в комплекси за метою. Так, наприклад окремо виділяється комплекс, що сприяє правильної організації артикуляторного апарату. Наступний – сприяє виробленню правильної укладки для виробляння звука «р». Третій включає вправи для формування положень для «шиплячих» звуків; 4-ий – вправи, для правильного вимовляння звуку «л». Починати треба роботу з вправ з опором для м'язів шиї. Потім переходити до артикуляційних вправ. Ці вправи слід виконувати 2-3 рази на день перед дзеркалом протягом 10 хвилин в наступному порядку: для губ, язика, щік, м'якого піднебіння. Комбінувати з дихальними та голосовими вправами.

Фізіотерапія – давній метод лікувального впливу, відносно дешевий, та має безліч форм. В першу чергу слід згадати теплові процедури, електрофорез, грязелікування, лазеротерапію [6, 11, 22, 34, 47].

Традиційні теплові процедури можна застосовувати тривалий час у тому числі в домашніх умовах (парафінотерапія). Вони мають властивості знижувати м'язовий тонус, зменшувати спастику та гіперкінези, покращують кровообіг у спазмованих м'язах. Добре готують мускулатуру для логопедичних занять. Грязелікування має ту саму мету.

Електрофорез, як метод транскутанного введення лікарських засобів сприяє покращенню кровообігу, зменшенню больових проявів. Застосовують електрофорез з магнезією або новокаїном. Можливо не тільки місцеве введення безпосередньо на уражені спазмовані м'язи, а й використання спеціальних методик трансназального або трансорбітального електрофорезу, що покращує мозковий кровообіг та зменшує спастичні прояви.

Деякі вчені [6, 11, 22] рекомендують до впровадження в логопедичну практику локальну штучну гіпертермію, як засіб корекції зворотних аферентних імпульсів до м'язів, що сприяє усуненню тонічних і

гіперкінетичних м’язових реакцій, підвищенню рівня функціонування мовленнєвого апарату. Також в літературі описані інші методики, пов’язані з використанням контрастних температур (поєднання гіпо- та гіпертермії). Для зниження м’язового тонусу дихальної мускулатури сеанси локальної гіпотермії проводять на м’язи тулуба, що беруть участь в диханні (трапецієвидний м’яз, м’язи шиї, великі грудні м’язи).

Сучасна медицина має тривалий досвід застосування магнітотерапії для лікування м’язової спастичності. Реакції тканин організму залежать з одного боку, від преморбідного фону, наявних захворювань. З іншого – це безпечне лікування, що має мінімум протипоказань. Таке лікування підсилює обмін речовин, та спричиняє гальмівну дію на нейронні структури та змінює умовно-рефлекторну діяльність мозку. Дія магнітного поля залежить також від функціонального стану мішеней лікування. Якщо спостерігається гіперфункція органу, то магнітотерапія сприяє її зниженню. Якщо, навпаки, гіпофункція, то навпаки – підвищенню. Ефективність сеансів магнітотерапії має тенденцію до збереження після закінчення курсу лікування. Не залишає сумнівів позитивний вплив подібного лікування на стан периферичного кровообігу. Поліпшення мікроціркуляції призводить до поліпшення трофіки м’язів кінцівок та зниженню тонусу.

В останні роки все більшого поширення набуває використання низькоінтенсивного лазерного випромінювання, в основі дії якого лежить взаємодія потоку світла з біологічним середовищем та тканинами організму. Низькоінтенсивне випромінювання не має побічних ефектів, але має достатню глибину проникнення та виражену терапевтичну дію [12]. Серед фізіологічних ефектів лазера слід зазначити підвищення біопотенціалів нейронів, активності між нейронних синапсів, тобто діє на молекулярному, клітинному та органному рівнях. Тим самим стимулює активність фізіологічних процесів в головному мозку, покращує когнітивну складову вищої нервової діяльності, прискорює основні психічні процеси. Результати досліджень вітчизняних вчених свідчать,

що лазерне випромінювання має виражений адаптогенний вплив на організм і системи адаптації.

В дитячої практиці доцільним є застосування саме неінвазивних процедур лазерного опромінення. Особливий інтерес уявляє вплив лазерного випромінювання на біологічно активні точки. Лазеропуктура сприяє підвищенню біологічної активності різних ділянок мозку, діє на організм як на цілісну та функціональну систему. Це залежить від преморбідного фону, тобто наявності патології ЦНС.

Таким чином, є всі підстави вважати лазеротерапію перспективним методом лікування завдяки безпеці, можливості застосування при ураженнях нервово-психічної сфери. Лазеропунктуру можна використовувати при депресивних станах, граничних психічних розладах, затримці психомоторного розвитку та порушеннями мови.

Представники вітчизняної школи фізіотерапії (І.З. Самосюк та співавт.) при лікуванні різних проявів ДЦП (в т. ч. мовних порушень) рекомендує вплив на зони, що відповідають підкірковим, стовбуровим та корковим структурам, точкам сечового міхура, аурикулярні зони, що дозволяють впливати на підкірково-стовбурові структури, біологічно активні точки загального впливу та точки, що дозволяють стимулювати або розслабляти конкретні м’язові групи.

Традиційно визначне місце в корекції мовних порушень, а також лікування наслідків ДЦП відіграє рефлексотерапія (РТ) в її різноманітних модифікаціях. З лікувальною метою можна використовувати голковколювання, лазеропунктуру, су-джок терапію, точковий масаж. Застосування голкорефлексотерапії необхідне саме для попередження спастичності, усунення патологічних поз, контрактур, стимулювання психічної та мовної активності.

Ряд авторів зазначають ефективність РТ при гіперкінезах м’язів обличчя та рота, що пояснюється залученням у процес центральної нервової системи та, завдяки чому, це ефективно при лікуванні логоневрозів [12, 47].

Інтересним є пояснення механізмів впливу РТ. Існує декілька рівнів нервової системи, що забезпечують ефект рефлексотерапії. На периферичному рівні здійснюються нейрогуморальні процеси, що відбуваються безпосередньо в місці впливу засобу лікування. Другий рівень – сегментарний – забезпечує старт рефлекторних процесів в сегментах нервової системи, що відповідають місцю рефлекторної стимуляція активних точок. Потім включається надсегментарний, третій – рівень інтегративних утворень головного мозку, що реалізує фізіологічні зміни в різних вісцеральних органах та системах. Використання різних способів РТ підсилює нормальні фізіологічні висхідні реакції, обмежує патологічну імпульсацію, підтримує регулювальну діяльність нервової системи. Ефект залежить також від загального стану здоров'я, використання тих чи інших акупунктур них точок, резервів організму.

Першим кроком нашого дослідження стало визначення способів фізичної реабілітації, які можна застосовувати для комплексного лікування дітей з дизартрією.

Перелік методик можна визначити наступним чином:

1. Методи, що безпосередньо впливають на рухову функцію мовленнєвого апарату.

2. Методи лікування інших неврологічних розладів, покращення загальної моторики, що без сумніву сприяють відновленню інших функцій, в тому числі звуковимови.

Також під час складання програми роботи з дитиною слід враховувати глибину ушкодження нервової системи та розлади вищих кіркових функцій. Загальновизнаним методом реабілітаційного впливу з боку педагога – це без сумніву логопедичний масаж. Він широко використовується в роботі з дітьми, у яких діагностують дизартрію, в тому числі її стерті форми. Саме логопедичний масаж є методом, що знаходиться на межі педагогічних та медичних впливів і тим самим об'єднує зусилля фахівців різних галузей. Масаж не тільки має локальний вплив, а й справляє доброчинну дію на кровопостачання,

метаболічні процеси, є способом психологічного розвантаження. При дизартрії логопедичний масаж може мати різні цілі (залежно від форми): зняти тонус з м'язів обличчя або, навпаки, підвищити тонус, поліпшити якість артикуляційних рухів, зміцнити м'язи обличчя [2, 4, 5, 13, 27, 30].

Застосовують як класичний ручний масаж, так і зондовий, локальну стимуляцію біологічно активних точок (точковий масаж), апаратний масаж, який проводять з допомогою вібраційних, вакуумних та інших приладів.

Окреме місце в системі відновлення відведене лікувальним фізичним вправам. Це обумовлено низкою причин. Заняття фізичними вправами сприяють підвищенню функціональних можливостей серцево-судинної, дихальної системи, сприяють зміцненню здоров'я. Тому в системі реабілітації дітей з порушеннями мови та затримкою психічного розвитку важливе місце повинно бути відведено використанню різних засобів і методів фізичної культури. У відтворенні мови бере участь дихальний відділ периферичного мовленнєвого апарату. Анатомічно ця структура представлена грудною кліткою, легенями, бронхами, трахеєю, міжреберними м'язами та діафрагмою. Утворення мови відбувається в фазі видиху. У процесі виходу повітряний струмінь здійснює одночасно артикуляційну роботу й утворення голосу. Тривалість видиху, обсяг вдихуваного повітря в процесі мовлення значно збільшується. Вдих стає коротшим і глибоким. Мовленнєвий вдих здійснюється через ніс і рот, а в процесі видиху потік повітря йде через рот. Велике значення для озвучування висловлювання має раціональний спосіб витрачання повітряного струменя. Тому частина фізичних вправ спрямована на розвиток дихання. Комплекс рухових порушень є причиною формування патологічних поз, що також є фактором, який обтяжує патологічне функціонування дихальної системи. Для корекції таких симптомів також існують спеціальні методики: бобат-терапия, войта-терапия, а також різні види лікувального масажу.

Уваги заслуговує такий напрямок фізичної реабілітації дітей інвалідів, як адаптивна фізична культура (АФК). Головною метою АФК – це не тільки лікувальна робота, а передусім інтеграція та соціалізація з мінімальним стресовими реакціями. Тому серед основних її функцій слід зазначити педагогічні та соціальні, які сприяють інтеграції в суспільство людей с певними потребами. Особливо критичне значення ця методика здобуває при легкому та середньому ступеню тяжкості ДЦП. Процес поєднання мови, руху та ритму, сприяє розвитку мовлення, дрібної моторики, регуляції дихання, як складової звукоутворювального акту. Разом з корекцією патології рухово-кінестетичної функціональної системи, АФК істотно впливає на просторове відчуття, сприйняття форм і величин. сенсорні функції, труднощі словесного відбиття просторових відносин [11, 20, 22, 35, 56, 64].

Не слід забувати й про спеціальні апаратні методи фізіотерапевтичного впливу. Є переконливі дані про ефективність подібного лікування. Так в ряді досліджень продемонстровано результати специфічної дії низько інтенсивного лазерного випромінювання на область скальпу та спеціальні акупунктурні точки, а також використання синусоїдальних модульованих токів в режимі точкової електростимуляції м’язів язика, м’якого піднебіння і дна ротової порожнини.

Таким чином, аналіз літературних джерел показав, що досліджень, присвячених комплексному впливу логопедичної роботи та засобів фізичної реабілітації для корекції важких порушень мовлення недостатньо, або дані суперечливі. Тому проблема багато років не втрачає значущість. Це можна пояснити відсутністю тісних контактів вчених у сфері науки, медицини та педагогіки. Дизартрія – це порушення мови, що має центральне походження. Відсутність злагодженої роботи центральної та периферичної ланки нервової системи призводить до збоїв саме моторного боку мовлення: спотворення звуковимови, інтонаційної складової, дихання. Необхідно відзначити, що в вивчених нами джерелах відсутні чіткі критерії оцінки стану і моторики органів

апарату артикуляції, дихання, що не дозволяє вірогідно оцінити ефективність реабілітаційних заходів при корекції дизартрії.

Складність і недостатня ефективність заходів щодо корекції розглянутих порушень у дітей, а також питання діагностики розглянутої патології послужили підставою для проведення власних досліджень, створення концепції комплексного впливу з використанням нетрадиційних методів корекції.

РОЗДІЛ 2
МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для проведення запланованих досліджень нами були поставлені наступні завдання:

1) Провести аналіз фундаментальних та сучасних наукових літературних джерел для з'ясування ступеня розкриття проблематики дослідження.

2) Визначити групу дітей для основного та контрольного дослідження, провести первинну логопедичну діагностику усного мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією.

3) Запропонувати план корекційного впливу із застосуванням методів фізичної реабілітації з урахуванням особливостей вітчизняної системи охорони здоров'я та провести експериментальне дослідження ефективності методики.

2.1. Методи дослідження

Для розв'язання поставлених завдань були використані наступні методи:

1. Огляд, аналіз та узагальнення базової та науково-методичної літератури та сучасних публікацій.

2. Аналіз медичних карт та логопедичної документації.

3. Огляд та діагностика дитини.

4. Контрольні педагогічне тестування.

5. Педагогічне спостереження.

6. Констатування та обробка результатів.

Огляд та аналіз літератури дозволив визначити актуальні завдання роботи та шляхи їх розв'язання. Особлива увага приділялася джерелам, присвяченим саме медичним аспектам реабілітації дітей з ДЦП, методам дослідження в корекційній педагогіці, психофізіологічним особливостям розвитку дітей з порушеннями звуковимови. За період дослідження проаналізовано 69 джерел науково-методичної літератури.

Під час здійснення аналізу документальних матеріалів було вивчено 16 медичних карт та історій хвороби з метою визначення особливостей індивідуального розвитку дитини (протікання перинатального та раннього постнатального періоду), спадковість, наявність супутніх захворювань. В першу чергу зверталася увага:

1. на перебіг вагітності, особливо перші 4 місяці, через те, що найважчі ураження плода відзначаються при захворюваннях жінок саме в цей період;
2. наявність резус – конфлікту (несумісність матері та дитини за цим параметром);
3. вплив фізичних факторів, в тому числі професійних (перегрівання, переохолодження, вібрація);
4. екологічний дисбаланс; соціальні фактори;
5. наявність перинатальної патології (вплив на плід шкідливих факторів на плід у внутрішньоутробному періоді, під час пологів і в перші дні після народження). Це можуть бути токсикози вагітних, пологові травми, інструментальна акушерська допомога тощо;
6. стан аналізаторів (слухового і зорового);
7. наявність супутніх захворювань, які можуть посилювати протягом дизартрії;
8. обтяжлива спадковість.

Вивчення даних логопедичного анамнезу дозволив виявити наступні параметри мовленнєвого розвитку:

1. особливості протікання домовленнєвого розвитку (крик, гуління, лепет, перші слова);
2. розуміння зверненої мови;
3. використання жестів, міміки, виразу обличчя дитини в момент його спілкування з оточенням;
4. ступінь розвиток мови на момент госпіталізації.

При огляді зверталася увага на наявність аномалій в будові губ, язика, зубів, щелеп, піднебіння.

Дослідження проводилися з метою вивчення мовленнєвого апарату дитини та ефективності впливу корекційних заходів. Нами була підібрана з науково-методичних джерел та використана схема тестового контролю стану моторики мімічних м'язів обличчя, артикуляторних м'язів; оцінки звуковимови і експресивної сторони мовлення (див. мал. 2.1).

Тестові завдання були підібрані з урахуванням вимог, що пред'являються до педагогічного обстеження:

1. тестування стану мімічної мускулатури:
2. оцінка ступня розвитку загальної моторики
3. оцінка артикуляційної моторики в статичному режимі;
4. оцінка артикуляційної моторики в динамічному режимі;
5. вивчення звуковимови. Оцінка вимови голосних і приголосних звуків ізольовано і на матеріалі складів, слів, фразової мови. Використовувалися спостереження за висловлюваннями дитини та повтор назв предметів, матеріалу і опорних картинок.
6. Вивчення експресивної сторони мови шляхом спостереження і оцінки спілкування дитини в різних умовах (оповідання, діалог, завдання).

Педагогічне спостереження проводилося періоду спостереження в умовах відділення або занять з логопедом. Об'єктом спостереження були діти 4-5 років, які страждають дизартрією. Експериментальне дослідження проводилося з метою оцінки впливу запропонованого комплексу реабілітаційних методик. В умовах відділення з дітьми проводилися типові корекційно-розвивальні заняття з логопедом. В основній групі, крім того, використовувалися вправи для загального розвитку, спеціальні корекційні вправи в поєднанні зі спеціальними відновними методиками: лазеротерапія, рефлексотерапія, лікувальна фізкультура, за необхідності специфічні методи реабілітації дітей з ДЦП: бобат-терапия, войта-терапия.

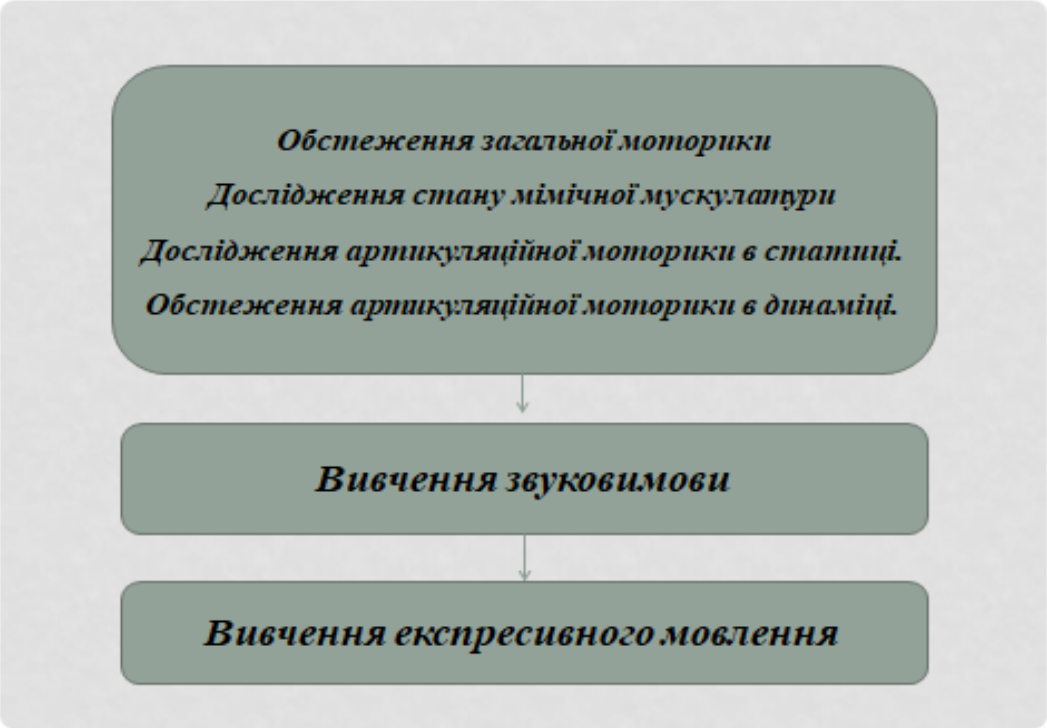

Рисунок 2.1. Структурна схема педагогічного дослідження.

Мета нашого обстеження дитини з дизартрією – вивчення стану сформованості вищих коркових функцій, стану мімічної та голосоутворювальної мускулатури, експресивного мовлення, а також інтелектуальних можливостей. З урахуванням характеру дослідження в план було включене тестування, що дозволяє виявити порушення моторного розвитку. Нами були взяти до роботи наступні групи тестових випробувань.

І крок:

А) Дослідження стану мімічної мускулатури – здатність утримувати рекомендовану дослідником позиції. Дає можливість виявити асиметрію обличчя, наявність синкінезій, Паралельно оцінюємо стан м’язового тонусу.

Проба 1 «Наморщити лоба».

Проба 2 «Насупитися».

Проба 3 «Зажмурити очі».

Проба 4 «Наморщити лоба».

Проба 5 «Надути щоки».

Оцінювання:

4 бали – дитина вільно виконує усі рухи в повному обсязі, утримує позиції, тонус м’язів в нормі;

3 бали – рухи виконуються в неповному обсязі, не утримує рекомендовану позицію до 5 рухів, ознаки дистонії;

2 бали – поодинокі рухи відсутні;

1 бал – утруднення при виконанні рухів, помірне порушення м’язового тонусу мімічної мускулатури (гіпертонус, гіпотонія, дистонія), згладженість носогубних складок, синкінезії;

0 балів – не виконує, відмова, грубе порушення тонусу.

Б) Дослідження артикуляційної моторики в статиці.

Перед проведенням дитині дають інструкцію: «Подивися і зроби так само як я, потримай язичок або губи в такому положенні, поки я буду вважати». Дитина виконує кожну вправу. Дослідник рахує до 7.

Проба 1 «Пташеня» (широко відкрити рот, язик тримати спокійним і нерухомий).

Проба 2 «Відтягти нижню губу донизу» (оголити нижні зуби).

Проба 3 «Підняти верхню губу догори» (показати верхні зуби).

Проба 4 «Усмішка» (утримувати сильно розтягнуті губи в усмішці, зуби не видно).

Проба 5 «Лопаточка» (відкрити рот і покласти широкий розслаблений язик на нижню губу).

Проба 6 «Парус» (відкрити рот і вузький язик підняти вгору, торкнувшись альвеол за верхніми зубами).

Оцінювання:

4 бали – рухи активні є, виконання точне, обсяг повний, утримання пози вільне;

3 бали – рухи є, виконання точне, утримання пози не менше ніж на 5 рахунків;

3 бали – рухи виконує, обсяг неповний, утримання пози менш ніж на 5 рахунків, можливо виконання руху з другої спроби, тремор кінчика язика, гіперсалівація, синкінезії;

4 бали – невиконання, відмова від діяльності.

В) Обстеження артикуляційної моторики в динаміці.

Перед проведенням пацієнтові пропонується виконати інструкцію: «Подивися і зроби так само як я». Вправа виконується 4-5 разів.

Проба 1 «Усмішка – трубочка» (чергування рухів).

Проба 2 «Смачне варення» (покласти кінчик язика на верхню губу, перемістити його всередину ротової порожнини за верхні різці).

Проба 3 «Щітка» (рот відкрити, висунути вузький язик, рухати вправо-вліво, не забираючи його в глиб рота).

Проба 4 «Колесо» (рот відкрити, висунути широкий язик, облизати верхню і нижню губу і прибрати його вглиб рота).

Проба 5 «Гойдалки» (широко відкрити рот, мовою тягнутися до носа, потім до підборіддя).

Оцінювання:

4 бали – всі рухи доступні, в повному обсязі, нормотонія, утримання пози вільне;

3 бали – всі рухи доступні, обсяг повний, темп виконання і переключення кілька уповільнений, рухи можливі з іншої спроби;

2 бали – рухи виконує в неповному обсязі, темп виконання і переключення знижений, пози, виснаженість, напружене утримання пози, потрібні додаткові інструкції;

1 бал – виконує завдання з помилками, не може знайти позу пози, гіперкінезія;

0 балів – не виконує.

II крок

Вивчення звуковимови полягає в оцінці вимовляння голосних і приголосних звуків ізольовано і на матеріалі складів, слів, фразової мови. Використовуються спостереження за висловлюваннями дитини і повтор назв предметного матеріалу і опорних картинок.

Бальна оцінка сформованості вимови звуків розроблена з урахуванням особливостей дефекту, ступеня тяжкості дизартрії, віку дітей:

1 бал – порушено не більше 1-2 груп звуків і 4-6 звуків;

2 бали – порушено 3-4 групи звуків і 6-10 звуків;

3 бали – порушено 4 групи звуків і 10-14 звуків;

4 бали – порушено 4-5 груп звуків і 14-18 звуків;

5 балів – порушено 5-6 груп звуків і понад 18 звуків.

III крок

Вивчення експресивної сторони мовлення здійснюється шляхом спостереження і оцінки спілкування дитини в різних умовах: побутових, за завданням, в діалозі.

Оцінювання:

1 бал – користується розгорнутої фразою, формується лексикограматичний склад мови;

2 бали – мова аграматична, активний словник складається з іменників, рідше зустрічаються дієслова і прикметники. Причини того вживаються рідко. Складова структура слів порушена;

3 бали – користується простою фразою;

4 бали – використовує невербальні засоби спілкування (виразну міміку, жести, інтонацію).

Проби для обстеження рухових функцій використовувалися в підготовчій частині заняття в якості спеціальних підготовчих артикуляційних вправ. Такий розподіл завдань по групах для мімічної мускулатури, артикуляційного апарату (статичного, динамічного характеру) дозволяє побудувати заняття з

дотриманням принципів: поступовості, повторності, систематичності, індивідуальності, що своєю чергою сприяє підвищенню функціональних можливостей реабілітантів.

Методи математичної статистики застосовувалися для забезпечення вірогідності та обґрунтованості результатів дослідження. Статистична обробка даних проводилася з використанням загальноприйнятих методів математичної статистики, здійснювався розрахунок середнього арифметичного, помилки середньої величини, середнього квадратичного відхилення, вірогідності.

Математична обробка результатів проведена на персональному комп'ютері з використанням пакета MS Excel 2010 року.

2.2. Організація дослідження

Дослідження проводилося на базі відділення для дітей з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки КНП «Сумська обласна дитяча клінічна лікарня» протягом IV кварталу 2019 – I-II кварталу 2020 рр. та було обмежено умовами пандемії COVID – 19. Для систематизації наукового дослідження були виділені наступні етапи роботи.

На першому етапі здійснено аналіз та узагальнення літературних джерел, визначені мета та завдання роботи, предмет та об’єкт дослідження, обрані методики дослідження.

На другому етапі був проведений відбір дітей та проведене логопедичне обстеження, вивчення медичної документації та історії розвитку дитини, корекційна робота із застосуванням методик фізичної реабілітації.

У дослідженні взяли участь всі діти старшого дошкільного віку, що були на лікуванні та реабілітації у відділенні, мали основний діагноз ДЦП (90% – хвороба Літтла, 10% – спастико-атактична форма).

Діти виконували проби, сидячи перед дзеркалом після інструкції та демонстрації логопедом.

На третьому етапі із використанням результатів аналізу спеціальної літератури, проведених спостережень обґрунтовано програму системного медико-педагогічного впливу на дітей зі стертою дизартрією. За розробленим планом обстежено 16 дітей дошкільного віку зі стертою дизартрією на тлі ДЦП. Всі пацієнти були поділені на дві групи:

1. Група 1 (8 дітей) – діти зі стертою дизартрією на тлі основного діагнозу ДЦП. В групі проводилася корекція дизартрії у дітей із застосуванням спеціальних реабілітаційних методик (див. рис. 2.2.).
2. Група 2 (8 дітей) – діти зі стертою дизартрією, що відвідували амбулаторні заняття з логопедом. В цієї групі застосовувалася логопедична корекція за загальноприйнятою методикою (логопедичне заняття, дихальна, голосова та артикуляційна гімнастика, логопедичний масаж, вправи для розвитку дрібної моторики) але методи фізичної реабілітації були відсутні в програмі.

Рисунок 2.2. Загальна схема медико-педагогічної реабілітації

Заняття відбувалися традиційно в першу половину доби та були обмежені часом перебуванням в стаціонарі досліджуваних. Також занять не було у

вихідні. Також заняття включали обговорювання з батьками поточної ситуації. Ефективність комплексної реабілітації оцінювалася за допомогою контрольного педагогічного тестування.

На четвертому етапі проведено аналіз результатів дослідження, сформульовані висновки і практичні рекомендації, підготовлені до друку стаття та тези доповіді на конференції.

РОЗДІЛ 3
РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ

3.1. Клініко-педагогічна характеристика дітей зі стертою дизартрією

Група 1. У неврологічному статусі цих дітей відзначалися порушення функціонування черепно-мозкових нервів, лицьова та оральна диспраксія, мозочкові та екстрапірамідні розлади. Дефекти вимови дітей цієї групи були різноманітні і варіативні. Вони виражалися одночасно в відсутності, замінах й викривленнях звуків, характерних для різних форм дизартрії. Порушення мали змішаний характер в однієї та тієї же дитини.

Це пояснюється тим, що при впливі шкідливого фактору на мозок, пошкодження мають, як правило, поширений характер. Ураження одних систем мозку може сприяти недорозвиненню та дисфункції інших.

Дослідження показало, що одним із симптомів складного комплексу фонетико-фонематичних порушень при стертій дизартрії є спотворення звукоскладової структури слова, яка характеризується різноманітністю проявів порушень як на рівні структури слова, так і на рівні структури окремого складу, особливо зі збігом приголосних звуків.

Експериментально встановлено, що характер спотворення звукоскладової структури слова дітьми зі стертою дизартрією визначається сукупністю ряду факторів: контекстуальними впливами на рівні слова та складу; довжиною слова і характером його складової структури; місцеположенням і характером збігу приголосних у слові; частотою вживання слова і ступенем його знайомства для дитини; приналежністю до частини мови; специфічними артикуляторними труднощами. Провідним чинником, що призводить до спотворення звукоскладової структури слова дітьми зі стертою дизартрією, є дисфункція артикуляторної програми, що обумовлена дією різних механізмів.

Характер помилок, що допускаються дітьми зі стертою дизартрією при сприйнятті та розпізнаванні звуків, свідчить про порушення участі в цьому

процесі як моторних компонентів, так і слухового аналізу акустично близьких звуків.

Розлади діяльності рухового аналізатора призводять до порушення формування сукупності мовленнєвих і акустичних уявлень про звук, що перешкоджає повноцінному розвитку функцій фонологічної системи мови.

Дослідження дозволяє констатувати у дошкільнят зі стертою дизартрією порушення сприйняття і розрізнення слів на основі диференційних ознак фонем. Недиференційованість фонематичного сприйняття виражається за більшістю ознак. В її основі лежить, з одного боку, несформованість операцій вибору фонем по їх артикуляторним параметрам внаслідок недостатності кінестетичних узагальнень. З іншого – несформованість фонемної моделі слова, як результат недостатності акустичних узагальнень.

Труднощі визначення правильності звукового оформлення слова у частини дітей з стертою дизартрією були обумовлені недостатньою сформованістю смислової складової функції фонем, що дозволяє здійснювати співвіднесення поєднання фонем в усному слові з його семантикою.

В історії розвитку таких дітей спостерігалися ускладнення в перинатальному періоді. У 4-х виявлені інфекційні захворювання матері, в інших патологічний характер пологів. Серед основних проявів неврологічних та мовленнєвих зрушень виявлені: дистонія м’язів (35%) частіше у вигляді гіпотонії мімічних, артикуляторних м’язів та м’язів кінцівок. Обмеження рухів язика з ознаками спастичності, напруження кореня, або, навпаки, дистонія різних його частин. Знижена точність рухів кінцівок та пальців. Також відмічений пізній початок формування мовленнєвих функцій – пізня поява перших слів та фразового мовлення. Всі діти мали накопичення слини у роті. На момент обстеження основним проявом були порушення звуковимови: випадіння, спотворення або заміна звуків. Так спостерігалися: міжзубний сигматизм свистячих та шиплячих (25%), ротацизм (65%), лямбдацизм (40%). Складні порушення артикуляції, як результат порушення іннервації став

причиною поєднання різних видів стигматизму та порушеного вимовляння звук «р» (піднебінне). Голос сиплий, темп мовлення прискорений, назальний відтінок голосних.

3.2. Теоретичне обґрунтування впровадження концепції комплексної допомоги при дизартрії у дошкільного віку

За даними численних авторів, причиною дизартрії є органічне ураження центральної нервової системи в результаті внутрішньоутробного, під час пологів, або прижиттєвого ушкодження (травми, запальні захворювання) нервової системи дитини. При дизартрії погіршується координація рухів, ускладнюється виконання артикуляційних рухів, утримання певної артикуляційної позиції, в результаті чого виникають дефекти вимови. Виявляються порушення моторики артикуляційного апарату (дитина погано жує, ковтає, похлинається).

Спрямованість реабілітаційних заходів при дизартрії охоплює як розвиток мовлення, так й особистості дитини в цілому, через те, що у таких дітей відзначається порушення інтелекту, рухової та емоційно-вольової сфери.

В дослідженнях, присвячених проблемі реабілітації дітей з дизартрією, намагалися обґрунтувати і реалізувати на практиці педагогічні технології застосування фізичних вправ як засобу корекції психосоматичних порушень і компенсації незворотних змін.

Зараз все вказує на недостатню ефективність використовуваних в практиці роботи лікувально-профілактичних установ різного типу педагогічних технологій фізичної реабілітації дітей з дизартрією. Ізольований логопедичний та педагогічний вплив (артикуляційна гімнастика, логопедичний масаж, вправи на розвиток мовлення) не дають, на жаль, очікуваних результатів. Недостатня увага приділяється застосуванню загальнорозвивальних вправ і засобів фізичного впливу (фізіотерапія, голкорефлексотерапія). Це пов’язано з тим, що

логопед все ж таки є педагогом. Тому питання більше в тому, як налагодити плідну співпрацю з медичними працівниками та визначити критерії ефективності запроваджених змін. Тобто логопед, реабілітолог та дитячий невролог мають працювати в партнерстві.

Роботі з конкретною дитиною повинна передувати ретельна підготовка: вивчення не тільки медичної документації, а й медико-педагогічного статусу. Результатом повинна стати індивідуальна програма реабілітації, де кожен фахівець отримає завдання, а також план сумісної роботи з батьками дитини. Тобто від лікування ми очікуємо не тільки поліпшення фізичного стану, а й покращення психосоматичного статусу. Батьки отримують конкретні рекомендації щодо продовження занять в домашніх умовах. А діти припиняють боятися лікарень та лікарів.

3.3. Результати контролю ефективності застосування методів фізичної реабілітації з метою корекції дизартрії

Обстеження для визначення ефективності комплексної реабілітації дітей з проявами дизартрії проведені на базі відділення для дітей з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки КНП «Сумська обласна дитяча клінічна лікарня». Діти були поділені на дві групи. Перша група (6 хлопчиків та 2 дівчинки) – діти з проявами дизартрії 1 ступеня , що отримували комплексне відновне лікування в стаціонарі (заняття з логопедом в тому числі логопедичний масаж та фізична реабілітація з відповідним фахівцем). Друга (4 хлопчики та 4 дівчинки) діти, що отримували з різних причин тільки логопедичну допомогу (амбулаторну та стаціонарну). Тривалість курсу була обмежена можливостями закладу охорони здоров’я і тривала в обох групах в середньому 2 робочих тижні (10 днів) з наданням подальших рекомендацій щодо домашнього відновлення. Медико-педагогічне обстеження включало:

аналіз та вивчення медичної документації, опитування, обстеження загальної та артикуляційної моторики, оцінку звуковимови та експресивного мовлення.

Методика проведення логопедичного заняття

В основі корегувальних впливів при дизартрії безумовно є логопедичне втручання. У відділенні ми спостерігали дітей протягом періоду перебування на стаціонарному лікуванні. З кожним досліджуваним було проведено 10 занять. Заняття в середньому тривало 45 хвилин та складалося з 3 частин.

Початкова або підготовча складова заняття тривала близько 20 хв. Мета цієї стадії: підготувати мовленнєвий апарат до засвоєння матеріалу, корекції звуковимови та диспраксії. Педагог звертає увагу на правильне виконання вправ.

Після проведення підготовчої частини, фахівець приступає до основної частини, що триває близько 20 хв. Основна мета – це корекція звуковимови та розвиток лексико-граматичної сторони зв’язного мовлення, формування фонетичного боку мови, диференціація звуків.

Для розвитку мовлення пропонуємо завдання з класифікації понять, визначень, підбору синонімів та антонімів, самостійному утворенню слів, конструюванню речень, збагаченню лексичного запасу з урахуваннями вікових норм.

Заключна частина заняття (10 хвилин). Вправи на розслаблення, дихальні вправи. Закріплення матеріалу.

Дитина бере участь в усіх процедурах із задоволенням. Педагоги та медичні працівники слідкують за увагою та емоційним станом учня. Не треба перевантажувати дітей, збільшувати тривалість заняття, кількість повторень. По закінченню курсу батькам надають настанови щодо подальшої роботи.

Пам’ятка для батьків

Перед тим, як дитина буде продовжувати реабілітаційні заходи в домашніх умовах, батьки отримують змістовні настанови щодо логопедичних занять та фізичних вправ. По-перше, логопед нагадує особливості мовленнєвого розвитку дітей 4-5 років з дизартрією та анатомо-фізіологічні підстави виникнення порушень мовлення. Логопед навчає базовим прийомам логопедичного масажу, артикуляційної та дихальної гімнастики. Фахівець з фізичної реабілітації знайомить батьків з методиками фізичного відновлення в домашніх умовах та поєднання їх з педагогічним втручанням.

Комплекс реабілітаційного лікування не закінчується після виписки зі стаціонару. Батьки та опікуни отримують чіткі рекомендації щодо продовження реабілітаційних заходів.

Вимоги до занять в домашніх умовах:

1. Вправи не вимагають особливих умов виконання та складного обладнання.
2. Комплекс відповідає віку дитини та фізичній підготовці.
3. Інструктор має бути на зв’язку, якщо необхідне уточнення інструкцій.
4. Реабілітолог в ідеальній ситуації в умовах стаціонару інструктує батьків, наочно демонструє методику виконання комплексу та контролю стану дитини.

Батьки дітей, які страждають дизартрією, в ході консультацій отримують інформацію щодо засобів і методичних прийомів адаптивної фізичної культури, що застосовуються для корекції дизартрії у дітей 4-5 років; освоюють методику проведення загальнорозвивальних і спеціальних фізичних вправ за індивідуальними програмами в домашніх умовах.

В умовах відділення для дітей з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки СОДКЛ з метою вдосконалення програми лікування дітей зі СД включено до комплексу призначень:

1. Лазеропунктура з метою стимуляції біологічно-активних точок, рекомендованих лікарем-лазеротерапевтом.

2. Голкорефлексотерапія за показаннями (порушення іннервації м’язового апарату та підвищеного слиновиділення) та рекомендаціями лікаря-рефлексотерапевта.

3. Комплексне застосування спеціальних і лікувальних фізичних вправ.

Всі методики узгоджені з медичними протоколами та рекомендаціями щодо використання в цієї групі хворих дітей та індивідуальними особливостями.

Для здійснення мовленнєвого акту потрібен фізіологічний зв’язок між усіма рівнями центрального і периферичного відділів мовленнєвого апарату. Відповідно до плану дії щодо висловлювання, в коркових структурах здійснюється відбір команд для організації відповідних рухів, які реалізуються за участю периферичних нервових структур. Порушення будь-якої ланки процесу викликають порушення мови.

Необхідно відзначити роль мімічних м’язів при здійсненні комунікативної функції, особливо при наявності порушень звуковимови, повної або часткової відсутності мовлення. Відомо, що ці м’язи складаються з дугоподібних і кругових волокон, які розташовані переважно навколо отворів очей, рота, носа і вух. Вони беруть участь в замиканні або, навпаки, в розширенні цих отворів, в утворенні різних мімічних рухів, що змінюють вираз обличчя внаслідок їх тісного зв’язку з емоціогенними структурами мозку. На цей час використовують прийоми ранньої діагностики дизартричних розладів на основі оцінки немовних порушень (Див. табл. 3.1. та рис. 3.1.).

Таблиця 3.1. Результати обстеження мімічної моторики (до та після лікування)

№	Проба	Група 1			Група 2		
		До (бали)	Після (бали)	Динаміка (%)	До (бали)	Після (бали)	Динаміка (%)
1	«Наморщити лоба»	3,0	4,0	25	3,0	3,75	20
2	«Насупитися»	2,75	3,75	26,6	2,75	3,5	21,4
3	«Прижмурити очі»	2,75	4,0	31,25	3,0	3,5	14,2
4	«Наморщити ніс»	2,5	3,75	33,3	3	3,5	14,3
5	«Надути щоки»	3,25	4,0	18,75	3,15	3,5	10

Майже у всіх дітей відзначається ранні прояви неврологічної симптоматики в моториці апарату артикуляції. В лицьовій мускулатурі може спостерігатися наявність асиметрії, згладжування носо-губних складинок, опущення одного з кутів рота, перекіс рота в сторону при усмішці і плачі; гіпомімія; порушення тонусу лицьової мускулатури за спастичним типом, гіпотонії, дистонії; гіперкінези лиця. У зв’язку з цим було проаналізовано стан мімічних м'язів обличчя до і після проведення курсу реабілітації.

Рисунок 3.1. Результати обстеження мімічної моторики (до та після лікування)

Інформація щодо оцінювання загальної моторики є додатковим індикатором ефективності відновлення (Див. табл. 3.2. та рис. 3.2.).

Таблиця 3.2. Результати обстеження загальної моторики (до та після лікування)

№	Проба	Група 1			Група 2		
		До (бали)	Після (бали)	Динаміка (%)	До (бали)	Після (бали)	Динаміка (%)
1	Стій на одній нозі (ліва, права)	2,5	3,5	28,5	2,25	3,25	3,8
2	«Пригати на двох ногах із просуненням уперед»	2,1	3,5	40	2,75	3,5	21,4
3	«Підкидай та лови м’яч»	2,75	3,75	26,6	2,75	3,75	26,6
4	«Ходимо на місці».	2,75	3,75	26,6	3,0	4,0	25
5	«Ходьба по сходах (уверх та униз)».	2,1	3,75	44	4,0	4,0	0

Рисунок 3.2. Результати обстеження загальної моторики (до та після лікування)

У наведених нижче таблицях у даному розділі роботи представлені результати педагогічного тестування згідно розробленої системи оцінювання рухливості мімічної мускулатури, артикуляційної моторики за допомогою тестів статичного і динамічного характеру. Аналіз результатів продемонстрував неоднорідність обстежуваних груп. Виконання деяких вправ констатувало значні розбіжності у межах груп. Найважчою виявилася вправа «наморщити лоба». Позитивна динаміка пояснюється зниженням тонусу м'язів, завдяки тому, що увесь комплекс має це за мету. Порівняння оцінювальних даних, що були отримані до експериментального обстеження та після нього, виявило покращення або незмінний результат майже по всім тестам. Мав місце приріст середніх величин в обох групах, але більш суттєвий у першій. Ці діти отримували не тільки логопедичну допомогу, а й ту, що спрямована на покращення моторних функцій всього тіла. Отримані обнадійливі результати можна пояснити саме використанням методів фізичного впливу і логопедичного масажу, методів рефлексотерапії, що безпосередньо сприяло зниженню м'язового тонусу та одночасно діяло на кору головного мозку та периферичний нервовий апарат.

Виконання першої проби на перевірку загальної моторики полягало в наморщуванні лоба. Діти обох груп добре справилися з випробуванням. Динаміка показників мала позитивні тенденції. Вивчення результатів показало, що при першому тестуванні, проведеному до курсу реабілітації, між групами відмінностей не виявилося. Тестування після курсу лікування виявило більший приріст показників в тій групі, де використовувалися комплексні методи впливу. Приріст показників в групах склав 25-33,3% та 10-20%. Результати інших проб («насупитися», «прижмуритися», «надути щоки») на артикуляційну моторику мали подібну тенденцію. Це остаточно підтвердило користь комплексної реабілітації для дітей дошкільного віку (РТ, лазеротерапія, різні види масажу, магнітотерапія та лікувальна фізкультура).

Найменший приріст (18,75% та 10% по групах) був при виконанні тесту «надути щоки». Його проводять для визначення сили колового м’яза рота, який безпосередньо бере участь в процесі артикуляції.

Дослідження артикуляційної моторики в статичному режимі (див. табл. 3.3) проводилися такі випробування: «Пташеня», «Опустити нижню губу вниз», «Підняти верхню губу вгору», «Голочка», «Змійка», «Лопаточка». Найкращі результати ми побачили при виконанні вправ «Лопаточка», «Пташеня». Невелика різниця балів спостерігалася при виконанні тестів «Опустити нижню губу вниз», «Підняти верхню губу вгору».

Таблиця 3.3. Результати обстеження артикуляційної моторики в статиці (до та після лікування)

№	**Тест**	**Група 1**			**Група 2**		
		До (бали)	Після (бали)	Динаміка (%)	До (бали)	Після (бали)	Динаміка (%)
1	«Пташеня»	3,0	3,9	23,1	3,0	3,75	20
2	«Опустити нижню губу вниз»	2,25	3,25	30,8	2,75	3,6	23,6
3	«Підняти нижню губу вгору»	2,25	3,5	35,7	2,5	3,25	20
4	«Голочка»	3,5	4,0	12,5	3,5	3,75	6,6
5	«Лопаточка»	2,5	3,75	33,3	2,25	3,0	25
6	«Змійка»	3,0	3,25	7,7	2,0	3,0	33,3

Наочно це можна побачити на рисунку 3.3.

Рисунок 3.3. Результати обстеження артикуляційної моторики в статиці (до та після лікування)

В таблиці 3.4. представлені результати обстеження артикуляційної моторики в динаміці. Тести даної групи ускладнилися у порівнянні з попередніми, оскільки обстежуваним пропонувалося виконати ряд перемикань з однієї артикуляційної позиції на іншу.

Таблиця 3.4. Результати обстеження артикуляційної моторики в динаміці (до та після лікування)

№	Тест	Група 1 (бали)		Динаміка (%)	Група 2 (бали)		Динаміка (%)
1	«Посмішка-трубочка»	3,25	3,9	35,3	2,5	2,75	33,3
2	«Смачне варення»	2,1	3,25	28,6	2,1	3,0	40
3	«Щітка»	2,75	3,25	15,4	2,25	3,0	25
4	«Лошадка»	2,5	3,5	35,3	2,75	3,25	15,4
5	«Гойдалка»	2,1	3,25	16	3,25	3,6	9,7

Середній бал був значно менший в групах. Приріст мав картину, подібну попереднім дослідженням. Найважчими для обох груп виявилися тести «Щітка» та «Гойдалка» (див. рис. 3.4.).

Рисунок 3.4. Результати обстеження артикуляційної моторики в динаміці (до та після лікування)

Для обстеження артикуляційного апарату в динаміці проведені наступні тести: «Посмішка-трубочка», «Смачне варення», «Щітка», «Лошадка».

Аналізи окремих проб свідчать про те, що деякі з них діти виконували також з напруженням. Тому результати майже не змінилися. Найважчими виявився тест «Гойдалка» та «Лошадка». Можна уявити, що це викликано необхідністю піднімати язик угору, що дітям дається важче і є проявом недостатності артикуляційного праксису, порушення пропріоцептивної зворотної аферентації, коли діти погано відчувають положення язика. З іншого боку, експеримент мав нетривалий характер, тому дитині будуть потрібні або нові курси лікування через певний проміжок часу або заняття в амбулаторних умовах.

Тести підгрупи, представленої в табл. 3.4. мають динамічний характер, Оцінюємо: точність, обсяг, утримання артикуляційної позиції, темп виконання. Позитивна динаміка встановлена в усіх групах. Варіативність показника була в першій групі від 16% до 35,3%, в другій групі від 9,7% до 33,3%. Тобто спостерігається таж сама тенденція – кращі цифри отримані в першій групі. Засоби фізичного впливу без сумніву дають позитивний ефект впливу під час корекції функцій смугастих м'язів обличчя.

Проба «змійка» не спричинила труднощів у виконанні як вищезгадані, але тест дозволяє діагностувати наявність артикуляторної диспраксії. Більш складною виявилася вправа «Голочка» статичного характеру. Для виконання вправи треба широко відкрити рот язик висунути вперед та прибрати назад, закрити рот. Оцінюють точність, швидкість переключення артикуляційних позицій. Динаміка приросту в групах склала 12,5% та 6,6% в групах 1 та 2 відповідно. Тобто показник другої групи був гірший. Ймовірно, це можна пояснити парезом ключових м'язів (підбородково-язичного та поперечного м'язу) у дітей. Ефект приросту пояснюється результатами позитивного впливу фізичних вправ на явища спастичності. Позитивна динаміка в першій групі свідчить не тільки про покращення моторики, а про корекцію диспраксії за рахунок позитивного впливу на кінестетичні відчуття.

Таким чином, беручи до уваги вищенаведені результати можна зробити висновки:

1. Наявність позитивної динаміки в усіх тестах кожної групи свідчить про ефективність застосування всіх використаних методів впливу на мімічну мускулатуру дітей 4-5 років.

2. Застосування до логопедичних методів засобів ЛФК призвело до підвищення ефективності результатів тестів в порівнянні з іншими групами, що свідчить на користь наших висновків;

Відомо, що артикуляційний відділ є частиною периферичного апарату промови, до якого відносяться порожнину рота, верхня і нижня щелепа, язик,

губи, тверде і м’яке піднебіння, альвеоли. Рухливими органами артикуляції є язик, губи, м’яке піднебіння і нижня щелепа. Всі порушення, що виникають в даному відділі, залежать від ураження різних структур мозку, які керують руховим механізмом мови і можуть проявитися у вигляді периферичного або центрального паралічу (парезу). Для визначення стану цих м’язів використані тести статичного і динамічного характеру.

При роботі над звуковимовою спираються в першу чергу на знання артикуляційних укладів рідної мови. Всі використані вправи рекомендовано виконувати як артикуляційні для підготовки к комплексним заняттям та формування відповідних укладів рідної мови. Потім обстежуваним дітям запропоновано було повторити фрази, короткі оповідання для обстеження вимови голосних та приголосних звуків. Тобто в роботі дотримувалися певної послідовності. Роботу починали з тих фонем, які частково вимовлялись правильно, або для яких робота артикуляційного апарату була найпростішою. З урахуванням ознак диспраксії, а також обмеженого часу досліджень, динаміки майже не було.

Таблиця 3.5. Оцінювання звуковимови

№	Період спостереження	Група 1	Група 2
1	До початку курсу лікування (бали)	3,75	3,75
2	Після закінчення реабілітації (бали)	3,75	3,75
3	Динаміка (%)	0	0

Таблиця 3.6. Оцінювання експресивної мови

№	Період спостереження	Група 1	Група 2
1	До початку курсу лікування (бали)	3,5	3,75
2	Після закінчення реабілітації (бали)	3,5	3,75
3	Динаміка (%)	0	6,6

Звуковимова оцінювалася при виконанні завдань на повторення слів та фраз за логопедом. Діти не вимовляли як приголосні, так і голосні звуки.

Рисунок 3.5. Оцінювання звуковимови та експресивного мовлення

При виконанні завдання, представленого в табл. 3.5. та 3.6. пропонувалося повторювати за експериментатором слова і фрази для обстеження вимови голосних і приголосних звуків. Експресивний бік мовлення оцінювали під час спілкування дитини з логопедом, батьками, іншими дітьми, під час виконання завдань. Завдяки експресивному мовленню, дитина вбудовується, інтегрується в навколишнє середовище та суспільне життя. Проведене оцінювання експресивної мови також не продемонструвало динамічних змін (див. табл. 3.6.). Приросту показників немає ні в першій, ні в другій групі. Це також результат скороченого курсу відновного лікування. Для

розширення лексичного запасу, корекції граматичної будови мовлення, надання можливості активного спілкування потрібно більше часу для корекційних занять. З іншого боку фізичні вправи все ж такі спрямовані на відновлення моторних функцій, нормалізацію м’язового тонусу, та усунення гіперкінезів. Тому прорив в розвитку мовлення не очікували.

Наявні результати свідчать про високу ефективність застосованої комплексної реабілітації дітей зі стертими дизартріями, які є результатом ДЦП. Подібний підхід поєднує традиційні логопедичні втручання та відновну складову, що зазвичай розробляється індивідуально. Ці методи наряду із загальними розвивальними вправами дозволяють досягти помітних змін мовленнєвого апарату та м’язового апарату в цілому.

РОЗДІЛ 4
ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Проблема дизартрії досі залишається актуальною. Покращення діагностики, прогрес медичних та педагогічних наук обізнаність батьків, вчасне звернення за медичною допомогою потребує розробки нових комплексів відновного лікування. Традиційних методик, які мають обмежені показання, недостатньо для отримання стійких результатів. Інтеграція різних засобів реабілітації, залучення методів адаптивної та лікувальної фізичної культури – це спроба підвищити ефективність корекційної роботи логопедів, які на сьогодні є незамінними співробітниками медичних закладів.

Спочатку ми на підставі досвіду провідних педагогів-практиків склали програму педагогічного дослідження мови та мовного апарату, яка відповідала меті експерименту, а з іншого не була складною та не втомлювала дітей. Всього проведено три етапи дослідження різних боків мовлення: загальної та артикуляційної моторики, експресивного боку мовлення та звуковимови. Завдяки цьому ми отримали уяву про стан цих функцій у досліджуваної групи дітей зі СД. Цю програму було використано також з метою контролю результатів.

Було досліджено 2 групи дітей дошкільного віку зі СД. В першій групі застосовувалася загальноприйнята логопедична корекція (заняття, логопедичний масаж, артикуляційні та дихальні вправи, вправи для розвитку дрібної моторики) з використанням логопедичного масажу та методів фізичної реабілітації з приводу основного захворювання з елементами адаптивної фізичної культури. В другій групі в силу різних обставин діти відвідували тільки корекційні логопедичні заняття. Серед лікувально-відновних методів діти отримували сеанси голкорефлексотерапії, лазеропунктури на біологічно активні точки загального впливу, що застосовуються при порушеннях мови, розвитку артикуляції, загальнофізичні вправи та спеціальні вправи для дітей з

ДЦП. Ці методи мають комплексний вплив на дитячий організм. Конкретні програми медичних втручань були узгоджені з відповідними фахівцями. Результати контрольного тестування і порівняння результатів дітей різних груп продемонстрували наявність патологічних зрушень у дітей з дизартрією. Результати окремих тестів показали помітну різницю у здатності дітей виконувати ті чи інші вправи. Під час порівняння результатів первинних та завершальних тестувань (після курсу відновного лікування) в обох групах виявлені обнадійливі результати та позитивна динаміка показників в обох експериментальних групах Але діти з першої групи справлялися краще, ніж діти з другої. Помітний прогрес спостерігався під час виконання серії тестів для оцінювання моторики лицевої мускулатури. Динаміка показників склала 25,0-33,3% і 10-21,4% відповідно. Різниця на наш погляд обумовлена саме комплексним застосуванням реабілітаційних методів в поєднанні з логопедичним масажем і педагогічними впливами.

Також, без сумніву, позитивна динаміка виявлена під час обстеження артикуляційного апарату. Результати першої групи були вищими, але без значущої різниці, що пов’язане із застосуванням, перш за все, логопедичної корекції в комплексі з логопедичним масажем. Помітною різниця була при виконанні тестів «Пташеня», «Лопаточка», «Голочка». Діапазон різниць між групами склав 7,7-35,7% в першій та 6,6-33,3% в другій групі. Ймовірно це пояснюється дизартрією з наявними гіперкінезами, коли дитина не може зафіксувати положення язика, витягнути його з рота та з порушеннями тонусу м’язів язика. Найскладнішим зі статичних методів виявилася вправа «парус», що є причиною підвищення тонусу вертикального м’яза язика та утрудненням підняття вгору кінчика язика.

Помітну динаміку в першій групі пояснили все ж таки високою питомою вагою фізичних вправ в програмі. Хоча ця різниця не мала значущих відмінностей. За деякими параметрами різниця в другій групі була мінімальною. Наприклад, при виконанні вправ «усмішка», «опустити нижню

губу вниз», «підняти нижню губу вгору». Що пояснили включення в групи дітей з першим ступенем спастико-паретичної дизартрії.

Отримані дані свідчать про доцільність дотримання рекомендацій щодо комплексного застосування всіх реабілітаційних методик. Разом з обов'язковим логопедичним втручанням (в тому числі з розслаблювальним логопедичним масажем) слід підбирати різні фізіотерапевтичні методики та засоби фізичної реабілітації. Голкорефлексотерапія, лазеротерапія, магнітотерапія, що спрямовані на розслаблення м'язів, мають стати неодмінною частиною лікування. Саме подібні комплекси мають позитивні впливи на процеси взаємодії та активізації центральних та периферичних структур, що забезпечують мовлення. Особливу увагу слід приділяти лікувальному масажу, який має сприятливу дію на смугасті м'язи тіла та, відповідно, логопедичному масажу для впливу на м'язи лиця. Результати проведення тестів для вивчення артикуляційної моторики в динаміці підтвердили отримані висновки та продемонстрували позитивний результат застосування сумісної роботи логопедів і медичних працівників. Мовленнєвий апарат починає працювати узгоджено та синхронно. Відсутність динамічних змін була пов'язана з організаційними моментами наукової роботи та обмеженими термінами перебування в стаціонарі. Крім того дослідження саме дизартрії зі спастико-паретичними проявами, яка найкраще піддається корекції фізіотерапевтичними методами, було в основі позитивного результату.

Аналіз результатів оцінки звуковимови виявив незначну динаміку. Це можна пояснити необхідністю більш тривалої логопедичної роботи, повторних курсів педагогічних втручань, тому що методи фізичної реабілітації спрямовані саме на покращення стану м'язового апарату.

Проведені дослідження показали ефективність сумісного застосування методів фізичної реабілітації та логопедії для корекції певного типу дизартрії, що повинно стати основою роботи. Проблема лікування цього тяжкого порушення мовлення залишається актуальною. Результати доводять, що такий

тандем логопедії та фізичної реабілітації має підвищити якість лікувального процесу. Але підбір саме комплексу медичних методів має стати основною проблемою подальших досліджень та чинником, що впливає на якість відновного процесу.

.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного практичного та експериментального дослідження нами зроблені наступні висновки:

1. Аналіз літературних джерел свідчить про інтерес фахівців до розв’язання складної проблеми корекції органічних порушень мовлення. На жаль, в більшості випадків ця тема висвітлюється тільки з боку педагогічних впливів. Але діти з дизартрією мають органічні дефекти з боку нервової системи та потребують відновного втручання саме на структури нервової системи для подолання системних уражень.

2. У дослідженні обґрунтовано методи фізичної реабілітації для корекції мовлення дітей дошкільного віку. Для уніфікації методики наукового дослідження програма була розроблена для дітей зі стертою формою дизартрії з урахуванням вікових особливостей та організаційних можливостей проведення корекційних занять.

3. Досягнення сучасної реабілітаційної медицини потребують системного впровадження, тому що тільки комплексний вплив дає результат.

4. Ефективність розробленого підходу до відновного лікування дітей з дизартрією доведено експериментально. Комплексний підхід продемонстрував вищу ефективність реабілітації. Про це свідчить покращення деяких показників, а саме стану м’язової системи після лікування. Зіставлення показників обох груп виявило покращення саме після лікування в умовах стаціонару під контролем фахівців.

5. Запропонована концепція корекції дизартрії у дітей дошкільного віку ґрунтується на використанні загальнорозвивальних і спеціальних корекційних фізичних вправ у поєднанні з впливом низькоінтенсивного лазерного випромінювання, голкорефлексотерапії, індивідуальним підходом до програм занять фізичними вправами в домашніх умовах і проведенням динамічного контролю адекватності фізичних навантажень та ефекту їх впливу.

5. Отримані результати дозволяють рекомендувати дотримуватися саме цієї концепції відновлення для системної корекції мовленнєвих порушень. Об’єктивні показники свідчать про ефективність подібних підходів до лікування дизартрії, як складової комбінованих неврологічних порушень.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Діагностику мовлення слід починати з ретельного логопедичного обстеження (оцінка стану моторики артикуляторного апарату, звуковимови, рівня розвитку мовлення) дітей із застосуванням підібраних педагогічних тестів, що допоможе об’єктивно оцінити результати роботи та спланувати подальшу корекцію.

2. Корекція вивчених станів, поліпшення моторики мімічних м’язів та звуковимови вимагає комплексного підходу, тому що людське тіло функціонує як цілісна система. Позитивні впливи на одну частину тіла ведуть за собою покращення функціонування інших. Тобто не тільки на тлі логопедичних втручань, а й завдяки використанню інших методів відновлення функцій організму. Для підвищення ефективності процесу корекції дизартрії у дітей 4-5 років в умовах стаціонару необхідно проводити регулярні корекційні заняття та використовувати максимальну кількість доступних методів фізичної реабілітації. Кожне заняття має тривати не більше 45 хвилин та складатися з 3-х частин – підготовчої (18 хвилин), основний (20 хвилин) і завершальної (7 хвилин). У підготовчій частині заняття необхідно виконувати дихальні та голосові вправи в поєднанні з загально розвивальними. Рекомендована кількість повторень – до 4 разів кожне. В основній частині заняття безпосередньо слід проводити корекцію звуковимови, виконувати завдання, спрямовані на розвиток фонетико-фонематичного боку мовлення та її лексичного наповнення. Для цього використовуємо різноманітні наочні та предметні посібники. У завершальній частині дитина виконує дихальні вправи, та вправи, що розслаблюють. проводити поступове зниження навантаження.

3. Важливою частиною процесу реабілітації є залучення родини в процес реабілітації. Неодмінною складовою процесу відновлення дітей з дизартрією є проведення консультативної роботи з батьками у вигляді бесід, в ході яких вони отримують науково-обґрунтовані відомості про

механізми лікувально-корекційного впливу засобів лікувальної фізичної культури. Учитель-логопед навчає батьків правильного виконання загальних розвивальних і спеціальних корекційних вправ за індивідуальними програмами в домашніх умовах. Фахівці-реабілітологи навчають батьків методів домашнього впливу на моторні функції всього організму.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андросова В. М. Проблеми логопедичної допомоги дітям та дорослим [Електронний ресурс] / В. М. Андросова // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації (15 лютого 2018 року, м. Суми). – 2018. – Режим доступу до ресурсу: https://repository.sspu.sumy.ua/bitstream/123456789/5614/1/Androsova.pdf.
2. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период) / Е.Ф. Архипова. – М., 1989. – 198с.
3. Архипова Е. Ф. Как помочь ребенку со стертой дизартрией в детском саду [Електронний ресурс] / Е. Ф. Архипова // Современное дошкольное образование. №8. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: https://sdo-journal.ru/journalnumbers/arhipova-ef-kak-pomoch-rebenku-so-stertoj-dizartriej-v-detskom-sadu.html.
4. Архипова Е. Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е. Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2009. – 123 с.
5. Бабина Г. В. Практикум по дисциплине «Логопедия» (раздел «Дизартрия») / Г. В. Бабина, Л. И. Белякова, Р. Е. Идес. – Москва: МПГУ, 2012. – 104 с.
6. Бабина Л.М. Влияние грязевых процедур различного температурного режима на состояние детей больных ДЦП / Л.М. Бабина // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1991. — №4. – 54 с.
7. Бадалян Л. О. Невропатология. Учебник для ВУЗов. 2-е изд., перераб. / Л. О. Бадалян. — М.: Просвещение, 1987. — 317 с.
8. Бадалян Л. О. Детский церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – Киев: Здоровье, 1988. – 328 с.
9. Балашова И. Н. Шкала оценки дизартрии как инструмент клинической работы логопеда / И. Н. Балашова, Н.П. Ванчакова. // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2016. – С. 312–317.

10. Белякова Л. И. Логопедия. Дизартрия / Л. И. Белякова, Н. Н. Волоскова. – Москва: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2013. – 287 с.

11. Бортфельд С. А. Двигательные нарушения и лечебная физкультура при детском церебральном параличе / С. А. Бортфельд– Л.: Медицина, 1971. – 247 с.

12. Брук Т. М. Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения и фармакопунктуры на подвижность органов артикуляционного аппарата детей с дизартрией 4-5 лет / Т. М. Брук, Ю. А. Добрынина, Е. А. Кислякова. // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2011. – №4. – С. 32–35.

13. Вартапетова Г. М. Дифференцированный подход в применении логопедического массажа при коррекции нарушений произносительной стороны речи у детей с дизартрией [Електронний ресурс] / Г. М. Вартапетова, Л. Н. Литошенко // Концепт. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: https://cyberleninka.ru/article/n/differentsirovannyy-podhod-v-primenenii-logopedicheskogo-massazha-pri-korrektsii-narusheniy-proiznositelnoy-storony-rechi-u-detey-s/viewer

14. Вебер К. Г. Дыхательная гимнастика / К. Г. Вебер // ЛФК и массаж. Спортивная медицина. – М., 2007. – №7(43). – С. 39-44.

15. Вербов А.Ф.Основы лечебного массажа / А. Ф. Вербов. – СПб.: ООО «Издательство Полигон», 1999. – 272 с.

16. Винарская Е.Н. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга / Е. Н. Винарская, А. М. Пулатов. – Ташкент, 1989. – С. 7-28.

17. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии / Е. Н. Винарская. – М.: Просвещение, 1987. – С. 20-30.

18. Выготский Л. С. Собрания сочинений. 5 том / Л. С. Выготский. – М.; Педагогика, 1983. – 368 с.

19. Галущенко В. І. Вплив перинатальних факторів в генезі порушень у дітей з різними формами стертої дизартрії / В. І. Галущенко // Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. – Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2019. – Вип. 38. – С. 55-60.
20. Галущенко В. І. Сучасний підхід до комплексного обстеження та планування корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми-дизартріками / В. І. Галущенко // Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. – Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2011. – Вип. 18. – С. 34-36.
21. Голуб А. В. Історичний аспект проблеми дизартрії (хронологізація. перший та другий періоди) / А. В. Голуб. // Корекційна та соціальна педагогіка та психологія. – 2013. – №6. – С. 30–40.
22. Деделюк Н. А. Теорія і методика адаптивної фізичної культури: навч.-метод. посібник для студентів / Н. А. Деделюк. – Луцьк: Вежа-Друк, 2014. – 68 с.
23. Детские болезни / Под ред. Н.П. Шабалова. – 3-е изд. – М: Медицина, 1993. – С. 24-46.
24. Дідкова Л. М. Корекційна робота при стертій дизартрії / Л. М. Дідкова // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. – Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2013. – Вип. 23. – С. 63-66.
25. Дідкова Л. М. Мовленнєва і немовленнєва симптоматика стертої дизартрії / Л. М. Дідкова // Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. – Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2012. – Вип. 21. – С. 69-72.

26. Дідкова Л. М. Клініко-педагогічна характеристика дітей зі стертою дизартрією / Л. М. Дідкова // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія / М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2014. – Вип. 27. – С. 57-62.

27. Дьякова Е. Л. Логопедический массаж при разных формах дизартрии: учеб. пособие для студ. / Е. Л. Дьякова. – Москва: В. Секачев, 2012. – 13 с.

28. Губерт К. Д. Гимнастика и массаж в раннем возрасте: Пособие для воспитателя / К. Д. Губерт, М. Г. Рысс. – М.: Просвещение, 1981. – 127 с.

29. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура / В. И. Дубровский. – Москва: Владос, 2001. – 608 с.

30. Дьякова Е. А. Логопедический массаж: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Е. А. Дьякова. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 96 с.

31. Жукова Н. С. Преодоление недоразвития речи у детей / Н. С. Жукова. – М.: Просвещение, 1994. – 108 с.

32. Жулина Е. В. Дизартрия. значение логопедического массажа в коррекции дизартрии старшего дошкольного возраста 5-6 лет https:// [Електронний ресурс] / Е. В. Жулина, Я. О. Ладина // Проблемы современного педагогического образования. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: https://cyberleninka.ru/article/n/dizartriya-znachenie-logopedicheskogo-massazha-v-korrektsii-dizartrii-starshego-doshkolnogo-vozrasta-5-6-let/viewer.

33. Заплатна С. М. Сучасний підхід до проблеми логопедичного обстеження дітей з недорозвитком мовлення // Педагогіка та методики: спеціальні Зб. наукових статей. Вип. II. – К.: Вид-во НПУ ім М.П. Драгоманова, 2002. – С. 8-13.

34. Кириллова В. П. Возможности физиотерапии при нарушении речи у детей / В. П. Кириллова, А. В. Капустин, Т. Т. Мастеркова. // Российский вестник перинатологии и педиатрии 62 (4). – 2017. – №62. – С. 231.

35. Колишкін О. В. Соціальна реабілітація дітей з порушеннями слуху засобами адаптивної фізичної культури / О. В. Колишкін. // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету. Серія: Соціально-педагогічна [відп. ред. В. І. Співак, упорядник О. В. Гаврилов]. – Кам'янець-Подільський: ПП Мошинський В. С. – 2006. – С. 305–309.

36. Кондратенко В. О. Особливості мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку з дизартрією / В. О. Кондратенко, Ю. А. Волошина // Логопедія: Науково-методичний журнал. – 2013. – №4. – С. 40-44.

37. Конопляста С. Ю. Дизартрія у систематиці мовленнєвих порушень (сучасний погляд) / С. Ю. Конопляста, А. О. Синиця // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 5: Педагогічні науки : реалії та перспективи : зб. наук. праць. – Київ : Вид-во НПУ ім.і М. П. Драгоманова. – 2019. – Вип. 66. – С. 111-116.

38. Конопляста С. Ю. Логопсихологія: навч. посіб. / С. Ю. Конопляста, Т. В. Сак. – Київ: Знання, 2010. – 293 с.

39. Кравченко А. І. Фізична культура як складова комплексної реабілітації і соціальної інтеграції осіб з відхиленнями у стані здоров'я [Текст] / А. І. Кравченко, Н. М. Скачедуб // Педагогічні науки: збірник наукових праць / МОН України, Сумський держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка; [редкол.: А. А. Сбруєва, М. О. Лазарєв, В. І. Лозова та ін.]. – Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2008. – [Частина третя] – С. 82–88.

40. Кравченко А. І. Методи фізичної реабілітації, як складова комплексної допомоги дітям дошкільного віку з дизартрією / А. І. Кравченко, О. І. Коленко. // Актуальні проблеми спеціальної педагогіки,

психології та реабілітації : матеріали IV Всеукраїнської студентської заочної науково-практичної конференції (25 вересня 2020 року, м. Суми). – Суми : ФОП Цьома С. П.. – 2020. – С. 101–104.

41. Кузнецова О. В. Дизартрия как одна из самых распространенных речевых патологий современности / О. В. Кузнецова. // Topical problems of modern science. – 2017. – №1. – С. 48–53.

42. Логопедія. Підручник. Третє видання, перероблене та доповнене / За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2014. – 672 с.

43. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 680 с.

44. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: Кн. для логопеда. — М.: Просвещение, 1985.- 203 с .

45. Мартинюк В. Ю. Мінімальна мозкова дисфункція : навч. посібник / В. Ю. Мартинюк, С. М. Зінченко. – К.: Інтермед,. 2011. – 168 с.

46. Методика выявления речевых нарушений у детей и диагностика их готовности к школьному обучению / Є. Ф. Соботович, Л. Е. Андрусишин, Л. И. Бартенева, Э. А. Данилавичюте, В. В. Тищенко, Л. И. Трофименко. – К.: ПП «Компанія «Актуальна освіта», 1998. – 127 с.

47. Мороз Л. В. Застосування засобів рефлексотерапії у корекційно-логопедичній роботі при стертій дизартрії / Л. В. Мороз. // Актуальні питання корекційної освіти. – 2017. – С. 188–197.

48. Приходько О. Г. Принципы, задачи и методы логопедической работы при дизартрии [Електронний ресурс] / О. Г. Приходько // Специальное образование. – 2010. – Режим доступу до ресурсу: https://cyberleninka.ru/article/n/printsipy-zadachi-i-metody-logopedicheskoy-raboty-pri-dizartrii.

49. Рібцун Ю. В. До питання диференційної діагностики дислалії та мінімальних проявів дизартрії / Ю. В. Рібцун. // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. – 2012. – №21. – С. 227–232.

50. Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Л. Дизартрии // Хрестоматия по логопедии: в 2-х тт. Т. I /Под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с.

51. Соботович Є. Ф. Вибрані праці з логопедії / Є. Ф. Соботович. – К.: Видавничий дім Дмитра Бураго, 2015. – 308 с.

52. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / В. І. Бондар, Л. С. Вавіна, А. М. Висоцька, Є. Ф. Соботович та ін. За ред. акад. В. І. Бондаря. – Луганськ: «Альма-матер», 2003.

53. Тарасун В. В. Логодидактика: навч. Посіб. / В. В. Тарасун. – Київ: Видавничий дім «Слово», 2011. – 392 с.

54. Тищенко В. В., Рібцун Ю. В. Як навчити дитину правильно розмовляти: від народження до 5 років: Поради батькам / В. В. Тищенко, Ю. В. Рібцун. – К.: Літера ЛТД, 2006. – 128 с.

55. Филичева Т. Б. Основы логопедии: учебное пособие для студентов педагогических институтов / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – Москва: Просвещение, 1989. – 223 с.

56. Форостян О. І. Адаптивне фізичне виховання в корекції рухової сфери дітей молодшого шкільного віку з порушеннями слуху / О. І. Форостян. // Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія: Педагогічні науки. – 2015. – №2. – С. 196–200.

57. Хватцев М. Е. Логопедия. Работа с дошкольниками. Пособие для логопедов, студ. пед. вузов и родителей / М. Е. Хватцев. – СПб.: КАРО. – 2004. – 272 с.

58. Хрестоматія з логопедії: Історичні аспекти. Дислалія. Дизатрія. Ринолалія: Навчальний посібник (2-е вид., змін. і доп.)/за заг. ред. Шеремет М. К., Мартиненко І. В. – К.: КНТ, 2008. – 380 с.

59. Шевцова Е. Е. Технологии формирования интонационной стороны речи / Е. Е. Шевцова, Л. В. Забродина. – М.: АСТ: Астрель, 2009. – 222 с.

60. Шеремет М.К. Актуальні проблеми спеціальної освіти. // Науковий часопис. Зб. наукових праць. – К.: НПУ ім. М.П., 2007. – №7. – С. 79-81.

61. Шипицына Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич / Л. М. Шипиціна, И. И. Мамайчук. – СПб., Изд-во «Дидактика Плюс». - 2001. – 272 с.

62. Шохор-Троцкая М. К. Коррекция сложных речевых расстройств / М. К. Шохор-Троцкая. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, В. Секачев. – 2000. – 368 с.

63. Шохор-Троцкая М. К. Стратегия и тактика восстановления речи. Нейропсихологическое введение в логопедию / М. К. Шохор-Троцкая. – М.: Изд- во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 432 с.

64. Щербак А. П. Использование средств адаптивной физической культуры при реализации адаптированных образовательных программ дошкольного образования: методические рекомендации / А. П. Щербак, Е. Ю. Васильева. – Ярославль: ГАУ ДПО ЯО ИРО, 2018. – 118 с.

65. Acoustic and Perceptual Consequences of Speech Cues for Children With Dysarthria [Електронний ресурс] / Erika S. Levy, Younghwa M. Chang, Joséphine A. Ancelle, Megan J. McAuliffe // Journal of Speech, Language, and Hearing Research – Режим доступу до ресурсу: https://pubs.asha.org/doi/full/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0274.

66. Kristen M. Allison. Data-Driven Classification of Dysarthria Profiles in Children With Cerebral Palsy [Електронний ресурс] / Kristen M. Allison, Katherine C. Hustad // Journal of Speech, Language, and Hearing Research. –

2018. – Режим доступу до ресурсу: https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2018_JSLHR-S-17-0356.

67. Acoustic changes in the speech of children with cerebral palsy following an intensive program of dysarthria therapy [Електронний ресурс] / Lindsay Pennington, Eftychia Lombardo, Nick Steen, Nick Miller // International journal language and Communications disorders. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1460-6984.12336.

68. Effects of speech cues in French-speaking children with dysarthria [Електронний ресурс] / Erika S. Levy, Gemma Moya-Galé, Younghwa Michelle Chang та ін.] // International journal language and Communications disorders. – 2020. – Режим доступу до ресурсу: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1460-6984.12526.

69. Kuschmann A. Sentence stress in children with dysarthria and cerebral palsy [Електронний ресурс] / A. Kuschmann, A. Lowit // International Journal of Speech-Language Pathology. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17549507.2018.1444093.

Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age [Електронний ресурс] / L. Pennington, N. Parker, H. Kelly, N. Miller // Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jul 18;7(7):CD006937. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006937.pub3/full.