

Методичні рекомендації щодо корекційної роботи з дітьми, які мають незрощення верхньої губи та піднебіння

Татаринцев О.В.,
завідувач відділу спеціальної педагогіки
КВНЗ КОР "Академія неперервної освіти"

Серед мовленнєвих розладів ринолалію вважають тяжкою вадою, подолання якої потребує тривалого часу, ранньої діагностики порушень розвитку, своєчасного корекційного впливу, врахування індивідуальних і загальнокомпенсаторних можливостей дитини, глибокого знання специфіки логопедичної роботи саме з цією категорією дітей.

Термін «ринолалія» (від грец. *ρῖνός* - ніс, *λαλία* - мовлення) у перекладі означає мовлення в ніс, або гугнявість, тим самим відображуючи лише зовнішні прояви розладу. Історично для визначення цього мовленнєвого порушення в літературі (особливо зарубіжній і медичній) використовували й інші терміни: «палатолалія» (Klaus-Peter Becker, Milosh Sovak), «палапголалія», «ринофонія» (М.Зесман), «механічна дислалія» (О.Правдіна, В.Олтушевський). Проте на відміну від механічної дислалії в разі ринолалії порушується вимова не тільки приголосних, а й голосних звуків. Ринолалія вирізняється ще й наявністю стійких порушень звуковимовної сторони мовлення.

Згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, ринолалія зарахована до голосових розладів, незважаючи на те, що за її наявності спостерігаються грубі порушення артикуляції, які найчастіше є наслідком природжених незрощень верхньої губи, твердого та м'якого піднебіння.

Нині найуживанішим визначенням цього мовленнєвого порушення є таке: ринолалія - це порушення тембру голосу і звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними вадами артикуляційного апарату.

У логопедичній літературі традиційно виділяють три форми ринолалії: закриту; відкриту і змішану і за етіологічними показниками кожна з них може бути органічно і функціонально зумовленою.

1. Закрита ринолалія - це порушення фонаційної сторони мовлення. Порушення нормального проходження струменя повітря через ніс призводить до повного або часткового виключення носового резонансу, спричинюючи тим самим зміни тембру голосу. Закрита ринолалія характеризується зниженням фізіологічного носового резонансу під час вимовляння носових звуків (*м, м', н, н'*). У процесі артикуляції цих звуків у нормі носоглотковий прохід залишається відкритим, і повітря вільно проникає в носову порожнину. Якщо носового резонансу немає, то ці фонемі звучать як ротові (*б, б', д, д'*). Крім вимови носових приголосних звуків у разі закритої ринолалії фонаційно порушуються і голосні звуки, вимова набуває неприродного глухого відтінку, оскільки в цих випадках голос позбавлений низки обертонів.

Причинами закритої ринолалії найчастіше є органічні зміни в носовому просторі, або функціональні розлади піднебінно-глоткового змикання (наприклад, підвищений тонус м'якого піднебіння), тобто ізолюється носова порожнина від ротової.

Розрізняють: передню закриту ринолалію, що виникає за хронічної гіпертрофії слизової носа (в основному задніх відділів нижніх раковин), у разі поліпів у носовій порожнині, викривлення перегородки носа, пухлин у носовій порожнині; задню закриту ринолалію, яка найчастіше є наслідком великих аденоїдних розрощень або носоглоткових поліпів унаслідок фіброми чи інших пухлин. У разі передньої закритої ринолалії порушується нормальне проходження повітря в носові ходи, а задньої закритої - зменшується об'єм носоглоткової порожнини, при цьому фонемі *м, н, н'* звучать як *б, д, д'*. Однією із зовнішніх ознак закритої ринолалії є постійно відкритий рот.

Закриту ринолалію прийнято ще поділяти на органічну і функціональну.

Проте, на відміну від традиційної точки зору щодо закритої форми ринолалії, точніше і правомірніше було б віднести її до ринофонії, оскільки зазвичай за закритого варіанта

спостерігаються лише порушення фонологічні (темброві), а артикулювання, як процес мовотворення, залишається збереженим. Тобто випадає одна з ланок, яка характеризує цю мовленнєву ваду як ринолалію. На користь цієї точки зору свідчать і рекомендації щодо її подолання, які насамперед передбачають усунення причини (органічної або функціональної) медичними засобами. Після лікування зазвичай відновлюється носове дихання і назалізація зникає. Хоча в логопедичній практиці є поодинокі випадки, коли, наприклад, після аденектомії (видалення аденоїдів хірургічно) залишається назальний тембр голосу, і тоді йдеться про так звану звичну закриту ринолалію. В цих випадках рекомендовано застосовувати фонопедичні прийоми, комплекс дихальних і логопедичних вправ, за допомогою яких вдається позбутися неприродного, гугнявого відтінку голосу.

2. Відкрита ринолалія - це порушення як звуковимовної, так і фонаційної сторони мовлення. Вона є найскладнішою в механізмах і найтяжчою у подоланні формою. Розрізняють функціонально і органічно зумовлену відкриту ринолалію. В свою чергу, органічна форма відкритої ринолалії може бути набутою і природженою.

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

Вроджена органічна відкрита ринолалія зазвичай є наслідком: а) природжених незрощень м'якого та твердого піднебіння, закороткого м'якого піднебіння, відсутності або роздвоєння субмукозної (прихованої) щілини; б) парезів і паралічів м'якого піднебіння в разі ураження язикоглоткового і блукаючого нервів.

За функціональної відкритої ринолалії найчастіше вада мовлення зумовлена парезом м'якого піднебіння (одно- або двобічним), змінами, які відбуваються у глотці через її травми і пухлини, порушенням контролю за власним мовленням у разі зниження слухової функції або наслідкуванням назальному мовленню.

3. Змішана ринолалія — це стан мовлення, що характеризується низьким носовим резонансом під час вимови носових звуків та наявністю назального тембру голосу.

Причиною змішаної ринолалії є поєднання ускладненого носового дихання та недостатності піднебінно-глоткового змикання функціонального або органічного походження. Найтипівішим є поєднання закороткого м'якого піднебіння, підслизового його незрощення та аденоїдних вегетацій. У таких випадках аденоїди будуть перешкодою для проникнення повітря через носові ходи. Стан мовлення може погіршитися після аденектомії, оскільки виникає піднебінно-глоткова недостатність і виявляються ознаки відкритої ринолалії. Потрібно ретельно обстежити будову м'якого піднебіння, встановити, яка форма ринолалії сильніше порушує тембр мовлення. Після відновлення носового дихання використовують логопедичні прийоми подолання відкритої ринолалії.

Сучасна практична логопедія активно використовує в роботі методичні розробки і рекомендації О.Алмазової, Л.Вансовської, Т.Волосовець, Т.Воронцової, І.Єрмакової, А.Іпполітової, Н.Захарової, Н.Серебрової, В.Чиркіної та інших як такі, що забезпечують позитивні результати логопедичної роботи (формування чіткої, правильної звуковимови і подолання гугнявого відтінку голосу).

Насамперед слід зазначити, що логопедичний вплив у разі ринолалії має бути науково обґрунтованим, системним, послідовним і мати комплексний характер. Плануючи свою роботу, логопед, керуючись психолого-педагогічною класифікацією мовленнєвих порушень, має визначити стан розвитку структурних компонентів мовлення у процесі логопедичного обстеження. Виходячи зі стану сформованості фонетичної, лексико-граматичної і просодичної сторін мовлення, визначають основні завдання і обирають напрями логокорекційного впливу на дитину з ринолалією.

Високу результативність показала система логопедичного впливу на дитину з ВНГП, розроблена А.Іпполітовою. Підтримуючи ідеї М.Зеємана, М.Хватцева про можливість доопераційного логопедичного втручання, А.Іполітова багаторічним досвідом роботи довела

необхідність і доцільність систематичних логопедичних занять уже в доопераційному періоді. Проте нині слід урахувати, що цю систему розробляли у 1980-ті роки, коли строки оперативного втручання були більш пізніми, тобто фізіологічна й особистісна готовність дитини до спільної роботи була краще сформованою. Враховуючи це, логопеди визнають методику А.Іпполітової як ефективну за відсутності у дитини системних порушень мовлення.

Своєрідність цієї методики полягає в тому, що на тлі дихальних і артикуляційних вправ, розвитку кінестетичних відчуттів увага дитини зосереджується спочатку на артикуляційному укладі (артикулемі) звука, і тільки за умови її засвоєння пізніше підключається голос. У процесі формування артикулем особлива увага звертається на плавний, невимушений характер рухів з метою запобігання виникненню синкінезій у лицьовій та м'язовій мускулатурі. У системі вправ з розвитку артикуляційного праксису основним є використання фізіологічної взаємодії м'язових груп мовленнєвого апарату, тобто їх взаємообумовленість та взаємозалежність. Послідовність роботи над звуками визначається рівнем готовності артикуляційної бази. Зміст логопедичних занять передбачає перевиховання фізіологічного дихання на мовленнєве; відпрацювання диференційованого вдиху - видиху; виховання довгого, плавного ротового видиху для реалізації голосних артикулем (без включення голосу) та фрикативних глухих приголосних; диференціацію короткого і довгого ротового та носового видиху для формування сонорних звуків і африкат; формування м'яких звуків, диференціацію й автоматизацію сформованих звуків. У методиці А.Іпполітової чітко визначено етапи (підготовчий, основний) і особливості логопедичної роботи в до- і післяопераційному періоді, вказано послідовність роботи над звуками, дозування матеріалу в різні періоди роботи.

Артикулеми голосних звуків рекомендовано формувати у такій послідовності: *a, e, o, y, u, я, ю* (завершує цю послідовність звук *й*). Звуки *я, e, ю* формуються зі сполучення *й* та відповідного голосного звука (*a, e, o, y*). Звук *й* дає змогу простежити напрям видихуваного повітря як першої, так і другої частини дифтонга. Принципово відмінною від інших А.Іпполітовою була запропонована саме послідовність роботи над приголосними звуками. О.Рау рекомендувала такий порядок постановки приголосних: *п, б, м, т, д, н, ф, л, к, г, с, з, х*. М.Хватцев: *п, т, к, л, б, д, г, с, з, ш, ж*. З.Нелюбова: *п, б, ф, в, т, д, л, к, г, с, з, х*. Тобто зазначені автори починали постановку приголосних зі проривних (*п, б*) і передньоязикових (*т, д, н*). А.Іпполітова, спираючись на досягнення підготовчого періоду (рухомості м'якого піднебіння, направленості видихуваного струменя повітря через рот, постановки голосних звуків), вважала, що найефективнішим буде початок роботи з постановки щілинних *ф* і *в*, оскільки їх вимова не потребує підвищеної сили голосу, що не є бажаним для ослабленої дитини. На основі *ф* і *в*, змінивши артикуляційний уклад, пропонується поставити *с* і *з* (оскільки дитина вже може показати холодний струмінь повітря). Спираючись на короткий, відривчастий *ф* відбувається змикання і утворюється звук *п*, а від звука *в* можна поставити звук *б*. Незважаючи на відносну збереженість деяких звуків, А.Іпполітова категорично наполягала на тому, що роботу над постановкою звуків слід починати заново, з нуля, оскільки звуковимовну сторону вважала тотально порушеною. Кількість вправ, запропонованих дитині на кожному занятті, може бути різною. Так, на першому занятті можна обмежитися тренуванням ротового видиху або перейти до формування деяких артикулем голосних звуків.

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

Не меншою популярністю серед логопедів користується поетапна методика корекції розладів голосу в разі ринолалії І.Єрмакової (1984). Вона встановила вікові особливості функціональних розладів голосоутворення у дітей і підлітків із природженими незрощеннями губи і піднебіння і, враховуючи це, запропонувала оригінальну систему постановки голосу у ринолаліків. При цьому І.Єрмакова наголошувала на обов'язковому врахуванні в логопедичній роботі принципу індивідуального підходу до свого вихованця.

Автор методики звертає увагу на потребу у проведенні першого (доопераційного) етапу роботи з метою запобігання формуванню компенсаторних патологічних звичок і артикуляційної бази для розвитку мовлення. В цей період передбачено доопераційну підготовку м'якого піднебіння до піднебінно-глоткового змикання після операції, по можливості запобігання дистрофії м'язів глотки, створення функціональних передумов для процесу нормального звукоутворення: переміщення язика в ротовій порожнині вперед, опускання його кореня і зміцнення кінчика, активізація губ і щік, запобігання ключичному типу дихання тощо. Цікавим є акцент на використанні фонації для виховання рухомості м'якого піднебіння як найбільш фізіологічного процесу. Особливості артикуляції голосних *a* і *ε*, на думку автора методики, дають змогу застосовувати їх для розвитку рухливості сегментів м'якого піднебіння. Вправи з цими голосними слід починати з першого заняття, привертаючи увагу дитини до м'якої голосоподачі і правильного положення язика в роті. На думку І.Єрмакової, патологічне положення язика в порожнині рота порушує мовлення більше, ніж недостатність піднебінно-глоткового змикання. Тому активізації рухомості язика і вихованню правильного його положення в роті потрібно приділяти особливу увагу. Артикуляційну гімнастику і масаж органів артикуляції слід проводити щодня - 3-4 рази по 5 хв. Оскільки кінестетичні відчуття у осіб із ВНГП знижені, рекомендовано одночасно працювати не більше ніж над трьома видами вправ, враховуючи індивідуальні особливості кожної дитини. При цьому слід уникати різких, швидких артикуляційних рухів, оскільки вони потребують значного напруження і не дають бажаного ефекту, тому що дитині важко запам'ятати зміну кінестетичних відчуттів і точно відтворити рухи. Корекцію дихання краще проводити в кабінеті ЛФК. Щоб дитина могла перейти безпосередньо до дихальних вправ, вона має оволодіти спрямованим струменем повітря. Тільки після оволодіння достатньо подовженим діафрагмально-реберним видихом логопед може приступати до постановки голосних звуків і вокальних вправ, починаючи з протяжної вимови голосних *a-a-a*, *e-e-e* на м'якому видиху в грудному регістрі. Пізніше підключаються звуки *o*, *i*, *y*, *u*. Після того як дитина навчиться протяжно вимовляти «ізолювані» голосні, слід переходити до злитної вимови сполучень з двох, потім з трьох звуків. Розвиток фонематичного слуху входить до кола завдань, які логопед вирішує в підготовчому періоді (вміння виділяти звук з ряду ізолюваних, виявляти наявність звука в слові, визначати місце звука в слові і правильність його вимови, розрізняти на слух ротові і носові звуки тощо). Слід активно використовувати ігрові моменти з елементами звуконаслідування, ігри з включенням сюжетних елементів тощо. Оскільки вправи на розвиток фонематичного слуху є досить виснажливими, ними рекомендовано займатися впродовж 7-10 хв. під час одного заняття.

І.Єрмакова вважає можливою роботу над звуковимовою до операції, зміст якої залежить від віку дитини і стану вади. Основне, на думку автора, - досягнути поліпшення комунікативної функції мовлення, задовольняючись на цьому етапі лише приблизною артикуляцією, звуками-аналогами.

До постановки приголосних фонем має завершитися етап постановки діафрагмально-реберного дихання. Етапу постановки «чистих» приголосних можуть передувати операція і період відновлення сформованих мовленнєвих навичок. За І.Єрмаковою, починати потрібно з приголосних *л*, *л'*, *в*, *в'*, *ф*, *ф'*, вимова яких краще диференціюється в складах, де приголосний стоїть в інтервокальній позиції - між двома голосними. Принциповою є позиція автора щодо потреби у включенні до спонтанного мовлення нових мовленнєвих навичок уже на цьому етапі. Надалі послідовність постановки приголосних може бути такою: *п*, *п'*, *б*, *б'*, *м*, *м'*, *с*, *с'*, *з*, *з'*, *т*, *т'*, *д*, *д'*, *н*, *н'*, *ш*, *г*, *к*, *х*, *р*, *р'*. За цією методикою останньою має бути робота з постановки *ж* і *аффрикатів*. Одночасно проводять роботу з диференціації ротових і носових звуків: *м* - *п*; *м'* - *п'*; *н* - *д*; *н* - *т*; *м* - *б*; *м'* - *б'* тощо.

На думку Л.Вансовської (1977), роботу з усунення назалізації слід починати не з традиційного звука *a*, а з голосних переднього ряду *i* та *e* (рос.), оскільки саме ці звуки дають змогу спрямувати струмінь видихуваного повітря в передній відділ ротової порожнини і

укласти язик біля нижніх різців. При цьому посилюється чіткість кінестетичних відчуттів, а вимова звука *і* «примушує» активізуватися м'язи глотки і м'якого піднебіння.

За цієї методикою логопед під час роботи з дитиною говорить тихим голосом, з дещо висунутою вперед нижньою щелепою, з півусмішкою на обличчі, з посиленим напруженням м'якого піднебіння і м'язів глотки. Спочатку проводять роботу з усунення назалізації голосних, потім здійснюють постановку сонорів (*л, р*), пізніше - щілинних і проривних приголосних (рос.). Ще наприкінці 1960-х років Т.Воронцова наголошувала на потребі у врахуванні анатомічних і функціональних особливостей артикуляційного апарату для здійснення логопедичної роботи. Водночас С.Таптапова (1963) працювала з дорослими ринолаліками і, спираючись на власний досвід роботи, розробила методику подолання гугнявості з використанням режиму мовчання (вимови голосних про себе), вокальних вправ, спеціальних прийомів для зняття гримас і зайвого напруження м'язів шиї, плечового поясу.

Керуючись методичними рекомендаціями своїх попередників з відновлення голосу у підлітків і дорослих (Н.Лебедева, М.Фомічова та ін.), деякими прийомами вокальних методик (Є.Малютін, Л.Работнов та ін.), матеріалами досліджень зарубіжних фоніатрів і логопедів (Г.Гутцман, В.Во, Д.Тарно, Д.Ейзенсон та ін.) і результатами практичного досвіду роботи, в 1970-ті роки О.Алмазова запропонувала методичну систему відновлення голосу у дітей у разі органічних захворювань гортані. В контексті проблеми подолання ринолалії цікавими є авторська характеристика різних форм ринофонії і комплексний метод подолання її, який полягає у поєднанні ортофонічних вправ з психотерапією, лікувальною фізкультурою і низкою лікувально-профілактичних заходів.

Значний внесок у вирішення проблеми подолання ринолалії зробила Г.Чиркіна, яка на основі багаторічного вивчення цієї категорії дітей наприкінці 1980-х років розробила методичні рекомендації з комплексної психолого-педагогічної корекції цього мовленнєвого порушення. За Г.Чиркіною, логопедична робота з подолання ринолалії повинна мати комплексний характер і бути спрямованою не тільки на корекцію фонетичних розладів, а й на розвиток лексики, граматики і граматичного мислення на тлі корекційного психологічного впливу.

Виходячи із зазначеного, проаналізувавши методи і прийоми, які використовують у практичній логопедії, можна виділити основні принципи і напрями корекційної роботи з подолання ринолалії:

- урахування механізмів розладу мовлення й особливостей симптоматики (стану піднебінно-глоткового змикання, анатомо-функціональної збереженості артикуляційних органів, дихання, стану артикуляторної бази, слухового контролю, рівня фонематичного слуху тощо), що підкреслює потребу у формуванні артикуляційних укладів заново;
- спирання на збережені аналізатори і їхні функції, розвиток потенційних функціональних можливостей кінестетичного, слухового, зорового апарату;
- використання фізіологічного дихання з метою перевиховання його в мовленнєве діафрагмальне з ротовим видихом;
- паралельність у роботі над формуванням мовленнєвого дихання і формуванням артикуляційних укладів;
- використання фізіологічної взаємозалежності і взаємодії м'язових груп мовленнєвого апарату в роботі з розвитку артикуляційного праксису;
- урахування рівня готовності артикуляційної бази звуків для визначення послідовності постановки їх;
- урахування вікових і компенсаторних можливостей дитини з ВНГП;
- забезпечення систематичності і паралельності логопедичної і психокорекційної роботи.

Тобто система корекційної роботи з розвитку фонетично правильного мовлення у дітей дошкільного віку з ВНГП обов'язково має забезпечити: розвиток рухомості м'якого піднебіння, усунення назального тембру голосу, виховання правильної артикуляції всіх звуків, розвиток фонематичного сприймання. Зміст логопедичної роботи з кожного розділу

може варіювати залежно від того, чи прооперована дитина, чи працював з нею логопед до операції, наскільки тривалою була підготовча робота, чи готова вона психологічно до логопедичних занять тощо. Після операції логопед повинен допомогти дитині оволодіти мовленням в анатомічно нових умовах. Для всіх пацієнтів логопедичні заняття після уранопластики є обов'язковими і проводяться з урахуванням доопераційної роботи та ефективності операції. Методи роботи модифікують залежно від особливостей мовлення пацієнта з урахуванням його психічного статусу. Проте незмінними залишаються основні принципи, мета, завдання і вимоги до результатів логопедичної корекції.

Запропоновані Л.Вансовською критерії дають можливість чіткіше розмежувати порушення мовлення в разі ринолалії й оцінити ефективність корекційного впливу за двома позиціями: усунення назалізації і подолання вад артикуляції. Мовлення дитини з ринолалією після логопедичної корекції може бути оцінене як:

- нормальне або наближене до норми - сформованою є звуковимова і усунено назалізацію;
- значно поліпшене мовлення - сформованою є звуковимова за помірної назалізації;
- поліпшене мовлення - сформованою є артикуляція не всіх звуків на тлі помірної назалізації;
- без поліпшення - несформованою є артикуляція звуків у разі гіперназалізації.

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

Література

1. Дубровіна Є.А. Методики до – та післяопераційного логопедичного навчання дітей із вродженими незрощеннями піднебіння // Дефектологія. – 1999. - № 2.
2. Конопляста С.Ю. Вроджені щілини піднебіння та їх вплив на психофізичний розвиток дитини // Педагогіка та методики спеціальні: Зб. наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2001. – Вип.1. – 193 с.
3. Логопедія. Підручник / За ред. М.К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.
4. Харьков Л.В., Яковенко Л.М. Ефективність логопедичного навчання за раннього хірургічного відновлення піднебіння // Дефектологія. – 1998. - №4.