

УДК 616.74:616.89 – 008.434

Романова Т.А.¹, Масловська Н.Л.²

¹ старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКСз - 210м НУ «Запорізька політехніка»

ВИКОРИСТАННЯ БАГАТОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЛОГОПЕДИЧНИХ ЗОНДІВ Н.С. ПЛЯЄВОЇ ДЛЯ РОЗВИТКУ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ З ООП

Підвищення ефективності освітнього процесу і подолання неуспішності учнів молодшого шкільного віку із ЗПР, передбачає удосконалення методів і форм організації навчання, пошук більш ефективних шляхів формування знань, що враховували б реальні можливості учнів і умови, в яких відбувається їхня навчальна діяльність. Особливої актуальності ця проблема набуває при впровадженні Державного стандарту початкової освіти (НУШ) [1] та типових освітніх програм початкової освіти для дітей з особливими освітніми потребами.

Для таких дітей притаманні: напіввідкритий рот, гіперсалівація (слиновиділення), утруднення під час жування твердої їжі, піднімання

кінчика язика. Довільні рухи губ обмежені, а іноді - неможливі (діти не можуть витягнути губи вперед, зробити «хоботок» тощо). Спостерігається швидке виснаження мовленнєвої мускулатури, тобто поступове виконання (за завданням) 2-3 рухів стає неможливим. Часто обмеження рухів м'язів мовленнєвого апарату поєднується з втратою кінестетичного відчуття в них (тобто дитина втрачає можливість відчувати положення і рухи язика, губ, піднебіння).

Унаслідок цього виникають: 1. труднощі в диференціації тонких рухів (наприклад, кінчика язика і різних ділянок спинки язика); 2. велика кількість непотрібних додаткових рухів (наприклад, під час виконання тих чи тих рухів язиком одночасно починають рухатися губи, нижня щелепа, руки).

Через обмеженість вільних рухів мовленнєвого апарату артикуляція звуків і вимова слів утруднюються, мовлення набуває нечіткого, стертого характеру. Наявність гіперкінезів (примусових рухів) у мовленнєвій мускулатурі грубо спотворює мовлення, іноді робить його малозрозумілим, часом неможливим для розуміння. Гіперкінези призводять до примусового відкривання рота і викидання язика вперед, що може призвести до повної втрати дитиною можливості говорити. Крім того, у дітей можуть спостерігатися гіперкінези в м'язах діафрагми, міжреберних м'язах, що грубо порушує дихання, плавність мовлення і в тяжких випадках призводить до виникнення насильницьких викриків, стогону.

Частоту оральних синкінезій слід відрізнити від гіперкінезів у мовленнєвій мускулатурі, що спостерігаються зазвичай у спокої і підвищуються в разі спроби до мовлення і довільного руху. Синкінезії виникають за всіх типів активних рухів у кінцівках і особливо бувають виражені під час рухів правої руки, але виникають головним чином у процесі засвоєння нової рухової навички (наприклад, письма). Вони виявляються у відкриванні рота, в облизувальних рухах язика, губ. Важливо пам'ятати, що синкінезії, на відміну від гіперкінезів, дитина може подолати вольовим зусиллям. Часто оральні синкінезії поєднуються з гіперкінезами [2]. Порушення імпульсації від м'язів артикуляційного апарату виявляється у слабкості або недостатності відчуттів положення і руху органів артикуляції. Діти слабо відчують положення язика, губ, напрями їхніх рухів [2].

Проблема особливостей проведення логопедичного масажу на сучасному етапі входить, у першу чергу, в коло інтересів логопедів-практиків, які вказують на те, що для корекції у дітей складних порушень артикуляційної моторики та дихання цей засіб є доволі ефективним. [3].

Інноваційною є методика Н.С. Піляєвої з використання авторських багатофункціональних логопедичних зондів. Комплект включає в себе різні по застосуванню та призначенню інструменти: міогімнастики, зондимасажери, зонди направителі та фіксатори. Комплект включає в себе 10 спеціальних логопедичних зондів.

Дані інструменти застосовуються для виконання комплексів вправ для губ і язика з індивідуальним навантаженням. Використовуються на підготовчому етапі перед постановкою звуків, покращують динамічність та амплітуду рухів поздовжньо-поперечних м'язів язика. Виконання динамічних вправ і міогімнастичних комплексів із застосуванням динмих інструментів, забезпечує вплив на поздовжні, поперечні і вертикальні м'язи язика, які беруть участь в підйомі язика вгору і в сторони, покращуючи їх рухливість, еластичність і пружність. Можна використовувати в післяопераційний реабілітаційний період після підрізання під'язикової зв'язки. [5].

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Державний стандарт початкової освіти. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/87-2018-п#Text> (Дата звернення 1.04.2021.)
2. Шеремет М.К. Логопедія : підручник. К.: Видавничий Дім «Слово», 2014. 672 с.
3. Колупасва А. А. Таранченко О. М. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі: навчально-методичний посібник. Харків : Вид-во «Ранок», 2019. 304 с.
4. Колупасва А.А., Савчук Л.О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання. Видання доповнене та перероблене: наук.-метод. посіб. К: Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. 274 с.
5. <https://logozon.org.ua/ua/catalog/логопедические-зонды-пиляевой>.