

УДК 616.314-376.264

DOI <https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series5.2023.94.11>

Зелінська-Любченко К. О., Личко С. О., Мороз Л. В., Стахова Л. Л.

АНОМАЛІЇ ВУЗДЕЧОК ГУБ І ЯЗИКА ЯК МЕДИКО-ЛОГОПЕДИЧНА ПРОБЛЕМА

У статті висвітлено питання взаємодії фахівця-логопеда та лікаря-стоматолога. Наголошено на тісному взаємозв'язку логопедії як полідисциплінарної інтегративної галузі з різними дотичними дисциплінами та науковими напрямками, у тому числі й медициною. Визначена актуальність проблеми зростання кількості дітей із мовленнєвими порушеннями, що свідчить про глобальний характер означеної проблеми.

Обґрунтовано проблему мовленнєвих порушень у дітей (зокрема звуковимови), спричинені аномаліями вуздечок губ і язика. Наголошено на необхідності врахування вікових та індивідуальних особливостей дітей у ході логопедичної та стоматологічної корекції, використанні досягнень сучасної медицини та застосуванні всіх засобів запобігання нанесенню шкоди для психічного чи фізичного стану дитини своїми діями. Підкреслено, що розуміння особливостей артикуляційного апарату, включаючи структуру та функціонування зубоцелісної системи, які змінюються на різних етапах розвитку дитини, може сприяти вчасному виявленню факторів ризику для розвитку аномалій прикусу і, відповідно, визначенню причин механічної дислалії.

У тексті статті подано характеристику норми та аномалій вуздечок губ та язика та засоби медичної та логопедичної корекції цих порушень. Зазначені види аномалій вуздечок, пов'язані зі зміною місця прикріплення, форми, або розмірів. Висвітлено дані про аномалії вуздечок верхньої та нижньої губи та язика. Виокремлено п'ять типів аномалій вуздечок язика та подано їх детальну характеристику.

Зазначено, що аномалії вуздечок призводять до формування неправильного прикусу, карієсу нижніх різців і запалення ясен, оголення коренів зубів та викликають порушення звуковимови.

Подано дані щодо діагностики патологій вуздечки язика та правила виконання логопедичних вправ для розтягування короткої вуздечки язика.

Ключові слова: вуздечка верхньої губи, вуздечка нижньої губи, вуздечка язика, діагностика, корекція, хірургічне втручання, артикуляційні вправи, логопедична робота.

На сучасному етапі розвитку суспільства кількість випадків мовленнєвих порушень у дітей продовжує зростати, що свідчить про актуальність цієї проблеми на глобальному рівні.

За даними Міністерства охорони здоров'я України, в Україні близько 100 тисяч дітей мають мовленнєві порушення. З них близько 70 тисяч дітей мають мовленнєві порушення, спричинені неправильною анатомією мовленнєвого апарату. Однією із причин цього є аномалії вуздечок губ та язика [8].

Логопедія, як багатодисциплінарна галузь, взаємодіє з різними науками. Один із таких взаємозв'язків існує між логопедією і стоматологією. Ця співпраця сприяє ефективній корекції мовленнєвих порушень та своєчасному виявленню проблем із будовою артикуляційного апарату, які потребують медичного втручання. Проте, економічні труднощі останніх десятиліть порушили взаємодію між фахівцями, що працюють з дітьми раннього та дошкільного віку. У багатьох випадках, логопед стає першим, хто помічає проблеми з розвитком дітей та аномалії їх артикуляційного апарату, які можуть впливати на мовлення. Тому знання фахівцем вікових особливостей будови і розвитку апарату артикуляції, може сприяти вчасному виявленню та подоланню ризикових факторів виникнення аномалій прикусу.

Проблеми, пов'язані з мовленнєвими порушеннями, які викликаються аномаліями вуздечок губ і язика, розглядалися у своїх дослідженнях такими авторами, як Н. Головка, М. Дрогомирецька, Іяд Н. А. Ганнам, В. Куроедова, К. Лихота, Л. Хоменко, В. Шматко та іншими [1; 2; 3; 4; 5; 6].

Спеціалісти в галузі спеціальної освіти висловлюють думку, що неправильна будова артикуляційного апарату є однією з найпоширеніших причин мовленнєвих порушень, а коротка вуздечка язика може викликати дислалію. Вони підкреслюють важливість вивчення взаємозв'язку між будовою артикуляційного апарату та артикуляційними аспектами мовлення. Оскільки майже чверть дітей до семи років мають проблеми з вимовою, спричинені аномаліями вуздечок губ і язика, рекомендується комплексний підхід до вирішення цієї проблеми. Це означає, що слід одночасно звертатися до двох фахівців: стоматолога і логопеда [4, с. 88].

Логопед і лікар-стоматолог повинні сповістити батьків про необхідність допомоги дитині у разі виявлення аномалій вуздечок губ і язика та забезпечити всі необхідні умови для стоматологічної та логопедичної допомоги, дотримуючись принципів медичної та педагогічної деонтології.

Співпраця логопеда і стоматолога є дуже важливою для пацієнтів, особливо для дітей, які мають мовленнєві порушення та проблеми з стоматологічними аномаліями. Ця співпраця спрямована на досягнення оптимальних результатів у корекції як мовленнєвих, так і стоматологічних проблем. Ось деякі аспекти співпраці логопеда і стоматолога:

1. Діагностика та спостереження. Логопед виявляє мовленнєві порушення у пацієнта і визначає, які саме звуки або мовленнєві навички потребують корекції. Стоматолог вивчає будову ротової порожнини та визначає аномалії, такі як неправильний прикус, розміщення зубів та інші проблеми.

2. План лікування. Логопед і стоматолог розробляють спільний план лікування, який включає в себе мовленнєву терапію та стоматологічну корекцію. План може враховувати послідовність процедур та терміни, коли проводитимуться різні види лікування.

3. Комунікація. Логопед і стоматолог підтримують постійний зв'язок та обмін інформацією про пацієнта. Це допомагає враховувати зміни у розвитку мовленнєвих та стоматологічних навичок та вносити корективи у план лікування.

4. Стоматологічна апаратура. Стоматолог може розробити апаратуру, яка допоможе пацієнту покращити стан ротової порожнини. Логопед може рекомендувати спеціальні вправи та методику, яка допоможе пацієнту пристосуватися до апаратури та зберегти правильну вимову.

5. Постійний моніторинг. Логопед і стоматолог регулярно оцінюють прогрес пацієнта та вносять корективи у лікування, якщо це необхідно. Це допомагає забезпечити ефективне та комплексне лікування.

6. Післялікувальна підтримка. Після завершення лікування стоматологом пацієнт може продовжувати мовленнєву терапію з логопедом для підтримки та покращення результатів. Це особливо важливо у випадках, коли в пацієнта були серйозні мовленнєві порушення, які вимагають додаткового часу для корекції [4].

Співпраця логопеда і стоматолога спрямована на досягнення максимальної ефективності у вирішенні мовленнєвих та стоматологічних проблем пацієнта, а також на підтримку його загального розвитку та самопочуття.

Зосередимося на особливостях порушень вуздечок губ і язика.

Зазвичай, вуздечка верхньої губи є тонкою трикутною складкою слизової оболонки, яка широко прикріплена до верхньої губи і закінчується близько до середньої лінії альвеолярного паростка на відстані приблизно 0,5 см від ясенного краю.

Аномалії вуздечок характеризуються змінами в місці прикріплення, формі або розмірі. Г. Ю. Пакалнс виділяє сильні вуздечки, які прикріплюються безпосередньо на вершині міжзубного сосочка; середні вуздечки, що прикріплюються на відстані 1–5 мм від вершини міжзубного сосочка, і слабкі вуздечки, які прикріплюються в області перехідної складки [1].

Проблеми з вуздечкою часто стають помітними у дітей віком близько 6 років, коли змінюється тимчасовий прикус. Коротка вуздечка може призвести до формування діастеми між передніми зубами. У подальшому це може вплинути на вимову деяких звуків, а в запущеному стані, сприяти розвитку пародонтозу.

Аномалії вуздечок верхньої губи можуть впливати на вимову звуків [д], [д'], [т], [т'], [з], [з'], [дз], [дз'] та передньоязикових піднебінних звуків [ш], [ж], [дж], [ч], [р], [р'].

Вуздечка нижньої губи – це вертикальна слизова складка, яка з'єднує нижню щелепу і нижню губу в нижній частині ротової порожнини. Вуздечка нижньої губи розташована по перехідній складці нижньої щелепи. Вона не повинна прикріплюватися до ясенного сосочка. У разі короткої вуздечки може виникнути порушення смоктання у немовляти, оскільки вона тягне за собою нижню губу і заважає створенню вакууму при годуванні грудьми [7, с. 79].

Коротка вуздечка також може призвести до виникнення неправильного прикусу, карієсу на нижніх різцях і запалення ясен. Вади вуздечки можуть включати такі аспекти, як її роздвоєння, короткий тяж, відсутність вуздечки або неправильне розташування. Нетипове розташування вуздечок може викликати аномалії прикусу та порушувати вимову деяких звуків [6, с. 47].

Коротка вуздечка нижньої губи є рідкістю, але так само, як і коротка вуздечка верхньої губи, може впливати на чіткість функціонування мовленнєвого апарату.

Нормальна вуздечка язика є складкою слизової оболонки, яка прикріплюється до нижньої поверхні язика, відступаючи від його кінчика на 1–1,5 см, і ділянки дна ротової порожнини, яка знаходиться далі від під'язикових сосочків. Вуздечки язика можуть мати різні форми і щільність, а також взаємозв'язок із м'язами язика. Існують п'ять типів вуздечок, які можуть обмежувати рухи язика [3]: перший тип – майже прозорі тонкі вуздечки, які прикріплені до язика у нормальному положенні, але обмежують його рухливість через недостатнє розтягування; другий тип – напівпрозорі тонкі вуздечки, прикріплені досить близько до кінчика язика та характерні недостатньою можливістю розтягуватись, через що язик може утворювати жолобок при піднятті; третій тип – товстий, короткий тяж прикріплений близько до кінчика язика. Під час висунення язика, тяж натягується, що призводить до вигину спинки язика; четвертий тип – тяжі вуздечки цього типу виділяються, але зрощені з м'язами язика, що часто спостерігається у дітей з вродженою патологією губи і піднебіння; вуздечки п'ятого типу мають малопомітний тяж, і їх волокна переплітаються з м'язами язика та обмежують його рухливість [1, с. 56].

Коротка вуздечка язика може призводити до таких наслідків:

1. Порушення функції смоктання вже з перших тижнів життя дитини. Під час годування дитина втомлюється через тривалий процес, в який входить плач і засинання навколо грудей. Крім того, під час смоктання, дитина надто часто ковтає повітря, що може сприяти незручностям.

2. У віці від 6 до 9 місяців може виникнути помітне відставання у рості нижньої щелепи.

3. Від 5 до 6 років діти з короткою вуздечкою язика можуть мати проблеми з вимовою, особливо зі звуками [р] та [л].

4. У віці від 7 до 9 років може виникнути неправильне розташування зубів та порушення прикусу, зокрема дистальний прикус. Якщо вуздечка прикріплена близько до ясенного краю нижньої щелепи, можуть виникнути скарги на неправильне розташування зубів, запалення ясен, і навіть кровотеча з ясен під час чищення зубів і прийому їжі [9, с. 493].

Коротка вуздечка язика може призвести до різних способів адаптації дитини, включаючи певні рухи язика та його положення під час функціонування і в стані спокою. У разі нормальної вуздечки, кінчик язика зазвичай прилягає до піднебінної поверхні верхніх передніх зубів. Однак у випадку короткої вуздечки язика, підймання язика може бути недостатнім, не надаючи необхідного тиску на верхній зубний ряд та не протистоючи тиску м'язів губ і щік. Це може сприяти нахилу верхніх різців у напрямку піднебіння, що призводить до дистального прикусу та змін форми передньої ділянки верхнього зубного ряду.

Тиск від неповно рухливого язика передається на передню частину нижньої щелепи, сприяючи її росту. Крім того, при обмеженій рухливості кінчика язика можуть зазнавати гіпертрофії м'язи його кореня, що може впливати на прохід повітряного потоку через носоглотковий простір і викликати гнусавість у голосі.

При вкороченій вуздечці язика може виникнути відкритий прикус, як у фронтальній так і у бічних ділянках зубних рядів. У фронтальній ділянці, це відбувається через те, що кінчик язика не може піднятися до верхніх передніх зубів і залишається між ними. У бічних ділянках, відкритий прикус розвивається через постійне розміщення язика між бічними зубами, що заважає їх правильному змиканню [2, с. 45].

Коротка під'язикова вуздечка також може мати наступні наслідки: ускладнення рухів язика через обмежену можливість підняття його. Це може впливати на вимову звуків, таких як [ш], [ж], [ч], [щ], [р], [р']; зміщення центру язика, асиметричний розвиток та обмежена рухливість, що може вплинути на правильну артикуляцію деяких звуків [3].

Зменшення об'єму ротової порожнини може призвести до спотворення звуків [т] і [д]. Погано вимовляються фонемі [ф] і [в] при неправильному розташуванні верхніх різців і проблемах з нижньою губою. Шиплячі звуки [ш] і [ж] можуть бути спотворені через низький прикус [4, с. 65].

Аномалії прикусу, які виникають через проблеми з функцією язика, можуть бути стійкими. Оперативне втручання, яке полягає у видаленні вуздечки язика, може бути важливим для коригування цих проблем у дітей. Також, стоматологічне лікування може супроводжуватися лікувальною гімнастикою для нормалізації роботи м'язів язика. У дорослих хірургічне втручання може допомогти поліпшити функцію та положення язика [1, с. 126].

Коротку вуздечку язика рекомендується підрізати у дітей в ранньому віці, до досягнення одного року, особливо, якщо дитина годується грудьми. У більш старшому віці, показанням для операції є випадки, коли коротка вуздечка призводить до зсуву зубного ряду і утворення неправильного прикусу.

Труднощі вимови деяких звуків, хоча і не завжди, можуть потребувати хірургічного втручання. У більшості випадків, коли порушені лише 1–4 звуки, коротку вуздечку язика можна розтягнути за допомогою спеціальних вправ артикуляційної гімнастики.

Процедура пластики вуздечки язика і губ полягає в простому хірургічному втручанні, під час якого видаляється слизова складка в ротовій порожнині. Цю операцію можуть проводити як для дорослих, так і для дітей. В залежності від складності дефекту та його впливу на стан здоров'я, операція може включати кілька етапів [5]:

Френулотомія, яка включає розрізання вуздечки язика або губ. Цей метод використовується, коли вуздечка верхньої губи є вузькою і не прикріплюється до краю альвеолярного відростка. Хірург проводить невеликі поздовжні шви після досвідчених маніпуляцій.

Френулоектомія, яка передбачає видалення вуздечки. У цьому випадку, коли вуздечка є широкою, хірург створює розріз, що долає міжзубний сосочок і видаляє тканини між розставленими різцями.

Френулопластика, при якій змінюється місце прикріплення слизової складки вуздечки.

У типовому випадку, хірургічна процедура виконується за допомогою скальпеля і застосовується у важких клінічних випадках. У таких ситуаціях велике значення має майстерність та досвід хірурга. Операція проводиться амбулаторно з використанням місцевої анестезії та може включати діалог хірурга з дитиною під час проведення процедури, яка зазвичай триває близько 15 хвилин.

Зараз також існує більш сучасний метод, який використовує діодний лазер для втручання. Під час цієї операції лазер впливає на вуздечку як інструмент, що розчиняє її з'єднання. Використання діодного лазера має кілька переваг, включаючи відсутність кровотечі, відсутність неприємних звуків, які можуть налякати дітей, відсутність необхідності ушивати шви після операції, і можливість проводити процедуру без загальної анестезії. Крім того, відновлення після лазерної хірургії триває недовго [5, с. 612–613].

Проте важливо враховувати, що у випадку коли вуздечка має невелику довжину (наприклад, 8 мм), її краще розтягнути, ніж проводити операцію, оскільки ця процедура може бути болючою та неприємною для дитини.

Щодо особливостей логопедичної роботи у випадку порушень вуздечок губ і піднебіння слід зазначити, що основними завданнями та роботою, яку він повинен проводити є:

1. Діагностика. Логопед визначає наявність порушень вуздечок губ і язика шляхом спостереження за мовленнєвим процесом та артикуляцією пацієнта. Діагностика вуздечки язика відносно проста: дитина має

спробувати підняти язик вгору і дістати ним до альвеол і верхніх передніх зубів при широко відкритому роті. Якщо дитина не здатна це зробити, це може свідчити про вкорочену під'язикову вуздечку.

2. Розробка індивідуальної програми. На основі діагностики логопед розробляє індивідуальну програму корекційної роботи, спрямовану на виправлення порушень вуздечок та покращення мовленнєвого процесу. Програма може включати в себе спеціальні вправи, артикуляційну гімнастику, роботу з вимовою звуків, а також інші методи корекції.

3. Інструктаж та навчання. Логопед навчає пацієнта або його батьків спеціальним технікам та вправам, які допомагають розтягувати або робити інші корекційні заходи щодо вуздечок губ і язика. Важливо виконувати логопедичні вправи для розтягування вуздечки язика, дотримуючись деяких правил, таких як максимально широке відкриття рота, обережність під час виконання вправ і надання дитині можливості відпочити.

4. Постійний моніторинг. Логопед відстежує прогрес пацієнта та коригує програму корекції, якщо це необхідно. Він також проводить оцінку результатів та робить висновки про подальші кроки в лікуванні.

5. Співпраця з іншими спеціалістами. Логопед може співпрацювати з ортодонтами, стоматологами та іншими фахівцями для досягнення максимальної ефективності у корекції порушень вуздечок губ і язика. Важлива координація зусиль для досягнення комплексного підходу до лікування.

6. Психологічна підтримка. Логопед надає пацієнту психологічну підтримку та мотивує його до активної участі у лікуванні, особливо у випадках дітей [4].

Отже, робота логопеда є ключовою для досягнення успішних результатів у корекції порушень вуздечок губ і язика, а також для покращення мовлення, а наявність знань про норму та патологію вуздечок губ і язика допомагає йому уникнути помилок у діагностиці мовленнєвих порушень і спрощує корекційно-логопедичну роботу.

Використана література:

1. Головка Н. В. Ортодонція. Вінниця: Нова книга, 2008. 220 с.
2. Дрогомирецька М. С., Сухомлинова Т. Я., Якимець А. В., Лепорський Д. В., Амеліна Н. В., Мельник І. В. Вплив етіологічних чинників на розвиток дистального прикусу у дітей. Дентальні технології. 2008. № 3 (38). С. 45–46.
3. Іяд Н. А. Ганнам. Морфологічні та функціональні зміни в зубощелепній ділянці у ортодонтичних пацієнтів з вкороченням вуздечки язика I, II та III видах. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидат медичних наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія». Полтава, 2012.
4. Куроєдова В.Д., Сірик В.А. Логопедія в ортодонції. Полтава: «Верстка», 2005. 124 с.
5. Лихота К. М., Петриченко О.В. Профілактика і раннє лікування зубощелепних аномалій. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. К., 2012. Вип.21, кн. 3. С. 610–614.
6. Стоматологічна профілактика у дітей / Л.О. Хоменко, В.І. Шматко, Остапко О.І. та ін. Київ : ІСДО, 1993. 192 с.
7. Харьков Я. В., Яковенко Л. М., Чехова І. Л. Хірургічна стоматологія дитячого віку, К, 2003. 204 с.
8. Центр медичної статистики МОЗ України URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc/vooz.html> – назва з екрану.
9. Cheng C. F., Peng C. L. Dentofacial morphology and tongue function during swallowing. Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. 2012. Vol. 122(5). P. 491–499.

References:

1. Holovko N.V. (2008) Ortodontiia [Orthodontics]. Vinnytsia: Nova knyha, 220 s. [in Ukrainian].
2. Drohomiretska M. S., Sukhomlynova T. Ya., Yakymets A. V., Leporskyi D. V., Amelina N. V., Melnyk I. V. (2008) Vplyv etiologichnykh chynnykiv na rozvytok dystalnoho prykusu u ditei. [The influence of etiological factors on the development of distal occlusion in children]. Dentalni tekhnolohii. № 3 (38). S. 45–46. [in Ukrainian].
3. Iiad N. A. Hannam (2012) Morfolohichni ta funktsionalni zminy v zuboshchelepni diliansi u ortodontychnykh patsiiientiv z vkorochenniam vuzdechky yazyka I, II ta III vydakh [Morphological and functional changes in the maxillofacial area in orthodontic patients with shortening of the tongue frenulum I, II and III types]. Dysertatsiia na zdobuttia naukovooho stupenia kandydat medychnykh nauk: spets. 14.01.22 "Stomatolohiia". Poltava. [in Ukrainian].
4. Kuroiedova V.D., Siryk V.A. (2005) Lohopediia v ortodontii [Speech therapy in orthodontics]. Poltava: «Verstka», 124 s. [in Ukrainian].
5. Lykhota K. M., Petrychenko O.V. (2012) Profilaktyka i rannie likuvannia zuboshchelepnykh anomalii [Prevention and early treatment of dento-jaw anomalies] Zbirnyk naukovykh prats spivrobitnykiv NMAPO imeni P. L. Shupyka. K., Vyp.21, kn. 3. S. 610–614. [in Ukrainian].
6. Khomenko L.O., Shmatko V.I., Ostapko O.I. ta in. (1993) Stomatolohichna profilaktyka u ditei [Dental prophylaxis in children]. Kyiv: ISDO, 192 s. [in Ukrainian].
7. Kharkov Ya. V., Yakovenko L. M., Chekhova I. L. (2023) Khirurhichna stomatolohiia dytiachoho viku [Surgical dentistry of childhood]. K, 204 s. [in Ukrainian].
8. Tsentr medychnoi statystyky MOZ Ukrainy [Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine]. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc/vooz.html> (data zvernennia: 10.08.2023). [in Ukrainian].
9. Cheng C. F., Peng C. L. (2012) Dentofacial morphology and tongue function during swallowing. Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. Vol. 122(5). P. 491–499.

Zelinska-Liubchenko K., Lychko S., Moroz L., Stakhova L. Anomalies of the lips and tongue frenulum as a medical and speech therapy problem

The interaction issue between a speech therapist and an dentist is covered in the article. The close relationship of speech therapy as a multidisciplinary integrative field with various tangential disciplines and scientific areas, including medicine, is

emphasized. The problem relevance of the increase in the number of children with speech disorders is determined, which indicates the global nature of the problem.

The speech disorders problem in children (in particular, speech disorders) caused by abnormalities of the lips and tongue frenulum is substantiated. It is emphasized the need to take into account the children age and individual characteristics during speech therapy and dental correction, use the modern medicine achievements, and apply all means of preventing harm to the child's mental or physical condition by one's actions. It is emphasized that the speech therapist's knowledge of the articulatory apparatus features, including the temporomandibular system structure and functioning, characteristic of certain age periods of the child's development, will help to timely identify the risk factors for the occurrence of bite anomalies and, accordingly, the mechanical dyslalia causes.

The text of the article describes the normal and abnormal lips and tongue frenulums and the means of medical and speech therapy correction of these disorders. It is noted that frenulum abnormalities are characterized by a change in the attachment place, shape, or size. Data on anomalies of the upper and lower lip and tongue frenulum are highlighted. Five abnormalities types of the tongue frenulum are distinguished and their detailed characteristics are given.

It is noted that frenulum abnormalities can lead to incorrect bite, carious diseases of the lower incisors and gum tissues inflammation, cause occlusion disorders, tooth roots exposure, and lead to speech disorders.

Data on the pathologies diagnosis of the tongue frenulum and the rules for performing speech therapy exercises for stretching the short tongue frenulum are provided.

Key words: the upper lip frenulum, the lower lip frenulum, the tongue frenulum, diagnosis, correction, surgical intervention, articulation exercises, speech therapy work.

УДК 378: 373.31

DOI <https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series5.2023.94.12>

Іваннікова О. М.

КРИТЕРІЇ, ПОКАЗНИКИ ТА РІВНІ ФОРМУВАННЯ МОВНО-КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ПОЧАТКОВИХ КЛАСІВ

Дослідження присвячене визначенню критеріїв, показників та рівнів сформованості мовно-комунікативної компетентності майбутніх учителів початкових класів, що є надзвичайно актуальним з огляду на життєво важливу роль комунікативної компетентності вчителя в ефективній освіті.

Мета статті – виявлення, систематизація та аналіз критеріїв і показників, що визначають розвиток мовно-комунікативної компетентності в майбутніх учителів початкових класів, а також визначення рівнів їх формування. Дослідження спрямоване на створення концептуальної моделі для оцінювання та моніторингу прогресу майбутніх учителів в цій галузі, що буде корисною для підготовки ефективних педагогічних стратегій та технологій. Для досягнення цієї мети було проведено інтегративний огляд наукової літератури для консолідації існуючих визначень і перспектив. Результати дослідження дають змогу поглибити розуміння мовно-комунікативної компетентності, представивши її як складний конструкт, що розвивається на орієнтовно-підготовчому, стереотипно-ситуативному та варіативно-ситуативному рівнях. На кожному рівні майбутні вчителі мають оволодіти певними знаннями, вміннями та комунікативними стратегіями, дотримуватися відповідної комунікативної етики та демонструвати рефлексивні здібності. Для кожного критерію було визначено п'ять показників, які допомагають об'єктивно оцінити рівень сформованості мовно-комунікативної компетентності майбутніх учителів. На практиці це дослідження може суттєво подіяти на програми підготовки вчителів, пропонуючи структурований підхід до розвитку та оцінювання мовно-комунікативної компетентності. Відтак, призведе до підготовки більш ефективних, комунікативно компетентних педагогів, що позитивно вплине на освітнє середовище та результати навчання учнів.

Ключові слова: педагогіка, спілкування, компетентність, формування, комунікативна компетентність, мовно-комунікативна компетентність, професійна підготовка, майбутній учитель початкових класів.

Розвиток мовно-комунікативної компетентності є першочерговим у підготовці майбутніх учителів початкової школи. Ця компетентність охоплює широкий спектр знань, умінь і навичок, які дозволяють педагогам ефективно спілкуватися зі своїми учнями, сприяти створенню позитивного навчального середовища та полегшувати передачу знань.

Попри загально визнану важливість мовно-комунікативної компетентності, її концептуалізація, оцінювання та рівневе формування часто залишаються розмитими сферами. Такі вчені, як І. Кравцова, Н. Лупак, С. Мартиненко, Ю. Яцюк та ін. зробили цінний внесок у розуміння цієї компетентності, але між їхніми визначеннями існують розбіжності, що підкреслює потребу в більш всеосяжній, спільній концепції.

Крім того, оцінюванню мовно-комунікативної компетентності вчителів наразі бракує узгоджених критеріїв і показників, що ускладнює визначення того, чи володіють учителі початкової школи необхідними знаннями та навичками для ефективного виконання своєї ролі. Так, без чіткого і спільного розуміння цих елементів програми у підготовці майбутніх учителів буде складно досягти високого рівня комунікації, що проявиться недостатньо ефективно до тонкощів спілкування в класі.