

УДК: 376:36:616:211

Мартинюк Зоряна,

кандидат педагогічних наук,
старший науковий співробітник відділу логопедії
zoriana.prigoda@gmail.com
ORCID ID:[0000-0002-1288-3838](https://orcid.org/0000-0002-1288-3838)

Martynyuk Zoryana

candidate of pedagogical sciences,
Senior Research Fellow speech therapy

Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка Національної академії педагогічних наук України, Київ, Україна,
вул. М. Берлінського, 9, Київ, 04060

Mykola Yarmachenko Institute of Special Pedagogy and Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine,
9, M. Berlinskoho st., Kyiv, 04060

ДІТИ З РИНОЛАЛІЄЮ В ІНКЛЮЗИВНОМУ ПРОСТОРИ

CHILDREN WITH RHINOLALIA IN INCLUSIVE SPACE

Анотація. У статті автор відтворює визначальну роль індивідуальної траєкторії розвитку, для аргументації необхідності створення гнучкого інклюзивного освітнього середовища для дітей із особливими мовленнєвими потребами а саме, із ринолалією. Репрезентовано сучасні та вітчизняні дослідження про складне анатомічне порушення, таке як ринолалія. Продемонстровано форми і методи роботи які оптимізовано спрямують інклюзивному навчальному процесі. В основі якого лежить особистісно орієнтоване навчання, в якому може реалізуватися кожна дитина, незалежно від її можливостей. Педагог має бачити і розуміти потреби дитини і зробити процес навчання більш гнучким щоб вона могла опанувати матеріал, який їй пропонується з призми свого порушення. Оскільки тяжкість зазначеного порушення визначається не лише зовнішньою аномалією але й значними мовленнєвими труднощами, які впливають на комунікативну діяльність, психологічну і соціальну сферу. Також труднощі відзначаються і у навчальній діяльності, проблемами особистісної та соціальної адаптації в навколишньому середовищі. У зв'язку з цим, діти із ринолалією складають групу ризику не тільки у галузі хірургічної стоматології, а є досить складним об'єктом наукових досліджень у галузі логопедії.

У процесі створення статті були використані методи аналізу, систематизації, порівняння та узагальнення.

В статті зазначено важливість ранньої діагностичної та корекційної роботи із комплексним супроводом. Автор відзначає, що необхідно якомога раніше здійснювати хірургічне втручання якщо в цьому є нагальна необхідність. А також здійснювати корекційну роботу по усуненні порушень звукової сторони мовлення, яка базується на ретельному логопедичному обстеженні дітей. Ефективність проведення логопедичної роботи знаходиться в тісному зв'язку з анатомічним та функціональним станом артикуляційного мовленнєвого апарату.

Окреслено фактори та компоненти успішного відновлення, визначено роль батьків у навчальному процесі. Оскільки проведення консультативної роботи з батьками дасть можливість фахівцям краще пізнати і зрозуміти дитину. А батьки, в свою чергу отримають інформацію про потенційні можливості дитини, про її успіхи чи невдачі, про те, чому варто приділяти більше уваги в домашньому середовищі. Така командна робота, підтримка і взаєморозуміння допоможе отримати чудові результати у навчанні та розвитку дитини в майбутньому.

Ключові слова: *ринолалія, раннє виявлення, раннє втручання, інклюзивний простір, інклюзивне навчання, корекційна робота, комплексний супровід.*

Abstract. In the article the author reproduces the decisive role of the individual trajectory of development to argue the need to create a flexible inclusive educational environment for children with special speech needs, namely with rhinolalia. Modern and domestic studies on a complex anatomical disorder, such as rhinolalia, are represented.

Forms and methods of work are demonstrated with the help of which they will optimally promote the inclusive educational process. It is based on personality-oriented learning, in which every child can be realized, regardless of its capabilities. The educator must see and understand the needs of the child and make the learning process more flexible so that he can master the material offered to him from the prism of his violation. Since the severity of this defect is determined not only by external anomalies but also by significant speech defects that affect communication, psychological and social tension, difficulties are observed in educational activities, problems of personal and social adaptation in the environment. Therefore, children with rhinolalia are at risk not only in the field of surgical dentistry, but are a very complex object of research in the field of speech therapy.

In the process of creating the article, methods of analysis, systematization, comparison and generalization were used.

The article notes the importance of early diagnostic and corrective work with comprehensive support. The author notes that it is necessary to perform surgery as soon as possible if there is an urgent need. And also to carry out corrective work to eliminate violations of the sound side of speech, which is based on a thorough speech therapy examination of children. The effectiveness of speech therapy is closely related to the anatomical and functional state of the articulatory speech apparatus.

The factors and components of successful recovery are outlined, the role of parents in this process is determined. Because consulting with parents will allow professionals to better know and understand the child. And parents, in turn, will receive information about the potential of the child, about his successes or failures, about why you should pay more attention at home. Such teamwork, support and mutual understanding will help to get excellent results in the child's learning and development in the future.

Key words: *rhinolalia, early detection, early intervention, inclusive space, inclusive education, correctional work, comprehensive support.*

Актуальність дослідження. Одна із стратегічних завдань освітніх реформ це забезпечити право на якісну освіту дітям з особливими освітніми потребами та надання високоспеціалізованих комплексних послуг. Наукові розвідки Волкової Г.С., Гулюк А.В., Дьякової С.В., Мамедової А.А., Харькової Л.В., та ін. свідчать про те, що прогнози щодо зменшення кількості народження дітей з цією патологією є вкрай несприятливими. В Україні народжуваність дітей із ринолалією за останні

роки має стійку тенденцію до зростання, де щорічно показник становить більше 500 осіб. У нашій країні над такі складним порушенням, як незрощення верхньої губи та піднебіння більшість хірургічних операцій проводяться у дітей віком до 4-х років. За певних умов часто відбувається одночасно дві операції. Зокрема є значна кількість випадків коли хірургічне втручання відбувається в ранньому віці інколи в періоді немовляти. У сьогоднішні актуальним питанням постає мовленнєвий розвиток дітей із ринолалією, яке залишається одним із найбільш складних і актуальних в галузі логопедії.

На сьогоднішній день є науково обґрунтовані методики раннього (Хватцев М.С., Серебров Н.І., Іполітова А.Г., Єрмакова І.І., та ін.).

Поглиблений аналіз хірургічного втручання, а також висновки логопедів про необхідність якомога раннього подолання мовленнєвих труднощів, як однієї з умов гармонійного розвитку дитини різносторонніх підходів та існуючих уже методик (О.С. Алмазова, Т.В. Волосовець, Т.Н. Воронцова, І.І. Єрмакова, Н.П. Захарова, А.Г. Іполітова, З.А. Рєпіна, Н.І. Сереброва, С.Л. Таптапова, Г.В. Чиркіна, С.Ю. Конопляста та ін.) спрямованих на корекцію ринолалії, засвідчив широку варіативність даних і міждисциплінарну роздробленість у підходах до вивчення означеного порушення ВНПІ лише із симптоматикою вродженої органічної відкритої ринолалії.

Глибинний аналіз методик логопедичного впливу на подолання ринолалії пройшов тернистий шлях і збагатився значною кількістю відмінних один від одного підходів до вирішення даної проблеми. На сьогоднішній день продовжується активна пошуково-дослідницька діяльність та експериментальна апробація інноваційних методів, прийомів та технологій, які б відповідали наявному стану генезису проблеми, сучасним педагогічним та соціальним вимогам, і водночас були б найбільш ефективними в подоланні властивих ринолалії мовленнєвих порушень.

Аналіз попередніх досліджень і публікацій. У сучасному науковому світі таке складне порушення, як вродження незрощень губи та піднебіння, розглядається через призму медичного та психолого-педагогічного напрямку.

Медичний напрям, спрямований на відновлення та реабілітацію фізіологічних функцій організму дитини (Г.В. Гончаков, І.М. Готь, А.А. Мамедов, І.М. Матрос-Таранець, В.В. Рогинський, П.І. Ткаченко, Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко, та ін.) та психолого-педагогічний, у якому переважають пошуки психолого-педагогічні технологій корекції та розвитку усного мовлення (Л.І. Вансовська, Т.В. Васильєва, М.П. Водолацький, Т.Ю. Дерунова, А.В. Доросинська, В.І. Яковлев та ін.).

Метою статті є продемонструвати форми і методи роботи які, сприятимуть покращенню інклюзивному навчальному процесі.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та розкриття тематики були враховані методи аналізу, систематизації, порівняння та узагальнення.

Результати дослідження. У науковому світі перші відомості про кількість випадків народжених із порушенням губи і піднебіння в Європі з'явилися ще в 1438 р. перші подібні статистичні дані були опубліковані лікарем Я. Фребеліусом у 1865 р. У давній Греції лікарі не тільки думали, як подолати природжені порушення губи і піднебіння, а й намагалися зрозуміти механізм порушення голосу. Пізніше зусилля медиків були спрямовані насамперед на відновлення твердого і м'якого піднебінь. Однак досягнуті хірургами успіхи в корекції природженої анатомічної ротової порожнини наприкінці XIX - на початку XX ст. не забезпечували задовільних результатів фонетичного оформлення мовлення, що уранопластика не позбавляє надлишкової назальності голосу дитини (Конопляста, 2008).

Ринолалія це порушення тембру голосу і звуковимови, зумовлене анатоמו-фізіологічними дефектами периферичного відділу мовного апарату, а саме: артикуляційного унаслідок уродженої аномалії верхньої губи і піднебіння, що утворюється незрощенням верхньої губи та твердого й м'якого піднебіння в період внутрішньоутробного розвитку.

Ринолалія проявляється в трьох формах: відкрита, закрита і змішана. Етіологія порушень можлива органічна або функціональна. Коротенько

розглянемо характеристику кожної із форм ринолалії, для того щоб глибше зрозуміти специфіку даного порушення, та можливість надати корекційну допомогу.

У логопедичній літературі виділяють три форми ринолалії: закрити, відкрити і змішану і за різними показниками кожна з них може бути органічною або функціонально зумовленою. Закрита ринолалія характеризується порушенням фонаційної сторони мовлення, що проявляється в порушенні нормального проходження струменя повітря через ніс і спонукає до повного або часткового виключення носового резонансу, спричинюючи тим самим зміни тембру голосу. При закритій ринолалії спостерігається зниження фізіологічного носового резонансу, під час вимовляння носових звуків. У процесі артикуляції цих звуків у нормі носоглотковий прохід залишається відкритим, і повітря вільно проникає в носову порожнину. Якщо носового резонансу немає, то ці фонемні звуки, 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, і в цих випадках голос позбавлений низки обертонів (Алмазова, 1973).

Однією з основних причин закритої ринолалії найчастіше є органічні зміни в носовому просторі, або функціональні розлади піднебінно-глоткового змикання, тобто ізолюється носова порожнина від ротової. Відкрита ринолалія це порушення, як звуковимовної, так і фонаційної сторони мовлення. Вона є найскладнішою в механізмах і найтяжчою у корекційному процесі. Розрізняють функціонально і органічно зумовлену відкрити ринолалію. В свою чергу, органічна форма відкритої ринолалії може бути набутою і вродженою.

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

Вроджена органічна відкрита ринолалія зазвичай є наслідком вроджених незрощень м'якого та твердого піднебіння, укорочене м'яке піднебіння,

відсутність або роздвоєння прихованої щілини; парезів і паралічів м'якого піднебіння в разі ураження язико-глоткового і блукаючого нервів.

У функціональної відкритої ринолалії найчастіше зустрічається порушення зумовлені 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 наслідуванням назальному мовленню. Змішана ринолалія це стан мовлення, що характеризується низьким носовим резонансом під час вимови носових звуків та наявністю назального тембру голосу. Причинами змішаної ринолалії є:

- мозкові крововиливи;
- черепно-мозкові травми;
- укорочене м'яке піднебіння;
- відсутність, укорочений або роздвоєний м'який язичок;
- поліпи, аденоїди, пухлини, викривлення носової перегородки, травми піднебіння, наслідки операцій і хвороб (рубці);
- розщелини піднебіння і губи;
- порушення процесів дихання, опущене м'яке піднебіння, наслідування гугнявого мовлення, оточуючих хвороби євстахієвої труби (Доленко, 2002).

Також причиною змішаної ринолалії є поєднання ускладненого носового дихання та недостатності піднебінно-глоткового змикання, та аденоїдних змін функціонального або органічного походження. У таких випадках аденоїди будуть перешкодою для проникнення повітря через носові ходи. Гугнявість – патологічна зміна тембру голосу і спотворена вимова звуків мовлення, обумовлена порушенням нормальної участі носової порожнини в процесах голосоутворення і артикуляції. Розрізняють два види гугнявості – відкриту і закриту. При відкритій гугнявості під час вимови усіх звуків мови повітря проходить не лише через рот, але і через ніс. При закритій гугнявості повітря проходить лише через рот. Повна двобічна атрезія носа, а також інші паталогічні процеси, що викликають порушення прохідності носової порожнини, призводять до повного або часткового виключення носового

резонансу. При закриті гугнявості (голос позбавляється низки своїх обертонів, звучить глухо). Лікування закритої гугнявості полягає в оперативному усуненні перешкод в носі і в носоглотці. Після оперативного втручання необхідно проводити логопедичні вправи. При функціональній (без порушення прохідності носової порожнини) гугнявості успіх досягається лише за допомогою логопедичної роботи. Відкрита гугнявість зустрічається значно частіше закритої. При нормальній вимові усіх звуків мови, окрім носових, м'яке піднебіння звичайно примикає до задньої стінки глотки і тим самим роз'єднує ротову частину глотки з носоглоткою. Унаслідок такого роз'єднання струмінь повітря, що утворюється при звуковимові, прямує через рот, і тоді звуки мовлення набувають свого нормального тембру. Мовлення набуває гугнявого відтінку, лише якщо значна частина повітря потрапляє в ніс. Це відбувається звичайно при порушеннях твердого і м'якого піднебіння, як вроджена розщілина, укорочення м'якого піднебіння, параліч і парези піднебіння.

Діти із ринолалією мають порушення діяльності верхніх частин периферичного мовленнєвого апарату, який, в свою чергу, складається із трьох відділів: дихального, голосового й артикуляційного. При порушенні дихального відділу виникає порушення взаємодії між артикуляційними і дихальними м'язами спонукає до специфічних особливостей як фізіологічного, так і фонаційного (мовного) дихання. Для найбільш точного функціонування мовного апарату переважає наявність нижньореберного чи діафрагмального дихання. При ринолалії фізіологічне дихання найчастіше виявляється поверхневим - грудним чи ключичним, коли під час вдиху напружуються грудні м'язи, до руху приходять ключиці та грудна клітина, а діафрагмальні м'язи не беруть необхідної участі у процесі утворення мовлення. Порушується співвідношення між вдихом та видихом. Неможливість здійснення повноцінного вдиху й видиху призводить до порушення фонаційного дихання, тобто дихання під час мовлення. В нормі більшість звуків нашої мови вимовляються на ротовому видиху за винятком носових звуків. Для цього необхідна повноцінна взаємодія м'якого піднебіння, бокових та задньої стінок

глотки, яка забезпечує наявність довгого, цілеспрямованого повітряного струменя. У дітей із незрощеннями піднебіння під час видиху значний об'єм повітря перетікає в ніс, тривалість його різко вкорочується, внаслідок чого стає недоступним промовляння цілої фрази на одному видиху.

У порушенні артикуляції спостерігається ослаблення розвитку всієї лицьової мускулатури. Спостерігаються аномалії в будові й рухливості губ, своєрідне розташування язика в порожнині рота, надмірне підняття кореня язика, його гіпертрофія, витончений в'ялий кінчик язика, що не бере участі в утворенні звуків. Також є порушення оральної чутливості ротової порожнини, менш широке відкривання рота при промовлянні звуків, розлади роботи м'язів, які здійснюють рухи м'якого піднебіння. Піднебіння пасивне, малорухливе й не виконує функції розділення ротової й носової порожнин. Таким чином, порушенням піднебіння при ринолалії обумовлене неправильним м'язовим взаємозв'язком в усьому артикуляційному апараті, а також зміну взаємодії м'язів периферичного кінця мовнорухового аналізатора.

Особливості голосоутворення (голос) відділ складається з гортані і голосових зв'язок, які розміщені над нею. Основними характеристиками голосу є його сила, тембр та висота. Своєрідність голосової функції в дітей із ринолалією, найперше, викликана порушеннями процесів вдиху та видиху, правильність яких є однією з основних умов здійснення голосових операцій. Голос ринолаліків слабкий, виснажений, тихий, приглушений, із вираженим носовим відтінком. Характерним є стиснене звучання, іноді сипле та хрипле.

Логопедичні заняття рекомендуються проводити не лише в післяопераційному періоді, але і до операції.

Насамперед доцільно зазначити, що корекційний вплив під час ринолалії має бути системним, послідовним і нести 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, визначити основні завдання і обирати напрями корекційного впливу.

У практичній логопедії, є основні принципи і напрями корекційної роботи при 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) що підкреслює потребу у формуванні артикуляційних укладів заново;

- опора 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;

- забезпечення систематичності і паралельності логопедичної і психокорекційної роботи (Конопляста, 2011).

Тобто система корекційної роботи з розвитку фонетично правильного мовлення у дітей дошкільного віку з ринолалією обов'язково має забезпечити:

- розвиток рухомості м'якого піднебіння;

- усунення назального тембру голосу;

- виховання правильної артикуляції всіх звуків;

- розвиток фонематичного сприймання, уявлення.

Зміст логопедичної роботи 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. Післяопераційний період логопед має допомогти дитині оволодіти мовленням в анатомічно нових умовах. Для всіх пацієнтів логопедичні заняття після уранопластики є обов'язковими і проводяться з урахуванням до операційної роботи та ефективності операції. Методи роботи модифікують залежно від особливостей мовлення дитини з урахуванням її психічних особливостей. Проте незмінними залишаються основні принципи, мета, завдання і вимоги до результатів логопедичної роботи. Мовлення дитини з ринолалією після логопедичної роботи може бути оцінене, як нормальне або наближене до норми - сформованою має бути звуковимова і усунена назалізація.

Логопедична корекційна робота з дитиною ринолаліком залежить від форми ринолалії. Логопед ставить перед собою завдання, які сприятимуть ефективній корекційній роботі, а саме:

- відпрацювання подовженого повітряного струменю при вимові усіх звуків мови крім носових;
- відпрацювання правильної артикуляції усіх звуків мови;
- усунення назального відтінку голосу;
- нормалізація просодичної сторони мовлення;
- автоматизація набутих навичок у вільному мовленнєвому спілкуванні.

Варто використовувати в інклюзивному вихованні традиційну класифікацію методів навчання і виховання; словесні (бесіди, розповіді); наочні (відвідування загальноприйнятих місць); практичні (ігри, праця, конкурси).

Для системної корекційної роботи дітям потрібно забезпечити інклюзивне навчання це комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітям з особливими освітніми потребами шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх навчальних, з урахуванням індивідуальних особливостей таких дітей. Інклюзивне навчання означає, що всі учні можуть навчатися в школах за місцем проживання, в загальноосвітніх класах, в яких в разі необхідності їм буде надаватися підтримка, щоб всі учні без виключення

навчалися і проводили час разом. Для дітей з мовленнєвими потребами інклюзивне освітнє середовище є, способом для спільного навчання, виховання та розвитку з урахуванням їхніх потреб і можливостей. Які є переваги інклюзивного навчання ?

Інклюзивне навчання усуває бар'єри в системі освіти та системі підтримки дітей з особливими мовленнєвими потребами. Задіяність батьків до процесу навчання. Діти мають змогу налагодити дружні стосунки з однолітками в школі, групі та поза її межами та моделюють належні способи взаємодії з колективом. Ватро зазначити, що комплексний підхід це найкраще рішення для навчання та виховання дітей. Обов'язково мають бути профільні спеціалісти та їх взаємодія а саме: логопед, дефектолог, психолог, медичний та музичний працівники є учасниками усього навчально-виховного процесу. Компетентність фахівців, які працюють в інклюзивній групі, злагодженість їх роботи це одна з умов ефективності навчання. Вчитель має організувати у групі позитивну атмосферу, для цього потрібно організувати психологічні та розвиткові заняття, рухливі ігри, тренування. Особливо потрібно акцентувати увагу про розвиток комунікативних навиків між дітьми, формувати позитивне ставлення вихованців один до одного. При тому не акцентувати увагу на дитині-з ринолалією, вона не має займати особливе місце в групі. Достатньо щоб дитина відчувала себе природньо, безпечно і прагнула бути самостійною на скільки це можливо. При правильному підході та організації, у дітей будуть розвиватись навички роботи в команді, співпраця, взаємодопомога, вміння спільно вирішити проблему.

Також важливою є співпраця з батьками. Проведення консультативної роботи з батьками дасть можливість фахівцям краще пізнати і зрозуміти дитину. А батьки, в свою чергу, отримають інформацію про потенційні можливості дитини, про її успіхи чи невдачі, про те, чому варто приділяти більше уваги вдома. Така командна робота, підтримка і взаєморозуміння допоможе отримати чудові результати у навчанні та розвитку дитини.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Найбільш сприятливою корекційна робота може бути лише за умови високої професійної

компетентності фахівців та правильно підбраного комплексу методів логопедичного корекційного впливу. А головним у будь-якій роботі має бути принцип педагогічного оптимізму, адже саме завдяки йому спеціаліст, може дати дитині відчуття впевненості у своїх силах, та простимулювати її до цілеспрямованого руху до подолання усного мовлення.

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

ЛІТЕРАТУРА

1. Алмазова, Е. (1973). Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. Москва, С 35-80.
2. Доленко, О. (2002). Діагностична інформативність методу електропунктури у виявленні супутніх патофізіологічних порушень у дітей з уродженими вадами піднебіння. Вісник проблем біології і медицини. № 7, С.104-106.
3. Конопляста, С. (2008). Розвиток дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Теорія та практика. Київ. С 212.
4. Конопляста, С. (2011) Агреговані результати дослідження функціональної системи мови та мовлення дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Дефектологія. №1. С. 38-42.
5. Харьков Л.В., Яковенко Л.М. (1998). Эффективность логопедического навчання за раннього хірургічного відновлення піднебіння. Дефектологія. №4. С. 19-20.

REFERENCES

1. Almazova, E. (1973). Speech therapy work to restore the voice in children. Moscow, pp. 35-80.
2. Dolenko, O. (2002). Diagnostic informativeness of the method of electropuncture in the detection of concomitant pathophysiological disorders in children with congenital defects of the palate. Bulletin of problems of biology and medicine. № 7, pp.104-106.
3. Hemp, S. (2008). Development of children with congenital nonunion of the lips and palate. Theory and practice. Kiev. С 212.
4. Konoplyasta, S. (2011) Aggregated results of the study of the functional system of speech and speech of children with congenital malunions of the lips and palate. Defectology. №1. S. 38-42.
5. Kharkov LV, Yakovenko LM (1998). The effectiveness of speech therapy training in early surgical restoration of the palate. Defectology. №4. Pp. 19-20.

Матеріал надійшов до редакції 11.10.2021 р.