



УДК 376:36:616:211

РІВНІ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З РИНОЛАЛІЄЮ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ

Зоряна МАРТИНЮК, Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, м. Київ, Україна; zoriana.prigoda@gmail.com; ORCID ID:0000-0002-1288-3838

Сьогодення потребує кардинальних змін щодо навчання і розвитку освітнього процесу в інклюзивному просторі. Для забезпечення рівного доступу до якісної освіти за стандартами Міністерством освіти і науки України та Інститутом спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка Національної академії педагогічних наук України було розроблено методичні рекомендації для інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ) щодо визначення рівнів підтримки, категорії освітніх труднощів в осіб з особливими освітніми потребами в освітньому процесі. Методичні рекомендації містять характеристику освітніх труднощів і рівні підтримки відповідно до індивідуальних потреб та можливостей учнів з особливими освітніми потребами. У них модифіковано диференційований підхід до забезпечення підтримки дітей з особливими освітніми потребами, затверджено нову форму індивідуальної програми розвитку і визначення рівнів підтримки в освітньому процесі дітей під час інклюзивного навчання.

У статті автор розкриває 5 рівнів підтримки для дітей із ринолалією. Якщо в учнів виникають незначні поодинокі труднощі, які можна подолати зусиллями закладу освіти, їм може надаватися підтримка першого рівня. Якщо зусиль закладу освіти буде недостатньо, батькам рекомендовано звернутися до ІРЦ для проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку особи з метою визначення її особливих освітніх потреб. Уже тоді визначатиметься, який рівень підтримки під час освітнього процесу може надаватися такому учню. Зокрема, другий рівень надається учням, які мають труднощі II ступеня прояву (труднощі легкого ступеня прояву). Третій – надається учням, які мають труднощі III ступеня прояву (труднощі помірного ступеня прояву). Відповідно четвертий – особам, які мають труднощі важкого ступеня прояву. Учням із найтяжчим ступенем прояву надається п'ятий рівень підтримки. Дітям надаватиметься підтримка другого-п'ятого рівня фахівцями ІРЦ та зазначається у висновку про комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини. Зазначені рівні дадуть можливість спеціалістам визначити рівень підтримки, що слугуватиме підґрунтям для корекційної роботи.

Ключові слова: корекційна робота, особи з мовленнєвими порушеннями, раннє втручання, ринолалія, рівні підтримки.

Zoryana Martyniuk, Institute of Special Pedagogy and Psychology named Mykola Yarmachenko of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv Ukraine

Levels of support for children with rhinolalia in the educational process

Today requires radical changes in the teaching and development of the educational process in an inclusive space. To ensure equal access to quality education according to the standards, the Ministry of Education and Science of Ukraine and the Mykola Yarmachenko Institute of Special Pedagogy and Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine developed guidelines for inclusive resource centers

© Мартинюк З., 2022



to determine the category of educational difficulties for people with special educational needs support in the educational process. The guidelines contain a description of educational difficulties and levels of support according to the individual needs and abilities of students with special educational needs. The differentiated approach to providing support for children with special educational needs has been modified, a new form of individual program of development and determination of levels of support in the educational process of children during inclusive education has been approved.

In this article, the author reveals V levels of support for children with rhinolalia. If students have minor isolated difficulties that can be overcome through the efforts of the educational institution, they may be provided with first-level support. If the efforts of the educational institution are insufficient, parents will be advised to contact the inclusive resource center for a comprehensive psychological and pedagogical assessment of personal development to determine its special educational needs. Even then, it will be determined what level of support during the educational process can be provided to such a student. In particular, the second level is provided to students who have difficulties of the second degree of manifestation (difficulties of mild degree of manifestation). The third - is provided to students who have difficulties of the third degree of manifestation (difficulties of moderate degree of manifestation). Accordingly, the fourth is for people with PLO who have severe difficulties. The fifth level of support is provided to students with the most severe manifestations. Children will be provided with second- to fifth-level support determined by the specialists of the Inclusive Resource Center and noted in the conclusion on the comprehensive psychological and pedagogical assessment of the child's development.

The above-mentioned rhinos will allow specialists to determine the level of difficulties of the child and guide in the correct correctional work.

Keywords: corrective work, people with speech disorders, early intervention, rhinolalia, support levels.

Актуальність дослідження. Одне зі стратегічних завдань освітніх реформ є забезпечення права на якісну освіту дітей з особливими освітніми потребами і надання високоспеціалізованих комплексних послуг. Відповідно до закону України від 23.05.2017 № 2053-VIII «Про внесення змін до Закону України «Про освіту» щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг» (відомості Верховної Ради) Інститутом спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України науковцями (Г. Грибань, Е. Данілавичюте, В. Ільяна, З. Мартинюк, Ю. Рібцун, Л. Трофименко) розроблено «Методичні рекомендації для фахівців інклюзивно-ресурсних центрів щодо визначення категорій освітніх труднощів і рівнів підтримки осіб з особливими потребами в освітньому процесі». Науковцями проведено глибокий аналіз механізмів порушень мовленнєвого розвитку з метою усвідомлення індивідуальних ключових освітніх потреб за умов наявності мовленнєвого дефіциту. Для досягнення результату доцільним є розроблення рівнів підтримки, що сприятиме усвідомленню нового формату оформлення спостережень вузькопрофільним фахівцем. Її сутність полягає у виокремленні особливостей розвитку мовленнєвої функції конкретної дитини з огляду на природу і механізм порушення, що є першим, звичним для фахівця, етапом обстеження. На цьому етапі важливим видається детальне виявлення всіх можливих ознак особливого розвитку мовленнєвої функції (без згадування логопедичного висновку).



Аналіз попередніх досліджень і публікацій. У сучасному науковому світі таке складне порушення, як вродження незрощень губи та піднебіння, розглядається через призму медичного і психолого-педагогічного напрямку. Медичний напрям, спрямований на відновлення і реабілітацію фізіологічних функцій організму дитини (Г. Гончаков, І. Готь, А. Мамедов, І. Матрос-Таранець, В. Рогинський, П. Ткаченко, Л. Харьков, Л. Яковенко та ін.) та психолого-педагогічний, у якому переважають пошуки психолого-педагогічних технологій корекції і розвитку усного мовлення (Л. Вансовська, Т. Васильєва, М. Водолацький, Т. Дерунова, А. Доросинська, В. Яковлев та ін.).

Метою статті є висвітлення визначення категорій освітніх труднощів і рівнів підтримки осіб з ринолалією в освітньому процесі.

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

Результати дослідження. У галузі логопедії серед значної кількості мовленнєвих розладів ринолалія виступає як самостійне мовленнєве порушення, оскільки вона вирізняється з-поміж інших своєрідним комплексом симптомів. Ринолалія (від грец. *rhinos* – ніс, *lalia* – мовлення) – це порушення тембру голосу, звуковимови, що обумовлене анатомо-фізіологічними порушеннями мовленнєвого апарату. Наукові розвідки останніх років свідчать про значне зростання кількості осіб із вродженими розщепленнями піднебіння та верхньої губи. Вроджені дефекти обличчя і піднебіння є наслідком різноманітних зовнішніх і внутрішніх впливів на ембріон, які супроводжуються затримкою саме тих його частин, із яких виникають зародкові бугри, що формують обличчя, ротіву і носову порожнину.

Ми здійснили аналіз спеціальної літератури, де віднайдено багато суджень про причини вроджених дефектів обличчя, розщеплень верхньої губи і піднебіння. Але науковці найважливішу увагу приділяли біологічним факторам у розвитку розщеплень обличчя, верхньої губи і піднебіння і, насамперед, вірусам краснухи та грипу. До причин появи розщеплень також відносять різного роду психічні потрясіння, особливо в першому триместрі вагітності, гінекологічні патології, ендокринні захворювання, вік батьків, порядковість вагітності, загальний стан здоров'я матері, різного роду інтоксикації і шкідливість професій. Ринолалія – це складне мовленнєве порушення, де корекційний процес відбувається у взаємодії декількох спеціалістів і логопед є одним із них. Він має допомогти дитині навчитися користуватися усним мовленням у нових анатомічних умовах. Для всіх дітей, незважаючи на те, проходили вони чи не проходили доопераційну підготовку, необхідна корекційна логопедична робота. Це пов'язано з тим, що анатомія м'язової тканини піднебіння після операції змінюється і може відбитися на якості мовлення навіть у разі його повної нормалізації до операції. Кількість занять і їх тривалість у таких випадках дозується, хоча принципи і методика їх проведення залишаються однаковими. Можливі й такі випадки: якщо в доопераційний період заняття проводилися за правильною методикою, то дитина може після операції говорити правильно. Зазвичай ще потрібно декілька занять, щоб допомогти в опануванні чистим мовленням у нових для дитини анатомічних умовах. Заняття доцільно розпочинати із повторювання всіх голос-



них і приголосних звуків, постійному контролі за діафрагмальним диханням і ротовим видихом. Потрібно закріпити досвід правильної вимови в повсякденному мовленні. Спочатку темп мовлення сповільнюється, поступово він нормалізується й увага акцентується на виразності мовлення. Постійний контроль за мовленням дитини спочатку здійснюється логопедом, а потім батьками та особами, що оточують дитину вдома і в школі. Але не завжди операція позитивно впливає на якість усного мовлення. Якщо дитина займалася до операції з логопедом, але повної чистоти вимови не досягнуто, а після операції носове звучання не зникло, необхідно логопедичну роботу розпочинати заново. При наявності носового відтінку в мовленні дитини не потрібно використовувати жодного звуку, як опорного. Недотримання цього правила може призвести до того, що ефект логопедичного впливу позначиться тільки на якості артикуляції звуків, акустична ж їх характеристика так і залишиться неправильною. На логопедичних заняттях після уранопластики необхідно приділяти більшу увагу розвитку слухового контролю та фонематичного сприймання. Для дітей дошкільного віку можна запровадити спеціальні заняття з підготовки до навчання грамоти. Це допоможе впродовж більш тривалого часу автоматизувати навички правильної вимови і попередити в майбутньому порушення письма. Також доцільно приділяти увагу в післяопераційній роботі м'язам, попереджувати появу їх зайвої напруженості під час мовлення і виникнення синкінезій. Під час вибору корекційного напрямку треба враховувати їх можливості та особливості мовленнєвого порушення. Якщо у вимові дитини після операції немає носового відтінку, немає напруження в лицьових і м'язових м'язах, але відсутній ряд звуків, то необхідно використовувати способи появи відсутніх звуків. На заняттях автоматизація мовних навичок при ринолалії проходить у кожного по-різному. Це може залежати від ряду причин. Помилки, допущені дитиною при мовленнєвому спілкуванні, можуть бути викликані тим, що вона передчасно почала використовувати в побуті неправильне мовлення. При цьому стійкість набутих навичок і їх автоматизація порушуються. Відтак освітній простір найчастіше виступає яскравим індикатором наявності порушень мовленнєвого розвитку, що вимагає чіткого алгоритму своєчасного виявлення і супроводу, для запобігання виникнення або подолання перешкод на шляху до здобуття особою освіти всіх рівнів.

У статті ми пропонуємо розглянути структуровану характеристику критеріїв визначення функціонально-мовленнєвих труднощів відповідно до кожного ступеня прояву. До першого ступеня прояву труднощів відносимо наявність незначних, поодиноких особливостей функціонування мовлення, які можуть бути присутні в різних поєднаннях. До другого ступеня прояву труднощів відносимо значні особливості функціонування мовлення, які можуть бути присутні в різних поєднаннях і створювати бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії дітей. До третього ступеня прояву труднощів відносимо наявність виражених особливостей функціонування мовлення, які можуть бути присутні в різних поєднаннях, спричинювати особливості когнітивного, емоційно-вольового функціонування і створювати бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії. До четвертого ступеня прояву труднощів відносимо наявність чітко окреслених особливостей початкової стадії



функціонування мовлення, які можуть бути присутні в різних поєднаннях, спричинювати особливості когнітивного, емоційно-вольового функціонування, створювати бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії. До п'ятого ступеня прояву труднощів відносимо наявність особливостей функціонування мовлення різного ступеня прояву в поєднанні з іншими особливостями функціонування, що може створювати суттєвий бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії.

Описана характеристика ступенів прояву функціонально-мовленнєвих труднощів має озброїти фахівців чітким алгоритмом визначення особливих освітніх потреб, які претендують на задоволення за умови надання певного рівня підтримки. Пропонуємо характеристику рівнів підтримки дітей із ринолалією.

До I рівня підтримки відносяться діти з ринолалією, що мають таке характерне усне мовлення: відтворення назального відтінку тембру голосу, глухий, тихий голос, серед ряду голосних [a] звучить найбільш ринофонічно; значна присутність назального відтінку в звуках [i], [y]; голосні звуки вимовляються при відтягнутому назад язикові з видихом повітря через ніс із в'ялою губною артикуляцією; особливості мовленнєвого дихання (повітря проходить через ніс, видих короткий, повітряний струмінь слабкий, нецілеспрямований); фонематичні процеси відповідають віку дитини, речення граматично правильні, використовуються різні типи речень в усному мовленні; лексичний запас відповідає віковій нормі. Незначні труднощі внаслідок назального відтінку мовлення, недостатньо інтонаційної виразності усного мовлення. Труднощі I рівня прояву характеризуються наявними незначними поодинокими особливостями функціонування мовлення, які можуть бути притаманні мовленню дитини. Присутній лише назальний відтінок в усному мовленні та поодинокі випадки порушення звуковимови в поєднанні з недостатнім інтонуванням. На зазначеному рівні нічого не створює бар'єру для успішного опанування знань. Наявність потреби в створенні незначних прилаштувань освітнього середовища, наданні логопедичної допомоги в межах логопункту.

II рівень підтримки поділяється на два субрівні. До II рівня (I субрівня) підтримки відносяться діти із такою характеристикою усного мовлення: тихий, монотонний, затухаючий голос; при вимові приголосних звуків додається хрипкий звук, що виникає в носовій порожнині; дихання носо-ротове (тривалість видиху різко скорочується, дихання переривчасте, малого обсягу); при мовленнєвому диханні повітря проходить через ніс, видих короткий, повітряний струмінь слабкий, нецілеспрямований; вибухові (зімкнені) приголосні звуки [п], [б], [д], [т], [к], [г] звучать нечітко, подекуди незрозуміло, оскільки в ротовій порожнині не утворюється необхідний повітряний тиск унаслідок неповного перекриття носової порожнини; нейтралізація зубних щілинних звуків за способом творення ([з], [с]); заміна вибухових звуків фрикативними ([г-х]); свистячий фон при вимові шиплячих звуків або навпаки; відсутність вібранта [р] або заміна його звуком [и] при сильному видиху; накладання додаткового шуму на назалізовані звуки (шипіння, свист, придих, хрипіння, гортанність); фонематичні процеси відповідають віковій нормі; речення граматично правильні, використовуються різні типи речень в усному мовленні, лексичний запас відповідає віковій нормі. Освітні труднощі проявляються в нерозбірливості і монотонності мовлення зага-



лом і призводять до дефіциту спілкування. Створює бар'єр в успішному опануванні знань. Наявність потреби в здійсненні комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини в ІРЦ, створенні прилаштувань освітнього середовища (індивідуальної програми розвитку та індивідуального навчального плану, дизайну приміщень), допоміжних засобах навчання; додатковій підтримці.

До II рівня (II субрівня) підтримки відносяться діти з такою характеристикою усного мовлення: особливості голосу (тихий, монотонний, затухаючий); при вимові приголосних додається хрипкий звук, що виникає в носовій порожнині; дихання носо-ротове; тривалість видиху різко скорочується, дихання переривчасте, малого обсягу; при мовленнєвому диханні повітря проходить через ніс, видих короткий, повітряний струмінь слабкий, нецілеспрямований; вибухові приголосні звуки [п], [б], [д], [т], [к], [г] звучать нечітко, подекуди незрозуміло, оскільки в ротовій порожнині не утворюється необхідний повітряний тиск для вимови звуків за способом творення ([з], [с]; заміна вибухових звуків фрикативними [г-х]; свистячий фон при вимові шиплячих звуків або навпаки; відсутність вібранта [р] або заміна звуком [и] при сильному видиху; накладання додаткового шуму на назалізовані звуки (шипіння, свист, придих, хрипіння, гортанність); фонематичні процеси (сприймання, уявлення, звуковий аналіз і синтез) значно порушені. Значні труднощі під час усного мовлення, що проявляються в незрозумілості та монотонності мовлення загалом і призводять до значних дефіцитів у спілкуванні. Незначні труднощі в оволодінні фонетичним принципом письма. Завдання, що вимагають застосування навичок читання або письма призводять до сповільненого темпу під час їх виконання, підвищеної втомлюваності та швидкого виснаження дитини. Наявність значних особливостей функціонування мовлення, які можуть бути притаманні мовленню дитини (присутні назальний відтінок усного мовлення та особливості відтворення приголосних звуків, особливості дихальної, голосової функції і фонематичних процесів). Потреби в наданні підтримки такі ж самі, як при першому субрівні.

До III рівня підтримки відносяться діти із такою характеристикою усного мовлення: особливості зміни тембру голосу, відкрита назалізація, носовий резонанс, що надає глухого звучання вимові голосних звуків, голос стає монотонним, незрозумілим і слабким; дихання носо-ротове, при якому тривалість видиху різко скорочується, дихання переривчасте, малого обсягу, страждає фонаційне дихання; дихання прискорене, поверхнєве, переважає ключичний тип; особливості відтворення вимови звуків [л], [т], [д], [ч], [ш], [щ], [ж], [р], [с], [з], [ц] з одночасним ротовим видихом; звуки [к], [г] або відсутні, або замінюються характерним вибухом; звуки [л], [р] звучать ринофонічно; особливості специфічного забарвлення деяких приголосних звуків (наприклад, звук [д] приймає нетипову для нього позицію і набуває ознак задньопіднебінного); присутність вимушених пауз, повторів одиниць мовлення (мимовільні зупинки, складність переходу від однієї одиниці мовлення до іншої); особливості фонетичного оформлення усного мовлення (усі ротові звуки набувають назального відтінку); зміни аеродинамічних умов фонації, звуки стають назальними, змінюється характерний тон приголосних; особливості розрізнення звуків мовлення на слух, дефіцит



розпізнавання певних слухових ознак звуків (дзвінкості – глухості, м'якості – твердості) при виконанні завдань на слух; наявність вимушених пауз, повторів одиниць мовлення (мимовільні зупинки, складність переходу від однієї одиниці мовлення до іншої); особливості використання словникового запасу, дефіцит добору слів, неодноразове використання тих самих слів, невідповідність певній мовленнєвій ситуації; дефіцит узгодження слів між собою в словосполученнях, реченнях або добору правильної форми слова; заміни форми одного відмінка формою іншого; неправильне вживання відмінково-прийменникових конструкцій (опускання, заміни прийменників). Писемне мовлення характеризується присутністю помилок у писемній продукції: заміни [п]/[б], [м]/[т], [д]/[н] у зв'язку з відсутністю фонологічного зіставлення відповідних звуків в усному мовленні; пропуски, заміни, уживання зайвих голосних; заміни і змішування шиплячих-свистячих, заміни дзвінких приголосних звуків глухими; при написанні слова зі збігом приголосних пропускає одну літеру.

Труднощі в голосоутворенні і диханні, що призводять до неправильного функціонування усного мовлення і його розбірливості. Значні труднощі під час усного мовлення, що проявляються в нерозбірливості та монотонності мовлення загалом і призводять до дефіциту в спілкуванні. Труднощі в розумінні усних висловлювань особливо складних розгорнутих речень та у формуванні власних; у розумінні складних логіко-граматичних конструкцій; у виконанні багатетапних словесних інструкцій; у діалогічному та монологічному мовленні. Труднощі в розумінні нових лексичних одиниць. Є значні труднощі в опануванні фонетичного принципу письма. Труднощі під час письма і читання. Виражені особливості функціонування мовлення в різних поєднаннях спричиняють особливості когнітивного, емоційно-вольового функціонування. Створює бар'єр в успішному опануванні знань.

Наявність потреби в здійсненні комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини в ІРЦ; створенні прилаштувань освітнього середовища (індивідуальної програми розвитку, індивідуального навчального плану, адаптацій змісту навчання, дизайну приміщень тощо); допоміжних засобах навчання; додатковій підтримці; присутності асистента вчителя.

До IV рівня підтримки відносяться діти із такою характеристикою усного мовлення: голос (тихий, монотонний, затухаючий), при вимові приголосних звуків додається хрипкий звук, що виникає в носовій порожнині; дихання носо-ротове (тривалість видиху різко скорочується, дихання переривчасте, малого обсягу); мовленнєве дихання: повітря проходить через ніс, видих короткий, повітряний струмінь слабкий, нецілеспрямований; майже повна відсутність словесних засобів спілкування; наявність специфічного вимовляння звуків; фонематичні процеси, починаючи від простих форм сприймання, порушені особливості в розумінні та користуванні граматичною будовою мовлення; присутність вимушених пауз, повторів одиниць мовлення (мимовільні зупинки, складність переходу від однієї одиниці мовлення до іншої); особливості граматики (дефіцит узгодження слів між собою в словосполученнях, реченнях або в доборі правильної форми слова); особливості в розумінні пізнавати, вивчати, усвідомлювати, сприймати і переробляти інформацію; недосконалість мисленневих процесів (вторинно).



Спостерігаються труднощі в нездатності до усного спілкування, неспроможність опанування навчального матеріалу загалом. Труднощі в розумінні виконання інструкцій; у розумінні складних логіко-граматичних конструкцій; у виконанні багатоетапних словесних інструкцій. Особливості функціонування когнітивних функцій призводять до труднощів у смислового (логічного) запам'ятовуванні матеріалу, що вивчається. Труднощі в концентрації та стійкості уваги під час навчальної діяльності. Наявність чітко окреслених особливостей початкової стадії функціонування мовлення або його повна відсутність спричинюють особливості когнітивного, емоційно-вольового функціонування передусім вербальних розумових операцій. Створює бар'єр в успішному опануванні знань, навичок комунікації.

Наявність потреби в здійсненні комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини в ІРЦ; створенні прилаштувань освітнього середовища (індивідуальної програми розвитку, індивідуального навчального плану, адаптацій і модифікацій організації, змісту, оцінювання навчання, дизайну приміщень); допоміжних засобах навчання; додатковій підтримці; присутності асистента вчителя; присутності асистента дитини.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Охарактеризовані рівні підтримки допоможуть фахівцям у визначенні корекційного напрямку для дитини з особливими мовленнєвими потребами і в майбутньому є підґрунтям для розроблення комплексу діагностичних завдань, що сприятимуть ефективному визначенні рівня.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алмазова Е. (1973). Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. М., 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). Ефективність логопедичного навчання за раннього хірургічного відновлення піднебіння. Дефектологія. №4. С. 19 – 20.

REFERENCES (TRANSLATED AND TRANSLITERATED)

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. *Нemp, S.* (2008). Development of children with congenital nonunion of the lips and palate. Theory and practice. Kiev. P. 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, L. V., Yakovenko, L. M.* (1998). The effectiveness of speech therapy training in early surgical restoration of the palate. Defectology. №4. Pp. 19 – 20.