

УДК 376-056.264-051:616.315-007.254-053.2

DOI <https://doi.org/10.32782/apv/2022.1.1.36>

**Анна ЦИБУЛЬКО**

викладач-стажист кафедри спеціальної та інклюзивної освіти, Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини, вул. Теплична, 8, м. Умань, Черкаська область, Україна, 203020

**ORCID:** 0000-0002-0267-1655

**Бібліографічний опис статті:** Цибулько, А. (2022). Особливості корекційно-розвиткової роботи логопеда з дітьми із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. *Acta Paedagogica Volynienses*, 1, 227–233, doi: <https://doi.org/10.32782/apv/2022.1.1.36>

## ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВОЇ РОБОТИ ЛОГОПЕДА З ДІТЬМИ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ

У статті розглядається специфіка корекційно-розвиткової роботи логопеда з дітьми із вродженими незрощеннями губи та піднебіння, що заснована на необхідності розуміння специфічних рис та проблем цієї патології, що зумовлює соціальну спрямованість вивчення цієї проблеми. У сучасному світі людина, що має вроджену патологію щелепно-лицьової області, повинна розглядатися не тільки як об'єкт медичного впливу та соціально-педагогічної допомоги, але і як активний суб'єкт соціуму, що створює умови для самореалізації.

Метою роботи є впорядкування та узагальнення наявних нині напрямів, методів та форм корекційно-розвиткової роботи з дітьми із ринолалією у різні вікові періоди та на різних етапах реабілітації (доопераційному та післяопераційному). Визначено важливість диференціальної діагностики дітей для правильного вибору завдань та методів здійснення корекційно-розвиткової роботи. Акцентується увага на показниках, на підставі яких формується логопедичний висновок, та у разі потреби призначаються додаткові обстеження.

Методологія дослідження будувалася на теоретичних засадах порівняння та узагальнення наукових даних у галузі медицини, логопедії, корекційної педагогіки з метою визначення теоретико-методологічних засад дослідження.

Наукова новизна дослідження полягає у висвітленні змісту методик ранньої комплексної корекційно-розвиткової роботи з дітьми із вродженими незрощеннями губи та піднебіння з урахуванням сучасних методів ранньої хірургічної корекції, темпу психомовленнєвого розвитку дітей.

Отже, успішність корекційного процесу залежить не тільки від систематичної логопедичної роботи, спрямованої на виховання мовленнєвого дихання, розвиток артикуляційних процесів та фонематичного сприйняття, а й від своєчасного хірургічного втручання, медичної реабілітації, психофізіологічного стану дитини.

**Ключові слова:** ринолалія, корекція, вроджені незрощення губи та піднебіння.

**Anna TSYBULKO**

Lecturer at the Department of Special and Inclusive Education, Pavlo Tychyna Uman State Pedagogical University, Teplychna str., 8, Uman, Cherkasy region, Ukraine, 20300

**ORCID:** 0000-0002-0267-1655

**To cite this article:** Tsybulko, A. (2022). Osoblivosti korekciyno-rozvitkovoї roboti logopeda z dit'mi iz vrodzhenimi nezroshchennyami gubi ta pidnebinnya [Peculiarities of correctional and developmental work of speech therapist with children with congenital unconnections of lips and palate]. *Acta Paedagogica Volynienses*, 1, 227–233, doi: <https://doi.org/10.32782/apv/2022.1.1.36>

## PECULIARITIES OF CORRECTIONAL AND DEVELOPMENTAL WORK OF SPEECH THERAPIST WITH CHILDREN WITH CLEFT LIP CLEFT PALATE

The article considers the specifics of correctional and developmental work of speech therapists with children with congenital cleft lips and palate, based on the need to understand the specific features and problems of this pathology, which determines the social orientation of this problem. In today's world, a person with congenital pathology of the maxillofacial region should be considered not only as an object of medical influence and socio-pedagogical care, but also as an active subject of society, creating conditions for self-realization.

The aim of the work is to streamline and generalize the existing areas, methods and forms of correctional and developmental work with children with rhinolalia at different ages and at different stages of rehabilitation (preoperative and postoperative). Determining the importance of differential diagnosis of children for the correct choice

*of tasks and methods of correctional and developmental work. Emphasis is placed on the indicators on the basis of which the speech therapy conclusion is formed, and, if necessary, additional examinations are assigned.*

*The research methodology was based on the theoretical principles of comparison and generalization of scientific data in the field of medicine, speech therapy, correctional pedagogy on the research problem in order to determine the theoretical and methodological principles of the study.*

*The scientific novelty of the study is to highlight the content of methods of early comprehensive correctional and developmental work with children with congenital malformations of the lips and palate, taking into account modern methods of early surgical correction, the pace of psychospeech development of children.*

*Thus, the success of the correction process depends not only on systematic speech therapy work aimed at educating directed speech breathing, development of articulatory processes and phonemic perception, but also on timely surgery, medical rehabilitation, psychophysiological condition of the child.*

**Key words:** cleft palate speech, correction, congenital nonunion of the lips and palate.

**Актуальність проблеми.** Вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння є одними із найбільш поширених аномалій розвитку. Вони займають 3–4 місце у структурі вроджених вад розвитку людини. За статистичними даними спостерігається тенденція до збільшення цього показника внаслідок підвищення дії токсичних речовин на організм людини у результаті розвитку промислової та хімічної індустрії. Відомо, що незрощення губи та піднебіння є причиною важкого мовленнєвого порушення – ринолалії. Ринолалія – це порушення як тембру голосу, так і звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату (Конопляста, 2008: 247). При ринолалії незрощення губи та піднебіння є фактором, який спричиняє низку інших патологічних змін та функцій артикуляційного апарату, які посилюють порушення мовлення.

Відкрита ринолалія, зумовлена вродженими незрощеннями губи та піднебіння, є предметом вивчення для логопедії, психології та цілої низки медичних наук. Ця патологія призводить до відсутності ізоляції ротової і носової порожнин, що тягне за собою прояви функціональних порушень, що ускладнюють психофізичний розвиток дитини від народження. Корекційна робота передбачає системну, послідовну та комплексну взаємодію хірургів, ортодонтів, логопедів та педагогів-психологів.

Оперативне втручання лише створює анатомо-фізіологічні передумови для формування правильної звуковимови. Після уранопластики у дітей залишається патологічна позиція язика в ротовій порожнині, порушення діяльності м'язів м'якого піднебіння, що веде до розладу тембру голосу, його просодичних характеристик та специфічного порушення звуковимови (Ермакова, 2002). У комплексному лікуванні проводяться ортодонтичні та ортопедичні

заходи, які спрямовані не лише на усунення важких деформацій зубощелепної системи, але й на нормалізацію порушених функцій. Це забезпечує важливість оперативного втручання у ранні терміни.

Корекційно-розвиткова та психолого-педагогічна робота з дітьми із вродженими незрощеннями губи та піднебіння заснована на необхідності розуміння специфічних рис та проблем цієї патології, що зумовлює соціальну спрямованість вивчення цієї проблеми. У сучасному світі людина, що має вроджену патологію щелепно-лицьової області, повинна розглядатися не тільки як об'єкт медичного впливу та соціально-педагогічної допомоги, але і як активний суб'єкт соціуму, що створює умови для самореалізації (Конопляста, 2015).

Отже, проблема реабілітації дітей із цим видом порушення є однією з найактуальніших у сучасному світі.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** За даними масштабного багаточетрового дослідження, виконаного під егідою Всесвітньої організації охорони здоров'я групою фахівців, які об'єднали бази даних 30 країн за період із 2000 по 2005 р. та створили загальну базу даних International Perinatal Database of Typical Orofacial Clefts, поширеність незрощення верхньої губи та/або твердого піднебіння становить 9,9 на 10 000 новонароджених (IPDТОС Working Group, 2010). Медичні дослідження Г. Волкової, А. Гулюк, Л. Харькова, В. Williams та інших вказують на те, що прогнози щодо зменшення кількості народження дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння є несприятливими.

Проблема корекційно-розвиткової роботи з дітьми із вродженими незрощеннями губи та піднебіння була предметом вивчення таких науковців та практиків, як: Т. Ахутіна, С. Коно-

пляста, Р. Левіна, Н. Чередниченко, В. Тищенко, М. Шеремет, М. Хватцев та інші. Під час опису порушень фонетичної сторони мовлення дітей із ринолалією дослідники звертають увагу на те, що порушення звуковимови у них є доволі специфічним. Своєрідний, характерний лише для ринолалії, характер спотворень звуків зумовлений порушеннями артикуляційного укладу як органічного, так і функціонального характеру.

Аналіз психолого-педагогічної та логопедичної літератури дає змогу зробити висновок про те, що напрями корекції звуковимови у дітей дошкільного віку із ринолалією, зумовленою вродженими незрощеннями губи та піднебіння, вивчені недостатньо. Також не повною мірою розглянуто особливості логопедичної роботи, яку необхідно здійснювати для корекції цього порушення. Отже, потрібно звернути посилену увагу на сучасні методи та принципи корекційно-розвиткової роботи логопеда з дітьми із ринолалією.

**Мета дослідження** – теоретичне узагальнення та аналіз особливостей корекційно-розвиткової роботи логопеда з дітьми із вродженими незрощеннями губи та піднебіння у різні вікові періоди. Визначення важливості диференціальної діагностики дітей для правильного вибору методів корекції.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Під час вибору завдань та методів здійснення корекційно-розвиткової роботи з дітьми із незрощеннями губи та піднебіння важливе значення має диференціальна діагностика. Мета обстеження дитини – оцінка рівня мовного та мовленнєвого розвитку, виявлення впливу анатомо-фізіологічних особливостей на порушення мовлення.

У логопедичній діагностиці ринолалії важливим завданням є розмежування порушень, що різняться за механізмом. Не всі симптоми, наявні у дітей із незрощенням твердого піднебіння, за механізмом є наслідком саме цього анатомічного порушення. Наприклад, існує чимало випадків, коли крім анатомо-фізіологічних дефектів зубощелепного апарату у дітей спостерігаються порушення іннервації м'язів артикуляційного апарату. Фактично це випадки зі складним коморбідним порушенням, що включають два різні механізми: недостатність іннервації центрального характеру та структурна аномалія зубощелепного апарату. У зв'язку з цим для правильного вибору завдань

та методів корекції необхідна диференціальна діагностика різних механізмів лінгвопатологічних синдромів (Когнев, 2019).

Після хейлопластики та уранопластики кожні півроку проводиться логопедичне обстеження дитини, що включає диференціальну діагностику між відкритою ринолалією, дислалією та іншими мовленнєвими розладами і повторне визначення завдань та методів корекційної роботи на кожному етапі реабілітації.

Під час обстеження звертається увага на такі показники, як:

– вид вродженого незрощення та вік, у якому виконано пластику губи (хейлопластика або хейлоринопластика), пластику твердого та м'якого піднебіння (VELOпластика, уранопластика) (Харьков, 2013);

– анатомічна будова артикуляційного апарату з урахуванням будови твердого піднебіння, довжини м'якого піднебіння, можливості активного та пасивного змикання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки, будови зубного ряду, характеру прикусу, оцінки назального резонансу, його вираженості, постійності гіперназального резонансу;

– порушення голосу;

– компенсаторні мимічні рухи;

– звуковимова;

– загальна розбірливість мовлення;

– лексико-граматична будова мовлення;

– функція піднебінно-глоткового зімкнення;

– дослідження слуху.

На підставі цих даних формується логопедичний висновок та у разі потреби призначаються додаткові обстеження спеціалістів.

Завдання корекційної роботи з дітьми із вродженим незрощенням піднебіння відрізняються залежно від періоду комплексного лікування.

У доопераційному періоді з дітьми до 1,5–2 років корекційна робота повинна бути спрямована на стимуляцію мовленнєвого розвитку дитини. Стимуляція здійснюється через навчання батьків прийомів ігрової взаємодії при появі лепету, слів і перших фраз.

У післяопераційному періоді основна мета – включення у мовленнєвий процес сформованих анатомічних структур м'якого та/або твердого піднебіння.

На заняттях із логопедом на першому плані виступає розвиток правильного мовленнєвого дихання, формування спрямованого ротового

видиху, активізація піднебінно-глоткового зімкнення.

Наявні методологічні підходи у розвитку рухливості м'якого піднебіння, нормалізації тембру голосу можна умовно розділити на силові та природні, а використовувані методики – на активні та пасивні.

Використання силових підходів було засноване на думці, що початкове збудження, викликане надмірними подразниками, широко іррадіює, активуючи дозрівання мовленнєвих механізмів у сформованих хірургом структурах мовленнєвого апарату. Використовується поштовхоподібна, посилена вимова звуків із сильною напругою м'язів шиї, плечового поясу, посилений ротовий видих. Однак слід зазначити, що надмірна напруга м'язів мовленнєвого апарату та посилений мовленнєвий видих можуть провокувати додаткову носову експірацію, перенапружують голосові зв'язки та ускладнюють закріплення правильної вимови у самостійному мовленні.

Природний підхід – це формування природних, ненапружених артикуляційних рухів, що базуються на попередньо виробленому правильному диханні та голосоутворенні. Природний метод фізіологічний, дає змогу досягти оптимального співвідношення розбірливості мови при найменшій носовій експірації та напрузі голосових зв'язок. Природні моделі вимови дитина використовує у самостійному мовленні.

Пасивні методики тренування рухливості м'якого піднебіння – це масаж, механічне досягнення зімкнення з допомогою шпателя, фізіотерапевтичні процедури.

Активні методики – тренування рухливості м'якого піднебіння у фізіологічних актах (позіхання, ковтання, покашлювання) та під час фонації (вимова голосних звуків).

Поєднання природних підходів та активних методик найбільш фізіологічне та доступне для дитини. Завданням корекційної роботи є отримання оптимального акустичного результату при найменшій м'язовій нарузі, м'якій голосовій атаці та правильній звуковимові (Брюховських, 2013).

Логопедична робота при відкритій ринолалії у дітей зі вродженим незрощенням піднебіння, як правило, крім корекції звуковимови, включає виправлення порушень звукоскладової струк-

тури слова, розвиток лексико-граматичного ладу мовлення, а у шкільному віці – корекцію дисграфії.

Логопедична робота з дітьми раннього віку в умовах виконання велоластики та ураноластики до початку формування фразового мовлення – актуальне питання сучасної логопедії. На підставі даних логопедичного обстеження розробляється план корекційної роботи та форма взаємодії логопеда з дитиною – індивідуальні та підгрупові заняття або програма для домашніх занять із батьками.

На домовленнєвому етапі завдання роботи такі:

- підкріплення усіх спроб вокалізації;
- розвиток кінетичної чутливості;
- розвиток направленою струменя видихуваного повітря через рот;
- заохочення повторення загальних та артикуляційних рухів;
- розвиток слухової уваги та слухового сприйняття.

На цьому етапі важливу роль має консультативно-просвітницька робота логопеда з батьками дитини. Важливо пояснити батькам, як правильно стимулювати мовленнєвий розвиток дитини шляхом введення мовленнєвих ігор та вправ у повсякденний побут. Поради логопеда мають бути надані батькам у доступному вигляді, включати перелік ігор, вправ, визначення регулярності їх виконання та передбачувані результати. Доцільно визначити напрями роботи, зміст ігор та вправ для кожного з напрямів, методичні рекомендації щодо взаємодії з дитиною під час ігор.

Підкріплення та заохочення дитячого лепету у віці 3–6 місяців передбачає використання будь-яких природних комунікативних ситуацій, спільної діяльності (наприклад, переодягання, купання) та будь-яких моментів, коли дитина відгукується на звук материнського голосу. Спілкування з дитиною повинно бути емоційним, а прояви радості, здивування, запитання – підкреслені інтонаційно та дещо перебільшені. У 7–8 місяців доцільно починати проводити ігри, спрямовані на підкріплення та заохочення імітації рухів слідом за дорослим. У процесі психомоторного розвитку здатність дитини до повторення рухів тіла випереджає імітацію більш точних, дрібних рухів. Поступово в ігри включається повторення мімічних рухів – позіхання, кліпання, посмішка. Повто-

рення рухів язика та губ – кінцева мета ігор. Заохочення звуконаслідувань простим вокалізаціям дорослих застосовується тією чи іншою мірою всіма батьками. Якщо пластика м'якого піднебіння проведена в 6–7 місяців, то в перші тижні після пластики необхідне включення сформованого м'якого піднебіння у фонацію. Насамперед у вправи включаються голосні [a], [e], що вимовляються дорослим спокійно, протяжно, на м'якій атаці голосу. Через один-два тижні у вправи включають голосний [o], через три-чотири – голосні [y], [и], [і]. Послідовність роботи над голосними умовна, оскільки важливо підкріплювати та заохочувати будь-які спроби дитини до вимови голосних звуків та будь-які їх поєднання. Розвиток слухового та фонематичного сприйняття є продовженням цих ігор. У звичайних повсякденних іграх і заняттях застосовується шепітне мовлення, шепітні інструкції для дитини, що стоїть спиною до того, хто говорить. Розвиток слухової уваги проводиться у процесі відомих ігор із коробочками або баночками, наповнених крупами, з музичними інструментами та іграшками. Розвиток оральної моторики – це повторення рухів язика та губ. Можливе використання смоктального рефлексу для стимуляції висовування язика, цмокання губами – всього, що сприяє формуванню нових кінестезій, необхідних для мовленнєвих дій у післяопераційний період. Метою вправ на розвиток спрямованого ротового видиху є вироблення спрямованого струменю видихуваного повітря для подальшої корекції звуковимови.

Завдання логопедичної роботи на етапі появи перших слів (з 10–12 місяців) такі:

- закріплення у мовленні вимови голосних та приголосних звуків;
- розвиток артикуляційної моторики, стимулювання експериментування дитиною із власними артикуляціями;
- розвиток рухливості м'якого піднебіння під час фонації;
- розвиток плавного мовленнєвого дихання;
- продовження роботи з формування спрямованого ротового видиху;
- формування слухової та мовленнєвої диференціації звуків мовлення;
- постановка за наслідуванням приголосних звуків із правильним звучанням та артикуляційним укладом.

Закріплення вимови голосних звуків необхідне як основа для формування навичок звуковимови, правильного розподілу мовленнєвого видиху і як матеріал для подальшого тренування рухливості м'якого піднебіння та нормалізації резонансу. Закріплення приголосних у складах, словах та фразовому мовленні будується на звуках, вибраних із звуконаслідувань, простих слів: логопед може визначити групу звуків, що вимовляються правильно або доступні в найближчій зоні розвитку. Продовжується розвиток тактильної чутливості із застосуванням м'якого погладження, постукування губ, носогубних складок, щік. Залежно від стану м'язового тону дії можуть мати більш або менш інтенсивний характер, але основна їх мета – усвідомлення відчуттів у сприйнятливих до впливу областях периферичного артикуляційного апарату та мімічних м'язів обличчя (Копорlyasta, 2006).

Розвиток артикуляційної моторики набуває більш диференційованого характеру. Артикуляційні вправи підбираються для груп звуків, зумовлених даними дослідження фонетичної та фонологічної сфери. Занадто велика кількість артикуляційних вправ ускладнює їх засвоєння дитиною, рекомендується зосередитися на найважливіших.

Розвиток направлено ротового видиху з використанням різних іграшок для дуття залишається найважливішим етапом роботи. Для активної участі дитини слід шукати нові предмети, іграшки. Предмети мають бути легкими, іграшки не повинні вимагати посиленого видиху. Це можуть бути листочки, пушинки, кульбаби, краплі роси на листі під час прогулянки.

На етапі фразового мовлення виділяють такі напрями корекційної роботи:

- активізація піднебінно-глоткового зімкнення;
- робота над диханням;
- формування слухових диференціацій;
- розвиток фонематичного аналізу;
- постановка голосу;
- корекція звуковимови.

Для дітей, які мають численні помилки у процесах словотворення, словозміни та порушення зв'язного мовлення, проводиться робота з корекції лексико-граматичної сторони мовлення та розвитку зв'язного мовлення.

Передбачувана причина порушення звуковимови та тембру голосу визначає завдання та прийоми роботи для кожного з напрямів. Логопедична робота будується за методикою корекції дислалії з урахуванням специфіки звукових замінів. Фрикативні та змичні приголосні можуть замінюватися носовим видихом, тому диференціація носового та ротового видиху необхідна на попередньому етапі роботи (Волосовец, Кутепова, 2007). При дислалії на тлі вродженого незрощення піднебіння слід, незважаючи на функціональну повноцінність піднебінно-глоткового зімкнення, уникати посиленого видиху. Під час вимови артикулеми повинні бути легкі, ненапружені та природні.

Паралельно проводиться поетапна робота з розвитку фонематичного сприйняття. Основою фонематичного сприйняття є фонематичний слух, тобто здатність виділяти та ідентифікувати звуки мовлення.

У процесі дослідження особливостей корекційно-розвиткової роботи логопеда з дітьми із вродженими незрощеннями губи та піднебіння ми дійшли **висновків**, що система корекційно-розвиткової роботи логопеда обов'язково має

забезпечити: розвиток рухомості м'якого піднебіння, усунення назалізації, формування правильної артикуляції всіх звуків, розвиток фонематичного сприймання. Зміст логопедичної роботи може варіюватися залежно від того, чи прооперована дитина, чи працював із нею логопед до операції, наскільки тривалою була підготовча робота, чи готова вона психологічно до логопедичних занять тощо (Шеремет, 2014). На основі вивчення мовленнєвої діяльності дітей із відкритою органічною ринолалією, проведеного з використанням принципів системного підходу, виявлено складні взаємозв'язки між окремими компонентами мовленнєвої діяльності, які дають змогу визначити мету, завдання та напрями корекційної роботи.

**Перспективами подальших досліджень** є необхідність удосконалення змісту методик ранньої комплексної корекційно-розвиткової роботи з дітьми із вродженими незрощеннями губи та піднебіння із врахуванням сучасних методів ранньої хірургічної корекції, темпу психомовленнєвого розвитку дітей та попередження виникнення вторинних мовленнєвих порушень.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. International Perinatal Database of Typical Orofacial Clefts Working Group. Prevalence at birth of cleft lip with or without cleft palate: data from the International Perinatal Database of Typical Oral Clefts. 2010. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20507242/>
2. Волосовец Т.В., Кутепова Е.Н. Коррекция звукопроизводительной стороны речи детей при ринлаллии. *Методические рекомендации для педагогов ППМС-центров и родителей*. Москва: РУДН, 2007. 67 с.
3. Ермакова И.И. Ошибки при логопедическом исправлении речи после уранопластических операций. *Функционально-эстетическая реабилитация больных с врождёнными расщелинами лица*. Москва: Институт пластической хирургии и косметологии, 2002. 132 с.
4. Конопляста С.Ю. Перспективи вирішення проблеми мовленнєвого розвитку дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. *Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: науково-методичний збірник / за ред. В.І. Бондаря, В.В. Засенка*. Київ, 2006. Вип. 7. С. 131–134.
5. Конопляста С.Ю. Ринолалія. Причини, механізми, основні форми порушення. *Хрестоматія з логопедії: Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринолалія: навчальний посібник*. Київ, КНТ, 2008. С. 247.
6. Конопляста С.Ю. Ринолалія від А до Я. *Монографія*. Київ: Книга-плюс, 2015. 312 с.
7. Корнев, А.Н. Нарушения речевого развития, обусловленные анатомо-физиологическими аномалиями зубочелюстного аппарата. *Учебно-методическое пособие*. Санкт-Петербург: СПбГПМУ, 2019. 80 с.
8. Брюховских Л.А. Ринолалія. *учебно-методическое пособие*. 2-е изд., перераб. и доп. Красноярск, 2013. 104 с.
9. Харьков Л.В. Ефективність методик первинного хірургічного лікування дітей з вродженим незрощенням губи. *Стоматология: от науки к практике*. 2013. № 1. С. 38–45.
10. Шеремет М. К. Логопедія. *Підручник*. Третє видання, перероблене та доповнене. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2014. 672 с.

#### REFERENCES:

1. International Perinatal Database of Typical Orofacial Clefts Working Group. (2010). Prevalence at birth of cleft lip with or without cleft palate: data from the International Perinatal Database of Typical Oral Clefts. 2010. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20507242/>

2. Volosovec T.V., Kutepova E.N. (2007). Korrekciya zvukoproiznositel'noj storony rechi detej pri rinlalii. [Correction of the sound-producing side of the speech of children with rhinlalia]. Moskva: RUDN, 67 p. (in Russian)
3. Ermakova I.I. (2002). Oshibki pri logopedicheskom ispravlenii rechi posle uranoplasticheskikh operacij. Funkcional'no-esteticheskaya reabilitaciya bol'nyh s vrozhdyonnymi rasshchelinami lica. [Mistakes in speech therapy correction of speech after uranoplastic operations. Functional and aesthetic rehabilitation of patients with congenital facial clefts]. Moskva: Institut plasticheskoy hirurgii i kosmetologii, 132 p. (in Russian)
4. Konoplyasta S.U. (2006). Perspektivi virishennya problemi movlenneвого rozvitku ditej iz vrodzhenimi nezroshchennyami gubi ta pidnebinnya. Didaktichni ta social'no-psihologichni aspekti korekciynoi roboti u special'nij shkoli [Prospects for solving the problem of mental development of children from congenital unborn children and children]. Kiïv, Rel. 7. P. 131–134. (in Ukrainian)
5. Konoplyasta S.U. (2008). Rinolaliya. Prichini, mekhanizmi, osnovni formi porushennya. [Causes, mechanisms, main forms of damage]. Kiïv, KNT. P. 247. (in Ukrainian)
6. Konoplyasta S.U. (2015). Rinolaliya vid A do YA. Monografiya. [Rinolalia vid A do YA] Kiïv: Kniga-plyus., 312 p. (in Ukrainian)
7. Kornev, A.N. (2019). Narusheniya rechevogo razvitiya, obuslovlennyye anatomo-fiziologicheskimi anomaliyami zubochehlyustnogo apparata. Uchebno-metodicheskoe posobie. [Speech development disorders caused by anatomical and physiological anomalies of the dentition]. Sankt-Peterburg: SPbGPMU, 80 p. (in Russian)
8. Bryuhovskih L.A. (2013). Rinolaliya. uchebno-metodicheskoe posobie [Rhinolalia. teaching aid]. 2-e izd., pererab. i dop. Krasnoyarsk., 104 p. (in Russian)
9. Har'kov L.V. (2013). Efektivnist' metodik pervinnogo hirurgichnogo likuvannya ditej z vrodzhenim nezroshchennyam gubi. Stomatologiya: ot nauki k praktike. [Efficiency of methods of primary surgical treatment of children with congenital undeveloped lips]. № 1. P. 38–45. (in Ukrainian)
10. SHeremet M.K. (2014). Logopediya. Pidruchnik. [Logopedia. Pidruchnik]. Kiïv: Vidavnichij Dim «Slovo». 672 p. (in Ukrainian)