



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM

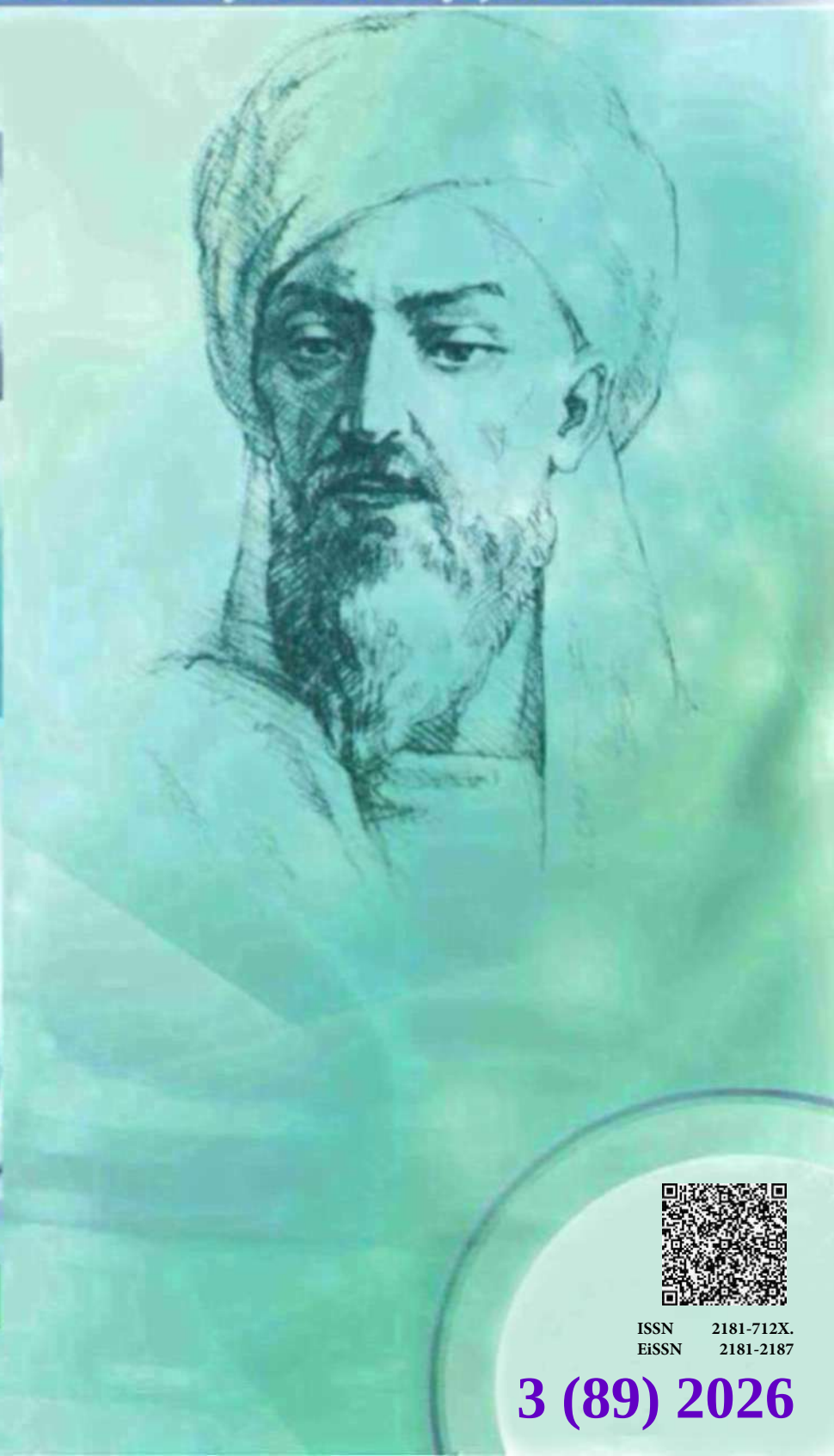


TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

3 (89) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМООНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (89)

2026 *март*

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 616.314-007.254-053.2:376.36

СПЕЦИФИКА ФОРМИРОВАНИЯ ФОНЕТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ ДЕФЕКТОМ НЁБА В КОНТЕКСТЕ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

¹Махкамов А.М. <https://orcid.org/0009-0002-9129-8086> e-mail: abduhak.mahkamov@gmail.com

³Махкамов М.Е. <https://orcid.org/0000-0001-6167-6977> e-mail: mokhir@yandex.ru

²Артиков М. Б. ArtikovMB@mail.ru

³Махкамова М.М. e-mail: MakhkamovaM.M@mail.ru

¹ Ташкентский международный химический университет, Узбекистан, 100121, Ташкент, ул. Шота Руставели, 156, тел.: +998 (78) 129-40-40 E-mail info@kiut.uz

²Республиканский детский многопрофильный центр, Нукус, Каракалпакстан. Узбекистан, Республика Каракалпакстан, Нукус, ул. Шамуродова 83 А тел: (+99861)222-86-93

³ Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробий, 2, Тел.: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Резюме

В рамках нашего исследования мы сосредоточили своё внимание на изучении особенностей фонетического оформления речи у детей, страдающих врождённой расщелиной губы и нёба. Эти дети часто сталкиваются с трудностями, связанными с тембром голоса и звукопроизношением, что делает их речь менее понятной для окружающих.

Наша задача заключалась в том, чтобы провести анализ фонетического оформления речи у детей с расщелиной нёба, независимо от их возраста. Под фонетическим оформлением мы подразумеваем чёткость и ясность звучания, которые обеспечивают лёгкость восприятия речи собеседником.

Исследование проводилось в медицинском центре Республиканской детской многопрофильной больницы, расположенной в городе Нукусе. Мы работали с детьми в возрасте от семи месяцев до восемнадцати лет, у которых была диагностирована врождённая расщелина нёба. Всем детям была проведена операция по восстановлению мягкого и твёрдого нёба, которая выполняется одномоментно.

Для оценки фонетического оформления речи детей различных возрастных групп была разработана единая система. Сбор фонетического материала проводился как в офлайн-, так и в онлайн-формате. Затем проводился экспертный аудиторный анализ, в ходе которого учитывались различные аспекты, такие как:

- резонаторный дисбаланс (гипер- или гипоназальность);*
- носовая эмиссия;*
- турбулентность;*
- гримаса;*
- нарушения произношения фонем, вызванные резонаторным дисбалансом или другими причинами.*

Результаты исследования показали, что дети в возрасте до трёх лет обладают наибольшим потенциалом для успешной реабилитации. Речь 50–70% из них может быть легко воспринимаемой окружающими и соответствовать произношению большинства людей в общей популяции.

С шестилетнего возраста эффективность речевой реабилитации снижается в два-три раза. Это может быть связано с различными факторами, такими как:

- сопутствующие нарушения речи;*
- позднее или неэффективное восстановление структур нёбно-глоточного кольца.*

Нарушения, связанные с развитием челюстно-лицевой области и прикуса, а также комбинированные нарушения развития, включающие в себя ментальные отклонения, снижение слуха, аутистические расстройства и синдромы, могут существенно усложнить процесс реабилитации речи. В наиболее сложных случаях речь может не восстановиться полностью, что требует повторного хирургического вмешательства.

Ключевые слова: расщелина нёба, фонетическое оформление речи, логопедия, ринолалия, детская речь, развитие речи, назальность.

YOSHGA BOG'LIQ O'ZGARISHLAR KONTEKSTIDA TANGLAYIDA TUG'MA NUQSONLI BOLALARDA NUTQNING FONETIK JIHATINI SHAKLLANTIRISHNING O'ZGARISHLARI

¹Maxkamov A.M. <https://orcid.org/0009-0002-9129-8086> e-mail: abdulhak.mahkamov@gmail.com

³Maxkamov M.E. <https://orcid.org/0000-0001-6167-6977> e-mail: mokhir@yandex.ru

²Артюков М.Б. e-mail: ArtikovMB@mail.ru

³Maxkamova M.M. e-mail: MakhkamovaM.M@mail.ru

¹Toshkent xalqaro kimyo universiteti, O'zbekiston 100121, Toshkent, Shota Rustaveli ko'chasi, 156
tel: +998 (78) 129-40-40 E-mail: info@kiut.uz

²Respublika ko'p tarmoqli bolalar markazi, Nukus, Qoraqalpog'iston. O'zbekiston,
Qoraqalpog'iston Respublikasi, Nukus, ko'ch. Shamurodova 83 A tel: (+99861)222-86-93

³Toshkent davlat tibbiyot universiteti, 100109 Toshkent, O'zbekiston, Farobiy ko'chasi, 2,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Rezyume

Tadqiqotimizning bir qismi sifatida biz diqqatimizni tug'ma lab va tanglay yorig'i bilan og'rigan bolalarda nutqning fonetik dizayn xususiyatlarini o'rganishga qaratdik. Bu bolalar ko'pincha ovoz tembri va ovoz talaffuzi bilan bog'liq qiyinchiliklarga duch kelishadi, bu ularning nutqini atrofda qiladilar uchun kamroq tushunarli qiladi.

Bizning vazifamiz, yoshidan qat'i nazar, tanglay yorig'i bo'lgan bolalarda nutqning fonetik dizaynini tahlil qilish edi. Fonetik dizayn deganda biz suhbatdoshning nutqni idrok etish qulayligini ta'minlaydigan tovushning ravshanligi va ravshanligini nazarda tutamiz.

Tadqiqot Nukus shahrida joylashgan Respublika bolalar ko'p tarmoqli kasalxonasi tibbiyot markazida o'tkazildi. Biz tug'ma tanglay yorig'i tashxisi qo'yilgan etti oydan o'n sakkiz yoshgacha bo'lgan bolalar bilan ishladik. Barcha bolalar bir vaqtning o'zida amalga oshiriladigan yumshoq va qattiq tanglayni tiklash uchun operatsiya qilindi.

Turli yoshdagi bolalar nutqining fonetik dizaynini baholash uchun yagona tizim ishlab chiqilgan. Fonetik materiallarni to'plash ham oflayn, ham onlayn formatda amalga oshirildi. Keyin ekspert auditorlik tahlili o'tkazildi, unda turli jihatlar ko'rib chiqildi, masalan:

- rezonator nomutanosibligi (giper - yoki giponazallik);

- burun emissiyasi;

- turbulentslik;

- grimasa;

- rezonator nomutanosibligi yoki boshqa sabablarga ko'ra fonemalarning talaffuzidagi buzilishlar.

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, uch yoshgacha bo'lgan bolalar muvaffaqiyatli reabilitatsiya qilish uchun eng katta imkoniyatlarga ega. Ularning 50-70% nutqi boshqalar tomonidan osongina sezilishi va umumiy populyatsiyadagi ko'pchilik odamlarning talaffuziga mos kelishi mumkin.

Olti yoshdan boshlab nutqni reabilitatsiya qilish samaradorligi ikki-uch baravar kamayadi. Bu turli omillar bilan bog'liq bo'lishi mumkin, masalan:

- nutqning buzilishi;

- palatofaringeal halqa tuzilmalarini kech yoki samarasiz tiklash.

Yuz-yuz mintaqasi va okklyuziya rivojlanishi bilan bog'liq buzilishlar, shuningdek aqliy anomaliyalar, eshitish qobiliyatining pasayishi, autizm kasalliklari va sindromlarni o'z ichiga olgan kombinatsiyalangan rivojlanish buzilishlari nutqni reabilitatsiya qilish jarayonini sezilarli darajada murakkablashtirishi mumkin. Eng qiyin holatlarda nutq to'liq tiklanmasligi mumkin, bu esa takroriy operatsiyani talab qiladi.

Kalit so'zlar: tanglay yorig'i, nutqning fonetik dizayni, nutq terapiyasi, rinolaliya, bolalar nutqi, nutqni rivojlantirish, nazallik.

SPECIFICITY OF FORMATION OF THE PHONETIC ASPECT OF SPEECH IN CHILDREN WITH A CONGENITAL DEFECT OF THE PALATE IN THE CONTEXT OF AGE-RELATED CHANGES

¹Makhkamov A.M. <https://orcid.org/0009-0002-9129-8086> e-mail: abdulhak.mahkamov@gmail.com

³ Makhkamov M.E. <https://orcid.org/0000-0001-6167-6977> e-mail: mokhir@yandex.ru

²Артиков М. Б. ArtikovMB@mail.ru

³Makhkamova M.M. e-mail: MakhkamovaM.M@mail.ru

¹Tashkent International University of Chemistry Uzbekistan 100121, Tashkent, Shota Rustaveli Street 156 tel: +998 (78) 129-40-40 E-mail info@kiut.uz

²Republican Children's Multidisciplinary Center, Nukus, Karakalpakstan. Uzbekistan, Republic of Karakalpakstan, Nukus, st. Shamuradova 83 A tel: (+99861)222-86-93

³Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Resume

As part of our research, we focused on studying the phonetic features of speech in children suffering from congenital cleft lip and palate. These children often face difficulties related to the timbre of their voice and pronunciation, which makes their speech less understandable to others.

Our task was to analyze the phonetic design of speech in children with cleft palate, regardless of their age. By phonetic design, we mean clarity and clarity of sound, which ensure the ease of perception of speech by the interlocutor.

The study was conducted at the medical center of the Republican Children's Multidisciplinary Hospital located in the city of Nukus. We worked with children between the ages of seven months and eighteen years old who were diagnosed with congenital cleft palate. All children underwent surgery to restore the soft and hard palate, which is performed simultaneously.

A unified system has been developed to evaluate the phonetic design of the speech of children of different age groups. Phonetic material was collected both offline and online. Then an expert audit analysis was conducted, during which various aspects were taken into account, such as:

- resonator imbalance (hyper- or hyponasality);
- nasal emission;
- turbulence;
- grimace;
- phoneme pronunciation disorders caused by resonant imbalance or other causes.

The results of the study showed that children under the age of three have the greatest potential for successful rehabilitation. The speech of 50-70% of them can be easily perceived by others and correspond to the pronunciation of the majority of people in the general population.

From the age of six, the effectiveness of speech rehabilitation decreases by two to three times. This may be due to various factors such as:

- concomitant speech disorders;
- late or ineffective restoration of palatopharyngeal ring structures.

Disorders related to the development of the maxillofacial region and occlusion, as well as combined developmental disorders, including mental abnormalities, hearing loss, autistic disorders and syndromes, can significantly complicate the process of speech rehabilitation. In the most difficult cases, speech may not recover completely, which requires repeated surgical intervention.

Keywords: cleft palate, phonetic design of speech, speech therapy, rhinolalia, children's speech, speech development, nasality.

Актуальность

Одним из основных признаков нарушения произношения у детей, рождённых с расщелиной губы и нёба, является ринолалия. Это состояние характеризуется изменением тембра голоса. Кроме того, проблемы с артикуляцией у детей с расщелиной нёба могут быть вызваны и другими причинами, такими как дизартрия и дислалия.

У детей с расщелиной нёба нарушения произношения часто сочетаются с проблемами в экспрессивной и импрессивной речи. Это связано с наличием сопутствующих патологий, таких

как кондуктивная тугоухость, ментальные нарушения, аномалии прикуса и генетические синдромы.

Для успешной речевой реабилитации крайне важно провести уранопластику своевременно и качественно. Исследования Ад. Мамедова, М.Э. Махкамова и других учёных подтверждают, что раннее оперативное вмешательство создаёт условия для правильного формирования артикуляции.

Цель нашего исследования состояла в том, чтобы провести анализ фонетического оформления речи у детей, страдающих врождённой расщелиной нёба, вне зависимости от их возраста, как в дооперационный, так и в послеоперационный периоды.

Под фонетическим оформлением речи мы подразумеваем её разборчивость, то есть способность быть понятой другим людям [9].

В ходе нашего исследования мы не стремились описать виды расщелин нёба, типы хирургических вмешательств или гендерные различия.

Материал и методы

Исследование было проведено на базе медицинского центра Республиканской детской многопрофильной больницы, расположенной в городе Нукусе.

В этом медицинском учреждении особое внимание уделяется проведению процедуры уранопластики, которая направлена на одновременное закрытие твёрдого и мягкого нёба у детей в возрасте от 9 до 18 месяцев.

В структуру центра входят следующие подразделения:

- консультативно-диагностическая поликлиника;
- отделение реконструктивной и пластической хирургии;
- отделение медицинской реабилитации врождённых челюстно-лицевых патологий.

Здесь дети из различных районов Каракалпакстана могут получить комплексное восстановительное лечение, включающее в себя логопедическую помощь, которое проводится в несколько этапов.

В период с июня 2019 года по декабрь 2023 года в нашем отделении медицинской реабилитации получили лечение 138 детей с врождённой расщелиной нёба в возрасте от семи месяцев до восемнадцати лет. В экспериментальную группу (ЭГ) не были включены дети с изолированной расщелиной губы, подслизистой расщелиной нёба и один ребёнок с серьёзным нарушением зрения.

Реабилитационное лечение, включающее госпитализацию и логопедическое наблюдение, продолжалось две недели. Особое внимание было уделено детям, нуждающимся в речевой терапии и специализированном уходе после пластики нёба.

Исследование представляло собой поперечный срез и предполагало сравнение фонетического оформления речи детей различных возрастных групп.

Для оценки фонетического оформления речи были использованы известные методики, разработанные Ann W. Kummer, Özlem Ünal-Logacev, Л.И. Вансовской и Ад.А. Мамедовым, которые были адаптированы в соответствии с целями исследования.

1. В рамках исследования требовалось провести оценку произношения у детей различных возрастных групп, используя унифицированную систему критериев.

2. Дети в возрасте до двух лет (иногда до трёх лет) не могли или отказывались воспроизводить за логопедом звуки, слоги и слова.

В связи с этим мы модифицировали процедуру тестирования и систему подсчёта результатов. При этом основные компоненты фонетического оформления речи остались неизменными:

1. Резонаторный дисбаланс, проявляющийся в виде гиперназальности или гипоназальности.
2. Носовая эмиссия, указывающая на утечку воздуха через носовые ходы во время речи или её недостаток.
3. Назальная турбулентность, или шумы в носовой полости, свидетельствующие о затруднённом носовом дыхании во время речи.

4. Звучность голоса — способность звуковой волны отражаться от свода твёрдого нёба и резонировать.

5. Гримаса во время речи, свидетельствующая о том, что человек испытывает дискомфорт и стремится его уменьшить или устранить.

6. Нарушения произношения фонем могут быть связаны с резонаторным дисбалансом.

7. Существуют и иные причины, которые могут привести к возникновению у детей проблем с артикуляцией звуков.

В процессе исследования специалисты проводили тщательный осмотр ротовой полости ребёнка, а также осуществляли аудиологический анализ его фонетической продукции.

Алгоритм исследования включал в себя четыре основных этапа.

1) Сбор фонетического материала — у испытуемого. Этот этап осуществлялся двумя способами: офлайн — непосредственно на логопедическом приёме, и онлайн — посредством видеозаписи речи испытуемого. В зависимости от возраста испытуемого ему предлагались фонемы (слоги, слова) родного языка в произвольном порядке. При этом видеокамера фиксировала мимику испытуемого, а микрофон записывал произносимые им звуки общей продолжительностью 5–7 минут.

В онлайн-режиме запись производилась самостоятельно, с помощью родственников или близких людей, на смартфон. Также были доступны и другие способы сбора фонетического материала: общение через цифровые платформы WhatsApp, Zoom, Skype, Google Meet.

Онлайн-режим обычно применялся для детей в возрасте до двух лет, а также для детей, испытывающих трудности в общении, например, застенчивых или скромных.

2) Анализ фонетического материала осуществлялся с привлечением экспертов-аудиторов, которые многократно прослушивали записи образцов речи, используя различные аудио- и видеоустройства, а также смартфоны и компьютеры. Для прослушивания применялись наушники или колонки.

Первоначально эксперты оценивали соответствие образцов речи возрастной норме. Если в фонетическом материале отсутствовал какой-либо звук, поскольку он ещё не сформировался в данной возрастной группе, это не рассматривалось как нарушение речи.

3) Качественный анализ фонетического материала проводился с учётом определённых критериев и включал в себя следующие аспекты:

- Компоненты небно-глоточной недостаточности (VPI), такие как резонаторный дисбаланс, носовая эмиссия или её отсутствие, назальная турбулентность, гримаса, представляющая собой попытку ребёнка самостоятельно устранить или уменьшить носовую эмиссию, а также звучность голоса.

— Нарушения звукопроизношения, вызванные резонаторным дисбалансом, в частности, небно-глоточной недостаточностью (VPI).

— Компоненты нарушений звукопроизношения, связанные с другими причинами, такими как дислалия или дизартрия.

4) Подсчёт баллов и получение интегрального показателя фонетического оформления речи. Нормативные показатели оцениваются в 0 баллов. В зависимости от степени выраженности нарушений баллы за каждый компонент могут варьироваться от 0 до 3, за исключением «звучности» (в случае отсутствия звонкости голоса любая степень глухости оценивается в 1 балл).

Для удобства оценки звукопроизношения звуки были разделены на группы по артикуляционно-акустическим признакам: гласные, согласные — губные, губно-зубные, переднеязычные, заднеязычные, свистящие, шипящие, аффрикаты, сонорные (ротовые и носовые).

Любое нарушение звукопроизношения, будь то отсутствие, искажение, замена или смешение звуков, оценивается в один балл.

Специфические проявления звукопроизношения при резонаторном дисбалансе, такие как гортанно-глоточная артикуляция взрывных звуков, ларинго-фарингеальная артикуляция фрикативных звуков или сниженная звуконаполняемость слова, а также другие нарушения, такие как дефекты озвончения, смягчения или произношения стечения согласных, оцениваются в три балла.

Максимальное количество баллов — 39.

Подсчёт баллов по результатам анализа фонетического материала формирует интегральный показатель фонетического оформления речи, тестируемого по следующей шкале:

- 0–2 балла — отлично или близко к отлично. Речь воспринимается окружающими без малейшего напряжения внимания и соответствует произношению большинства людей в обществе.

- 3–4 балла — хорошо. Речь воспринимается окружающими без затруднений, но имеются незначительные отличия произношения, которые заметны только специалистам.

Оценка фонетического оформления речи по шкале от 5 до 15 баллов позволяет определить степень её понятности для окружающих.

5–9 баллов — речь воспринимается с некоторым напряжением, но понятна. Однако произношение отличается от большинства людей в обществе, и эти отклонения заметны окружающим.

10–14 баллов — речь не понятна окружающим, требуются переспросы, повторения и дополнительная коммуникация с помощью жестов, предметов, картинок, письма и т. д.

15 и более баллов — речь требует от окружающих большого внимания и остаётся непонятной. Основным способом общения в таком случае становится альтернативная коммуникация.

Интегральный показатель фонетического оформления речи является важным аспектом работы многопрофильной команды специалистов, включающей медиков и педагогов, занимающихся реабилитацией людей с врождённой расщелиной губы и нёба.

Модернизированная методика оценки фонетического оформления речи предоставляет возможность наблюдать за речевыми проявлениями как детей, так и взрослых, независимо от их возрастной категории, проводить экспертный аудиологический анализ и сопоставлять полученные результаты с установленной шкалой для последующей интерпретации.

Результаты исследования

Ранняя социализация ребёнка представляет собой критически важный этап, который начинается с момента рождения и продолжается до достижения трёхлетнего возраста. В этот период дети начинают посещать дошкольные учреждения, и для успешной адаптации к новой среде необходимо, чтобы основные этапы хирургической и речевой реабилитации были завершены до начала школьного обучения, то есть к семи-восемью годам.

Наше исследование выявило, что наибольшая активность в процессе реабилитации наблюдается в возрасте от одного года до четырёх лет, а также в пять-шесть лет. Мы применили описанный ранее метод оценки фонетического оформления речи для получения результатов, представленных в таблице.

Таблица 1

Фонетическое формирование речи детей с ВРГН

возраст	количество	оценка речи (%)				
		отлично	хорошо	близко к хорошо	удовлет.	плохо
0-1	3	-	-	100	-	-
1-2	20	70	20	5	5	-
2-3	26	54	23	11,5	11,5	-
3-4	29	32	14	34	10	10
4-5	14	14	21	57	8	-
5-6	23	4	35	35	26	-
6-7	10	50	-	20	30	-
7-8	8	-	13	38	38	13
8-18	5	20	-	40	40	-

Как явствует из таблицы, дети в возрасте до трёх лет обладают наибольшим потенциалом для речевой реабилитации. Порядка 50–70% из них способны овладеть речью, которая будет понятна окружающим без особых усилий и будет соответствовать общепринятому произношению.

Однако с шестилетнего возраста эффективность речевой реабилитации начинает снижаться. Среди детей, не завершивших курс к этому возрасту, примерно 26–40% имеют речь, которая остаётся непонятной для окружающих и требует постоянных переспросов, повторений и использования дополнительных средств коммуникации, таких как жесты, предметы, картинки, письмо и так далее.

Анализ фонетического оформления речи позволил выявить следующие результаты.

Трое детей в возрасте до года проходят восстановительное лечение после хейлопластики в стационаре. Уранопластика им ещё не проведена.

У всех детей в раннем возрасте наблюдается способность к вокализации, характеризующаяся голосовыми модуляциями, но не обладающая фонетическим разнообразием.

Гиперназальность и средняя степень носового резонанса объясняются незавершённостью анатомо-гистологического развития лёгких и поверхностным типом дыхания, при котором вдыхаемая и выдыхаемая воздушная струя слаба.

Из-за слабой воздушной струи голос детей тихий, а гласные звуки недифференцированы. Однако к году появляется первая оппозиция «гласный — согласный звук», которая обеспечивается губным назальным звуком.

Группа детей в возрасте двух лет ($N = 20$) перенесла операцию уранопластики. У всех детей небо достаточно длинное и подвижное.

У двух детей в настоящее время наблюдается ранний восстановительный период после операции, и на нёбе всё ещё видны следы шовного материала. У одного ребёнка в переднем отделе твёрдого нёба образовался небольшой послеоперационный дефект размером 2 миллиметра.

В речи остальных детей наблюдается снижение голосовой активности, но они способны различать гласные и согласные звуки, а также ротовые и носовые согласные. Гласные звуки также дифференцируются по признаку «нелабиализованный — лабиализованный».

Среди ротовых согласных звуков выделяются губные: П — Б, Д', К — Г. Эти звуки дети используют в лепетных словах, таких как ПА-ПА, БА-БА, ДЯ-ДЯ, а также в звукоподражаниях, например, БИ-БИ.

Однако отмечается позднее формирование фрикативного звука В (Ф, Х), а также отсутствие предложений. «Цепочки слов» у детей встречаются редко, и чаще всего они компенсируют недостаток слов в предложении жестами.

Несмотря на эти особенности, дети полностью соответствуют нижнему уровню возрастной нормы в речевом развитии.

Среди детей третьего года жизни ($N = 26$) все прошли процедуру уранопластики, но их фонетическое оформление речи значительно различалось. Мы выделили три подгруппы: А, В и С.

Подгруппа А ($n = 12$): при визуальном осмотре неба детей этой подгруппы не было выявлено никаких аномалий. Анатомическая патология была полностью устранена, функция восстановлена, и грубых рубцовых изменений не наблюдалось. Фонетическое оформление речи соответствовало возрастной норме, дети освоили фрикативные согласные [С, С', З, З'], что делало их речь понятной для окружающих. Они использовали фразовую речь, состоящую из 3–4 слов, в их активном словаре присутствовали существительные, глаголы, прилагательные и местоимения, а также появлялись первые грамматические формы.

--Подгруппа В ($n = 5$)--

При визуальном осмотре неба у детей данной подгруппы не было обнаружено никаких аномалий. Анатомическая патология была устранена, функция восстановлена, и грубых рубцовых изменений также не наблюдалось.

Однако в фонетическом оформлении речи этих детей были выявлены следующие нарушения:

- Гиперназальность средней степени, проявляющаяся в носовых звуках;
- Несформированный ротовой выдох.

Несмотря на определённые трудности в артикуляции и произношении, дети проявляют значительную речевую активность. Они используют в своей речи лепетные и

звукоподражательные слова, а также простые фразы, в которых сложно выделить грамматические формы.

Основным средством коммуникации для детей является развёрнутая жестовая речь.

В данной подгруппе было четыре ребёнка, которые подверглись операции по устранению расщелины нёба после достижения двухлетнего возраста. К этому моменту у них уже сформировались нарушения артикуляции, и в их слуховой памяти запечатлелись искажённые акустические образы звуков. Это привело к образованию устойчивого патологического стереотипа, для коррекции которого требуется длительный процесс переучивания.

Кроме того, в этой подгруппе был один ребёнок, который перенёс операцию по устранению расщелины нёба в возрасте до полутора лет. Его произношение отличалось от произношения других детей: у него наблюдались смешанные назальные нарушения (гиперназальность и тупиковый резонанс), а голос был приглушённым. Остальные речевые проявления соответствовали ранее описанным.

Подгруппа С ($n = 7$) включает детей, у которых при визуальном осмотре нёба не выявляются патологические изменения, но присутствуют нарушения мышечного тонуса губ, языка и лица.

При визуальном обследовании можно заметить, что у этих детей рот слегка приоткрыт, наблюдается повышенное слюноотделение, уголки губ опущены или, напротив, напряжены, а выражение лица напряжённое. Произвольные движения губ и языка ограничены.

Двое детей смогли пить без особых затруднений, но испытывали сложности с жеванием хлеба и мяса, отдавая предпочтение измельчённой пище. В артикуляции речи наблюдаются значительные вариации: от отсутствия гиперназальности до её выраженной степени. Носовая эмиссия всегда незначительна и неслышна, а голос тихий и слабый.

Расстройство артикуляции у детей обусловлено дисбалансом в резонаторной системе и другими факторами. У таких детей наблюдаются проблемы с различением гласных звуков, формируется специфическая артикуляция в гортанно-глоточной области, взрывные согласные звуки (П, Б) произносятся нечётко, а переднеязычные согласные (Т, Д) смягчаются.

В речи детей этой группы преобладают простые и часто употребляемые слова, связанные с повседневной жизнью. Фраза обычно состоит из двух слов, возможны эхолалии. Жестовая речь используется, но её репертуар ограничен.

У детей этой группы были выявлены нарушения двигательных функций, а также отклонения от возрастных норм в области умственного, регуляторного и эмоционального развития. Один из детей страдал синдромом Дауна.

В данной возрастной группе, включающей 29 детей, прошедших операцию уранопластики, становится возможным более детальное исследование фонетических, лексических, грамматических и синтаксических особенностей речи.

В соответствии с классификацией Р. Е. Левиной, выделяются две категории речевых нарушений: фонетико-фонематическое недоразвитие речи и общее недоразвитие речи.

В группе детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи, состоящей из четырёх человек, не было выявлено нарушений в области лексики, грамматики и синтаксиса. Однако были отмечены некоторые изменения в голосе, такие как ослабление тона и трудности в модуляции.

Кроме того, были обнаружены артикуляционные нарушения, включающие повышенный мышечный тонус, ограничение произвольных движений, недостаточную точность, трудности с подъёмом языка, а также синкинезии языка и нижней челюсти.

Звуки речи были искажены: свистящие согласные (С, С', З, З') артикулировались межзубно, а щечные шипящие (Ш, Щ, Ж) — с избыточным смягчением. Кроме того, щечной звук (Щ) произносился с чрезмерным смягчением. Эти особенности речи характерны для дизартрии.

Общее недоразвитие речи может быть классифицировано по степени тяжести, где третий уровень представляет собой лёгкую степень, второй — среднюю, а первый — наиболее тяжёлую.

У детей с общим недоразвитием речи третьего уровня ($n = 4$) связная речь развита достаточно хорошо, однако наблюдается лексико-грамматическое нарушение, проявляющееся в ограниченном использовании бытовой лексики, а также в некорректном употреблении предлогов и окончаний слов в предложениях.

У всех детей с общим недоразвитием речи (ОНР) отмечается восстановленное нёбо без дефектов, достаточной длины и активности. У них отсутствуют гиперназальность, назальная эмиссия и голосовые нарушения. Однако у одного из детей наблюдается турбулентность и замена переднеязычных согласных звуков «т» и «д» на заднеязычные «к» и «г».

Как и у других детей с ОНР, у этого ребёнка есть проблемы с произношением свистящих и шипящих звуков, а также со стечением согласных и различением звуков на слух. Нарушения звуков проявляются в их искажении и замене.

Эти нарушения произношения вызваны недостаточной иннервацией артикуляционного аппарата и являются симптомом дизартрии и ринолалии.

В группе из двенадцати детей с общим недоразвитием речи II уровня наблюдается использование в речи облегчённых и общеупотребительных слов, а также фраз из двух слов, сопровождаемых жестами. Грамматические формы представлены исключительно окончаниями существительных. При составлении предложений по картинке дети способны назвать только одно слово.

Рассказы знакомых сказок и стихов возможны только при участии взрослого, который заканчивает фразу ребёнка одним словом или жестом.

Понимание обращённой речи иногда вызывает затруднения, в особенности в отношении грамматических конструкций. В этой подгруппе отсутствуют дети с открытыми послеоперационными дефектами нёба.

В фонетическом оформлении речи наблюдались значительные расхождения.

Восемь детей не демонстрировали признаков гиперназальности, носовой эмиссии и нарушений звукопроизношения, связанных с височно-придаточным аппаратом. Однако у них были серьёзные проблемы с мышечным тонусом и подвижностью языка, а также с координацией артикуляционных движений.

Нарушения звукопроизношения проявлялись в искажении звуков, таких как сигматизмы и смягчение.

Два ребёнка имели грубые рубцовые деформации нёба, что снижало его функциональную активность. У них наблюдалась лёгкая и средняя степень гиперназальности, неслышимая носовая эмиссия и нарушения звукопроизношения, связанные с височно-придаточным аппаратом.

Также отмечалось недостаточное различение гласных звуков по акустико-артикуляционным признакам, таких как А, Э, О, У, И, Ы. Кроме того, наблюдалось снижение ротового воздушного давления, что приводило к ослаблению произношения взрывных согласных звуков, таких как П, П', Б, Б', Т, Т', Д, Д'. Формировался ларинго-фарингеальный тип произношения звуков.

В возрасте трёх лет один ребёнок подвергся операции по уранопластике. Его нёбо имеет достаточную длину и функциональную активность, послеоперационные дефекты отсутствуют. Однако наблюдается средняя степень гиперназальности, слышна носовая эмиссия. Недостатки звукопроизношения гласных и согласных звуков не связаны с врождённым пороком развития речи (VPI), а обусловлены опытом неправильного произношения. Для устранения этих недостатков ребёнку требуется длительная и регулярная логопедическая коррекция.

У одного ребёнка была диагностирована двусторонняя расщелина губы и нёба. В возрасте до полутора лет ему была проведена операция по устранению расщелины, однако после неё остались открытыми рото-носовые ходы. Это приводит к забросу жидкости в носовую полость, которая сужена и имеет приплюснутый кончик носа. Очистка носовой полости затруднена, что способствует разложению остатков пищи и появлению неприятного запаха.

Резонаторный дисбаланс проявляется в виде гипоназальности средней степени и гиперназальности одновременно. Носовая эмиссия является лёгкой и неслышимой.

Врождённое расщепление нёба (VPI) приводит к нарушениям звукопроизношения у ребёнка:

- Гласные звуки недостаточно противопоставляются по акустико-артикуляционным признакам.
- Переднеязычные звуки «т» и «д» заменяются на заднеязычные «к» и «г».
- Формируется ларинго-фарингеальная артикуляция.

Стоит отметить, что губные ротовые согласные звуки «п» и «б» сформированы, хотя и ослаблены.

Для большинства детей характерны такие особенности, как повышенная моторная активность, расторможенность, трудности с концентрацией внимания, ухудшение слуховой памяти и эмоциональная лабильность.

Девять детей демонстрируют общее недоразвитие речи на первом уровне. Они не способны использовать фразовую речь, общаясь с помощью интонированной вокализации, жестов и отдельных слов, таких как лепетные или звукоподражательные. Они могут произносить только фрагменты слов, например, их начало или конец.

Эти дети испытывают трудности с пониманием обращённой речи: они могут выбрать предмет из ряда, но не понимают, как этот предмет используется. Двое детей также сталкиваются с трудностями в навыках самообслуживания, таких как приём пищи, одевание и пользование туалетом.

Всем детям была проведена уранопластика. После операции у одного ребёнка произошло расхождение увули, а у другого снизилась активность нёба.

Фонетическое оформление речи характеризуется следующими особенностями:

- у двух детей наблюдается гиперназальность и почти неслышимая носовая эмиссия.

В этой группе детей были выявлены следующие особенности произношения:

- У двух детей наблюдается смешанный тип назальности, который включает в себя гиперназальность, гипоназальность и тупиковый резонанс.

- В произношении звуков наблюдается недостаточное противопоставление гласных звуков по акустико-артикуляционным признакам.

- Отмечаются ослабленное произношение взрывных согласных звуков и достаточно чёткое произношение заднеязычных звуков.

- Особенностью произношения звуков является то, что ребёнок может произносить звук изолированно, но не в сочетании с другими звуками.

У детей были выявлены следующие патологии:

- У одного ребёнка — синдром Пьера Робена.

- У одного ребёнка — ментальные нарушения.

- У одного ребёнка — расстройства аутистического спектра.

Все дети в возрасте пяти лет ($N = 14$) прошли через уранопластику. Помимо фонетических нарушений, у всех детей выявлены лексические, грамматические и синтаксические проблемы.

Общее недоразвитие речи III уровня ($n = 6$) характеризуется рядом специфических особенностей. У половины детей фонетические нарушения обусловлены дизартрией, в то время как у другой половины они связаны с VPI (небно-глоточной недостаточностью).

В случаях, когда фонетические нарушения связаны с VPI, причиной является неэффективность хирургического вмешательства и восстановительного периода. Это проявляется в виде широкого небно-глоточного кольца, сужения носового хода, что приводит к гипер- и гипоназальности, тупиковому резонансу. Характерен смешанный тип назальности, при котором отсутствует слышимая носовая эмиссия и турбулентность. Также наблюдается недоразвитие верхней челюсти и отсутствие верхних зубов.

Звуки переднеязычных согласных (Т, Д) заменяются на заднеязычные (К, Г), а взрывные звуки (П, Б) ослабляются. Дополнительнымотягощающим фактором является наличие дизартрической симптоматики, которая проявляется в искажении свистящих и шипящих звуков. При произношении свистящих и шипящих согласных возникают дополнительные призвуки, напоминающие хлюпанье. В потоке речи шипящие звуки могут заменяться на свистящие. Произношение аффрикатных согласных звуков (Ц, Ч) распадается на составляющие фонемы. Согласные произносятся смягчённо. Также наблюдаются трудности произношения стечения согласных.

Общее недоразвитие речи II уровня выявлено у пяти детей. Среди них можно выделить две группы: дети, которые были оперированы поздно, после трёх лет, и дети с тяжёлой степенью дизартрии.

У трёх детей наблюдается общее недоразвитие речи I уровня, сопровождающееся тяжёлой сопутствующей патологией, включающей нарушение слуха и ментальные нарушения.

Врождённая расщелина нёба является дополнительным дефектом. Все эти дети обучаются в специализированных образовательных учреждениях, где они получают квалифицированную педагогическую помощь от сурдопедагога и дефектолога, соответствующую их потребностям.

В группе детей шестилетнего возраста, состоящей из 23 человек, наблюдается широкий спектр речевых нарушений.

Двое детей страдают от фонетико-фонематического недоразвития речи, которое связано с небно-глоточной недостаточностью и нарушениями прикуса.

У одного из детей диагностирован синдром П. Робена, характеризующийся недоразвитием нижней челюсти. Язык ребёнка высоко поднят и малоподвижен, а нёбо выглядит активно и без дефектов. У ребёнка наблюдается гиперназальность средней степени и неслышимая носовая эмиссия. Несмотря на трёхлетний курс логопедической помощи, артикуляционные уклады для гласных и согласных звуков остаются сближенными из-за небольшого объёма ротовой полости.

Второй ребёнок страдает от недоразвития верхней челюсти и дефекта альвеолярного отростка. К гиперназальности и носовой эмиссии добавляются турбулентность и дополнительные призвуки при произношении согласных звуков.

Двенадцать детей, страдающих общим недоразвитием речи третьего уровня, демонстрируют разнообразные нарушения фонетического оформления речи. Эти нарушения могут быть обусловлены укороченным мягким нёбом (два случая), снижением активности нёба (два случая), а также различными деформациями прикуса, такими как недоразвитие верхней челюсти, дефект альвеолярного отростка или недостаток костной ткани в верхней челюсти (два случая).

Кроме того, у некоторых детей наблюдаются широкая расщелина и тупиковый резонанс (три случая), сужение носового хода (три случая), снижение слуха (один случай) и дизартрия (пять случаев).

В ходе наблюдений мы неоднократно отмечали, как двухлетние дети пытались произнести слово «ПАПА», самостоятельно закрывая нос. У детей шестилетнего возраста впервые проявляется патологическая, устойчивая и навязчивая носовая гримаса. В их речи наблюдается смешанная назальность, носовая эмиссия и турбулентность.

В нашей практике мы имели дело с девятью детьми, страдающими общим недоразвитием речи второго уровня. Все они прошли операцию уранопластики, и их нёбо после операции было достаточно длинным и не имело операционных дефектов. Однако при визуальном осмотре были выявлены следующие проблемы:

1. Низкая активность нёба и гиперназальность у шести детей.
2. Гипоназальность и сужение носового хода, затрудняющее дыхание, у двух детей.
3. Тупиковый резонанс и широкая расщелина у трёх детей.
4. Деформации прикуса у четырёх детей.
5. Увеличенные нёбные миндалины у одного ребёнка.
6. Ярко выраженные проявления дизартрии у девяти детей.

У всех детей была отмечена ларинго-фарингеальная артикуляция и снижение звуконаполняемости слова. Ситуация осложнялась двигательной расторможенностью, нарушением процессов регуляции, внимания и застенчивостью детей.

Следует отметить, что в указанный возрастной период мы не сталкивались с детьми, страдающими общим недоразвитием речи первого уровня.

В исследовании приняли участие десять детей в возрасте семи лет. Половина из них страдала от фонетико-фонематического недоразвития речи, что выражалось в нарушении произношения звуков, характерных для более позднего этапа развития речи, таких как «л» и «р». У одного ребёнка была ярко выражена гипоназальность, при которой звук «л» произносился как «н».

У четырёх детей было диагностировано общее недоразвитие речи на уровне III (у двоих) и II (у двоих). Все дети прошли операцию по восстановлению нёба и ортодонтическое лечение. У всех детей наблюдались проблемы с произношением звуков, вызванные небно-глоточной недостаточностью. Это проявлялось в виде лёгкой или средней степени гипо- или гиперназальности, тупикового резонанса, слышимой носовой эмиссии, недостаточного

противопоставления гласных звуков по акустико-артикуляционным признакам, ларинго-фарингеальной артикуляции и сниженной звукозаполняемости слова.

У детей с общим недоразвитием речи III уровня, в отличие от детей с более лёгкой степенью нарушения, наблюдалась специфическая мимика, включающая гримасу носа и ноздрей.

У ребёнка с тяжёлой формой нарушения речи I уровня было проведено восстановление нёба, но он столкнулся с неврологическими проблемами, которые проявлялись в трудностях с жеванием и координацией движений. Кроме того, у него была диагностирована дизартрия и отставание в умственном развитии.

В исследовании приняли участие восемь детей в возрасте восьми лет, у всех, кроме одного, было выявлено общее недоразвитие речи II уровня. Все они получали ортодонтическое лечение.

На формирование фонетической стороны речи оказали влияние следующие факторы: укорочение мягкого нёба, грубые рубцовые изменения после операции по его восстановлению, поздние сроки проведения операции (два случая), недоразвитие верхней челюсти (два случая), недостаток костной ткани в области альвеолярного отростка, а также выраженные проявления дизартрии.

В речи детей были выявлены следующие особенности: гиперназальность средней (4 случая) и выраженной степени, гипоназальность (2 случая), носовой резонанс (3 случая), слышимая назальная эмиссия (4 случая). Назальная турбулентность отсутствует, звучность голоса в норме. Наблюдались гримасы, включающие в себя носовую и лобную составляющие.

У одного ребёнка была диагностирована выраженная дизартрия, неправильное положение языка, открытый передний прикус, аденоиды, затруднённое носовое дыхание и лёгкое снижение слуха. Небо после уранопластики оказалось достаточно длинным и активным.

Ввиду небольшого количества детей в возрасте от восьми до восемнадцати лет ($N=5$), их объединили в одну группу. Двое детей имели ментальные нарушения и были прооперированы в позднем возрасте. У одного ребёнка был диагностирован синдром Пьера Робена. У двоих детей была диагностирована дизартрия средней степени тяжести, а также нарушения письменной речи, помимо проблем с устной речью. Для них была продолжена логопедическая коррекция.

Обсуждение: в рамках исследования, проведённого в стационаре Республиканской детской многопрофильной больницы города Нукуса, были рассмотрены особенности развития речи у детей с врождённой расщелиной нёба.

В ходе исследования было установлено, что дети с расщелиной нёба в первый год жизни имеют ограниченные возможности для развития артикуляции и формирования звуков. Однако дети, прошедшие операцию в возрасте двух лет, обладают значительным реабилитационным потенциалом.

Удлинённый доречевой период позволяет им развить ротовую воздушную струю, научиться различать ротовое и носовое дыхание, а также разнообразить артикуляционную игру. Задержка формирования звуков, наблюдаемая в этом возрасте, является обратимой и не оказывает значительного влияния на дальнейшее речевое развитие.

Уже на третьем году жизни у детей, страдающих врождённой расщелиной нёба, можно наблюдать первые результаты реабилитационных мероприятий и прогнозировать успешное восстановление речевых функций.

В зависимости от причин, влияющих на развитие речи, дети этого возраста могут быть разделены на три подгруппы:

1. Дети, чьи речевые навыки соответствуют возрастной норме.
2. Дети, чьё речевое развитие и произношение осложнены поздним проведением уранопластики или неудовлетворительными результатами операции.
3. Дети с врождённой расщелиной нёба, чья речь зависит от более сложного комбинированного дефекта развития, такого как дизартрия, генетический синдром, ментальное или психиатрическое расстройство.

Заключение

В процессе реабилитации детей четвёртого года жизни наблюдается увеличение числа случаев тяжёлых речевых нарушений и комбинированных проблем развития. При работе с детьми этого возраста необходимо учитывать взаимосвязь между фонетическим оформлением речи и уровнем сложности сопутствующих речевых проблем, таких как лексические, грамматические и синтаксические.

В возрасте пяти лет речевое развитие фактически замедляется из-за трудностей, связанных с артикуляцией и поздним или неэффективным восстановлением структур нёбно-глоточного кольца. К шестому году к этим проблемам присоединяются нарушения, связанные с верхней или нижней челюстью, а также с прикусом.

Реабилитация речи в этот период осложняется необходимостью активировать нёбо после уранопластики и преодолеть тяжёлые проявления дизартрии.

Ситуация становится ещё более сложной, если у детей присутствуют комбинированные дефекты развития, такие как ментальные нарушения, снижение слуха, аутистические расстройства или синдромные проявления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вансовская Л.И. Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах неба. Санкт-Петербург: Гиппократ; 2000.
2. Вильсон Д.К. Нарушения голоса у детей. Москва: Медицина; 1990. 248 с.
3. Ермакова И.И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков. Москва: Просвещение; 1996.
4. Зеeman М. Расстройства речи в детском возрасте. Москва: Государственное издательство медицинской литературы (Медгиз); 1962. 299 с.
5. Левина Р.Е., ред. Основы теории и практики логопедии. Москва: Просвещение; 1967. Доступно по: <https://docs.yandex.ru>
6. Мамедов Ад.А. Врожденная расщелина неба и пути ее устранения. Москва: Детстомиздат; 1998. Доступно по: <http://www.rgn.su/literatura/adil-mamedov-vrozhdannaya-rasshhelina-neba-i-puti-ee-ustraneniya>
7. Морозов В.П. Искусство резонансного пения: основы резонансной теории и техники. Москва: ИП РАН; МГК им. П.И. Чайковского; Центр «Искусство и наука»; 2002. Доступно по: https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1640637885&tld=ru&lang=ru&name=01_Morozov-Iskusstvo_rezonansnogo_peniya.pdf
8. Обухова Н.В. Профилактика речевых нарушений у детей с врожденной расщелиной губы и неба при ранних уранопластиках. Специальное образование. 2017;(1):17–29.
9. Обухова Н.В., Мамедов Ад.А., Блохина С.И. Способ оценки фонетического оформления речи: патент РФ №2771737. 2022.
10. Репина З.А., Филатова И.А. Формирование фонематической системы языка у детей с ринолалией: учебное пособие. Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет; 2020. Доступно по: <https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1641409409&tld=ru>
11. Чиркина Г.В. Нарушения речи при ринолалии и пути их коррекции [автореферат диссертации]. Москва: НИИ дефектологии АПН СССР; 1987. 20 с. Доступно по: <https://search.rsl.ru/ru/record/01008571967>
12. Hardin-Jones M, Jones DL, Dolezal RC. Opinions of speech-language pathologists regarding speech management for children with cleft lip and palate. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/327884711>
13. Kummer AW. Disorders of resonance and airflow secondary to cleft palate and/or velopharyngeal dysfunction. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/51675688>
14. Kummer AW. Speech evaluation for patients with cleft palate. Clinics in Plastic Surgery. 2014;41(2):241–251. doi:10.1016/j.cps.2013.12.004
15. Ünal-Logacev Ö, Kazanoğlu D, Balıoğlu E. Cleft lip and palate assessment form: medical history, oral peripheral characteristics. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/327884711>

Поступила 20.01.2026