

## PEDAGOGY

### Артикуляционная диспраксия у детей с нарушениями речи: логопедический и медицинский аспекты

Н. М. Бабич

Киевский университет имени Бориса Гринченка Институт человека Украина  
Corresponding author. E-mail: natalia.logoped@gmail.com

Paper received 11.10.18; Accepted for publication 18.10.18.

<https://doi.org/10.31174/SEND-PP2018-180VI74-01>

**Аннотация.** В работе рассмотрены отдельные вопросы, касающиеся активизации речевой моторики у детей старшего дошкольного возраста с артикуляционной диспраксией. Несмотря на то, что количество детей с нарушениями оральной мускулатуры с каждым годом увеличивается и обычной артикуляционной гимнастики недостаточно, возникает необходимость привлечения современных технологий из других наук, в частности ортодонтии, которые можно использовать в логопедической практике. Представлены основные причины нарушений звукопроизношения у детей и перспективы применения миогимнастики, как инновационной техники логокоррекции. Статья подчеркивает возможность и целесообразность использования описанной техники в работе со старшими дошкольниками с артикуляционной диспраксией.

**Ключевые слова:** моторика; артикуляционная моторика; артикуляционная диспраксия; онтогенез; миогимнастика; дети с нарушениями речи.

Умение общаться – одно из условий успешной реализации и адаптации ребенка в социуме. Социокультурные условия нашей жизни предъявляют высокие требования к качеству устной речи. Она не является врожденной функцией организма, а формируется в процессе развития ребенка и осуществляется системой органов артикуляционного аппарата, которые тесно взаимосвязаны и взаимозависимы. Ученые подчеркивают, что речевое развитие ребенка в значительной степени зависит от условий жизни и воспитания, состояния его здоровья, речевого окружения, внимания со стороны взрослых. Наиболее благоприятным для овладения родным языком является дошкольный возраст [4].

Звукопроизношение – один из сложных двигательных навыков, которым ребенок овладевает в детстве. При этом он выполняет много различных артикуляционных и мимических движений мышцами речевого аппарата. Точность, сила и дифференцированность этих движений развиваются у ребенка постепенно. Поэтому одним из условий для правильного формирования звукопроизношения является достаточное развитие речевой моторики и умение правильно воспроизводить необходимые артикуляционные уклады, включающие сложный комплекс движений осуществляемый речевым аппаратом [1].

Речевой аппарат человека условно принято делить на два отдела: центральный (воспринимающий и двигательный) и периферический, к которому относятся органы дыхания, голосообразования и артикуляции. Процесс звукопроизношения осуществляется энергетическим (дыхательным), генераторным (головообразующим), резонаторным (звукообразующим) отделами речевого аппарата при регуляции со стороны центральной нервной системы. Для того чтобы этот процесс был полноценным, необходимы максимально точные артикуляционные движения, которые возможны при условии нормального функционирования органов дыхательного и голосообразующего отделов, отсутствие нарушений строения и подвижности органов артикуляционного отдела, а также при сохраненной их иннервации (Д. Гамова, Б. Гриншпун, М. Пискунов и др.) [2].

Учитывая выделенные аспекты, особое внимание при изучении описанного вопроса уделяется оценке состояния органов зубочелюстной системы, ротовой и носовой полости, выявление нарушений физиологического и речевого дыхания, голосообразующих функций. Полнота кинестетических ощущений, поступающих от мышц этих органов к центральной нервной системе, влияет на развитие двигательных зон коры головного мозга.

Поэтому видим целесообразным рассмотреть ряд аспектов медицинского и логопедического характера, которые свидетельствуют об актуальности затронутой нами проблемы в работе с детьми с речевыми нарушениями для современной логопедии. Это позволит проанализировать указанные нарушения комплексно и понять их этиологию.

Проблеме развития артикуляционной моторики, как основы для овладения правильным звукопроизношением, посвящены труды ученых М. Хватцева, Ф. Рау, А. Правдиной, М. Фомичевой и др. Физиологи И. Сеченов и И. Павлов придавали большое значение мышечным ощущениям, которые возникают во время артикуляции. Так И. Павлов отмечал, что «речь – это, прежде всего, мышечные ощущения, которые идут от речевых органов в кору головного мозга». Результатом деятельности мозга является моторная организация речи, а именно отбор движений, необходимых для произношения тех или иных звукосочетаний, их последовательность, построение программы, по которой должны действовать мышцы артикуляционного аппарата [3].

По мнению ортодентов Г. Варавы, С. Криштаб, К. Стрелковского одной из причин неправильного произношения звуков являются выраженные нарушения в строении органов речевого аппарата. К ним относят: зубочелюстные патологии: мезиальный прикус (прогения), дистальный прикус (прогнатия), перекрестный, открытый или глубокий прикус; слишком большой или слишком маленький язык; короткая подъязычная связка (или так называемая уздечка языка), щель верхней губы, твердого и мягкого неба (ринолалия). При описанных нарушениях звуки чаще всего произносятся искаженно или заменяются другими. Эта особенность в звучании

часто бывает заметной, поскольку ребенок начинает употреблять звуки-заменители, которые звучат нечисто, с призвуком свиста, шепелявости, что сразу обращает на себя внимание [4].

В работах В. Окушко, Л. Ильиной-Маркосян отмечается иная причина, когда органические или функциональные расстройства нервно-мышечного аппарата челюстно-лицевой области, которые проявились в детском возрасте, отрицательно сказывались на формировании зубочелюстной системы и становятся причиной развития аномального прикуса, нарушения роста челюстей и деформации зубных рядов [1; 6].

Следовательно, можно предположить, что деформации строения органов артикуляции (в частности, зубочелюстные аномалии) являются лишь механическими факторами, которые нарушают формирование фонетической стороны речи и действуют на общем фоне нарушения минерального обмена в тканях (костной, мышечной, нервной), что свидетельствует о неблагополучии организма.

Ряд ортодонтот (Т. Попруженко, Т. Терехова) говорят о появлении деформаций строения органов артикуляции и речевых расстройств, которые обусловлены патологией во время родов, когда могут наблюдаться повреждения, как нервной системы, так и костно-мышечного аппарата челюстно-лицевой области лица новорожденного. Помимо ранее перечисленных этиологических факторов А. Ахмедов, В. Дымшиц, А. Погодина, считают одной из причин развития деформации зубочелюстной системы искусственное вскармливание, при котором нарушается процесс сосания, что обеспечивает на ранних этапах жизни ребенка нормальное формирование костно-мышечной системы челюстно-лицевой области и ее двигательных функций [6].

Л. Камышева, Т. Сашенкова, Л. Теблочева отмечали, что часто патологии развития зубочелюстной системы могут возникать из-за нарушений носового дыхания, что обусловлено заболеваниями органов дыхания и проявляются в недостаточной или полной непроходимости носовых ходов. При нормальном носовом дыхании во время вдоха в полости рта образуется давление, а в момент выдоха – равномерное расслабление. В результате такого уравновешенного чередования давления и расслабления развивается нормальная форма челюсти. Во время ротового дыхания эти условия нарушаются, и верхняя челюсть формируется при постоянном сжатии, что приводит к образованию различных патологий в ее строении [1].

В исследованиях ряда ученых (Б. Байжанов, Л. Грекова, В. Дымшиц, С. Зуфаров, В. Куроедов, Г. Масловой, Л. Чучалин) вредным привычкам отводится значительная роль в появлении зубочелюстных аномалий, что наблюдаются у детей и подростков вследствие соматических и инфекционных заболеваний, стрессовых и тяжелых семейных ситуаций (алкоголизма родителей, развода, смерти близких).

Проблемами исправления нарушений прикуса у детей и взрослых в ортодонтии занимается орофациальная миофункциональная терапия (ОМТ). Данный вид терапии направлен на перестройку искаженных мышечных стандартов и установку новых правильных мышечных паттернов, которые также устраняют при этом вредные привычки, если таковые имеются [11].

Данный вид терапии включает упражнения, направленные на развитие кинетической организации артикуляционной моторики. Общие упражнения, направленные на формирование статической и динамической координации артикуляционных движений; специфические упражнения, направленные на формирование отдельных элементов артикуляционных укладов различных звуков речи и упражнения, которые нацелены на совершенствование кинестетической организации артикуляционной моторики. Все это дает основания утверждать о сходстве вышеупомянутого вида терапии с работой логопеда над артикуляционной моторикой, следовательно, может применяться как вид работы в логопедической практике.

Основные направления ОМТ при логокоррекционном воздействии на детей с нарушениями звукопроизношения должны заключаться в активизации развития артикуляционной моторики, нормализации речевого дыхания, формировании отдельных элементов артикуляционных укладов различных звуков речи и одновременно координировать выполнение движений мышцами артикуляционных органов. Все это будет способствовать развитию кинестетического праксиса, в том числе организации артикуляционной моторики, и параллельно оказывать положительное терапевтическое влияние как на ортодонтическое лечение, так и на логопедическую работу по формированию правильного звукопроизношения.

Подытоживая выше сказанное, можно утверждать, что технику ОМТ целесообразно комплексно использовать при ортодонтическом лечении детей с нарушениями артикуляционного уклада различного генеза, в сочетании с логокоррекционной работой, которая направлена на преодоление трудностей звукопроизношения у дошкольников с нарушениями речи разных нозологий.

Логопедический аспект предполагает рассмотрение этиологии нарушений, связанных не только с нарушениями строения артикуляционных органов, а обусловленных и другими факторами. Поэтому, целесообразно уточнить использование термина «анатомические нарушения органов артикуляции» в специальной литературе.

В специальной педагогической литературе этот термин подразумевает органические нарушения костного и мышечного строения подвижных и неподвижных органов звукообразующего отдела периферического аппарата речи: верхней и нижней челюстей с расположенными на них зубами и альвеолярными отростками, твердого и мягкого неба, языка и губ (органов, образующих ротовую полость, или так называемый ротовой резонатор), а также носовой полости и носоглотки. Анатомические аномалии могут затруднять не только процесс артикуляции звуков речи, но и функцию жевания и глотания (как следствие, переваривание) и дыхательную функцию. В то же время, при нарушении функции некоторых подвижных органов артикуляции (языка, губ), обусловленных, например, недостаточной иннервацией периферического аппарата, могут наблюдаться привычные патологические позы этих артикуляционных органов: просовывание языка между зубами в состоянии покоя, а также во время процессов жевания, глотания и речи; нарушение тонуса губной мускулатуры, вследствие чего наблюдается недостаточное давление на зубы со стороны губ, необходимое для нормального формирования зубных рядов. Эти патологические позы могут также

оказать негативное влияние на развитие зубочелюстной системы ребенка [2].

Проблемам развития артикуляционной моторики как основы для овладения правильным звукопроизношением, посвящены труды таких ученых: С. Коноплястой, А. Правдиной, Ф. Рау, М. Фомичевой, М. Хватцева, М. Шеремет и др. Ученые подчеркивают, что речевое развитие ребенка во многом зависит от условий жизни и воспитания, состояния его здоровья, от речевого окружения, внимания со стороны взрослых.

Л. Выготский, М. Жинкин, А. Леонтьев, А. Лурия, Л. Парамонова, отмечают, что овладение устной речью ребенком происходит в течение дошкольного периода и формирования звукопроизношения осуществляется при тесном взаимодействии процессов развития артикуляционной базы речи (речевой системы средств произношения фонетических единиц) и перцептивной (языковой системы средств восприятия фонетических единиц). Становление фонетического компонента речи в норме завершается в старшем дошкольном возрасте. К этому моменту у ребенка должен быть пропорционально сформирован артикуляционный аппарат, а также достаточно развиты фонематическое процессы и артикуляционная моторика (В. Бельтюков, А. Гвоздев, М. Жинкин, Р. Левина, В. Орфинская, Н. Швачкин и др.) [4].

Большая роль в формировании звукопроизношения принадлежит четкой, точной, скоординированной работе артикуляционных органов, их способности к быстрому и плавному переключению с одного движения на другое, а также удерживанию заданной артикуляционной позы, которая обеспечивается артикуляционной моторикой. Стойкие нарушения в произношении звуков могут быть причиной недостаточной подвижности органов артикуляции (парезы мышц губ и отдельных мышечных групп языка: его кончика, боковых краев или спинки).

Проведенный теоретический анализ литературных источников показал большую заинтересованность, как медицинской, так и педагогической отрасли к проблеме формирования артикуляционного праксиса у детей дошкольного возраста. Следует отметить, что важным является развитие не только речи целом, но и весомой ее составляющей – артикуляционной моторики, которая играет важную роль в формировании правильного звукопроизношения. Ведь успешная и согласованная работа артикуляционных органов обеспечивает точное и четкое произношение звуков. Рассмотренные логопедический и медицинский аспекты особенностей строения артикуляционного аппарата позволили проанализировать указанные нарушения комплексно и определить их взаимозависимость. Медицинский аспект включал изучение влияния органических или функциональных расстройств нервно-мышечного аппарата челюстно-лицевой области, которые возникают в детском возрасте и влияют на формирование зубочелюстной системы, что приводит к нарушениям прикуса. Логопедический – предусматривал выявление основных причин нарушения звукопроизношения, особенностей развития речевого дыхания, согласованной работы всех органов артикуляционного аппарата (языка, губ, челюстей, неба). Сочетание этих двух аспектов свидетельствует о том, что нарушения звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста тесно связаны с недоразвитием или

недостаточной работой артикуляционной моторики, что говорит об артикуляционной диспраксии.

Данная категория расстройств звукопроизношения как самостоятельное явление изучена недостаточно и включается или в рамки дислалии, или в круг дизартрии (Б. Гриншпун, Г. Гуровец, С. Маевская, Э. Сизова, Э. Макарова). Е. Мастоюкова выделяет три разновидности описанного симптомокомплекса, который она именует «корковой дизартрией»: с преобладанием нарушенной артикуляции переднеязычных согласных, с преимущественным нарушением шипящих и аффрикатов, сопровождающихся активным поиском артикуляционного уклада (автор связывает это с кинестетической апраксией), с нарушением артикуляции аффрикатов и расщеплением их, заменой щелевых звуков на смычные. Иного мнения И. Панченко, она выделяет «фонетико-апрактическую форму» звуковых расстройств у детей с детским церебральным параличом. В работе Е. Собонович (1981), которая посвящена моторной алалии, автор выделяет симптомокомплекс – артикуляционная апраксия, но не описывает его [5].

Важным являются исследования М. Morley, где автор расстройства данного типа называет «developmental articulatory dyspraxia (DAD)» – артикуляционная диспраксия развития. В то же время существовала иная позиция К. Yoss, F. Darley, которые дали другое название описанному симптомокомплексу, а именно – «developmental apraxia of speech (DAS)» или «developmental verbal apraxia (DVD)» – вербальная или «речевая апраксия развития» [7; 10].

По мнению А. Корнева использование вышеупомянутых терминов – «артикуляционная диспраксия развития» и «вербальная диспраксия развития» – позволило развести две разные клинические подгруппы детей. Позже стали применять последние из двух приведенных выше терминов. Критерии диагностики DAS в описании D.M. Aram., F. Darley, J. Kwiatkowski, L.D. Shriberg, K. Yoss весьма неопределенны и включают как артикуляционные нарушения, так и те, которые относятся к фонологическим явлениям. С другой стороны, указанные авторы выделяют легкие формы диспраксии развития, обозначая их как «состояние незрелого артикуляционного праксиса» (immature articulatory praxis — IAP), которые напоминают функциональную дислалию [5; 8; 9].

Итак, подводя итоги междисциплинарного анализа этиологии артикуляционных нарушений у детей дошкольного возраста, можем говорить об артикуляционной диспраксии. Это самостоятельное расстройство, которое характеризуется нарушением только звуковой стороны речи.

А. Корнев определяет артикуляционную диспраксию как состояние избирательного нарушения формирования исключительно произносительной стороны речи, основным механизмом которой, является незрелость или аномальное формирование артикуляционного праксиса. При этом элементарные формы моторных функций артикуляционного аппарата сохранены (подвижность, мышечный тонус, сократительные способности). Автором было осуществлено специальное клинико-нейропсихологическое исследование детей 5,5 – 8 лет, в результате которого А. Корневым было выделено три симптомокомплекса, которые удовлетворялись вышеприведенным критериям выделенного синдрома как

самостоятельной единицы. Анализ распределения звуковых ошибок, их качества и ряд дополнительных экспериментальных данных позволили идентифицировать эти симптомокомплексы как синдромы, имеющие разные нейropsихологические механизмы: «синдром дисфонетической артикуляторной диспраксии», «синдром дисфонологической артикуляторной диспраксии» и «синдром динамической артикуляторной диспраксии». Наиболее приемлимыми и отражающим ведущий механизм расстройств А. Корневым предлагается термин, весьма близкий к тому, который используется в международной практике (developmental articulatory dyspraxia, DAD) – «синдром артикуляционной диспраксии» с указанием его клинического варианта (дисфонетического, дисфонологического, динамического или смешанного) [5].

В рамках изучения вопроса артикуляционной диспраксии нами было проведено исследование артикуляционного праксиса двух групп детей старшего дошкольного возраста в двух детских учреждениях общеобразовательного типа. Первую группу (50 человек) составляли дети с нарушениями только звукопроизношения, вторую группу (50 человек) – дети без нарушений речевого развития. Сравнительный анализ основных показателей состояния сформированности артикуляционного праксиса и расчета статистического t-критерия Стьюдента продемонстрировало существенные различия между выборками. Выяснено, что практически по всем параметрам оценки констатировано существенное преобладание среднего (43% -30%) и низкого (20% -28%) уровня состояния сформированности артикуляционного праксиса у детей с нарушением звукопроизношения. Это свидетельствует о наличии у них трудностей в воспроизведении правильных артикуляционных укладов, недостаточной силе и точности артикуляционных движений и т.д.

На основе корреляционного анализа межфункциональных связей всех артикуляционных органов с помощью расчета статистического коэффициента Пирсона определены тесные взаимосвязи между двигательными функциями губ и языка, орального праксиса и динамической активности артикуляционного аппарата. Это обусловлено тем, что все артикуляционные органы взаимосвязаны, и если отстает какая-то одна из их функций, автоматически отстает другая, ведь в норме все эти органы работают как единая система.

Анализ результатов проведенного исследования состояния артикуляционного праксиса у детей общеобразовательных дошкольных учреждений свидетельствует, что у детей с нарушениями произносительной стороны речи в старшем дошкольном возрасте констатировали незрелость артикуляционной моторики и нарушения в формировании артикуляционного праксиса при сохранности у них элементарных форм моторных функций. Это свидетельствует о наличии у данной группы детей артикуляционной диспраксии.

Подводя итоги проведенного исследования отметим, что актуальным стал вопрос активизации артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста с артикуляционной диспраксией путем объединения ортодонтического и логопедического воздействия, направленного не только на его нормализацию, но и на совершенствование функционирования артикуляционной мускулатуры совместно с формированием правильно звукопроизношения при различных нарушениях речи.

Анализ научной и практической базы ортодонтии и логопедии позволил констатировать необходимость исследований в области применения миогимнастики в логопедической практике. Основные направления миогимнастики при логокоррекционном воздействии на детей с нарушениями звукопроизношения заключались в активизации развития артикуляционной моторики, нормализации речевого дыхания, формировании отдельных элементов артикуляционных укладов различных звуков речи, на одновременном координированном выполнении движений мышцами артикуляционных органов [11].

Учитывая результаты нашего исследования, а именно тот аспект, что у детей с артикуляционной диспраксией определены трудности звукопроизношения, связанные с состоянием артикуляционного праксиса, нами было разработано 10 комплексов миогимнастики, которые базировались на ортодонтических компонентах.

Формирующий эксперимент осуществлялся на базе дошкольных общеобразовательных учреждений. Выборку составили две группы детей старшего дошкольного возраста с артикуляционной диспраксией: контрольная группа (25 детей); экспериментальная группа (25 детей).

В процессе проведения эксперимента у детей описанных групп предполагалось активизировать:

- 1) двигательную активность языка, челюстей, губ, мягкого неба и динамическую активность артикуляционного аппарата;
- 2) длительность удержания артикуляционной позы; быстрое и точное выполнение артикуляционных движений;
- 3) правильное речевое дыхание;
- 4) правильную речевую осанку.

Комплексы состояли из трех типов упражнений: упражнения на развитие дыхания, формирование артикуляции и формирования правильной осанки. Упражнений на развитие дыхания были направлены на обучение детей правильно дышать носом, развивать умение контролировать силу выдоха (то слабее, то сильнее), устранить готовое дыхание. Ведь правильное дыхание способствует не только улучшению речи, но и развитию дыхательной мускулатуры, особенно мышц, которые обеспечивают глубокий выдох.

Упражнения на формирование артикуляционного праксиса способствовали развитию подвижности органов речевого аппарата, осуществлению полного объема движений артикуляционных органов необходимых для правильного произношения звуков, а также умению быстро переключаться с одного артикуляционного уклада на другой, укреплению мышц речевого аппарата и активизации их активности.

Особое место в комплексах миогимнастики занимали упражнения, направленные на формирование правильной осанки, развитие общей моторики, ощущения положения тела, удерживание определенной позы, устранение боязни прикосновения к друг другу, движений всем телом, удерживание осанки с закрытым ртом и правильному дыханию.

Важно, что каждое упражнение было направлено на основные группы мышц артикуляционного аппарата, в частности: двигательную функцию языка, губ, челюсти, мягкого неба, мимических мышц, а также силу выдоха. Благодаря игровой основе и наглядным материалам дети охотно выполняли задания.

Обобщая результаты формирующего исследования, следует отметить, что в обеих группах произошли позитивные изменения в подвижности губ, в частности в экспериментальной группе этот показатель выше – 92%, чем в контрольной группе. Если принимать во внимание первичное исследование, видим, что результаты экспериментальной группы улучшились на 46%. Это указывает на целенаправленное воздействие миогимнастики на мышцы губ и развитие их активности.

При первичном исследовании двигательной функции языка в обеих группах только 20% детей смогли без трудностей и дополнительной помощи выполнить задания на высоком уровне, тогда как результаты после формирующего эксперимента показывают значительные расхождения. В экспериментальной группе произошло улучшение до 88%, тогда как в контрольной группе этот показатель лишь 52%. То есть констатируем, что и классическая артикуляционная гимнастика дает положительную динамику, однако ее влияние именно на активизацию речевой моторики не значительно.

Улучшение произошло и в двигательной функции челюсти, при исследовании силы выдоха и двигательной функции мягкого неба. В экспериментальной группе улучшение наблюдается от 80% до 98%, а в контрольной, показатель значительно меньше – от 72% до 92%. Значительные изменения произошли и в динамической организации речевого аппарата с 32% до 92% в экспериментальной группе, и до 76% в контрольной группе. Что указывает на повышение активности артикуляцион-

ной моторики, умения детей без труда выполнять предложенные упражнения.

Динамика изменений в положительную сторону наблюдалась в мимической мускулатуре до 88% в экспериментальной группе, и до 76% в контрольной, состояние орального праксиса также изменилось в лучшую сторону до 98%, а в контрольной только до 52%.

Таким образом, апробация разработанных комплексов миогимнастики для активизации артикуляционного праксиса у детей с артикуляционной диспраксией в экспериментальной группе подтвердила их эффективность. Это свидетельствует о том, что миогимнастика в логопедической практике является достаточно мощным средством активизации речевой моторики, поскольку влияет на различные группы мышц челюстно-лицевого аппарата. Благодаря комплексному воздействию все группы мышц начинают работать правильно и соответственно формируются правильные артикуляционные паттерны, что способствует формированию правильного произношения самостоятельно или ускоряет процесс логокоррекционного воздействия.

Вопросы применения описанной техники миогимнастики говорит о необходимости проведения дальнейших научных и экспериментальных исследований по вопросам сочетания ортодонтического и логопедического воздействия, направленного не только на нормализацию артикуляционного праксиса, но и на совершенствование функционирования артикуляционной мускулатуры совместно с формированием правильного звукопроизношения при разных видах нарушений речи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Головкин Н.В. Эстетичні особливості будови обличчя в дітей із зубощелепними аномаліями III класу за Е. Енглема та порушенням носового дихання за даними фотометрії // Український стоматологічний альманах, 2015. № 2, С.55-59
2. Григоренко Н.Ю., Цыбульский С.А. Диагностика и коррекция звукопроизносительных расстройств у детей с незначительными аномалиями органов артикуляции: учебно-методическое пособие. М.: Книголюб, 2005. 144 с.
3. Дем'яненко С.Д. Роль психологічних та психолінгвістичних поглядів О.О. Потебні про внутрішню форму слова в мовно-понятійній роботі зі старшими дошкільниками // Психолінгвістика. Вип. 7. 2011. С. 18– 25.
4. Загнітко А.П., Домрачева І.Р. Основи мовленнєвої діяльності. Донецьк, Український культурологічний центр, 2001. 56 с.
5. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. СПб.: Речь, 2006. 380 с: ил.
6. Попруженко Т.В., Терехова Т.Н. Профилактика основных стоматологических заболеваний. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 464 с.
7. Darley F.L., Aronson A.E. and Brown J.R. Motor Speech Disorders, W.B. Saunders Co., London., 1975.
8. Milloy N.R. The assessment and identification of developmental articulatory dyspraxia and its effect on phonological development', unpublished Ph.D. thesis, Leicester Polytechnic, 1985.
9. Milloy N.R. and Morgan-Barry R. Developmental neurological disorders, in Developmental speech disorders (ed. P. Grunwell), Churchill Livingstone, Edinburgh, 1990.
10. Morley M.E. The Development and Disorders of Speech in Childhood, 3rd edn, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1972.
11. Parra D, Macedo A. Historia de la Motricidad Orofacial en Latinoamérica. In: Susanibar F, Parra D, Dioses A. (Coord.). Motricidad Orofacial: Fundamentos basados en evidencias. Madrid, EOS, 2013.

#### REFERENCES

1. Golovko, N.V. Aesthetic features of the structure of the faces in children with dental and facial anomalies in 1 class by Englem and impaired nasal breathing according to photometry // Ukrainian Dental Almanac, 2015. No. 2, P.55-59
2. Grigorenko, N. Yu., Tsybul'skii S. A. Diagnosis and correction of sound pronunciation disorders in children with mild abnormalities of articulation. Moscow, Knigoliub, 2015, 143 p.
3. Demianenko, S.D. Role of psychological and psycholinguistic views of O.O.Potebnia about inner form of the word in language and notional work with elder pre-schoolchildren// Psycholinguistics, 2011. №7, P. 18 – 25.
4. Zagnitko, A. P., Dormacheva, I. R. Basics of Speech Activity. Donetsk: Ukrainskyi kulturologichnyi tsentr, 2001. 56 p.
5. Kornev, A. N. Fundamentals of logophilia of childhood: clinical and psychological aspects. – SPb.: Speech. 2006. – 380 p.
6. Popruzhenko, T. V., Terekhova T. N. Prevention of major dental diseases-M.:Medpress-inform,2009. – 464p.

#### Articulation dyspraxia in children with speech disorders: speech therapy and medical aspects

N. M. Babych

**Abstract.** The paper deals with separate issues concerning the activation of articulatory dyspraxia. At given the fact that the number of such children increases every year and the usual articulation gymnastics is not enough, there is a need for the use of modern technologies from other sciences, in particular orthodontics, which can be used in speech therapy practice. The main causes of disturbances in sounding in children and the prospects of using myogymnastics as an innovative remedy for logocorrection are presented. This article emphasizes the possibility and expediency of its use in working with children with articulatory dyspraxia.

**Keywords:** motor skills; articulation motility; articulatory dyspraxia; ontogenesis; myogymnastics; children with speech disorders.