

**ПІДХОДИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ
НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ: ІСТОРІЯ І СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ
Антоніна АНІСТРАТЕНКО,**

Буковинський державний медичний університет,
Чернівці (Україна), oirak@bsmu.edu.ua;

**APPROACHES TO THE MEDICAL AND SOCIAL
REHABILITATION FOR CHILDREN WITH ORGANIC
LESIONS OF THE NERVOUS SYSTEM:
HISTORY AND CURRENT TRENDS**

Antonina ANISTRATENKO,

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi (Ukraine),
ORCID ID: 0000-0001-5295-2271; Researcher ID: S-5261-2016

Анистратенко Антонина. Подходы к медико-социальной реабилитации детей с органическими поражениями нервной системы: история и современные тенденции. Цель статьи – исследовать историю и современное состояние социальной и медицинской реабилитации детей с сенсорными и другими патологиями ЦНС. **Новизна исследования.** Незаработанной является проблема формирования жизненной компетентности у детей со специальными потребностями, начиная с раннего возраста. Практически отсутствуют методические разработки, позволяющие оказывать помощь детям с особыми потребностями дошкольного возраста и их семьям по месту жительства, без отрыва ребенка от семьи. **Методы исследования** основаны на историческом и сравнительно-аналитическом принципах. **Выводы.** Итак, рассмотрев различные аспекты реабилитационной помощи детям раннего дошкольного возраста с патологиями ЦНС и расстройствами речи, удалось выяснить первоочередную важность развития речи при реабилитационной работе с детьми раннего дошкольного возраста, ведь успехи в усвоении украинского языка в этот, сенситивный период, или их отсутствие, существенно повлияют на все аспекты дальнейшей медико-социальной реабилитации ребенка.

Ключевые слова: история реабилитации, медико-социальная реабилитация, логопедическая служба, дети дошкольного возраста, спецпедагогика.

Актуальність. Відомо, що діти дошкільного віку з органічними ураженнями нервової системи потребують комплексного підходу в наданні медико-соціальної реабілітації. Дані патології (органічні ураження органів слуху, зору, вестибулярного і мовного апарату) досить поширені серед осіб дитячого віку. Процес становлення мовленнєвої і соціальної поведінки таких пацієнтів – складний за структурною і функціональною організацією, що досліджували українські та зарубіжні вчені з середини минулого століття (Вада Дж., 1975; Леві Дж., 1977; Андріанов О. С., 1999, Боголепова І. Н., 1999, 2000, 2001 та ін.). Аналіз літературних джерел з проблеми, що стосується формування електричної активності мозку дітей, показує, що ступінь функціональної зрілості різних структур мозку на ключових етапах індивідуального розвитку має доволі значні розбіжності, що зумовлює різницю в підходах до медико-соціальної реабілітації. Також підходи в реабілітаційних послугах будуть залежати від ступеня важкості патології та від супровідних нозологій (їхньої наявності або відсутності).

Матеріали та методи. При застосуванні методів і засобів фізичної реабілітації у дітей дошкільного віку обов'язково необхідно враховувати індивідуальні особливості розвитку даної категорії дітей. Особливо це стосується дослідження стану діяльності мозкових структур, що забезпечують формування мовлення дитини. До таких методів можна віднести

електроенцефалографію (ЕЕГ) – метод реєстрації електричної активності головного мозку за допомогою системи комп'ютерної електроенцефалографії у стані функціонального спокою та з використанням функціональних проб – відкривання очей, ритмічної фото- стимуляції, гіпервентиляційної проби.

Фахівці, які займаються проблемою подолання патологій, пов'язаних з органічними ураженнями нервової системи дітей дошкільного віку, висловлюють думку про застосування мультидисциплінарного підходу при подоланні комплексу порушень, характерних для функціональних ушкоджень головного мозку і ЦНС дитини, особливо затримки або проблем мовлення. Оскільки дана проблема є комплексною, то до реабілітаційного процесу необхідно включати різних спеціалістів. Ефективність реабілітаційних заходів залежить від злагодженої роботи фахівців мультидисциплінарної команди, а саме: невролога; фізичного терапевта; дефектолога; логотерапевта; спеціального психолога.

Історіографія питання. Незважаючи на те, що проблема ранньої соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я є відносно новою для нашої країни, тобто починає активно розроблятися з 90-х років ХХ віку, українська реабілітаційна практика і теоретичні розробки доволі вагомі. У цьому контексті заслуговують на увагу праці Л. Кунельської, М. Мауковської, М. Фурсова, О. Бабак¹. Значна

¹ Vrehulyuvannya problemnykh pytan' pratselvashtuvannya ta zakhystu prav invalidiv u sferi pratsi : prakt. posib. [Settlement of problematic issues of employment and protection of the rights of persons with disabilities in the field of labor: practice], uklad. O. V. Babak, I. V. Hladka, N. M. Malynovs'ka, V. Y. Skakovs'ka ; za zah. red. V. M. D'yachenka, M. L. Avramenka, Kyiv, "Un-t Ukrainyina", Vseukr. tsentr profesynoyi reabilitatsiyi invalidiv, 2007, 156 p. [in Ukrainian].

кількість робіт присвячена реабілітації дезадаптованих дітей у спеціальних закладах (Г. Іващенко, Н. Каншоністова, М. Плоткін, Д. Комсов, О. Безпалько²). Досліджувалось і питання участі сім'ї дитини-інваліда в реабілітаційному процесі (Л. Грачова, Н. Демет'єва³, Г. Багаєва, Т. Ісаєва, М. Ліборокіна). Важливими є роботи, які розглядають альтернативні підходи до організації реабілітаційної роботи через спеціалізовані реабілітаційні центри⁴ (А. Панова, Б. Шапіро, О. Холостова, Л. Алексєєва). Цінними є праці, які присвячені соціальній роботі як засобу соціалізації дитини з особливими потребами (О. Мудрик, Л. Грачов, А. Панова, О. Белінська та ін.). Значну увагу питанню розвитку життєвої компетентності дітей з інвалідністю приділяють вітчизняні вчені Л. Сохань, Т. Титаренко, В. Циба, В. Тарсун, Л. Артемова. Попри це залишається нерозробленою проблема формування життєвої компетентності у дітей зі спеціальними потребами, починаючи з раннього віку, практично відсутні методичні розробки, які дозволили б надавати допомогу дітям з особливими потребами дошкільного віку та їх сім'ям за місцем проживання, без відриву дитини від сім'ї.

Постановка завдань медичної реабілітації на сучасному етапі. Фізична терапія дітей дошкільного віку з патологіями сприйняття і відтворення мовлення, руховими і сенсорними вадами включає в себе: лікувальний масаж, дихальні вправи, гімнастику, музичну ритміку, рефлексотерапію та фізіотерапевтичні процедури (електрофорез на комірцеву зону із седативними засобами, ванни з азотом, бромом та йодом, електросонотерапію). Отже, застосування фізичних вправ у медичній реабілітаційній практиці дітей дошкільного віку визначається налагодженням таких основних показників:

- Відбувається покращення загального фізичного розвитку дітей даної категорії порівняно з їх однолітками, які не отримують фізіотерапевтичного лікування в комплексі. Це реалізується шляхом застосування гімнастичних вправ статичного характеру.

- Помітне підвищення моторики дітей з при виконанні фізичних вправ. Позитивний вплив лікування фізичними факторами при логоневрозі у дітей має фізіологічне підґрунтя, оскільки вони допомагають стабілізувати роботу нервової системи, заспокоюють дітей та покращують їх психоемоційний стан.

Вступ. У спрощеному розумінні, комплексна реабілітація дитини з нейросенсорними вадами являє собою чітко спланований і відрегульований комплекс заходів медичного практичного втручання, превентивних медичних заходів, що проводяться без відриву від психолого-розвивального та навчально-виховного складників, які в поєднанні складають реабілітаційний процес.

Історія реабілітаційних послуг в Україні. Про необхідність соціальної реабілітації в Україні почали говорити в середині 90-х років ХХ ст. Соціальна

реабілітація в Україні мала яскраво виражений медичний аспект та спрямовувалася переважно на осіб з обмеженими фізичними можливостями (інвалідів), сьогодні спостерігається розвиток саме соціальної складової реабілітаційного процесу. Необхідність соціальної реабілітації окремих груп населення/клієнтів соціальної роботи (девіантів, інвалідів, осіб, які перебували в складних життєвих ситуаціях тощо) закріплена в численних міжнародних та вітчизняних нормативно-правових документах. Але проблемним аспектом залишається визначення загального поняття, яке б охоплювало існуючі теоретичні та практичні підходи до соціальної реабілітації.

Як зазначає Гусак Н. Є: "Соціальна реабілітація – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення людини в правах, соціальному статусі, здоров'ї, дієздатності. Цей процес націлений не тільки на відновлення здатності людини до життєдіяльності в соціальному середовищі, але і самого соціального середовища, що зазнало негативних змін внаслідок соціальних причин"⁵.

Основними принципами соціальної реабілітації були і залишаються: здійснення реабілітаційних заходів на початку виникнення проблеми; неперервність та постійність їх проведення; комплексний характер реабілітаційних програм; індивідуальний підхід до визначення об'єму, характеру та змісту реабілітаційних заходів.

Соціальна реабілітація є явищем комплексним, тому існують такі її види: психологічна, педагогічна, соціально-економічна, професійна, побутова, медична.

Окремо виділений тип надання реабілітаційних послуг у спеціальних центрах комплексної медико-соціальної і педагогічної допомоги. Розглянемо історичний шлях розвитку інституцій такого типу на прикладі Буковини.

Історія будівлі налічує вже понад століття та незважаючи ні на які соціально-політичні зсуви та потрясіння, вона залишається домівкою для дітей з сенсорними вадами.

Історію реабілітаційних закладів Буковини слід умовно поділити на 4 періоди, відповідно до історичних періодів: 1. Австрійський період 1908–1918 рр. 2. Румунський період 1918–1940 рр. 3. Радянський період 1940–1991 рр. 4. Український (з 1991 – донині).

Австрійський період став відправною точкою в історію закладів. Заснування першого в Чернівцях Інституту для сліпих дітей тісно пов'язане з ім'ям І. Бошняга, якому належить заклик до народу Буковини 1907 р. про створення Інституту. Кошти на будівлю надходили з найрізноманітніших джерел, як можна побачити на діаграмі, найбільший внесок зробив Буковинський дім економістів та населення Буковини. Магістратом міста Чернівці під будівництво була виділена ділянка площею 6810 м², де у 1907 р. на базі залізничного управління було зведено одноповерхову будівлю для 30-40 учнів, а через два роки надбудовано

²Bezpal'ko O. V. Sotsial'na pedahohika: skhemy, tablytsi, komentari: navch. posib. [Social pedagogy: schemes, tables, comments: textbook], Kyiv, Tsentri uchbovoyi literatury, 2009, 208 p. [in Ukrainian].

³Dement'yeva N. Ustynova E. Rol' i mistse sotsial'nykh pratsivnykiv v obsluhovuvanni invalidiv i litnikh lyudey [The role and place of social workers in the care of the disabled and the elderly], Moskva, 1995, 290 p.

⁴Sotsial'na robota v Ukrayini: navch. Posibnyk [Social work in Ukraine: textbook], za red. I.D. Zverevoyi, H.M. Laktionova, Kyiv, 2003, 254 p. [in Ukrainian].

⁵Husak N.Ye. "Sotsial'na rehabilitatsiya: pidkhody do vyznachennya ponyattya" [Social rehabilitation: approaches to the definition], *Sotsial'na polityka ta sotsial'na robota* [Social policy and social work], 2008, N 1, P.103–114 [in Ukrainian].

ще 2 поверхи⁶. Аерозйомка пізнішого періоду дає змогу стверджувати, що це була одна з перших будівель на прилеглий території. Навчання проводилося німецькою мовою. Перша Світова війна змусила Інститут припинити свою діяльність, а в будівлю було розквартировано різні служби російської і австрійської армій, через що інвентар (та сама будівля) зазнали збитків більш ніж на 260 тис. крон. Тож це період зародження та найбільшого занепаду Інституту сліпих і глухих.

За т. зв. румунського періоду, на тлі об'єднання Буковини з Румунією у 1918 р. почався новий етап історії будівлі. За цієї доби занедбану за часи війни будівлю Інституту було реставровано, а установу – реорганізовано. Назву було змінено на честь Королеви Марії і з 1919 р. на фасаді вибито напис: “Institutul de orbi Regina Maria”. Тоді було впроваджено нові освітні програми румунською мовою, а кількість вихованців збільшилася вдвічі, відтоді основним контингентом були діти з вадами слуху.

З 1934 року Інститут став “Державною спеціальною школою для сліпих і глухонімих”. Освіта була чотирикласною. Навчання глухонімих проводилось чистим усним методом. Дактильна мова та міміка суворо заборонялися. За Чернівецьким Інститутом було закріплене колишнє панське господарство з ділянкою землі, фермою та садами. Щорічно діти збирали урожаї яблук, слив, горіхів. Сади збереглися до цього часу. Радянський період був ознаменований новою реорганізацією. У 1940 році Буковина була приєднана до УРСР. За цього періоду починається впровадження української програми та навчальних планів. З Київської школи глухих командували групу педагогів для організації навчального процесу. Директором став Масюк Г. О. Під час II Світової війни навчання було перервано, а будівля була переобладнана на військовий шпиталь. У 1944 відновлюється діяльність школи і директором призначають Лозинського В.Д., який керував школою до 1967 року. У кінці 60-х років школу очолив молодий сурдопедагог Ключник В.М., який був незмінним директором до 2002 року. До 90-х років учні навчалися 12 років і отримували повну середню освіту. За цього періоду заклад почав набувати рис, властивих йому сьогодні.

Український період приблизно збігається зі здобуттям Україною Незалежності. З 1998 року заклад іменувався як Чернівецька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат №1 для глухих дітей. Враховуючи побажання батьків, з 2001 року в закладі почали навчатися та проходити реабілітацію діти зі складними порушеннями у розвитку (синдромом Дауна, помірного розумовою відсталістю, аутизмом).

Рішенням Чернівецької обласної ради 2010 року заклад було реорганізовано у Чернівецький обласний навчально-реабілітаційний центр № 1. Саме на етапі розбудови незалежної України школа-інтернат узяла на себе функції реабілітаційного центру, а не лише освітнього закладу.

Комплексна реабілітація. Сучасний етап. Виходячи із законів математичної логіки, ефективність комплексної реабілітації напряму залежить від якісного виконання кожної з реабілітаційних ліній. Така точка зору описана у багатьох працях з медичної реабілітації та зі спеціальної педагогіки чи дитячої психології: А. І. Сатаєва “Кохлеарна імплантація як засіб допомоги глухим дітям”, Боскис Р. М. “Глухі та слабчуючі діти” (рос. мовою), Рау Ф. Ф. “Мовлення глухих” та ін.

Погоджуючись частково з такою позицією, треба зауважити, що попри уявну очевидність правильності аналітичного підходу до організації реабілітаційного процесу, загальна “сума” досягнень не завжди дорівнює ефективності дії усіх її частин. Проблема полягає у сутності нейролінгвістичної функції ЦНС дитини та розвитку її когнітивної сфери.

Позиція автора в цьому питанні детально представлена у статті “Історія формування та практична лінгводидактична робота у комплексній реабілітації нечуючих (слабчуючих) дітей раннього дошкільного віку в ЧОНРЦ №1”. Фізіологічний та психічний розвиток дитини не становить лінійного процесу, відтак позбавленим сенсу стає питання про “нормальне функціонування” дитини⁷.

У теперішній реабілітаційній практиці ми все частіше стикаємося з комбінованими вадами здоров'я дитини. Відтак, на першій сходинці реабілітаційної програми часом складно з'ясувати, яка з поставлених перед мультидисциплінарною командою фахівців проблема є домінуючою та буде більшою мірою активізаційною для її розвитку.

Так само як мова стає засобом і результатом інтелектуального розвитку людини, так розвиток мовлення – одна з ліній реабілітаційного процесу та засіб перевірки ефективності роботи з дитиною на всіх рівнях реабілітації. При становленні мовлення нечуючої або слабчуючої дитини, як і дитини з комбінованими нейросенсорними порушеннями, важливими є такі комплексні фактори: ефективність, доцільність та вчасність слухопротезування (медична складова реабілітації), загальний стан здоров'я дитини та її батьків (соціальна складова), психічний стан дитини, психолого-педагогічні показники дитини та її оточення (психоемоційна складова), вік дитини та її вік при старті реабілітації (раннє втручання), стан артикуляційного апарату та фізіологічна готовність дитини до говоріння.

При старті комплексної медико-соціальної реабілітації команда спеціалістів має заручитися підтримкою батьків і їх згодою та довірою, зрозуміти і кваліфікованим анамнезом та повним глибинним медичним обстеженням. Одним з основних показників успіху реабілітації та провідним методом її впровадження буде словесний (мовленнєвий) принцип. Адже навіть в тому разі, коли дитина розвине в собі компенсаторний метод зовнішньої комунікації, лікарі, дефектологи, логопеди, психологи, педагоги можуть протестувати розвиток дитини найперше за допомогою мови.

⁶DACHO (Chernivtsi Region State Archive), Shchorichnyy zvit Instytutu slipykh ta hlukhykh im.Korolevy Mariyi za 1919-1920r [DACHO: Annual Report of the Queen Mary Institute of the Blind and Deaf for 1919-1920], File 1, Ch. 1, Arc. 19-27 [in Romanian].

⁷Anistratenko A. V. “Kompleksna medyko-sotsial'na reabilitatsiya yak osnova rozvytku movlennya nechuyuchykh (slabochuyuchykh) ditey rann'oho doshkil'noho viku” [Complex medical and social rehabilitation as a basis for speech development of deaf (hard of hearing) children of early preschool age], *Neonatology, khirurhiya ta perynatal'na medytsyna. Shchokvartal'nyy medychnyy naukovo-praktychnyy zhurnal* [Neonatology, surgery and perinatal medicine. Quarterly medical scientific-practical journal], Za red.: Znamens'koyi T. K., Boychuka T. M, Kyiv, ANU; BDMU, 2016, N 4 (22), T. 6, P. 55-60 [in Ukrainian].

Медична складова реабілітації. Ефективність, доцільність та вчасність слухопротезування стає наріжним каменем реабілітаційного процесу. Основна дискусійна проблема – вибір часу і типу слухопротезування. Для слабочуючих пацієнтів при ранній чи подальшій втраті слуху пропонуються різновиди зовнішніх слухових апаратів, а при вродженій глухоті – імпланти. При збереженому слуховому нерві для дітей у ранньому віці (від 1,5 до 3-х років) доцільною вважається кохлеарна імплантація.

Кохлеарний імплант – це електронний пристрій, що виконує функції відсутніх волоскових клітин вушного равлика, які відповідають за забезпечення електричної стимуляції збережених нервових волокон⁸. Відтак кохлеарна імплантація призначається не всім пацієнтам, оскільки операція успішна при збереженні слухового центру головного мозку та слухового нерва. “По слуховому нерву інформація передається в головний мозок та сприймається як звук. Отже, можливим стає не тільки сприймання звуків, але й мовлення”⁹. За показниками катamnестичного спостереження кохлеарщиків А. І. Сагаєвої, найкращі результати кохлеарної імплантації демонструють діти молодшого шкільного віку. Проте у пропонованій літературі автор не надає доказів чи коментарів щодо цього висновку. Треба зауважити, що вчасність та ефективність слухопротезування необхідно доповнити також важливим важелем у старті медичної реабілітації – доцільністю. Аналіз співвідношення ризику та очікуваного терапевтичного ефекту передувє усім іншим крокам спеціалістів.

На підтвердження останнього підходу наведемо випадок із практики. До спеціалістів з комплексної реабілітації звернулися батьки з дитиною, що має комбіновані вади розвитку: вік 2,5 роки, діагноз органічне ураження ЦНС, вестибуло-атактичний синдром, кондуктивна глухота, аутичні прояви, ЗНМ І рівня. У віці 1,5 року їй було слухопротезовано. Отже, на час старту індивідуального реабілітаційного планового втручання, окрім скарг, які вже були наявні (затримка психомовного розвитку, затримка загального розвитку, соматичні скарги (вроджені вади серця, порушення метаболізму та ін.), порушення особистісного розвитку, пов’язані з аутичними проявами, неврологічні порушення, пов’язані з вегето-судинною дистонією та ін.), дитина дістала ще й психоемоційні розлади (тривожність, страх, розлади сну), які, можливо, пов’язані зі звуками, що стали їй доступними, проте не можуть стати зрозумілими на рівні сигнальної системи.

Для реабілітації цієї дитини був розроблений поетапний річний план. Було покращено загальний стан дитини, у психолого-педагогічній реабілітації щоденно проводилася робота над покращенням соціальної комунікативності дитини, розвитком сприймання-відтворення подій та емоцій з урахуванням звукового сенсорного каналу, розвитком уваги та зосередженості, асоціацій предметно-символьного ряду, розвитком дрібної моторики та ін. Проте, сам випадок у

реабілітаційній практиці демонструє, що глухота, яка в певний момент катamnестичного спостереження дитини була прийнята лікарем-педіатром за домінуючу нозологію (точніше таку, що перешкоджає якісному переходу дитини до комунікації зі світом і вже згаданого “нормального функціонування дитини”), була для неї захисним фактором особистості. При тих вроджених вадах, які наявні у пацієнтки, що менш інтенсивно подана інформація (зокрема й кількість відкритих сенсорних каналів), то більше можливостей отримати від дитини адекватний комунікаційний відклик і подолати проблеми, що піддаються терапії.

Соціальна та психоемоційна складова реабілітації. Загальний стан здоров’я дитини та її батьків, психічний стан дитини, психолого-педагогічні показники дитини та її оточення мають безпосередній вплив на процес реабілітації. Особливо якщо йдеться про змінний контингент – тобто, коли реабілітаційні послуги надаються опосередковано, а не цілеспрямовано і дитина тільки частково перебуває в оточенні спеціалістів. Тоді велику роль відіграють батьки та їх інтелектуальна, освітня, психоемоційна, ментальна готовність взяти активну і ефективну участь у реабілітації дитини. Тут, як пише сурдолог, дефектолог О. Савчук, “одного бажання батьків мало, треба їх уміння і розуміння процесу реабілітації. Переважно, на жаль, більшість батьків очікують від спеціалістів дива, а коли дива не відбулося, – опускають руки”¹⁰. Для розвитку мовлення найважливішим фактором є мовленнєве середовище чуючих батьків, які щодень і щохвилини розвивають в дитини мотивацію до говоріння. Найскладнішими дітьми при навчанні мови і мовлення є глухі діти в глухонімих батьків. Це зумовлено не тільки відсутністю мовного середовища, але й мотивації говоріння. Бути глухим – стає іміджем, але кожна дитина намагається наслідувати оточення і, в першу чергу, батьків.

Для підтвердження вказаного наведемо випадок з практики. Дівчинка 2,5 роки з діагнозом: СНТ, двостороння нейросенсорна глухота, затримка психомовного розвитку; була слухопротезована у віці до 2-х років. Здавалось би, що перешкод для когнітивного розвитку і розвитку словесного мовлення не так уже й багато: супутніх соматичних захворювань, що ускладнили б розвиток дитини, немає, слухопротезовано вчасно (Кохлеарний імплант Medel). Однак на заваді словесного мовлення стала причина глухонімоти обох батьків. Беручи до уваги цю деталь, бачимо, що в такій ситуації слухопротезування можна вважати запізнлим: емоційно-сенсорна сфера дитини формується раніше, і в цієї респондентки формується, на жаль, у середовищі, де не вживається звукова і словесна українська мова. “Швидше за все, рідною мовою для глухонімого стане не національна словесна мова, а жестова мова, відповідно, словесна буде сприйматися як іноземна”¹¹. Словесна мова обійматиме певний обсяг слів, що буде сформований завдяки зусиллям логопеда і сурдолога при компаративному

⁸ Satayeva A. I. “Kokhlearnaya implantatsiya kak sredstvo pomoshchi glukhim detyam” [Cochlear implantation as a means of helping deaf children], *Vospitaniye i obucheniye detey s narusheniyami razvitiya* [Education and training of children with developmental disorders], N 1, 2006, P. 56 [in Russian].

⁹ Ibidem.

¹⁰ Savchuk O. O. “Reabilitatsiyni posluhy Chernivets'koho oblasnoho navchal'no-reabilitatsiynoho tsentru”, URL: http://kts-osvita.org.ua/index.php?option=com_contO.ent&task=view&id=1179&Itemid=2 [in Ukrainian].

¹¹ Ibidem

навчання мови і залишитися прикореневим знанням, що є надбудовою освіти, а не природним засобом спілкування і мислення.

Логопедична складова. Вік дитини і її вік при старті реабілітації (раннє втручання), стан артикуляційного апарату та фізіологічна готовність дитини до говоріння є третім і так само важливим чинником планової комплексної реабілітації та впливає на розвиток мовленнєвих навичок. Особливо важливо для глухонімих дітей одразу після слухопротезування, або навіть без нього, почати заняття з логопедом-дефектологом, який за допомогою комп'ютерних корекційних програм (“Від А – до Я”, “I’m talking” та інші) “ставити” звуки артикуляції у правильній позиції рідної національної мови. Без цього навчання дитина легко перейде до дактилю чи жестової мови, втративши когнітивно-асоціативний зв’язок зі звуковим мовленням. Наведено випадок із практики. Хлопчик у віці 3-х років розпочав індивідуальний плановий процес реабілітації. Діагноз – РДА, затримка психомовного розвитку (1 рівня). Супутні соматичні нозології та загальний стан здоров’я дитини не дозволив повної комплексної реабілітації, отже він увійшов до змінного контингенту, тобто батьки з дитиною відвідували ЛФК, розвиткові, лінгводидактичні заняття, заняття у дитячого психолога, дефектолога та логопеда. На жаль, зовсім не розвинутий артикуляційний апарат, повна відсутність розрізнення звуків і форм артикуляції значно ускладнювало процес постановки мовлення дитини. Отже, у віці трьох років дитина відвідує заняття з групою 1,5-1,8 року.

Таким чином, найбільшою проблемою ранньої глухоти в когнітивній сфері є порушення логіки розвитку інтелектуального мисленнєвого процесу, а не самої вимови звуків. Порушена реакція на звернення до дитини. Нормальна послідовність “сприймання усного мовлення – звуконаслідування – ідентифікація звукового мовлення – звукова реакція на звернення – звукове повідомлення – мовлення” виявляється порушеною. “Спочатку дитина оволодіває навичками побутового самообслуговування, потім еквівалентними цим навичкам жестами, а пізніше дитині доводиться перестрибувати прірву між жестівником і алфавітом”, – зауважує А. Суворов¹². Звукова мова залишається поза послідовністю розвитку сприймання дитини. Також від цього страждає і мислення, яке стає предметним, позбавленим можливості узагальнення чи фантазування, утруднюється або нівелюється образне мислення, переносне значення, сприймання художньої літератури, точних дисциплін тощо.

Висновки. Отже, розглянувши різні аспекти реабілітаційної допомоги дітям раннього дошкільного віку з вадами ЦНС та розладами мовлення, вдалось з’ясувати першочергову важливість розвитку мовлення при реабілітаційній роботі з дітьми раннього дошкільного віку, адже успіхи у засвоєнні української мови у цей, сенситивний період, або їх відсутність суттєво вплинуть на всі аспекти подальшої медико-

соціальної реабілітації. Знання мови не тільки стимулює процес комунікації з дитиною, що є основоположним фактором у адаптаційній та розвитковій діяльності, але й забезпечує розвиток практично всіх зон головного мозку, чим забезпечує формування і гармонійний розвиток особистості. Також володіння мовою є чи не найважливішим маркером розвитку інтелекту. Затримка психічного розвитку дитини розглядається медиками та спеціалістами у нерозривній єдності з розвитком мовлення. Всі спроби подолання інтелектуального відставання дитини пов’язані з зусиллями розвитку мовлення і сприйняття мови. Діяльність медичного кола фахівців у комплексній реабілітаційній роботі тісно пов’язана з мовленням дитини і її успіхами у засвоєнні мови – діагностування, спостереження і корекція певних вад – всі етапи пов’язані зі спілкуванням і їх точність, доречність, актуальність визначається у більшості випадків емпіричним шляхом, за допомогою комунікації.

Anistratenko Antonina. Approaches to the medical and social rehabilitation of children with organic lesions of the nervous system: history and current trends. Preschool children with organic lesions of the nervous system need a comprehensive approach to medical and social rehabilitation. These pathologies (organic lesions of the organs of hearing, vision, vestibular and speech apparatus) are quite common among children nowadays. The process of speech formation and social behavior of such patients is complex in structural and functional organization. **The purpose of the article** is to investigate the history and current state of social and medical rehabilitation for sensory and other CNS defects. **The novelty of the research.** The problem of forming life competence in children with special needs from an early age remains undeveloped. **Research methods** are based on historical and comparative-analytical principles. **Conclusions.** Thus, considering various aspects of rehabilitation care for early preschool children with CNS defects and speech disorders, it was possible to determine the paramount importance of speech development in rehabilitation work with early preschool children, because successes in learning Ukrainian in this sensitive period, or their absence will significantly affect all aspects of further medical and social rehabilitation.

Key words: history of rehabilitation, medical and social rehabilitation in Ukraine, speech therapy service, preschool children, special pedagogy.

Anistratenko Antonina – доктор філологічних наук, професор кафедри суспільних наук та українознавства Буковинського державного медичного університету. Коло наукових інтересів: сучасний арт-процес в Україні та країнах Західної Європи, викладання української мови як іноземної. Автор понад 140 наукових праць, статей, розвідок, у тому числі 5 монографій, 3 навчальних посібників та 1 довідника.

Anistratenko Antonina – Dr. of Sci., Professor of the Department of Social Sciences and Ukrainian Studies, Bukovinian State Medical University. Research interests: modern art process in Ukraine and Europe. Is an author of over than 130 scientific publications including 5 monographs, 3 manuals and 1 handbook.

Received: 08.10.2021

Advance Access Published: December, 2021

© A. Anistratenko, 2021

¹² Suvorov A. V. “Prichiny zaderzhki rechevogo razvitiya pri ranney glukhote”, *Materialy konferentsii “Rech’ v obshchenii: psikhologicheskiye, psikholingvisticheskiye, defektologicheskiye i psikhoterapevticheskiye aspekty”* [Proceedings of the conference “Speech in communication: psychological, psycholinguistic, defectological and psychotherapeutic aspects”], Moskva, Psikhologicheskii institut Rossiyskoy akademii obrazovaniya, 2009, P. 70–72 [in Russian].