

## КАТАМНЕСТИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ПЕРИНАТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ, УРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ ТА СПАДКОВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

УДК: 616.28-008.14-036.868:811.161.2'221.24'373

КОМПЛЕКСНА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА  
РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ОСНОВА РОЗВИТКУ  
МОВЛЕННЯ НЕЧУЮЧИХ (СЛАБОЧУЮЧИХ)  
ДІТЕЙ РАНЬОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

*А. Аністратенко*

Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний  
університет»  
(м. Чернівці, Україна)

**Резюме.** Стаття присвячена проблемам української лінгводидактики у комплексній реабілітації дітей з сенсорними патологіями. Автор бере до уваги специфіку мовленнєвої діяльності в колі щоденних дій мультисциплінарної команди фахівців, спрямованих на корекцію психомовного, когнітивного, біхевіристичного, психофізичного розвитку дитини раннього дошкільного віку.

**Ключові слова:** лінгводидактика; мовлення; українська мова; комплексна реабілітація; нейросенсорна глухота; глухонімота; ЗПМР; ранній дошкільний вік.

### Вступ

Розвиток когнітивної сфери дитини з нейросенсорними вадами, де домінуючою вадою є порушення слуху або глухота, діалектично пов'язаний із розвитком мовлення та мови (тобто опануванням рідної мови). Переважно це стосується дітей раннього дошкільного віку, тобто до 3-х років, адже йдеться про сензитивний період розвитку мовлення та опанування мовою як структурою, що забезпечує мислення та комунікацію. Розмежовуючи поняття мови та мовлення, занурюємося у проблему причинно-наслідкового зв'язку опанування мовою як засобом і способом комунікації та супроводом усіх намірів та дій, а отже когнітивним і психофізичним розвитком дитини, а не лише зовнішнім фактором міжособистісної комунікації та проблемою можливої затримки психомовленнєвого розвитку (ЗПМР) дитини у разі ранньої глухоти.

**Метою статті** є з'ясування причин, алгоритмів та значення мовного та мовленнєвого розвитку у комплексній медико-соціаліній реабілітаційній діяльності.

Завдання статті ґрунтуються на потребі виявити слабкі місця в існуючих підходах до розвитку мовлення нечуючих дітей раннього дошкільного віку та розглянути ефективні моделі як мовленнєвого, так і мовного розвитку дітей з нейросенсорними вадами розвитку, ролі роботи з батьками в цьому питанні та переваг реабілітації над абілітацією, до якої схильні деякі батьки та педагоги.

Джерельна база теоретичної частини дослідження: праці українських, російських, польських медиків, сурдологів, сурдопедагогів, спецпедагогів, лінгвістів.

Джерельна база практичної частини: матеріали катамнестичного спостереження дітей з різними вадами здоров'я у змінному контингенті Чернівецького обласного навчально-реабілітаційного центру №1, матеріали доповіді, виголошеної автором на науково-практичній конференції

з міжнародною участю «Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина: перспективи розвитку та інноваційні технології медичної допомоги новонародженим» 10-11 вересня 2015 року (м. Чернівці, Україна), монографія Л. Яковлевої «Особливості прояву психофізичних функцій у дітей з вадами розвитку», дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук Л. І. Фомічової «Проектування навчання як засіб інтелектуального розвитку дошкільників з вадами слуху: операціонально-знаковий підхід».

Комплексна реабілітація дітей з вродженими вадами психофізичного характеру.

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.

Виходячи із законів математичної логіки та дискретної математики, 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 слабочуючі 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 реабі-

літації нечуючих (слабочуючих) дітей раннього дошкільного віку в ЧОНРЦ №1». Фізіологічний та психічний розвиток дитини не становить лінійного процесу, відтак позбавленим сенсу стає питання про «нормальне функціонування» дитини.

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 в більшій мірі активаційною 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 слабочуючої 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 (психо-емоційна 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, зрозумілим і кваліфікованим анамнезом та повним глибинним медичним обстеженням. Одним з основних показників успіху реабілітації є 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.

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 пізній 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 волокон [11, С. 56]. 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» [11, С. 56]. За показниками катамнестичного спостереження кохлеарщиків А. І. Сатаєвої, найкращі результати кохлеарної ім-

плантації 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 передусім 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 I рівня. У віці 1,5 року її 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 психо-емоційні 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 катамнестичного 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 психо-емоційна 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, психо-емоційна, 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» [1]. 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, аде кожна дитина намагається наслідувати оточення і, в першу чергу, батьків.

Для підтвердження вказаного наведемо випадок з практики. Дівчинка 2,5 років 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 би 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 запізнілим: 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» [5; С. 70]. Словесна мова обійматиме певний обсяг слів, що буде сформований завдяки зусиллям логопеда і сурдолога при компаративному навчанні мови і залишиться 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) «ставить» 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. Наведемо 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 мовлен-

ня дитини. Отже, у віці трьох років дитина відвідує заняття з групою 1,5-1,8 років.

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. Суворов [5; С. 72]. 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.

### Методика навчання мови

Методика навчання звукової мови слабчучих і глухих дітей різко відрізняється. Першочерговим завданням спецпедагога і філолога (що мають у цій проблемі співпрацювати), є створення стійкої асоціації звукового вираження і предмета чи явища. Тобто, щоб пізнавати – маємо інструмент мови, щоб засвоїти мову – маємо когнітивний досвід. Для реалізації плану розвитку звукової мовленнєвої практики глухої дитини, необхідно докласти зусиль для обмеження використання нею інших способів комунікації. У глухих дітей «спочатку засвоюється предметна віднесеність слова без узагальнення його значення і без включення в мовну систему» [12; С. 76]. Згодом формуються деякі словесні узагальнення, що часто неточно розкривають значення слова. Отже, подолавши потяг дитини до жестового чи іншого вираження бажання, небажання, потреби, скарги, ми тим самим розкриваємо спершу спеціальну можливість розвитку звукової мови, а пізніше і особисту мотивацію.

Наведемо приклад із практики. Хлопчик 1,8 місяців із діагнозом: СНТ, двостороння нейросенсорна глухота, затримка психомовного розвитку при старті реабілітаційної програми взагалі не виявляв реакції на звук (навіть на вібрацію) та не відтворював звуків, практично не плакав і не виявляв емоцій за допомогою звукових сигналів. Після корекційних занять та постановки деяких звуків (простих голосних – «а», «о», «е» та поєднання з простими приголосними «м», «п», «б») дитина виробила власну систему вживання цих звуків для вираження прохання чи потреби і заперечення і через місяць вже демонструвала вказування на бажаний предмет разом зі звуком.

Що ж стосується дітей молодшого шкільного віку, бачимо, що загалом втрата слухового каналу сприймання практично означає крах української звукової мови для нечуючих (слабчучих), тому що освітня програма для дітей з сенсорними патологіями дидактично майже не відрізняється від програми для здорових дітей, тому прогноз

невтішний: «При ранній глухоті усне мовлення формується хіба що штучно, зусиллями логопеда і сурдопедагога. Якщо таких спеціальних зусиль немає, у наявності глухонімота. Швидше за все, рідною мовою для глухонімого стане не національна словесна, а жестова [мова - авт.], словесна ж буде сприйматися як іноземна. Словесна мова залишиться на рівні набору окремих слів, представлена не усно, чи не мовленнєво, а дактильно - за допомогою особливого пальцевого (дактильного) алфавіту» [5, С. 70]. Отже, вивчення української мови для нечуючих дітей організується тепер за лінгводидактичною моделлю іноземної мови для чуючих. На практиці це виглядає як предметно-понятійне заучування, за допомогою наочного матеріалу та компаративне вивчення, де когнітивним ґрунтом є українська жестова мова. Щоправда в сензитивний період (від 0 до 3-х років), компаративний підхід є неможливим або майже відсутнім (частково застосовується для навчання української словесної мови у сім'ях нечуючих батьків, де дитина з народження вивчає жестову мову).

Починаючи з двох років, розвиток мовлення відбувається:

- на заняттях з розвитку мовлення,
- на спеціальних корекційних заняттях,
- на кожному занятті будь-якого напрямку,
- під час повсякденного спілкування у різних побутових, ігрових та навчальних ситуаціях. «Рекомендується проводити заняття, які носять інтегрований характер (наприклад, діти говорять, читають, малюють, рахують тощо)» [6, С. 37].

Мовленнєва компетентність перш за все передбачає «вирішення соціальних (налагодження розгалужених соціальних контактів) питань, а також спрямована на розв'язання завдань морально-етичного (уміння налагоджувати взаємини та спільну діяльність, гармонізувати стосунки, висловлювати свою позицію) та пізнавального (знання мови як універсального засобу передачі інформації та вміння використовувати цей комунікативний засіб з метою отримання знань) характеру» [7, С. 89].

Очікуваний результат цієї роботи полягає не у кількості слів та речень, заучених дитиною, а у мірі їх використання з комунікативною метою. Навіть обмежена кількість мовленнєвих одиниць при їх недосконалому фонетичному та граматичному оформленні за умови їх активного використання у повсякденні визнається більш значущим показником дитячого розвитку, ніж велика кількість вивчених, правильно оформлених слів та речень, які не стали для дитини інструментом спілкування та пізнання.

Використовуються методи навчання словесного мовлення, які різняться за кількома ознаками:

- на базі якої форми мовлення (усної, писемної, дактильної, змішаної) відбувається опанування словесного мовлення,
- який вид сприймання словесного мовлення превалює (зорове, слухо-зорове, слухове),
- яка мінімальна мовна одиниця береться за основу під час навчання (звук, склад, слово, речення),
- чи розкладаються на елементи мовленнєві одиниці,
- за принципами добору мовленнєвого матеріалу (фонетичний, семантичний, діяльнісний),

- за мірою наближення до природного шляху опанування мовлення та залученням «обхідних шляхів»,

- за використанням додаткових засобів комунікації (національної жестової мови, калькованої жестової мови, дактилювання), а також,

- за наявністю та способами взаємодії засобів комунікації у навчальному процесі (чи взаємодіють мовні системи під час навчання; якщо взаємодіють, то у який спосіб - здійснюється паралельний переклад чи кожна з мов має свою сферу застосування) [8, С. 67-68].

Загальна дидактична спрямованість мовленнєвої лінії підпорядкована реалізації основної мети – формуванню словесного мовлення дітей зі зниженим слухом як засобу спілкування та пізнання. Розвиток мовленнєвих навичок у дошкільному віці передбачає: удосконалення пізнавальної діяльності дитини як підґрунтя для опанування нею мовлення, сприймання й розумінням зверненого мовлення в усній (говоріння) та писемній формах (глобальне та аналітичне читання), продукування власного мовлення в усній (говоріння) та писемній формах (письмо).

Мовленнєвий розвиток дитини зі зниженим або відсутнім слухом має специфічні особливості, ступінь прояву яких суттєво різняться і залежить від:

- наявності, своєчасності та адекватності слухопротезування (індивідуальними слуховими апаратами або імплантування),

- своєчасності та якості сурдопедагогічної допомоги,

- міри участі батьків як перших вчителів мовлення дитини,

- стану слухової функції дитини.

Серед вказаних чинників стан слуху є важливим, але не має виключного, вирішального значення. Також спеціалісти уникають переліку мовленнєвих одиниць, які потрібно вивчити за певний час. Вони не розглядаються як предмет вивчення на тому чи іншому етапі навчання. Предметом засвоєння є способи передачі інформації мовленнєвими засобами.

## Висновки

Отже, протягом викладення матеріалу та розглянувши різні аспекти реабілітаційної допомоги дітям раннього дошкільного віку, вдалось з'ясувати першочергову важливість розвитку мовлення при реабілітаційній роботі з дітьми раннього дошкільного віку, адже успіхи у засвоєнні української мови у цей, сензитивний період, або їх відсутність суттєво вплинуть на всі аспекти 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 спецпедагогами 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 тіс-

но пов'язана з мовленням дитини і її успіхами у засвоєнні мови – діагностування, спостереження і корекція певних вад – всі етапи пов'язані зі спілку-

ванням і їх точність, доречність, актуальність визначається у більшості випадків емпіричним шляхом за допомогою комунікації.

### Література

1. Савчук О. О. Реабілітаційні послуги Чернівецького обласного навчально-реабілітаційного центру [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://kts-osvita.org.ua/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1179&Itemid=2](http://kts-osvita.org.ua/index.php?option=com_content&task=view&id=1179&Itemid=2)

2. Методика навчання української мови в середніх освітніх закладах / За ред. І. М. Пентилюк. К.: Ленвіт, 2009. С. 7.

3. Яковлева Л. М. Психологічний супровід дітей-аутистів / Л. Яковлева. – К.: Редакції загальнопед. газет, 2013. – 120 с.

4. Листи про виховання дітей з вадами слуху. Порадник для батьків наймолодших дітей. – Лист III. – John Tracy clinic & Львів, 2007. – 28 с.

5. Суворов А. В. Причины задержки речевого развития при ранней глухоте / А. В. Суворов // Материалы конференции «Речь в общении: психологические, психолингвистические, дефектологические и психотерапевтические аспекты». – М.: Психологический институт Российской академии образования, 2009. – С. 70-72.

6. Ільяна В. Вивчення стану сформованості фонематичних процесів у дітей із порушеннями мовленнєвого розвитку в контексті попередження дислексій / В. Ільяна // Особлива дитина: навчання і виховання. - № 4 (72), 2014. – С. 31-39.

7. Діти з порушенням слуху: крок за кроком від діагностики до інклюзії : посіб. для фахівців та батьків / [авт. : Б. С. Мороз, В. П. Овсяник, О. М. Борисенко та ін.; за ред. А. А. Колупаєвої, Б. С. Мороза]. – К. : О. Т. Ростунов, 2013. – 104 с.

8. Особливості розвитку, виховання та навчання дітей з порушеннями слуху дошкільного віку: науково-методичний посібник / За ред. С. В. Литовченко. – К. : Педагогічна думка, 2011. – 128 с.

9. Аністратенко А. «Раннє втручання» у системі навчально-виховних та медико-реабілітаційних заходів у роботі з дітьми раннього дошкільного віку з органічними ураженнями нервової системи / А. Аністратенко // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина: перспективи розвитку та інноваційні технології медичної допомоги новонародженим» (Чернівці, 10-11 вересня 2015 р.). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://drive.google.com/a/bsmu.edu.ua/file/d/0B\\_9-xIeUR0KzZTktQUNub2ZMM28/view](https://drive.google.com/a/bsmu.edu.ua/file/d/0B_9-xIeUR0KzZTktQUNub2ZMM28/view).

10. Аністратенко А. В. Історія формування та практична лінгводидактична робота у комплексній реабілітації нечуючих (слабочуючих) дітей раннього дошкільного віку в ЧОНРЦ №1 // Актуальні питання суспільних наук та історії медицини; Current issues of Social studies and History of Medicine. Щоквартальний спільний український румунський науковий журнал / Редколегія: Т. Бойчук, Ш. Пуріч, А. Мойсей. – Чернівці-Сучава; спецвипуск з історії медицини. – С. 81-85.

11. Сатаева А. И. Кохлеарная имплантация как средство помощи глухим детям // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. № 1, 2006. – С. 55-61.

12. Фомічова Л. І. Проектування навчання як засіб інтелектуального розвитку дошкільників з вадами слуху: операціонально-знаковий підхід. – Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук. – Рукопис. – К., 1997. – 1080 с.

**ЛИНГВОДИДАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА КАК  
ОСНОВА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ГЛУХИХ (СЛАБОСЛЫШАЩИХ) ДЕТЕЙ  
РАННЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА  
В ЧОУРЦ №1**

*А.В.Анистратенко*

**Высшее государственное учебное заведение  
Украины «Буковинский государственный  
медицинский университет»  
(г.Черновцы, Украина)**

**Резюме.** Стаття посвящена проблемам української лінгводидактики в комплексній реабілітації дітей з сенсорними патологіями. Автор учитывает специфику речевой деятельности в кругу ежедневных действий мультидисциплинарной команды специалистов, направленных на коррекцию психоречевого, когнитивного, бихевиристического, психофизического развития ребенка раннего дошкольного возраста.

**Ключевые слова:** лінгводидактика; реч; український язык; комплексная реабілітація; нейросенсорная глухота; глухонмота; ЗППР; ранний дошкольный возраст.

**COMPLEX MEDICAL AND SOCIAL  
REHABILITATION AS THE BASIS  
OF SPEECH OF THE DEAF  
(HEARING IMPAIRED) CHILDREN OF EARLY  
SCHOOL AGE**

*A. Anistratenko*

**Higher State Educational Establishment  
of Ukraine «Bukovinian State  
Medical University»  
(Chernivtsi, Ukraine)**

**Summary.** This article is devoted to the problems of Ukrainian linguistics in rehabilitation of children with sensory abnormalities. Autor take to attantion the specifics of speaking in terms of daily activities of the multidisciplinary team of experts aimed at correcting psychomovnoho, cognitive, bihevirestychnoho, mental and physical development of children of early school age.

**Key words:** linguodidactics, speech, Ukrainian language, comprehensive rehabilitation, sensorineural deafness, deaf, delay of mental and speech development, early preschool age.

**Контактна інформація:**

**Аністратенко Антоніна** – к.філ.н., викладач кафедри суспільних наук та українознавства Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, Україна)

**Контактна адреса:** вул. Героїв Майдану, 3, каб. 17, м.Чернівці, 58001, Україна.

**Контактний телефон:** +380660095563

**E-mail:** oirak@bsmu.edu.ua

**ORCID ID:** 0000-0003-1984-4441

**Контактная информация:**

**Анистратенко Антонина** - к.филол.н., преподаватель кафедры общественных наук и украиноведения Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет» (Черновцы, Украина)

**Контактный адрес:** ул. Героев Майдана, 3, каб. 17, г.Черновцы, 58001, Украина.

**Контактный телефон:** +380660095563

**E-mail:** oirak@bsmu.edu.ua

**ORCID ID:** 0000-0003-1984-4441

**Contact Information:**

**Anistratenko Antonina** – PHD, lecturer of the Department of Social Sciences and Ukrainian Studies, Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University» (Chernivtsi, Ukraine).

**Contact address:** Heroiv Maidanu Str., 3, of. 17, Chernivtsi, 58001, Ukraine.

**Telephone:** +380660095563

**e-mail:** oirak@bsmu.edu.ua

**ORCID ID:** 0000-0003-1984-4441

---