

7. Иванов Ю. А. Методика преподавания географии. Брест: БрГУ, 2012. 420 с.

**УДК 376-056.26:616.831:376.035**

**СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ  
ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЦНС У ДІТЕЙ**

*Гладченко І.В.,*

*кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник  
відділу освіти дітей з порушеннями інтелектуального розвитку,*

*Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, м. Київ*

[iryna.hladchenko@gmail.com](mailto:iryna.hladchenko@gmail.com)

Проблема психічного розвитку та соціальної адаптації дітей в сучасних умовах реформування освітньої та медичної галузей набуває вагомого значення.

Загальна чисельність дітей з інвалідністю щороку збільшується. Відповідно до розрахунків Європейської академії дитячої інвалідності, в Україні очікується понад 200 тис. дітей з інвалідністю віком до 18 років, з них до 80 тис. з тяжкою інвалідністю. Разом з тим згідно із Всесвітньою доповіддю про інвалідність, більш як 19 % усіх повнолітніх осіб у світі живуть з інвалідністю, при цьому з них понад 3 % мають складні форми захворювання. Дитяча інвалідність становить 5,1 % осіб, при цьому 0,7 % дітей з інвалідністю мають тяжку інвалідність [2].

Невпинне зростання кількості дітей з порушеннями здоров'я в загальній популяції новонароджених обумовлене погіршенням репродуктивного здоров'я жінок дітородного віку. У своєму дослідженні Т. Кончаковська зазначає, що провідними факторами ризику перинатальної патології ЦНС новонароджених є захворювання серцево-судинної системи матері – НЦД (нейроциркуляторна дистонія) за гіпертонічним та кардіальним типами, гіпертонічна хвороба, вади серця (21,8%), пізній гестоз (35,6%), надмірна прибавка ваги під час вагітності (46,1%), обвиття пуповини (22,8%),

слабкість пологової діяльності (21,8%), гостра гіпоксія плода (31,7%). Ризик перинатальної патології ЦНС зростає при одночасній дії декількох факторів [1].

Відомо, що у структурі захворювань новонароджених перше місце займають перинатальні ураження та вроджена патологія нервової системи [3; 4].

Наслідки перинатального ураження головного мозку під час зростання і розвитку дитини в процесі дозрівання ЦНС обумовлюють не тільки рівень життєздатності, але і ступінь обмежень її життєдіяльності, можливість, самостійність, а також обсяг необхідної медико-соціальної та психолого-педагогічної допомоги з метою повноцінного соціального функціонування й реалізації особистості в суспільстві.

Перинатальні ураження центральної нервової системи поєднують різні патологічні стани, що зумовлені впливом на плід різних шкідливих чинників в антенатальному періоді, під час пологів і в перші дні після народження. Внутрішньоутробний і перинатальний періоди надзвичайно насичені нейроонтогенетичними подіями. У зв'язку з чим час виникнення, тривалість і ступінь тяжкості патогенної дії впливають на морфологічний субстрат, викликають дифузні порушення кори головного мозку, підкіркових структур, а іноді призводять до змін в стовбурових структурах і периферичних нервах [6].

Основними механізмами виникнення перинатальних уражень головного мозку слугують ішемія, гіпоксія та геморагії. З урахуванням провідних руйнівних факторів, нозологічної форми та ступеня тяжкості ураження мозку новонародженої дитини перинатальні порушення ЦНС поділяються на чотири основні групи: I – гіпоксичні, II – травматичні, III – токсико-метаболічні, IV – інфекційні. Кожна з цих форм має свої специфічні неврологічні прояви та наслідки у вигляді характерних симптомів, які можуть бути об'єднані в різні клінічні синдроми.

Можливі наслідки захворювань можуть бути представлені у вигляді помірної внутрішньочерепної гіпертензії, церебрастенічних і неврозоподібних станів, а також важких форм органічного ураження ЦНС, синдрому рухових розладів, ураження зорового і (або) слухового аналізатора, особливостей розвитку емоційно-вольової сфери, затримки темпу психічного розвитку, синдрому дефіциту уваги і гіперактивності, та в рідкісних випадках у вигляді повного одужання.

Вченими доведено, що темп і рівень психічного розвитку дітей детерміновані ступенем тяжкості та характером первинного порушення. Причому складне структурне порушення здоров'я, в процесі якого ураженими виявилися кілька органів або функціональних систем організму, значно утруднює адекватну взаємодію психіки дитини з довкіллям, що, в свою чергу, вкрай негативно впливає на сам процес її розвитку [3; 4].

На сьогодні в Україні використовується Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), прийнята ВООЗ у 2001 році. В її назві відображений принцип класифікації дітей з порушеннями здоров'я, основою якого стала біопсихосоціальна модель допомоги дітям з особливими потребами. Наразі зазначена модель зорієнтована на нормалізацію як власного життя дитини, так і її сім'ї; на інтеграцію особистості у суспільство та створення доступного середовища для неї. Отже сутність її полягає у реалізації можливостей дитини в окремих життєвих ситуаціях з урахуванням її потреби та факторів середовища, а не зосередження суто на лікуванні хвороби або наслідків.

У сучасній МКФ поняття «життєдіяльність» інтерпретується як виконання людиною певної дії або завдання, певної діяльності, що необхідні в тій чи іншій життєвій ситуації. Обмеження життєдіяльності у дітей розглядається як відхилення самостійної практичної діяльності від загальноприйнятої вікової норми внаслідок порушення функціонального стану організму, що обмежує здатність виконувати певний комплекс інтегрованої діяльності.

Вочевидь фактори навколишнього середовища можуть позитивно або негативно впливати на потенційну здатність дитини виконувати ті чи інші функції, стійке порушення яких призводить до труднощів у виконанні певних дій, тобто, до обмежень життєдіяльності.

Таким чином, на основі комплексного психолого-педагогічного вивчення та зіставлення даних клініко-функціональної і соціально-гігієнічної діагностики визначаються основні соціальні наслідки порушень здоров'я щодо семи категорій обмеження життєдіяльності дитини (здатність до самообслуговування, здатність до самостійного пересування, здатність до орієнтації, здатність до спілкування, здатність контролювати власну поведінку, здатність до навчання, здатність до трудової діяльності). До соціальних наслідків хвороби, що обмежують життєдіяльність і самостійність дітей у доквіллі, належать: порушення психічних функцій (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, інтелекту, емоцій, волі, свідомості, поведінки), порушення мовленнєвої функції (порушення усного, писемного мовлення), порушення сенсорних функцій (зору, слуху тощо), порушення статодинамічних (моторних) функцій.

Однак вирішальним фактором, від якого залежить успішність психічного розвитку та соціальної адаптації дитини з порушеннями психофізичного розвитку, є своєчасне, з моменту виявлення ураження, надання допомоги у вигляді комплексних лікувально-оздоровчих і корекційно-педагогічних заходів, а також створення спеціальних розвиваючих умов середовища та виховання дитини у сім'ї.

Міжнародна медична спільнота виокремлює різні ступені тяжкості неврологічної патології у дітей: легку, середню та важку [7].

Легкий ступінь: гіпертензивний синдром, гідроцефальний синдром, мінімальна мозкова дисфункція, синдроми гіперзбудливості та гіпозбудливості, помірна неврологічна симптоматика у вигляді порушень м'язового тону, тремору.

Середній ступінь: синдроми рухових розладів, епісиндром (судомний синдром), церебрастенічний синдром.

Важкий ступінь: дитячий церебральний параліч, органічне ураження ЦНС.

На жаль, діти, котрі перенесли важку енцефалопатію утворюють більш гетерогенну групу, а дослідження зазначають різні показники дитячої смертності та захворюваності [5].

Саме тому, перинатальні порушення центральної нервової системи є важливою соціальною проблемою, яка набуває особливого значення під час демографічних змін в Україні. Виходячи з єдності біологічного і соціального в цьому процесі, очевидно, що система виховання і навчання дітей раннього віку є невід'ємною частиною комплексного впливу, що поєднує клінічні методи впливу на органічну природу психічного розвитку і власне педагогічну складову у вигляді індивідуально підібраної корекційно-освітньої програми.

Сучасна держава та відповідні інституції створюють всі необхідні умови для надання комплексної диференційованої медико-соціальної та психолого-педагогічної допомоги сім'ї дитини раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку. Включення в програму раннього втручання та реабілітації дітей перших років життя сучасних психолого-педагогічних технологій дозволить активізувати їхній психофізичний розвиток, а це означає реалізувати їхнє право на повноцінне і самостійне життя, знизити економічні витрати держави на їхнє забезпечення в майбутньому, підвищити рівень їхньої соціальної адаптації.

## Література

1. Кончаковська Т. В. Фактори ризику, клінічний перебіг та прогноз гіпоксично-ішемічного ураження центральної нервової системи доношених новонароджених: Дис... канд. мед. наук: 14.01.10 / Кончаковська Тетяна

Валеріївна / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2002. – 203арк. – Бібліогр.: арк. 169-199.

2. Мартинюк В. Ю. Засади розвитку соціальної педіатрії / В. Ю. Мартинюк, Р. О. Моїсеєнко, О. В. Назар // Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика 28/2017, – С. 367-378.

3. Основи соціальної педіатрії. Навчально-методичний посібник: у 2-х томах / За редакцією Мартинюка В. Ю. – К.: ФОП Верес О. І. – 2016. – Т.1. – 480 с.

4. Основи соціальної педіатрії Основи соціальної педіатрії. Навчально-методичний посібник: у 2-х томах / За редакцією Мартинюка В. Ю. – К.: ФОП Верес О. І. – 2016. – Т.2. – 480 с.

5. Dilenge ME, Majnemer A, Shevell MI (2001) Long-term developmental outcome of asphyxiated term neonates. J Child Neurol 16:781–792.

6. Gonzalez FF, Miller SP. Does perinatal asphyxia impair cognitive function without cerebral palsy? Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition. 2006;91(6):F454-F459. doi:10.1136/adc.2005.092445.

7. Sarnat HB, Sarnat MS (1976) Neonatal encephalopathy following fetal distress. A clinical and electroencephalographic study. Arch Neurol 33:696–705.

## **ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ФОРМУВАННЯ ЖЕСТОМОВНОЇ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ**

**Олена Дробот,**

*кандидат педагогічних наук старший науковий співробітник  
відділу навчання жестової мови Інституту спеціальної педагогіки  
НАПН України*

Актуальність формування жестомовної комунікативної компетентності у дошкільників із порушеннями слуху зумовлюється тим, що означена компетентність належить до спектру базових і слугує підґрунтям для опанування змісту освіти.

В контексті окресленої проблеми жестомовну комунікативну компетентність ми розглядаємо як ієрархічно-організовану систему знань,