

cerebral palsy. The features of the mental and physical development of young children with cerebral palsy; These features of the speech development of children. We analyzed the notion of «support», «help», «assistance» in special pedagogy. The specificity of the organization help young children; submitted support structure for children with special needs; the necessity of early speech therapy support and disclosed the specifics of speech therapy of children with cerebral palsy.

*Keywords:* cerebral palsy, early age, support, help, support, logopaedic support.

Стаття надійшла до редакції 31.05.2016 р.

Статтю прийнято до друку 31.05.2016 р.

Рецензент: д.п.н., проф. Л. І. Казанцева

УДК 376-056.264

Січкачук Н.Д.

### СУЧАСНІ МЕТОДИ ВИВЧЕННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЕВОГО РОЗВИТКУ

Стаття присвячена аналізу сучасних нейрофізіологічних методів дослідження головного мозку у дітей, розкриті особливості структурно-функціональної організації мозку при вадах розвитку, обґрунтований їх вплив на мовлення малюків раннього віку. У статті висвітлено значення міждисциплінарної оцінки порушень розвитку для організації ранньої комплексної реабілітації та подальшого навчання дітей. Представлений огляд медичних підходів (методика латеральної підпорогової електростимуляції мовленнєвої функції, метод комплексного полімодального стимуляційного впливу та методи рефлексотерапії) у лікуванні осіб з тяжкими порушеннями мовлення з метою підкреслення важливого значення їх тісного зв'язку з педагогічними методами корекції мовленнєвої функції.

*Ключові слова:* організація ранньої комплексної реабілітації, міждисциплінарна оцінка порушень розвитку, порушення структурно-функціональної організації мозку, нейрофізіологічні методи дослідження головного мозку у дітей.

Аналіз сучасних наукових досліджень дає можливість оцінити нову парадигму у наданні допомоги сім'ям, що виховують дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Важливими складовими такої допомоги є раннє вивчення особливостей розвитку малюків, встановлення причин відхилень, організація ранньої комплексної реабілітації з визначенням можливих перспектив подолання виявлених вад.

Важливою умовою забезпечення високої ефективності такої діяльності є міждисциплінарна оцінка порушень розвитку у діагностиці дітей раннього віку у єдності медичної, педагогічної, психофізіологічної та соціальної складових.

Останніми десятиріччями збільшилась кількість дітей з мовленнєвими та складними психофізичними порушеннями. В концептуальних дослідженнях С.Ю.Бенілової, І.В.Галіної, О.А.Гончар, С.Ю.Коноплястої, Л.Г.Кузьменко, Н.В.Манько, М.Н.Фішман, М.К.Шермет виявлена тенденція пояснюється впливом різноманітних патогенних факторів у пренатальному та постнатальному періоді розвитку, що призводять до порушень структурно-функціональної організації мозку дитини вже на ранніх етапах онтогенезу [1], [4], [7].

У таких випадках педіатри та дитячі психоневрологи часто діагностують наступні неврологічні захворювання: гіпоксично-ішемічні ураження незрілого головного мозку, перивентрикулярні крововиливи, лейкомаляція, на підґрунті яких розвивається нервово-рефлекторна збудливість, гідроцефалія, епілепсія, дитячий церебральний параліч (ДЦП), наслідки черепно-мозкових травм, нейроінфекцій, що у подальшому стають причинами різноманітних порушень мовленнєвого розвитку [4, с. 411].

У роботах О.В.Мерцалової усі види уражень мозку новонароджених в період внутрішньоутробного розвитку поділяються на: внутрішньо-мозкові крововиливи, вади розвитку, різні варіанти гідроцефалії, гіпоксично-ішемічні ураження головного мозку [4, с. 411].

Теоретичною основою здійснення ефективної ранньої діагностики порушень мовлення внаслідок (локальних та гіпоксичних) уражень головного мозку є роботи представників нейропсихологічного підходу. Зокрема, дослідженням фізіології вищої нервової системи присвячено ряд спеціальних праць: Т.Г.Візель, В.А.Гиляровського, В.І.Голод, Л.Т.Журби, О.Р.Лурії, Є.Ф.Соботович, Г.Е.Сухаревої, М.Н.Фішман, Л.С.Цветкової.

Так, згідно з О.Р.Лурією, мовленнєва діяльність є складною формою психічної активності індивідуума. Управління мовленнєвою діяльністю здійснюється за допомогою взаємопов'язаних вищих

відділів мозку: кори великих півкуль, значних ділянок сенсорних і моторних відділів (зона Верніке, розташована в задньому скроневому відділі; зона Брока, що знаходиться в нижній лобній звивині; премоторні відділи лівої півкулі та додаткова моторна кора разом із руховою корою обох півкуль), що спеціалізуються на процесах сприймання, інтерпретації, запам'ятовування і відтворення мовлення; а також підкіркові ядра мозку, пов'язані з такими психічними явищами, як емоції та пам'ять [3, с. 351].

У дослідженнях В.І.Голод, І.П.Лукашевич, Р.І.Мачинської, Е.Г.Симерницької, М.Н.Фішман, підкреслюється думка про те, що ураження мовленнєвих зон мозку на ранніх етапах онтогенезу визначає різні мовленнєві дисфункції. Функції лівої півкулі у мовленнєвій діяльності формуються в процесі розвитку та дозрівання мозкових структур у дитячому віці. На ранніх же етапах розвитку в організації мовленнєвого процесу найбільшого значення набуває права півкуля. Таким чином, здійснений аналіз літературних джерел дає можливість констатувати, що реалізація мовленнєвої функції здійснюється за допомогою різних анатомічних ділянок головного мозку. Мовленнєві структури значною мірою поліфункціональні й потребують збереженості здатності до міжфункціональної взаємодії [6, с. 3-4]

Отже, теоретичним базисом вивчення та оцінки рівня функціональної зрілості головного мозку, розуміння структури дефекту та передбачення перспектив навчання у дітей при різних порушеннях у розвитку є зміст і особливості застосування сучасних нейрофізіологічних методів дослідження.

Згідно з О.А.Гончар, О.В.Мерцаловою, до таких методів належать: нейросонографія, що застосовується для діагностики захворювань ЦНС; магнітно-резонансна томографія - для діагностики перинатальних мозково-судинних уражень; доплерометрія - маркер перинатальних уражень ЦНС; ЕЕГ - метод вивчення біоелектричної активності мозку, що відображає процес його морфологічного дозрівання в онтогенезі [4].

У роботах С.М.Воєводіна підкреслюється висока ефективність застосування методу нейросонографії для діагностики перинатальних уражень центральної нервової системи плода в акушерській практиці [4, с.409].

Водночас О.В.Мерцалова визначила високу інформативність цього методу, разом з тим підкреслила значну складність його використання для дослідження центральної нервової системи плода, а також труднощі анатомічної інтерпретації нейросонограм за наявності несправжніх ехосигналів. Цих недоліків позбавлений метод магнітно-резонансної томографії, який дозволяє виявити не лише патологічні зміни мозку, але й визначити відмінності між білою та сірою речовинами, встановити ступінь мієлінізації (зрілості) клітин певних ділянок ЦНС плоду. Вчена також підкреслила, що, на відміну від нейросонографії та магнітно-резонансної томографії, які визначають лише структурні зміни в мозку, доплерометрія дозволяє об'єктивно оцінити мозковий кровотік плоду, стан матково-плацентарного та фетоплацентарного кровотоку, адже у більшості уражень ЦНС плоду головну роль відіграють порушення саме кровообігу [4, с.409, 412].

Отже, одержані результати нейрофізіологічних методів дослідження функціональної зрілості головного мозку ще в період новонародженості (С.М.Воєводіна, О.А.Гончар, Л.Р.Зенков, О.В.Мерцалова) дозволяють вчасно звернути увагу на дітей, у яких наявні ураження ЦНС. Таку категорію дітей можна віднести до групи ризику й шукати шляхи їх ранньої комплексної реабілітації.

О.О. Дубовцева, С.К. Євтушенко, А.А. Омельяненко, І.О. Сажнева з метою діагностики та контролю ефективності лікування й корекційної роботи пропонують застосовувати ультразвукову доплерографію (logidor – 4 фірми “Kransbuhler”, Германия), з допомогою якої досліджується швидкість кровотоку по основній, хребетній, передній, середній та задній мозковим артеріям, а також електроенцефалокартування (ЕЕК) (ДХ-4000 Practic, Україна). Використання зазначених методів дає можливість виявити порушення кровотоку з посиленням його по середній мозковій артерії з боку домінантної півкулі (у дітей з алаліями, дизартріями), аномалію будови середньої мозкової артерії. Застосування ЕЕК дає можливість виявити відсутність регулярної домінантної активності з міжпівкульною асиметрією біоелектричної активності (БЕА) мозку у хворих, більшість яких має алалію, а у дітей із затримкою мовленнєвого розвитку та дизартріями домінантного ритму у вигляді альфа-активності та зменшення рівня повільно хвильової активності. У дітей з супутнім епісиндромом на фоні грубих загально мозкових змін спостерігається наявність епілептичної активності [2, с.122-123].

Метод електроенцефалографії заснований на принципі реєстрації електричних потенціалів, що виникають у нервових клітинах в процесі їх діяльності. Вивчення біопотенціалів мозку здійснюється за допомогою спеціальних пристроїв і дає можливість одержати графічне зображення на папері коливань, яке називається електроенцефалограмою (ЕЕГ). Результати ЕЕГ у здорової та хворої людини відрізняються. В стані спокою на ЕЕГ здорової людини спостерігаються ритмічні коливання біопотенціалів двох типів. Великі коливання, з середньою частотою 10 за 1 сек. й з напруженням 50 мкв, є альфа-хвилі. Інші, менші за розміром коливання, з середньою частотою 30 за 1 сек. й напруженням 15-20 мкв, є бета-хвилями. Відомо, що за умови переходу мозку людини із стану відносного спокою до стану активності, то альфа-хвилі слабшають, а бета-хвилі посилюються. Під час сну людини альфа-хвилі та бета-хвилі зменшуються й з'являються більш повільні біопотенціали з частотою 4-5 або 2-3 коливання за 1 сек. й частотою 14-22 коливань за 1 сек. При різноманітних захворюваннях мозку на ЕЕГ виникають різні порушення. Ознаками патології на ЕЕГ вважаються: стійка відсутність альфа-активності (десинхронізація) або, навпаки, стрімке її посилення (гіперсинхронізація); порушення регулярності коливань біопотенціалів; а також поява їх патологічних форм - високоамплітудних повільних (тета- й дельта-хвиль, гострих хвиль, комплексів пік-хвиля та пароксизмальних розрядів тощо) [3].

Як вказують фізіологи, формування біопотенціалів пов'язане з удосконаленням нейронального апарату кори головного мозку людини (мієлінізацією нервових волокон, розвитком клітинних елементів), зміною кірково-підкіркових співвідношень, а також зростанням імпульсації аферентних систем, що активуються після народження дитини [7, с.37].

У дослідженнях І.М.Посікера, Д.А.Фарбер, О.М.Шеповальнікова представлена характеристика розвитку біопотенціалів головного мозку дітей в нормі та при різних патологіях. Наприклад, наприкінці першого місяця життя дитини в усіх відділах кори мозку спостерігаються низькоамплітудні повільні коливання (переважно у потиличному відділі) – фонові ритміка при великій амплітуді електричних коливань в центральних відділах кори, що пов'язане з більш раннім структурно-функціональним дозріванням анатомічних структур. До 2-3 місячного віку у дитини збільшується амплітуда ЕЕГ, починає формуватися ритмічна активність, що фокусується у потиличному та центральному відділах мозку. Формування фокуса електричної активності мозку у потиличній ділянці, що є онтогенетичним варіантом альфа-ритма (В.В.Алфьорова, Л.Р.Зенкова, Л.А.Новікова, М.А.Ромкін, Т.О.Строганова, Д.А.Фарбер), співпадає з важливим етапом дозрівання зорової системи дитини – фіксації погляду, виникнення просторової оптомоторної координації. В цей час в центральних відділах кори мозку немовлят формується ще один фокус ритмічної активності – роландичного ритму, пов'язаного з сенсомоторним аналізатором. Його відсутність в одній з півкуль може свідчити про одностороннє ураження мозку. Таким чином, на ЕЕГ немовлят діагностуються два самостійних фокуса – в потиличній та центральній ділянках кори. При позитивних емоційних реакціях на звукові, тактильні або світлові подразники-стимули відбувається спрощення фонові ритміки та формування ритмічної активності у відділах ЦНС, що відповідають за сприймання такої сенсорної інформації [3, 29-31].

Таким чином, ми можемо зробити передбачення, що такі зміни ЕЕГ свідчать про збереженість роботи центральної нервової системи й з допомогою сенсорних каналів при умові емоційного спілкування, яке є ведучим в даному віці, дитина отримує сигнали про оточуючий світ, формуються перші умовні рефлексивні на екстерорецептивні подразники не пов'язані із задоволенням простих фізіологічних потреб.

Динаміка психічного розвитку дітей у ранньому віці обумовлює переважання амплітуди альфа-ритму в правій півкулі; чіткий фокус ритмічної активності в центральних ділянках кори, інколи спостерігається переважання роландичного ритму то в правій, то в лівій півкулі. В цьому віці також констатується ускладнення ритмічної активності, обумовлене прогресивним дозріванням різних структур мозку (активність стовбура мозку внаслідок дозрівання підкіркових структур). У дітей раннього віку електрична активність передніх відділів кори мозку значно знижена у порівнянні з електричною активністю її потилично-тім'яної ділянки. Лише на четвертому році життя електрична активність лобних відділів кори поступово зростає та за своїми проявами стає більш схожою на активність тім'яно-центрального відділу мозку. Таким чином, здійснений аналіз літературних джерел дає можливість констатувати, що ЕЕГ у дітей значно відрізняється від результатів аналогічного дослідження мозку

дорослих й наближається до нього в процесі психофізіологічного дозрівання мозку на етапах підліткового і раннього юнацького віку [3, С.32-33].

В сучасній медичній літературі зміни ЕЕГ при різних порушеннях діяльності центральної нервової системи людини поділяються на загальні, асиметричні та локальні. До загальних (помірні, виражені, грубі) вчені відносять: дифузні порушення біопотенціалів кори, зміни, що проявляються білатерально та ті, що визначаються підкірковими та ствольовими впливами на біоелектричну активність кори. Помірні загальномоєкові зміни ЕЕГ часто супроводжують негрубі церебральні ураження при легкій формі перинатальної енцефалопатії з наявністю гіпертензійного та гіпертензійно-гідроцефального синдрому, а також при спастичній диплегії середньої важкості. У цієї категорії дітей затримка психічного та мовленнєвого розвитку проявляється незначною мірою, часто затримка мовленнєвого розвитку вторинна, інколи затримка в психомоторному розвитку не відмічається. Динамічне спостереження за хворими з не грубими загальними змінами ЕЕГ показує у більшості випадків позитивний прогноз. Виражені загальномоєкові зміни ЕЕГ пов'язані з затримкою електрогенеза з залученням глибинних мозкових структур. При таких відхиленнях прогноз зазвичай негативний, корелюється із важкою формою перинатальної енцефалопатії та часто супроводжується судомним синдромом, затримкою психічного розвитку, із ДЦП при подвійній геміплегії, мікроцефалії, важкій формі атонічно-астатичного синдрому. Проявом грубих загальномоєкових змін ЕЕГ є зниження рівня біоелектричної активності при відсутності її динаміки, що обумовлюється нездатністю кірково-підкіркових механізмів генерувати відповідну ритміку не лише в результаті ураження кіркових нейронів, але й підкіркових мозкових структур. Це пов'язане із тривалим гіпоксичним станом та спостерігається у хворих з важкою формою ДЦП: при подвійній геміплегії, важкій спастичній диплегії, часто супроводжується судомним синдромом – із домінуванням клонічних та клінічно-тонічних судом. Прогнози такої патології негативні [4, с.134-139].

Асиметричні зміни ЕЕГ поділяються на міжпівкульні (патологія переважає в одній півкулі та проявляється у всіх або декількох відділах), при ДЦП геміпаретичної форми із судомним синдромом, та регіональні (патологія виявлена лише в певних відділах, часто в задніх та центральних відділах півкуль) при всіх формах ДЦП й при перинатальній енцефалопатії із гіпертензійно-гідроцефальним синдромом. Локальні зміни ЕЕГ – відмежовані та стійкі зміни кіркової ритміки, часто виявляються на фоні загальномоєкових змін, що корелюється з важкою клінічною картиною захворювання (ДЦП з перевагою ураження центральних відділів кори при стійкій або мігруючій зоні епілептичного збудження) [3, с.145].

За результатами досліджень О.Г.Шейнкман, ЕЕГ у недоношених дітей виявляє й порушення регуляторного характеру, обумовлені активністю синхронізуючих підкіркових та стовбурових структур при відсутності домінуючої ролі незрілої кори головного мозку й швидкій виснаженості нервових клітин (зниження порогу судорожної готовності, синдроми пригнічення ЦНС та підвищеної нервово-рефлекторної збудливості [10, с. 38].

М.Н.Фішман підкреслила, що застосування методу структурного аналізу ЕЕГ дітей з різними формами порушень мовленнєвого розвитку дає можливість виявити ознаки локальної та/або генералізованої пароксизмальної активності у лобній, центральній, тім'яній, потиличній, передній та задній скроневій зонах обох півкуль, наявність локальних уражень кіркових структур й дисфункція регуляторних структур мозкового ствола [6, с.4].

Згідно з результатами досліджень К.С.Лебединської, О.М.Мастюкової, було виявлено, що внаслідок резидуального ураження ЦНС, а також генетично обумовленої не грубої недостатності головного мозку у дітей можна діагностувати затримку психічного розвитку - ЗПР (в закордонній літературі до даної категорії вчені відносять дітей з труднощами у навчанні (educationally disabled children with learning disabilities); непристосованих дітей (maladjusted); тих, що зазнали соціальної та культурної депривації (socially and culturally deprived), а також дітей з порушеннями поведінки та з мінімальними дисфункціями мозку (minimal brain damage). Вивчення біоелектричної активності мозку у дітей із ЗПР дає можливість виявити зміни ЕЕГ, пов'язані із органічним ураженням дієнціфальних структур та кори мозку (Н.Н.Зісліна, Є.Г.Ополонський), порушення коркової ритміки та зниження реактивності біопотенціалів, що свідчить про ураження на ранніх етапах онтогенез (Н.Л.Горбачевська та Ю.А.Тіркельтауб, М.Н.Фішман) [3,



с.155].

Важливим аспектом проблеми дослідження є вивчення особливостей ЕЕГ у дітей з психопатіями й психопатичним станом. Зміни ЕЕГ у таких дітей мають вигляд дифузної повільної активності (церебральна дисфункція) та пароксизмальних змін (Hill D., Hare R., Rege M. et al.); порушення корково-підкіркових відношень, що супроводжуються зниженням активуючого впливу ретикулярної формації середнього мозку; грубе ураження мезодіенцифальних структур мозку, що обумовлюють особливості перебігу емоційних станів та вольових процесів людини [3, с.159,161,163].

Психічна діяльність дітей та їх мовленнєвий розвиток нерозривно взаємопов'язані зі станом слухової та зорової функцій. Останнім часом велике значення в ранній діагностиці сенсорних порушень у дітей набуває метод реєстрації викликаних потенціалів (ВП): слухових, зорових. Найбільш широко у дитячій клінічній практиці електрокіркова аудіометрія застосовується для диференціальної діагностики порушень слуху, вад інтелектуального розвитку, аутизму, алалії й афазії. Дослідження, що супроводжуються реєстрацією ВП при порушеннях зору дітей, так само, як і при порушеннях слуху, спрямовані на діагностику та вивчення нейрофізіологічних механізмів даної патології. Для оцінки, наприклад, гостроти зору високу ефективність має метод шахових патерів [3, с. 182-185].

Розробка новітніх та удосконалення вже існуючих підходів, методик, методів та прийомів подолання мовленнєвих порушень набуває все більшого значення у зв'язку із збільшенням їх кількості, особливо при різних неврологічних захворюваннях, тенденцією до стійкості при адекватній корекційній роботі. Отже, в процесі комплексної допомоги дітям з вадами розвитку, в тому числі й мовленнєвого, все більшої актуальності набуває органічне використання педагогічних та медичних методик.

Так, І.В.Галіна описує методику латеральної підпорогової електростимуляції (ЛПЕСТ) мовленнєвої функції, при використанні якої крапковим електродом подається електричний сигнал на рухові тригерні точки, подразнення яких забезпечує протиставлення великого та вказівного, та інших пальців на правій руці, якщо вона ведуча. Пасивний електрод у вигляді циліндра розташований в контрлатеральній руці. Величина електричного сигналу задається індивідуально таким чином, щоб спочатку викликати рух, в наступному зменшити силу подразника до підпорогової величини. Вчена зазначила, що даний метод можна застосовувати серед дітей 3-12 років з ДЦП, у яких порушення мовленнєвої функції виявлялися у вигляді затримки мовленнєвого розвитку, дизартрій, сенсорних, сенсомоторних та моторних алалій. Найвищу ефективність, як ззначає І.В.Галіна, використання цього методу можна досягти у роботі з дітьми раннього віку з затримкою мовленнєвого та психомовленнєвого розвитку. Разом з покращенням мовленнєвої функції позитивні зрушення досягаються у інтелектуальному розвитку, пам'яті, увазі, здібностях до малювання та ін. У частини хворих додатково спостерігалось зниження інтенсивності слинотечі [1, с. 147].

Таким чином, такі результати І.В.Галіної свідчать про можливість використання такого методу у комплексній реабілітації дітей раннього віку з різними вадами розвитку, але за умов додаткового обстеження та відповідних рекомендацій необхідних фахівців, особливо у дітей з найважчими мовленнєвими порушеннями.

У роботах С.К.Євтушенко запропоновано ще один актуальний метод комплексного полімодального стимуляційного впливу у лікуванні мовленнєвих порушень та затримки мовленнєвого розвитку (ЗМР) у дітей, що апробований в Донецькому обласному центрі нейрореабілітації. Він включає використання спеціальних стимулюючих рефлексотерапевтичних методик (скальптерapia, краніопунктура, крізь шкірна електропунктура, лазеротерапія), логопедичних, психологічних та педагогічних підходів на фоні застосування сучасних ноотропних (когітум, нейрон-форс) й антиспастичних засобів (сірдалуд) для дітей, у яких діагностовано дизартрія при ДЦП (псевдобульбарна, екстрапірамідна, кіркова), алалія (моторна та сенсомоторна), ЗМР. Із використанням медичних засобів (нікотинова кислота, дозу якої поступово збільшували до максимальної) проводиться стимулювання сталевими голками мовленнєвих зон скальпа та краніальних точок медіани, що контролюють головний мозок. Для посилення ефекту здійснюється електростимуляція на голках, що введені в мовленнєві зони скальпа («Lasper», Японія) імпульсним током постійної напруги з частотою 8-10 Гц та силою току від 2 до 8 мА в залежності від індивідуального перенесення. Режим впливу

визначається у залежності від м'язевого дистонічного компоненту (низький чи підвищений м'язевий тонус). При гіперсаливації проводиться гальмівний вплив на точки медіани нирок. Покращенню діяльності клітин мовленнєвих зон кори сприяє вплив інфрачервоного лазера (за умови супутнього епісиндрома вплив здійснюється на дистальні точки, що розташовані переважно на верхніх кінцівках) та введення в точки вуха відповідно домінантній півкулі мікроголок. Вчений підкреслює, що в результаті лікування позитивний ефект спостерігається у 88% дітей та проявляється у появі перших слів (20%), зв'язного мовлення з збільшенням активного словника (38%), покращенні звуковимови (65%), граматичної будови мовлення, розуміння логіко-граматичних конструкцій, появи абстрагування (16,6%) [2, с.121].

Отже, даний метод при лікуванні мовленнєвих порушень у дітей звісно потребує подальшого вивчення та обговорення ряду спеціалістів, залучених до комплексної реабілітації та, безперечно, не зменшує значення її психолого-педагогічного аспекту у порівнянні з медичним.

За дослідженнями С.О.Ігнат'євої, ефективним також є метод зонального впливу на організм людини та цілеспрямованого впливу на органи й систем, пов'язані із мовленнєвою функцією. Так С.О.Ігнат'єва описує два метода рефлексотерапії: крапковий масаж і аурикулоелектропунктуру, що застосовувалися для корекції тяжких порушень мовлення (заїкання, дизартрія, ринолалія, афазія та інші). Даний метод полягає в дозованому впливі на біологічноактивні точки за допомогою корполярного крапкового масажу й на активні точки вуха за допомогою аурикулоелектропунктури (апарат для електрорефлексодіагностики та терапії «Бджілка» В.А.Іванова). Так при застосуванні даного метода у дітей із заїканням відмічалось покращення стану м'язів мовленнєвого апарату при судомній готовності, с корегувати відхилення у вегетативній НС, нервовій регуляції мовлення, зменшувалась психологічна симптоматика (логофобії, пригнічений настрій, переживання за власний дефект та інше). При дизартрії, в тому числі й стертії формі, даний метод застосовувався для зняття спазмів м'язів, активізації паретичних м'язів, що приймають участь в мовленні, покращення стану артикуляційної та дрібної моторики, просодики, звуковимови. У ринолаліків в доопераційний період даний метод готував піднебіння до післяопераційного піднебінно-глоткового зімкнення, перешкоджав дистрофії м'язів глотки, стимулював м'язи язика, щік, зняття набряку піднебіння, відновлення його чутливості, позитивні зрушення у стані артикуляційної моторики, просо дики, скорочення строків постановки та автоматизації звуків мовлення.

Таким чином, сучасні методи діагностики різних патологічних станів у новонароджених та дітей раннього віку, що належать до групи ризику, дозволяють вчасно звернути увагу і вжити необхідні заходи з метою попередження вад їх психофізичного розвитку та організації ранньої комплексної реабілітації засобами тісного взаємозв'язку педагогічного та медичного аспектів.

#### Використана література:

1. **Галина І.В.** Латеральна подпорогова електростимуляція в корекції речевих расстройств у дітей раннього віку / І.В.Галина, В.С.Бусова, М.В.Левинский, Е.П.Сергеева // Архів Психіатрії. Науковий журнал. – 1997. - 12-13. - С. 146-148.
2. **Дубовцева О.А.** Новые подходы в лечении речевых нарушений у детей с органическим поражением головного мозга / О.А.Дубовцева, С.К.Евтущенко, А.А.Омельяненко, І.А.Сажнева // Лікарська справа. Врачебное дело. – 1999. - №3. - С.121-123.
3. **Зенков Л.Р.** Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии). Руководство для врачей / Зенков Л.Р. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 368 с.
4. **Мерцалова О.В.** Діагностика перинатальних уражень центральної нервової системи плода методом магнітно-резонансної томографії / О.В.мерцалова //Український Радіологічний Журнал. - 1998. - Т. VI. - Вип. 4. - С.409-411.
5. **Соботович Є.Ф.** Структура мовленнєвої діяльності і механізми її формування: Науково-метод. посібник / Є.Ф. Соботович – К. : ІЗМН, 1997. – 44с.
6. **Фишман М.Н.** Мозговые механизмы, обуславливающие отклонения в речевом развитии / Фишман М.Н. // Дефектология. 2001. - №3. - С.3-9.
7. **Шейкман О.Г.** Особенности функционального состояния мозга недоношенных детей грудного и раннего возраста с перинатальной энцефалопатией и детским церебральным параличом / О.Г.Шейкман // Журнал неврологии и психиатрии С.С.Корсакова. – 2003. - Т.103. - №6. - С.37-40.

#### References

1. **Galina I.V.** Lateral'naja podporogovaja jelektrostimuljacija v korrekcii rechevyh rasstrojstv u detej rannego vozrasta / I.V.Galina, V.S.Busova, M.V.Levinskij, E.P.Sergeeva // Arhiv Psihiatrii. Naukovij zhurnal. – 1997. - 12-13. - S. 146-148.
2. **Dubovceva O.A.** Novye podhody v lechenii rechevyh narushenij u detej s organicheskim porazheniem golovnogogo mozga / O.A.Dubovceva, S.K.Evtushenko, A.A.Omel'janenko, I.A.Sazhneva // Likars'ka sprava. Vrachebnoe delo. – 1999. - №3. - S.121-123.

3. **Zenkov L.R.** Klinicheskaja jelektrojencefalografija (s jelementami jepileptologii). Rukovodstvo dlja vrachej / Zenkov L.R. – 4-e izd. – M.: MEDpress-inform, 2011. – 368 s.
4. **Mercalova O.V.** Diagnostika perinatal'nih urazhen' central'noi nervovoi sistemi ploda metodom magnitno-rezonansnoi tomografii / O.V.mercalova //Ukraińs'kij Radiologichnij Zhurnal. - 1998. - T. VI. - Vip. 4. - S.409-411.
5. **Sobotovych Je.F.** Struktura movlennjevoi' dijial'nosti i mehanizmy i' formuvannja: Naukovo-metod. posibnyk / Je.F. Sobotovych – K. : IZMN, 1997. – 44s.
6. **Fishman M.N.** Mozgovye mehanizmy, obuslovlivajushhie otklonenija v rechevom razvitii / Fishman M.N. // Defektologija. 2001. - №3. - S.3-9.
7. **Shejkman O.G.** Osobennosti funkcional'nogo sostojanija mozga nedonoshennyh detej grudnogo i rannego vozrasta s perinatal'noj jencefalopatiej i detskim cerebral'nym paralichom / O.G.Shejkman // Zhurnal nevrologii i psichiatrii S.S.Korsakova. – 2003. - T.103. - №6. - S.37-40.

**Сичкарчук Н. Д. Современные методы изучения и лечения детей раннего возраста с нарушениями речевого развития**

В статье представлен анализ современных нейрофизиологических методов исследования головного мозга у детей, раскрыты особенности структурно-функциональной организации мозга при нарушениях развития, обосновано их влияние на речь детей раннего возраста. В статье представлено значение междисциплинарной оценки нарушений развития для организации ранней комплексной реабилитации и последующего обучения детей. Проанализированы медицинские подходы (методика латеральной подпороговой электростимуляции речевой функции, метод комплексного полимодального стимулирующего воздействия и методы рефлексотерапии) в лечении людей с тяжелыми нарушениями речи с целью подчеркнуть значения их тесной взаимосвязи с педагогическими методами коррекции речевой функции.

*Ключевые слова:* организация ранней комплексной реабилитации, междисциплинарная оценка нарушений развития, нарушения структурно-функциональной организации мозга, нейрофизиологические методы исследования головного мозга у детей.

**Sichkarchuk N.D. Modern methods of examination and treatment of young children with impaired speech development**

In article topical issue of early diagnostics of children of risk group with perinatalny encephalopathy is brought up. The analysis of modern methods of research of children with disorders of structural and functional structures, shown their impact on speech and psychological development. The significance of medical and pedagogical aspects of the multidisciplinary assessment of developmental disorders in comprehensive rehabilitation of young children. Presents several medical treatments for disorders of speech, which, with additional research and recommendation of appropriate expertise, in close connection with the teaching methods can be used in complex rehabilitation of children.

*Keywords:* diagnostics of children of risk group, multidisciplinary assessment, medical treatments for disorders of speech.

Стаття надійшла до редакції 04.03.2016 р.

Статтю прийнято до друку 14.04.2016 р.

Рецензент: д.п.н., проф. Шеремет М.К.

УДК:373 – 056.2:316.4.063.3/.4

**Снісаренко О. І.**

**ПОНЯТТЯ ІНКЛЮЗІЇ ТА ІНТЕГРАЦІЇ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СОЦІОЛОГІЇ**

У статті розглядаються сутнісні парадигмальні характеристики «інклюзії» та «інтеграції» осіб з особливостями психофізичного розвитку з боку соціології, як науки про соціальне. Обґрунтовано думку про те, що інтеграція тотожна соціалізації і є наслідком, а не частиною інклюзії. Проаналізовані закономірності інклюзії та інтеграції через призму науково-практичної соціології. Це дає змогу виявити протиріччя в усвідомленні цих соціально-психологічних процесів. Визначено, що сучасні педагогічні наука та практика не розділяють ці поняття, характеризуючи їх єдність в термінах: спільне навчання, включаюча освіта (навчання), інтегрована освіта, інклюзивна освіта. Інтеграція має більший ступінь без бар'єрного самовизначення індивіда в кардинально новому середовищі його майбутнього перебування, ніж інклюзія. Це в подальшому дає змогу конкретизувати те, що соціальна інклюзія через освітній простір осіб з особливими освітніми потребами є підпорядкованим процесом по відношенню до їх соціальної інтеграції і більш вузьким поняттям.

*Ключові слова:* інклюзія, інтеграція, соціалізація, соціологія, ексклюзія, соціальна ізоляція, інклюзивне суспільство, соціальна інтеграція.

Обидві складові (загальна та спеціальна) єдиної освітньої системи України готують особистість до успішного подальшого виконання соціально значущих ролей у процесі суспільної життєдіяльності. Це, зокрема, викликає необхідність звернути особливу увагу до питання соціалізації (перетворення природного на «штучне» під впливом соціального середовища). Цей процес традиційно розглядають як **інтеграцію** дитини «у космос соціально-культурного буття» (М. П. Лукашевич) [3] або як набуття соціального досвіду та ціннісних орієнтацій, потрібних для виконання певної соціальної місії. Соціальні