

очередь из-за отсутствия поддержки исследований.

Ключевые слова: моторная алалия, апраксия речи в детстве, зарубежные исследования, Американская ассоциация языка, речи и слуха.

Zelinska-Liubchenko K. O. Alternative definition of motor alalia: foreign experience.

The article contains an analysis of contemporary foreign studies aimed at studying the problem of motor alalia. Based on the classification of speech disorders, proposed by the American Speech-Language-Hearing Association, the article covers the concept of «Childhood Apraxia of Speech», which is a synonym for motor alalia. The presentation of the material provides information on the technical report of the American Speech-Language-Hearing Association on Childhood Apraxia of Speech. The report examines the history of research, which supports the approval of the position of the association for this speech violation. The purpose of the report was to answer the questions most frequently asked on the website of the American Speech-Language-Hearing Association by the parents of children with Childhood Apraxia of Speech and specialists working with them. Answering the question, the committee specially created by the association notes that Childhood Apraxia of Speech is a recognized clinical disease. The Committee proposes the definition of Childhood Apraxia of Speech, which classifies it as a neurological disorder affecting the planning (programming) of a sequence of movements for the implementation of a speech act. However, the report does not contain specific guidelines for the evaluation and treatment of this speech disorder, primarily because of the lack of support for research.

Key words: motor alalia, childhood apraxia of speech, foreign studies, American Speech-Language-Hearing Association.

Стаття надійшла до редакції 30.10.2017 р.

Статтю прийнято до друку 31.10.2017 р.

Рецензент: д.п.н., проф. Г. Ю. Ніколаї

УДК 37.015.3+616.31]-06:616.28-008.1]-053.2

Курєдова В.Д., Сокологорська-Нікіна Ю.К., Пахомова Н.Г., Бавікіна О.І.

КОМПЛЕКСНА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА, СТОМАТОЛОГІЧНА ТА ОРТОДОНТИЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ ІЗ ВАДАМИ СЛУХУ

У статті розглядається проблема надання комплексної стоматологічної, ортодонтичної та психолого-педагогічної допомоги дітям із вадами слуху. Обґрунтована необхідність інтегративних медичних і психолого-педагогічних знань при роботі з дітьми із обмеженими психофізичними можливостями. Розкрито напрями, етапи і зміст надання комплексної психолого-педагогічної, стоматологічної та ортодонтичної допомоги дітям із порушеннями слуху. Здійснено аналіз ортодонтичної та стоматологічної патології в дітей із вадами слуху. Проаналізовано результати анкетування дітей із вадами слуху за спеціально розробленою анкетой. Встановлено, що для підвищення ефективності надання стоматологічної, ортодонтичної та логопедичної допомоги дітям із порушеннями слуху лікарям-стоматологам, ортодонтам і логопедам потрібно враховувати психологічні та анатомо-фізіологічні особливості пацієнтів, звертати більше уваги на мімічні реакції глухих пацієнтів та бути в тісній професійній співпраці.

Ключові слова: діти із вадами слуху, патологія прикусу, анкетування, ортодонт, логопед, гігієна порожнини рота.

Удосконалення системи медичної і психолого-педагогічної допомоги дітям із обмеженими психофізичними можливостями, оптимізація процесу їх особистісного розвитку і соціалізації безпосередньо пов'язані з проблемою комплексного, міждисциплінарного та інтегративного медико-психологічного і педагогічного підходу. На сьогодні інтеграційні процеси пронизують різні сфери життєдіяльності людини і проявляються на різних рівнях. Про актуалізацію інтегративних тенденцій свідчать дослідження філософських основ інтеграції (С. Клепко та ін.), дидактичних (С. Гончаренко, І. Козловська, О. Савченко та ін.) та психологічних (І. Бех, Т. Яценко та ін.) засад. Тому ефективність і результативність стоматологічного, ортодонтичного, корекційного психолого-педагогічного процесу залежить від комплексності, інтегративності та індивідуальності підходу до розв'язання поставлених проблем в системі спеціальної допомоги дітям із обмеженими психофізичними можливостями. Ідея інтеграції, синтезу знань й умінь, міжпредметність підходів як наукова проблема не нова та досить актуальна. Перспективність міждисциплінарного підходу та інтеграції медичних, психологічних і

педагогічних знань зумовлює перегляд існуючих підходів та пошук шляхів удосконалення комплексної допомоги. Сьогодні не максимум знань, а їхня інтеграція, мобільність і вміння застосовувати їх при розв'язанні практичних завдань роблять фахівця здатним надавати професійну допомогу [8, с. 37].

Різним аспектам організації корекційно-педагогічної діяльності та медичної допомоги при різних порушеннях психофізичного розвитку присвячені фундаментальні роботи українських вчених педагогів, психологів, стоматологів Л.Баринової, В. Бондаря, М. Дмитренко, І. Дмитрієвої, С. Дорошенко, С. Коноплястої, В. Куроєдової, І. Мартиненко, С. Миронової, Н. Пахомової, Т. Сак, В. Синьова, Є. Синьової, Л. Смаглюк, В. Тарасун, Л. Фомічової, О. Хохліної, А. Шевцова, М. Шеремет, Д. Шульженко та ін. Однак, незважаючи на значну кількість наукових праць, поза увагою дослідників залишається аспект комплексної психолого-педагогічної, стоматологічної та ортодонтичної допомоги дітям із вадами слуху, як основної передумови ефективності корекційного процесу. У зв'язку з цим особливого значення набуває визначення основних напрямів комплексної стоматологічної, ортодонтичної та психолого-педагогічної допомоги дітям із вадами слуху, що забезпечує медичний аналіз патологічних явищ, психолого-педагогічний аналіз особливостей психічного і мовленнєвого розвитку, ефективність та результативність діагностичної, реабілітаційної, стоматологічної та ортодонтичної допомоги, пропедевтичної, корекційної та консультативно-просвітницької діяльності. Тому *метою* є дослідження стоматологічного та ортодонтичного, логопедичного і психолого-педагогічного стану сформованості артикуляційного апарату, психофізичного розвитку; визначення передумов комплексної медико-психологічної і корекційно-педагогічної допомоги дітям із порушеннями слуху. *Завданнями* є: визначення основних етапів і напрямів комплексної психолого-педагогічної, стоматологічної та ортодонтичної допомоги дітям із вадами слуху, оцінка рівня знань про гігієну порожнини рота, оцінка стоматологічного стану здоров'я та ЗЩА в дітей із вадами слуху.

Ортодонтія – це галузь стоматології, яка активно розвивається і приділяє особливу увагу необхідності комплексного лікування пацієнта. За даними світової статистики число мовленнєвих розладів, як і кількість зубощелепних аномалій (ЗЩА) у дітей зростає. ЗЩА є однією з причин виникнення у дітей різних форм дислалій, зокрема механічних і, навпаки, – логопедичні порушення є одним із етіологічних факторів виникнення порушень прикусу. В зв'язку з цим актуальність комплексної ортодонтично-логопедичної корекції набуває глобального характеру та потребує спільної роботи логопеда та ортодонта. Ортодонтія – це медична спеціальність, а логопедія – педагогічна, що викликає необхідність міждисциплінарної інтеграції ортодонції та логопедії [6, с. 494].

В навчальних медичних закладах під час фахової підготовки студенти-стоматологи не отримують інформації щодо різних форм та методів роботи з дітьми із вадами слуху (ДВС). Статтею 23 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» одним із засобів навчання ДВС визначено дактильно-жестову мову, а в програмі навчання вищих медичних навчальних закладів не передбачено навіть ознайомлення з цією мовою [9, с. 1].

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів ВДНЗУ «Української медичної стоматологічної академії» (зав.каф. професор Куроєдова В.Д.) є опорною серед кафедр ортодонтичного профілю України та співпрацює з кафедрою спеціальної освіти і соціальної роботи Полтавського національного педагогічного університету ім. В.Г. Короленка (зав.каф. професор Пахомова Н.Г.) згідно договору. За навчальними планами з 1991 року на післядипломній спеціалізації за фахом «Ортодонтія» логопедичні теми складають 40 годин, в клінічній ординатурі до 90 годин. Лікарі-стоматологи, що перебувають на різних циклах післядипломного навчання відвідують логопедичні заняття та відкриті консультації пацієнтів, спостерігають клініку різних мовленнєвих порушень та вивчають шляхи їх корекції.

Логопед часто є першим діагностом порушень прикусу в дітей із порушеннями функції мовлення, тому він повинен мати уявлення про основи ортодонції, правильно будувати індивідуальну роботу з цією категорією пацієнтів та адекватно оцінювати прогноз логопедичної корекції. Логопед має направити дитину на лікування до ортодонта та бути готовим до професійної співпраці з ним [7, с. 7].

Сьогодні необхідною умовою, що вказує на високий професіоналізм лікаря будь-якої спеціальності є високий рівень формування комунікативної компетентності. Термін «комунікація» з'явився в науковій літературі на початку ХХ століття та походить від латинського «*communicatio*». Це механізм, під дією якого можливі міжлюдські відносини. Комунікація включає в себе міміку, жести,

спілкування, тон голосу, слова, письменність, телефон та інші останні досягнення в завоюванні простору і часу. На сьогоднішній день комунікація являє собою спілкування, передачу інформації від людини до людини. В залежності від використання тих чи інших знакових систем комунікація поділяється на вербальну і невербальну. Вербальна комунікація здійснюється за допомогою знакових систем, символів, головним серед яких є мова. На жаль, у пацієнтів зі зниженням слуху вербальна комунікація ускладнена або зовсім відсутня, особливо коли мова йде про пацієнтів із повною відсутністю слуху, тобто глухих [2, с. 148].

Колектив кафедри поширює свої наукові інтереси, тому об'єктом уваги стали діти з вадами слуху (ДВС). Враховуючи те, що така дитина оволодіває мовою не так як чуучи діти, вона потребує спеціальної системи навчання та виховання. Порушення слухової функції обмежує міжособистісні контакти, що веде до збіднення соціального досвіду спілкування, недосконалості міжособистісних стосунків та уповільненого темпу розвитку соціальної перцепції і рефлексії. Для інвалідів по слуху основною формою спілкування є невербальна комунікація. Слабочуючі діти не розуміють звернене мовлення з ряду причин: особливості анатомічної будови того, хто говорить, специфіка артикуляції мовця (нечітка, швидка артикуляція та ін.), маскування губ (вуса, медична маска та ін.), темброве забарвлення голосу мовця, розташування людини, що говорить по відношенню до дитини (спиною або боком до дитини), участь в розмові двох або більше співрозмовників, відсутність або несправність слухового апарату та ін. Глухі діти можуть опанувати мову тільки в процесі спеціального корекційного навчання [1, с. 11].

Інтерес до вивчення особливостей стоматологічного здоров'я ДВС та надання їм стоматологічної допомоги росте серед науковців із багатьох країн світу з кожним роком.

Вади слуху є одними із поширених захворювань у всьому світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) в економічно розвинутих країнах світу, таких, як США і країни Західної Європи, 7-9 % населення страждає на зниження слуху, в тому числі на глухоту – від 0,1 до 0,4 % новонароджених дітей та близько 1 % дорослих. За прогнозами ВООЗ кількість людей із порушеннями слуху до 2020 року збільшиться на 30 % [3, с. 1].

В Україні ще в 2008 році налічувалося близько 300 тис. дітей і 1 млн. дорослих із порушенням слуху, в тому числі з глухотою – 11 тис. дітей та 100 тис. дорослих. ДВС – це особливі діти, в яких спостерігається пізніший розвиток таких функцій, як сприйняття, увага, мислення, пам'ять, мова, для ДВС характерна емоційна незрілість. У багатьох ДВС виникають труднощі управління своєю поведінкою.

Наукових робіт, які б розкривали проблеми надання стоматологічної та ортодонтичної допомоги глухим пацієнтам, досить мало. Ортодонтичне лікування є довготривалим втручанням із обов'язковою активною комунікативною участю дитини, але особливості такої допомоги при вадах слуху не висвітлені в світовій науковій літературі. Більшість проведених досліджень стосується загальної медицини та дорослих пацієнтів.

У практичній роботі лікаря-стоматолога та ортодонта навіть проведення звичайної санітарно-просвітницької роботи серед ДВС викликає значні труднощі. Пацієнти вже на першому етапі – записі до лікаря не можуть надати звичайну необхідну інформацію, сформулювати причину свого звернення та ін.

Водночас, лікарю-стоматологу і ортоденту важко зрозуміти скарги пацієнта із вадами слуху. Навіть проведення первинного звичайного стоматологічного огляду викликає труднощі, лікарю важко пояснити сутність стоматологічного та ортодонтичного лікування, його етапи, узгодити план лікування, можливі наслідки та ускладнення.

В пацієнтів із вадами слуху, як один із компенсаторних механізмів, надмірно розвинена міміка. Між таким особливим пацієнтом та персоналом можуть виникати конфліктні ситуації.

Розповсюдженість ЗЦА серед дітей та дорослих України сьогодні сягає 75–90 %, що зумовлює велику потребу в кваліфікованій ортодонтичній допомозі. Ортодонтія, як окрема стоматологічна дисципліна, має багато суттєвих відмінностей від інших напрямів стоматологічної діяльності. Головною її особливістю є довготривалий термін лікування – до 2–3 років, протягом яких комунікація з пацієнтом залишається основою роботи лікаря-ортодонта, так як 70% часу складається з діалогу з пацієнтом, особливо з дитиною. Крім того, на цьому непростому шляху до кінцевої мети – гарного обличчя та гарної посмішки, як дорослому пацієнту, так і дитині треба подолати багато складнощів: біль у зубах від

застосування будь-якого ортодонтичного апарату, головний біль, відчуття стороннього тіла в порожнині рота, різке зниження мовленнєвої функції, підвищене слиновиділення та багато інших [4, с. 122].

Російськими вченими доведено, що в дорослих інвалідів із вадами слуху 18–28 років карієс становить 100%, інтенсивність карієсу $10,0 \pm 0,90$, індекс гігієни – $1,93 \pm 0,11$. З віком, як у здорових дітей, так і у дорослих інвалідів із вадами слуху знижуються значення гігієнічних індексів. Це спричинено недостатньою інформованістю даного контингенту відносно вибору засобів індивідуальної гігієни порожнини рота та відсутністю програм профілактики основних стоматологічних захворювань в даній групі населення.

Діти та дорослі з вадами слуху мають низький рівень стоматологічних знань, недостатньо мотивовані до збереження та укріплення здоров'я порожнини рота, вони рідко звертаються за стоматологічною допомогою, хоча частіше її потребують, в порівнянні зі здоровими пацієнтами.

На сьогодні немає єдиної думки щодо поширеності ортодонтичної патології серед дітей і дорослих із вадами слуху. В Україні проводиться мало досліджень, що займаються оцінюванням рівня стоматологічної та ортодонтичної допомоги та визначають потребу в ній інвалідів по слуху.

Нами було проведено обстеження 61 ДВС, які навчаються в спеціалізованій школі-інтернаті з денним та цілодобовим перебуванням. Серед обстежених було 59,02 % хлопців (36 дітей) та 40,98 % дівчат (25 дітей). Більшість обстежених дітей, а саме 75,11 % (46 дітей) мали двосторонню нейросенсорну глухоту; 19,67 % (12 дітей) – нейросенсорну туговухість; 4,92 % (3 дитини) двосторонню кондуктивну туговухість.

В залежності від періоду розвитку прикусу діти з вадами слуху (ДВС) були розподілені на групи: I група – 6–9 р. (змінний ранній) прикус; II група – 10–14 р. (змінний пізній прикус); III група – старше 15 років (постійний прикус).

Клінічне обстеження проводилось за загальноприйнятими схемами, але з деякими відмінностями через особливості фізичного та психологічного стану даної категорії дітей. Всю потрібну інформацію, якої не завжди було достатньо було взято з амбулаторних карт, що знаходяться в закладі.

Було встановлено, що для ДВС метод анкетування найбільш влучний із-за неможливості проведення бесіди чи опитування. Перед початком огляду дітям був проведений вербально-комунікативний метод дослідження – анкетування. Ми розробили спеціальну анкету з 19 питань «Аналіз рівня стоматологічних та ортодонтичних знань у дітей із вадами слуху», що має авторське свідоцтво № 69040 від 09.12.2016(5), та враховує фізичні і психологічні особливості ДВС.

В анкетуванні приймали участь 52 ДВС (8р. – 20 р.), з яких 34 хлопчика та 18 дівчат. Клінічний огляд порожнини рота проводили при денному освітленні в медичному кабінеті спеціалізованої школи-інтернату для глухих дітей. У дітей початкової школи, у яких більш обмежене вікове розуміння, на клінічне обстеження витрачено майже вдвічі більше часу, ніж в учнів основної та старшої школи, так як діти старших класів уже вміють читати з губ та володіють зоровим сприйняттям мови при комунікації.

Перед початком огляду кожна дитина була проінструктована про те, що саме буде виконуватись і що саме їй потрібно робити. Під час нашого огляду разом із дитиною був присутній учитель школи, який постійно знаходився в полі зору дитини та допомагав перекладом роз'яснень лікаря-ортодонта на зрозумілу дитині мову жестів. Через те, що ДВС не розуміють специфічні терміни, всі роз'яснення тих чи інших маніпуляцій були проведені без зайвих складнощів. Під час пояснення маска на обличчя лікаря не одягалась, для того, щоб дитина з вадою слуху добре бачила його обличчя та артикуляцію губ. Якщо дитина не розуміла, що потрібно зробити, то вчитель перекладав мовою жестів, а лікар попередньо проводив демонстрацію, наприклад «відкрити рот», «показати язик», «проковтнути слину». Після кожного етапу огляду ми переконувалися, що дитина зрозуміла наші пояснення.

В медичній документації ДВС відмічали наявність ЗЩА, оцінювали стан твердих тканин зубів за допомогою стандартних індексів визначення інтенсивності карієсу (КПВ+кп в змінному прикусі; КПВ в постійному прикусі), визначали характер прикріплення м'яких тканин та гігієну порожнини рота.

На питання в анкеті: «Ти чистиш зуби?» більшість опитаних дітей із вадами слуху, а саме 92,3 % (48 ДВС) відповіли ствердливо і 7,7 % (4 ДВС) відповіли заперечно, це були учні початкової школи.

На питання: «Скільки разів ти чистиш зуби?» більша частина опитаних – 61,5 % (32 дитини) відповіли, що чистять зуби «2 рази на день», чистять зуби «один раз на день» – 34,6% (18 дітей), «інколи чистять – 3,8% (2 особи). Дітей, що «не чистять зуби взагалі» не було. Визначено, що всі учні початкової школи, які приймали участь в анкетуванні, чистять зуби 2 рази на день, половина учнів старшої школи чистять зуби раз на день.

Важливим висновком клінічного огляду ДВС став факт, що не було жодної дитини з правильним ортогнатичним прикусом, в усіх (100%) обстежених зустрічались різні аномалії зубощелепної системи. Було проведено їх розподіл за видом патології прикусу відповідно до класифікації Е. Енгля (1889). Найбільш поширеною патологією прикусу в обстежених дітей є патологія I кл. за Енглею, тобто аномалія положення окремих зубів, яка зустрічалась у 70,50% випадків (43 дитини), II кл. – у 26,23% (16 ДВС), патологія III кл. – у 3,27% (2 ДВС) (рис.1).

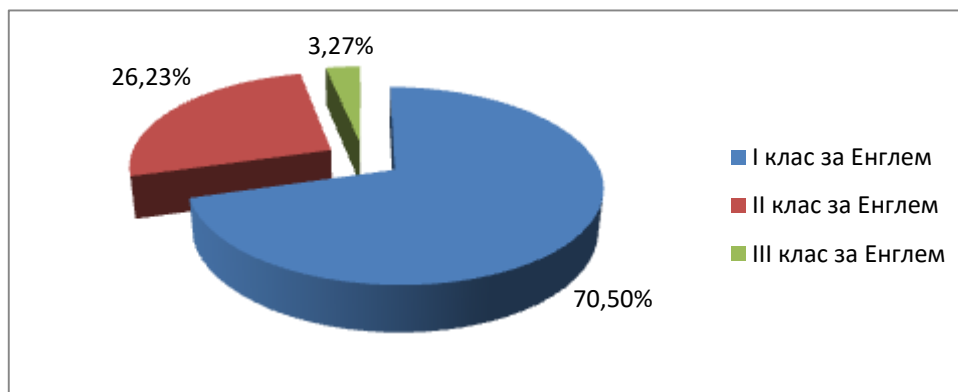


Рис. 1. Структура ЗЩА в дітей із порушеннями слуху.

Кількість дітей із інтактними зубними рядами становила менше чверті – 22,95 % (14 дітей). Карієс у ДВС зустрічався у 77,05 % (47 дітей). З віком кількість дітей, що мають хоча б одну ознаку карієсу (КПВ) збільшувалась в 4 рази. У ДВС інтенсивність карієсу за індексом КПВ+кп, КПВ має чітку закономірність: у 6–9 рр. інтенсивність становить 2,07, що відповідає низьким значенням в Україні, а в 10–14 рр. зростає до 2,29, у віці 15 р. і старше досягає 3,04. Дані показники є середніми в Україні і, в більшості, говорять про недостатній рівень профілактики карієсу та стоматологічної допомоги, низьку гігієну порожнини рота. В постійному прикусі у ДВС виявили також високий рівень показника каріозного ураження постійних зубів («К» – 2,42) та низький рівень за показником пломбованих зубів («П» – 0,62).

Отримані результати огляду та оцінювання стану гігієни порожнини рота були протилежними до аналізу анкетування. Незважаючи на те, що більшість ДВС в анкеті відповіли, що чистять зуби 2 рази на день, добра гігієна порожнини рота при об'єктивному огляді була лише у 6 ДВС, що становить всього 11,54 % від числа оглянутих. У більшості оглянутих ДВС, а саме в 73,08 %, відмічена задовільна гігієна порожнини рота, в 15,38 % оглянутих знайдено незадовільний стан гігієни порожнини рота. У дітей молодшого віку (7–9 рр.) стан гігієни значно краще, ніж у старших дітей (10 р. і старше). У дітей, що проживають в інтернаті, гігієнічний стан порожнини рота також краще, ніж у дітей, які після школи йдуть додому. Таким чином, ДВС мають знання про гігієну порожнини рота, проте не використовують їх або не мають достатніх мануальних навичок.

У більшості ДВС (80,36%) виявлено ті чи інші аномалії прикріплення м'яких тканин порожнини рота: мілкий присінок відмічено у 40,98 %, у 31,15 % мілкий присінок сполучався з – короткою вуздечкою верхньої губи, короткою вуздечкою нижньої губи, короткою вуздечкою язика. Слід зазначити, що формування правильної звуковимови в таких дітей є ускладненим не тільки за рахунок коротких вуздечок, але й за наявності ортодонтичної патології.

Таким чином, для підвищення ефективності надання стоматологічної, ортодонтичної та логопедичної допомоги ДВС лікарям-стоматологам, ортодонтам і логопедам потрібно враховувати психологічні та анатомо-фізіологічні особливості пацієнтів, звертати більше уваги на мімічні реакції глухих пацієнтів та бути в тісній професійній співпраці.

Для спілкування з дитиною з вадами слуху лікар-стоматолог та лікар-ортодонт повинні виділяти для первинного огляду вдвічі більше часу, особливо в дітей початкової школи.

До клінічного огляду, для скорочення витрат часу, ефективним є проведення анкетування за запропонованою нами анкетой. Можливе використання сучасних інформаційних методів, таких, як короткий відеоролик із сурдоперекладом чи супроводжуваним текстом.

Оскільки поширеність ЗЩА в дітей із вадами слуху становить 100%, то з метою успішності логопедичної роботи, формування правильної звуковимови і профілактики важких форм ЗЩА у таких дітей потрібно проводити планові огляди в дитячих колективах. Саме рання діагностика та своєчасне усунення етіологічних факторів виникнення ЗЩА буде попереджувати їх подальший розвиток. Переважна більшість обстежених ДВС (80,36 %) мають аномалії прикріплення м'яких тканин порожнини рота. При 100% наявності ЗЩА це є суттєвим ускладненням ортодонтичної патології, що в подальшому вплине на формування звуковимови.

У ДВС карієс зустрічається в 77,05 % і зростає з віком. Показники інтенсивності карієсу в ДВС є середніми по Україні і залежать не від вади слуху, а від гігієнічного стану порожнини рота.

У дітей 6–9 років стан гігієни порожнини рота кращий, ніж у дітей старшого віку, у дітей, що проживають в школі-інтернаті кращий, ніж у дітей, що живуть вдома, так як в школі-інтернаті контроль за гігієнічним доглядом порожнини рота проводять викладачі, на відміну від недостатнього контролю батьками. У ДВС потрібно проводити систематичний індивідуальний контроль за якістю гігієнічного стану порожнини рота.

Отже, комплексна медична, ортодонтична і психолого-педагогічна допомога об'єднує три взаємопов'язаних етапи, що в сукупності складають цілісну систему медико-стоматологічної, ортодонтичної, реабілітаційно-корекційної роботи, зокрема: підготовчий (діагностико-ознайомчий), що включає комплексну діагностичну процедуру; основний (корекційно-ортодонтичний), що включає медичну і ортодонтичну допомогу, корекційно-логопедичну роботу і психологічну підтримку; заключний (реабілітаційно-узагальнюючий), що передбачає успішне оволодіння комунікативними вміннями і навичками відповідно віку із застосуванням жестової мови і міміки та корекцію ЗЩА.

Таким чином, комплексна медико-ортодонтична і психолого-педагогічна допомога дітям із порушеннями слуху вимагає врахування особливостей зубощелепної системи, подолання аномалій та деформацій, що є основою для повноцінного мовленнєвого і психічного розвитку та передумовою формування соціально та фізично адаптованої особистості в цілому. Вивчення даної проблеми досить актуальне для визначення методів профілактики та розробки спеціальних рекомендацій для поліпшення надання стоматологічної допомоги дітям та дорослим із вадами слуху. Для інвалідів по слуху існує необхідність створення спеціальної програми профілактики стоматологічних захворювань та ЗЩА, яка буде доступною для їх специфічного сприйняття.

Використана література

1. Електронний ресурс: <http://dsad86.ru/d/876840/d/psikhologo-pedagogichsoprovozhdeniyedetey-invalidov.pdf> // Психолого – педагогическое сопровождение детей– инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Методические рекомендации. 2015.
2. Chaveiro N. The relation between deaf patients and the doctor / N. Chaveiro, C. C. Porto, M. A. Barbosa // *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* – 2009. – Vol. 75. – № 1. – P. 147–150.
3. Про схвалення Концепції Державної програми "Слух" на 2008-2012 роки [Електронний ресурс]. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України розроблений на виконання доручення КМУ № 23468/1/1-08 від 12.05.2008 р. – Режим доступу: www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080521_0.html#2.
4. Куроєдова В. Д. Психологічні особливості адаптаційного періоду ортодонтичного лікування / В. Д. Куроєдова, А. В. Довженко // *Психологія і особистість*. – 2017. – № 1 (11). – С. 120–129.
5. Авт. пр. № 69040 «Аналіз рівня стоматологічних та ортодонтичних знань у дітей з вадами слуху» / Ю.К. Сокологорська-Никіна (UA). – Дата реєстрації 09.12.2016.
6. Петриченко О. В. Клінічна характеристика щелепно-лицевої ділянки ортодонтичних пацієнтів із порушеннями мовлення // *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. ПЛ Шупика*. – 2016. – № 25. – С. 491–496.
7. Куроєдова В. Д. Логопедія в ортодонтії / В. Д. Куроєдова, В. А. Сірик – П.: «Верстка», 2005. – 124 с.
8. Пахомова Н. Г. Пахомова В. А. Інтегративна підготовка фахівця до роботи в умовах інклюзії / Н. Г. Пахомова, В. А. Пахомова // *Науковий часопис НПУ ім. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Зб. наукових праць*. – К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2016. – Випуск 32. Частина 2 – С. 36–41.
9. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні : Закон України від 21 березня 1991 р. № 875- XII // *Голос України*. – 1991. – № 82.

References

1. Elektronnyy resurs: <http://dsad86.ru/d/876840/d/psikhologo-pedagogichsoprovzhdeniyedetey-invalidov.pdf> // Psikhologo – pedahohicheskoe soprovozhdenye detey– ynvalydiv y lyts s ohranychennymy vozmozhnostyamy zdorov'ya. Metodicheskiye rekomendatsyy. 2015.
2. Chaveiro N. The relation between deaf patients and the doctor / N. Chaveiro, C. C. Porto, M. A. Barbosa // Brazilian Journal of Otorhinolaryngology – 2009. – Vol. 75. – № 1. – P. 147–150.
3. Pro skhvalennya Kontseptsiyi Derzhavnoyi prohramy "Slukh" na 2008-2012 roky [Elektronnyy resurs]. Proekt rozporjadzhennya Kabinetu Ministriv Ukrayiny rozroblenny na vykonannya doruchennya KМУ № 23468/1/1-08 vid 12.05.2008 r. – Rezhym dostupu: www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080521_0.html#2.
4. Kuroyedova V. D. Psikhologichni osoblyvosti adaptatsiynoho periodu ortodontychnoho likuvannya / V. D. Kuroyedova, A. V. Dovzhenko // Psikhohohiya i osobystist'. – 2017. – № 1 (11). – S. 120–129.
5. Avt. pr. № 69040 «Analiz rivnya stomatohohichnykh ta ortodontychnykh znan' u ditey z vadamy slukhu» / Yu.K. Sokolohors'ka-Nykina (UA). – Data reyestratsiyi 09.12.2016.
6. Petrychenko O. V. Klinichna kharakterystyka shchepno-lytsevoyi dilyanky ortodontychnykh patsiyentiv iz porushennyamy movlennya //Zbirnyk naukovykh prats' spivrobotnykiv NMAPO im. PL Shupyka. – 2016. – № 25. – S. 491–496.
7. Kuroyedova V.D. Lohopediya v ortodontiyi / V.D.Kuyedova, V.A.Siryk – P.: «Verstka», 2005. – 124 s.
8. Pakhomova N. H. Pakhomova V. A. Intehratyvna pidhotovka fakhivtsya do roboty v umovakh inklyuziyi / N.H. Pakhomova, V.A. Pakhomova // Naukovyy chasopys NPU im. Drahomanova. Seriya 19. Korektsiyna pedahohika ta spetsial'na psikhohohiya. Zb. naukovykh prats'. – K. : NPU im. M. P. Drahomanova, 2016. – Vypusk 32. Chastyna 2 – S. 36–41.
9. Pro osnovy sotsial'noyi zakhyshchenosti invalidiv v Ukrayini : Zakon Ukrayiny vid 21 bereznya 1991 r. # 875- XII // Holos Ukrayiny. – 1991. – № 82.

Куроедова В.Д., Сокологорская-Ныкина Ю.К., Пахомова Н.Г., Бавыкина О.И. Комплексная психолого-педагогическая, стоматологическая та ортодонтическая помощь детям с нарушениями слуха.

В статье рассматривается проблема предоставления комплексной стоматологической, ортодонтической и психолого-педагогической помощи детям с нарушениями слуха. Обоснована необходимость интегративных медицинских и психолого-педагогических знаний при работе с детьми с ограниченными психофизическими возможностями. Раскрыты направления, этапы и содержание оказания комплексной психолого-педагогической, стоматологической и ортодонтической помощи детям с нарушениями слуха. Осуществлен анализ ортодонтической и стоматологической патологии у детей с нарушениями слуха. Проанализированы результаты анкетирования таких детей по специально разработанной анкете.

Для повышения эффективности оказания стоматологической, ортодонтической и логопедической помощи детям с нарушениями слуха врачам-стоматологам, ортодонтам и логопедам нужно учитывать психологические и анатомо-физиологические особенности пациентов, обращать больше внимания на мимические реакции глухих пациентов и быть в тесном профессиональном сотрудничестве.

Ключевые слова: дети с нарушениями слуха, патология прикуса, анкетирование, ортодонт, логопед, гигиена полости рта.

Kuroyedova VD, Sokologorskaya-Nykina Yu.K., Pakhomova NG, Bavykina O.I. Complex psychological, pedagogical, dental and orthodontic care for children with hearing impairment.

The article deals with the problem of providing complex dental, orthodontic and psychological-pedagogical assistance to children with hearing impairment. The necessity of integrative medical and psychological-pedagogical knowledge in work with children with limited psychophysical capabilities is justified. The author reveals the directions, stages and content of providing complex psychological, pedagogical, dental and orthodontic care for children with hearing impairment. The article analyzes the orthodontic and dental pathology in children with hearing impairment. The results of the questionnaire survey of children with hearing impairments on a specially developed questionnaire are analyzed.

To improve the effectiveness of dental, orthodontic and speech therapy for children with hearing impairments, dentists, orthodontists and speech therapists need to take into account the psychological and anatomical and physiological characteristics of patients, pay more attention to the mimic reactions of deaf patients and be in close professional cooperation.

Key words: children with hearing impairment, bite pathology, questioning, orthodontist, speech therapist, oral hygiene

Стаття надійшла до редакції 25.10.2017 р.

Статтю прийнято до друку 27.10.2017 р.

Рецензент: д.п.н., проф. Гнізділова О.А.