

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО  
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Шевчук Оксана Євгенівна**

На правах рукопису

УДК: 616.831.22-08-039.76+615.08]-053.36

Магістерська робота

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ  
ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ**

Спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

**Науковий керівник:**

доцент кафедри

медичної реабілітації

Тернопільського національного медичного

університету імені І. Я. Горбачевського

Міністерства охорони здоров'я України

кандидат медичних наук

**Камишна Ірина Іванівна**

Тернопіль – 2022

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1	
РОЗВИТОК ДІТЕЙ ІЗ ПСИХОМОТОРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	
ДО 1 РОКУ	9
1.1. Причини виникнення затримки розвитку	9
1.2. Клінічні прояви затримки психомоторного розвитку	
у дітей до 1 року	17
1.3. Порівняльна характеристика здорових та хворих дітей	27
РОЗДІЛ 2	
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ	
ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХОМОТОРНОГО	
РОЗВИТКУ	36
2.1. Загальноклінічні діагностичні підходи	36
2.2. Оцінка психічних та моторних функцій	45
2.3. Клініко-інструментальні методи дослідження	48
2.4. Методи анкетування	52
РОЗДІЛ 3	
АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ В УКРАЇНІ	56
3.1. Особливості програми раннього втручання для ДЦП	56
3.2. Методи фізичної реабілітації для дітей із синдромом	
рухових порушень	60

3.3. Застосування «Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для дітей та підлітків» для реалізації програми раннього втручання	68
---	----

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

87

ДОДАТКИ

96

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

- ВООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
- ДЦП – дитячий церебральний параліч
- ЗПР – затримка психомоторного розвитку
- ІПР – індекс психічного розвитку
- ІМР – індекс моторного розвитку
- ІІ – поведінковий індекс
- ТЗР – технічні засоби реабілітації
- МКФ – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я
- МКФ-ДП – Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для дітей та підлітків (англ. International Classification of Functioning, Disability and Health: children & youth version, ICF-CY)
- CBCL – Child Behavior Checklist
- PARI – parental attitude research instrument

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Сучасні тенденції демократизації нашої країни передбачають формування гуманістично спрямованого суспільства. Одним із аспектів рішення цього завдання є врахування наявності в соціумі осіб із психофізичними вадами та формування позитивного ставлення до них. Особливу увагу науковців привертає проблема впливу сім'ї на розвиток дітей, бо сім'я є найважливішим середовищем духовно-морального формування особистості дитини, фактором соціалізації, найголовнішим інститутом виховання. У сім'ї складаються відносини різного характеру: соціально-біологічні, господарсько-побутові, морально-правові, психологічні й естетичні.

Психомоторний розвиток дітей є важливим параметром, що відображає психічне та соматичне здоров'я. Відхилення у розвитку нервово-психічних функцій у ранньому віці привертає все більше уваги дослідників та практичних лікарів. Це пояснюється можливістю вивчити витоки багатьох захворювань та патологічних станів, а також попередити розвиток незворотних наслідків, що створюють труднощі у медичній та соціальній адаптації хворих. За даними МООЗ, кожна 20-та дитина має ті чи інші відхилення у розвитку, що вимагають спеціальних медичних та педагогічних заходів. Серед цих дітей 60 % складають хворі з ураженнями нервової системи, що виникли у перинатальному періоді. Серед причин дитячої інвалідності захворювання центральної нервової системи, що зумовлюють порушення психофізичного розвитку дитини, займають перше місце. Проблеми надання своєчасної комплексної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям зі складними порушеннями здоров'я та розвитку набули особливої актуальності.

Раннє розпізнавання порушення психомоторного розвитку – основа ефективності лікувально-профілактичних заходів, запобігання тяжкій інвалідності.

Психомоторний розвиток дитини є складним процесом. В його основі лежить генетична програма, що реалізується в умовах постійної зміни середовищних факторів. Теорія системогенезу, що дедалі більше поширюється, дозволила розкрити сутність гетерохронії дозрівання та дискретності морфофункціональної організації нервової системи на ранніх етапах онтогенезу. Багаторівнева структура функціональних ансамблів, об'єднання різних «поверхів» нервової системи для виконання тієї чи іншої функції та гетерохронія дозрівання об'єднаних функціональних систем визначають складність оцінки стану та адекватності психомоторного розвитку дитини.

Велика варіабельність нормальних темпів розвитку, що визначається складними взаємодіями генетично детермінованої норми та реакції з різноманітними зовнішніми впливами, значно ускладнює своєчасне виявлення порушень постнатального онтогенезу дитини, особливо дрібних, «малих форм» патології. Для розпізнавання подібних станів необхідні ретельне неврологічне обстеження та глибокий аналіз неврологічного статусу, що залежить від клінічного досвіду лікаря.

Рівень психомоторного розвитку дитини з перших днів життя є найбільш чутливим показником стану здоров'я, у тому числі розвитку центральної нервової системи. Різні шкали та тести дозволяють дати кількісну характеристику та оцінку психомоторного розвитку. Вони дуже широко застосовується в педіатрії та практичної психології. Найбільш серйозні захворювання часто діагностуються саме після встановлення негативних неврологічних та психометричних змін. Оцінка психомоторного розвитку дитини є орієнтовним показником становлення та розвитку організму в цілому.

Дослідження поставлених у роботі завдань, аналіз генезису наукової думки щодо досліджуваної проблематики, а також сформульовані висновки, засновані на загальних досягненнях психологічної науки, у тому числі на результатах досліджень відомих вітчизняних та зарубіжних педагогів, а

також фахівців інших галузей науки, становлять актуальність теми дослідження.

**Теоретико-методологічною основою** дослідження є проблеми оцінки ефективності програми раннього втручання для дітей із затримкою психомоторного розвитку. Подані в літературі дані щодо домовленнєвого розвитку здорової дитини базуються на фундаментальних фізіологічних дослідженнях вітчизняних авторів: К. Островської, І. Риндер, В. Тарасун, Т. Скрипник, Г. Хворової, Д. Шульженко, В. Бехтерева, І. Я. Крет, А. Лавренюк, О. Орес, А. Сімко, Т. Тимофеева.

У їхніх роботах відзначається велике значення домовленнєвого розвитку, що триває від народження до кінця першого року життя, для подальшого розвитку психіки та мови дітей.

**Об'єкт дослідження** становить процес формування та оцінки ефективності програми раннього втручання для дітей із затримкою психомоторного розвитку.

**Мета дослідження** полягає в теоретичній розробці та методологічному обґрунтуванні перевірки комплексу вправ, спрямованих на оцінку ефективності програми раннього втручання для дітей із затримкою психомоторного розвитку, вітчизняні та зарубіжні джерела.

Досягнення поставленої мети передбачає розв'язання таких **завдань**:

1. Проаналізувати причини виникнення затримки розвитку та дослідити клінічні прояви затримки психомоторного розвитку у дітей до 1 року;
2. Зробити оцінку психічних та моторних функцій розвитку у дітей до 1 року з клінічними проявами затримки психомоторного розвитку;
3. Розглянути застосування «Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для дітей та підлітків» для реалізації програми раннього втручання.

Для досягнення поставленої мети і вирішення завдань використовувалися такі наукові **методи дослідження**: теоретичні

(ретроспективний і порівняльний аналіз наукових джерел, синтез, узагальнення, систематизація даних вивчення); емпіричні та аналітичний методи дослідження (логічного узагальнення, порівняння та систематизації психолого-педагогічних методів досліджень).

**Практичне значення** роботи полягає в тому, що її результати можуть бути використані в процесі реабілітації та ранньому втручання для дітей із затримкою психомоторного розвитку.

**За матеріалами магістерської роботи опубліковано 2 наукові праці:**

1. Шевчук О.Є. Особливості програми раннього втручання для дітей із затримкою психо-моторного розвитку / Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Перспективи розвитку медчної та фізичної реабілітації на різних рівнях надання медичної допомоги» 23-24 вересня 2021р. –С. 83-84.
2. Shevchuk O., Kamyshna I. Evaluation of the effectiveness of the early intervention program for children with delayed psychomotor development / O. Shevchuk, I. Kamyshna // Sciences of Europe. – 2021. - №84. – С. 16-18.



# РОЗДІЛ 1

## РОЗВИТОК ДІТЕЙ ІЗ ПСИХОМОТОРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

### ДО 1 РОКУ

#### 1.1. Причини виникнення затримки розвитку

«Кожна дитина індивідуальна і неповторна», – кажуть психологи та педіатри, формуючи та виправдовуючи своє «доброзичливо-спокійне ставлення» до явної затримки нервово-психічного розвитку малого пацієнта. Цей підхід часто призводить до несвоєчасної діагностики грубого порушення розвитку, згодом диференційно-діагностичного пошуку та шляхів корекції затримки.

Інший варіант педіатричного реагування, більш поширений, полягає в «перебільшенні» неврологічної патології, затримки розвитку, гіпердіагностиці «патологічних» станів («гіпертонус», «пірамідна недостатність», «внутрішньочерепна гіпертензія» і т.п.). Наслідок такого підходу: раннє включення арсеналу стимулюючих засобів, необґрунтоване призначення тривалої дегідратації, застосування методів, які часто не відповідають сучасним світовим стандартам.

Чому так відбувається? Причини полягають у відсутності загальної методології діагностики психомоторного розвитку (ПМР) дитини, несвоєчасності та непослідовності оцінки, незнанні вікових норм становлення рухових та психічних функцій.

Психічний та моторний розвиток дитини є основними показниками здоров'я. Незважаючи на унікальність і неповторність кожної людини, існують загальні тенденції та закономірності в емоційному, пізнавальному та фізичному розвитку дітей [47, с. 129].

У дитячому та ранньому дитинстві відбувається стрімкий розвиток мозку, закінчується формування мозкових структур зорового та слухового аналізаторів, завершується формування нервової системи, формуються всі

структури, необхідні для нормального розвитку інтелектуальних, пізнавальних та фізичних здібностей дитини. Дозрівання та ускладнення моторних та психічних функцій, формування особистості дитини відбувається під впливом спадкових факторів та у процесі освоєння нею соціального досвіду.

Затримка психомоторного розвитку може стати першою ознакою неблагополуччя, а може бути провідним синдромом при різних з етіології та патогенезу соматичних захворюваннях та патології нервової системи. Саме тому великий відсоток дітей з тими чи іншими проблемами у розвитку в ранньому віці мають загальний діагноз – затримка (чи відставання) психомоторного розвитку.

З цієї причини протягом усього періоду раннього дитинства дільничний педіатр спільно з батьками дитини має контролювати основні параметри розвитку [21, с. 75].

Затримка психомоторного розвитку (ЗПР) – порушення нормального розвитку, характеризується невідповідністю рівня психічного розвитку фізіологічному віку дитини. Найчастіше проблему виявляють при вступі до школи, що проявляється у незрілості мислення, малій інтелектуальній цілеспрямованості, переважанні ігрових інтересів, нестачі загального запасу знань та ін., тому важливо розглянути ранню діагностику та реабілітацію [47, с. 129].

Коріння даної проблеми сягає 1950-х років (роботи Г.Є. Сухаревої), термін «затримка психічного розвитку» був запропонований класиками вітчизняної дефектології Т.А. Власовою та М.С. Певзнер (1960 – 1970 роки). У роботах вищезгаданих авторів він звучав як «тимчасова затримка психічного розвитку», тим самим підкреслюючи, що через деякий час темп розвитку дитини за допомогою корекційної роботи зазнає позитивних змін і він наздожене у розвитку своїх однолітків.

Затримка психічного розвитку може виникнути як через різні несприятливі фактори соціального середовища, спадковості: органічні

причини загальмовують оптимальну роботу центральної нервової системи; дефіцит спілкування дітей з дорослими та однолітками; не повністю сформована провідна діяльність віку. До органічних факторів, що затримують розвиток, можна віднести ускладнення від перенесених інфекційних та вірусних захворювань, різні нейроінфекції (енцефаліти, менінгіти), травми головного мозку, недоношеність та травми під час пологів (внутрішньоутробна гіпоксія, асфіксія). Оскільки причини ЗПР достатньо різноманітні, то група дітей із проблемою досить неоднорідна.

Порушення психомоторного розвитку дітей першого року життя є наслідком ураження нервової системи різного генезу. Шкідливі фактори, що впливають на мозок у період його інтенсивного розвитку, призводять до затримки онтогену. На першому році життя інтенсивно формуються рухові навички, закладаються основи психічної діяльності, тому будь-яка несприятлива дія на організм порушує процес психомоторного розвитку дитини. Проте виявлення і особливо оцінка порушення психомоторного розвитку дитини першого року життя нерідко становлять великі труднощі. Це обумовлено фізіологічною незрілістю нервової системи, еволюційно-віковими особливостями мозку, що розвивається [27, с. 45].

Вітчизняним психіатром М.Ш. Вроно (1983) було виділено основні клінічні ознаки, характерні для всіх форм затримки психічного розвитку:

1. Відставання розвитку основних психофізичних функцій (моторики, мови, соціальної поведінки).
2. Емоційна незрілість.
3. Нерівномірність розвитку окремих психічних функцій.
4. Функціональний, оборотний характер порушень.

При затримці розвитку дитини найчастіше відзначається спадкова обтяженість – наявність у батьків подібних чи споріднених розладів, що свідчить про велику роль генетичних факторів у виникненні більшості, але не всіх випадків. Також певний вплив мають середовищні фактори, але їх роль

менш значна. Глибинні причини виникнення затримки психомоторного розвитку (ЗПР) відрізняються, тому затримку прийнято класифікувати на:

– первинну – формується на фоні органічних ушкоджень мозку або порушенні його функцій;

– вторинну – виникає при непошкоджених структурах головного мозку та наявності тяжких соматичних патологій, наприклад, при вадах серця, які супроводжуються церебральною недостатністю [18].

Первинну патологію у дитини можуть викликати такі фактори:

- захворювання жінки у період вагітності – запровадження інфекційного агента, інтоксикації, травми;
- кисневе голодування плода;
- ускладнена пологова діяльність;
- травми у процесі пологової діяльності – ушкодження мозку головного та/або спинного, порушення функції ЦНС (перинатальна енцефалопатія).

Вторинна затримка психомоторного розвитку в дітей віком до року може бути спровокована такими системними патологічними особливостями:

- уроджені аномалії ЦНС;
- психічні захворювання;
- гідроцефалія;
- підвищений внутрішньочерепний тиск;
- ДЦП;
- новоутворення головного мозку;
- аномалії кровопостачання головного мозку;
- прогресуючий склероз мозку (лейкодистрофія);
- порушення транспорту спинномозкової рідини.

Причиною виникнення ЗПР у післяпологовому періоді є інфекційні патології та різні (у тому числі психічні) травми, перенесені у ранньому віці.

Залежно від причин виникнення порушення ЗПР класифікують як:

- конституційні;
- соматогенні;
- психогенні;
- церебрально-органічні.

Стан дитини багато в чому залежить від стосунків у сім'ї. Виражена затримка психомоторного розвитку, за статистикою, найчастіше зустрічається в дітей із асоціальних сімей. Провокуючими факторами відхилення є жорстоке поводження, дефіцит турботи, насильство. Але характерно, що при гіперопіці в дітей з віком можуть відзначатися ті ж аномалії, що і при дефіциті уваги.

Розлади нервової системи, мови та психіки є основною причиною соціальної дезадаптації дітей [16]. Серед усіх випадків дитячої інвалідності на ураження нервової системи припадає близько 50 % [9], причому у 75 % випадків вони зумовлені перинатальними факторами [9]. Ці показники підтверджують І.А. Камаєв (1999) та Л.Л. Науменко (2005), що відзначають, що порушення функцій центральної нервової системи, нервово-психічні та нервово-м'язові порушення, а також розумова відсталість переважають у структурі причин дитячої інвалідності. Дослідження С.В. Павлового (2009) свідчить про те, що поширеність первинної інвалідності дітей у віці від 0 до 3 років у кілька разів перевищує аналогічний показник в інших вікових групах, якщо вони є наслідками хвороб нервової системи [21], і займає третє рангове місце у загальній структурі інвалідних захворювань.

Несприятливий перебіг вагітності та пологів часто має більший негативний вплив на нервову систему та психіку людини, ніж ендогенні та екзогенні фактори ризику у постнатальному періоді [43, с. 125].

Крім цього, більш тяжкі наслідки для розвитку дитини мають пошкодження нервової системи, що настали в ранні терміни. Зважаючи на тяжкість і специфічність ураження мозку новонародженого, слід зазначити,

що антенатальні фактори частіше надають більш значну роль у дезадаптації та інвалідизації дитини, ніж інтранатальні та ранні постнатальні фактори. При цьому особливо важливо відзначити вплив внутрішньоутробних інфекцій, хронічної матково-плацентарної недостатності, неповноцінності раціону харчування матері під час вагітності, несприятливих екологічних факторів на нервову систему плода. Ураження нервової системи, що відбулися в антенатальному періоді, іноді відзначають не так гостро, як родова травма або тяжка гіпоксія, але в значній кількості випадків перебіг перших призводить до непоправних наслідків і має псевдопроградієнтний характер [6]. Тим часом ряд досліджень показує, що раннє ураження головного мозку призводить і до більш ранньої, нехай і недосконалої реорганізації нервової системи, що може знизити тяжкість неврологічного дефіциту [10, с. 310].

Серед численних факторів, що сприяють розвитку дитячого церебрального паралічу та інших інвалідизуючих захворювань немовлят, відносять: попередні самостійні та штучні переривання вагітності, загрози переривання справжньої вагітності, гестоз та токсикоз, інфекції, соматичні захворювання матері, а також ускладнені пологи [17]. Обтяжений акушерський та гінекологічний анамнез, а також хронічна фетоплацентарна недостатність є основними пусковими механізмами у розвитку хронічної внутрішньоутробної гіпоксії та, як наслідок, кардіо-респіраторних порушень у ранньому постнатальному періоді. Супутні гемодинамічні порушення в судинах головного мозку та внутрішнього вуха є причиною розвитку сенсоневральних порушень у 63 % дітей [2]. Перебіг інтранатального періоду ускладнюється фактом наявності пологової травми у 56,4 % випадків [2].

Більшість досліджень присвячені вивченню середньо-тяжких та тяжких уражень нервової системи, які можуть бути причиною помітних порушень розвитку дитини. Відсутність грубих відхилень у гострій період не може бути свідченням того, що не виникне значний неврологічний дефіцит чи розлад когнітивної та сенсорної адаптації надалі [17].

Розвиток основних нервово-психічних функцій у дітей зумовлено конституційними особливостями, характером та тяжкістю перенесеного захворювання, терміном ураження [11]. Це впливає на становлення моторних функцій: здатність до активних свідомих рухів, поєднаність та цілеспрямованість дій, вертикалізація, стійкість психоемоційних реакцій, розвиток першої та другої сигнальних систем, формування абстрактного мислення, асоціацій, ігрової діяльності та соціального контакту [21, с. 38].

Важливим фактором виникнення уражень нервової системи та аналізаторів виступає недоношеність, яка є однією з найвагомійших проблем сучасної охорони здоров'я. Передчасні пологи в розвинених країнах відбуваються в 5–12 % і становлять у Швеції – 5,9 %, у США – 9,7 %, у Франції – 7,5 %, у Німеччині – 7,4 %, у Росії – 7 %, і відзначається тенденція до підвищення їхньої кількості в останні 10 років. Іноді, після виписки з неонатологічного стаціонару, у недоношених дітей, крім соматичних захворювань, зберігаються зміни з боку центральної нервової системи та аналізаторів (порушення з боку слухового апарату, зорової системи та ін.) [65].

Розвиток спастичних форм ДЦП (тетраплегія, диплегія і геміплегія), що часто супроводжуються інтелектуальними розладами, судомами, гідроцефалією, порушенням слуху і зору, відносять до найчастіших наслідків перинатального ураження нервової системи у віддаленому періоді у недоношених дітей.

У ряді досліджень виявлено залежність між станом центральної нервової системи та антропометричними показниками [26]: між масою тіла при народженні та здатністю до інтеграції одержуваної інформації, зниженням інтелекту, а також станом зорового та слухового аналізаторів [13, с. 74–75].

Успіхи сучасних медичних технологій, що призвели до виходжування новонароджених з екстремально низькою масою тіла, а також немовлят із

вкрай тяжкими станами при народженні, зробило актуальним вивчення віддалених наслідків несприятливого перебігу перинатального періоду, зокрема ураження нервової системи та органів чуття [13].

Незважаючи на пластичність, існують фактори, що визначають вразливість мозку новонародженого: висока чутливість до оксидативного стресу, викиду вільних радикалів, що збуджують амінокислоти та іони натрію, хлору та кальцію [23, с. 7]. Поряд із цим важливі механізми неспецифічного запалення, генетично програмованої загибелі клітини, особливостей ауторегуляції церебральних судин. Важливу роль відіграє своєрідність морфології мозку плода та новонародженої (особливо недоношеної) дитини: наявність гермінального матриксу, термінальний тип кровопостачання, «подвійний» венозний відтік, що сприяють ранньому ураженню мозку та аналізаторів [23, с. 8].

Клінічні прояви подібних порушень формуються поступово і найчастіше маніфестують протягом першого року життя дитини та пізніше і виявляються затримками темпів психомоторного та передмовленнєвого розвитку, а також поведінковими розладами. Показано формування порушень сну, зниження пам'яті, розвиток синдрому дефіциту уваги та поведінкових порушень у віддаленому періоді у дітей, що народилися недоношеними [29, с. 168].

Таким чином, несприятливий перебіг вагітності та пологів і, як наслідок, виникнення структурних змін у головному мозку можуть бути розглянуті як об'єктивна причина затримки психомоторного, а також мовленнєвого розвитку дитини [8]. Крім цього, значну роль у формуванні первинного недорозвинення мовлення відіграє спадковість. Раннє втручання дозволяє позитивно впливати на розвиток дитини [25].

Отже, за останні десятиліття збільшилася кількість дітей, у яких виявляють затримку психомоторного розвитку. У дитини з таким діагнозом є нагальна потреба у медичному та педагогічному втручанні у розвиток. Найчастіше виражена затримка мовленнєвого розвитку в дитини



супроводжується порушенням зорово-просторових навиків і руховою незграбністю, а згодом і відставанням розумового розвитку від своїх однолітків. Тому використовується також термін «психомоторний розвиток». Аномалія зустрічається у хлопчиків набагато частіше, ніж у дівчаток. Сумарна поширеність патології у загальній структурі психічних захворювань становить 8–10 %.

## **1.2. Клінічні прояви затримки психомоторного розвитку у дітей до 1 року**

Внаслідок тривалого вивчення дітей першого року життя Н.Л. Фігуріним, М.П. Денисовою, М.Ю. Кістяковським, С.М. Кривіною, Н.М. Аксаріною, Ш. Бюллером та Г. Гетцер, А. Гезель були розроблені показники нервово-психічного розвитку дітей першого року життя. Традиційним підходом до діагностики був клінічний.

Розглянемо шлях становлення нервово-психічного розвитку здорової дитини.

Для своєчасного та правильного розвитку дитини необхідною умовою є достатній рівень розвитку сенсорного сприйняття.

Для розвитку мови необхідний відповідний розвиток умовних рефлексів першої сигнальної системи на основі зорових, слухових, тактильних подразнень. Орієнтовні реакції та орієнтовно-дослідницька діяльність, засновані на них, відіграють важливу роль у психічній діяльності дитини, що підтверджується дослідженнями А.Р. Лурії, А.В. Запорожця, П.Я. Гальперіна, В.П. Зінченко, Л.А. Венгера, А.В. Зонової, М.І. Лісіної.

**Зоровий аналізатор** є центральним апаратом пізнавальної діяльності, що зазначено у роботах А. Пейпера, В.Г. Ананьєва, М.М. Кольцової та ін.

За даними А.М. Фонарьова, у новонароджених дітей є вроджений рефлекс руху очей, що виникає під впливом подразника, що рухається в полі зору і викликається в перший тиждень життя у здорової дитини. Рухи очей у

цей період стрибкоподібні, немає стійкого контакту між оком та подразником. Потім розвивається стійке простеження, пригальмовування загальних рухів, а також рух голови, яка слідує з деяким запізненням за рухом очей. Це виникає у здорової дитини на другому тижні життя. До кінця першого місяця у дітей викликається тривала фіксація предмета, обличчя дорослого, що перебуває від очей збоку, зверху, знизу [46, с. 143].

У першій половині другого місяця життя у дітей формуються всі складні рухи очей: фіксація, конвергування, простеження, бінокулярний зір. Як свідчить М.Ю. Кістяковська, оптичні подразники в цей період можуть загальмувати емоційно-негативний стан, що виник у дитини, або смоктальні рухи.

А.В. Зонова, що проводила дослідження з вироблення умовних рефлексів на різні кольори, встановила, що діти перших місяців життя розрізняють кольори.

У дітей 2–3 місяців життя тривалість фіксування поглядом значно збільшується. До 4–5 місяців з'являються зорові диференціювання, які мають велике значення, оскільки є фізіологічною основою сенсорного розвитку. Як показують роботи Н.М. Аксаріної, раннє утворення зорових диференціовань доводить не лише здатність дітей раннього віку розрізняти кольори, величину предметів, просторові співвідношення та інші сенсорні якості предметів, а й необхідність своєчасного їх розвитку [49, с. 1362].

**Слуховий аналізатор** відноситься до найважливіших аналізаторів нервової системи людини. Периферичний відділ слухового аналізатора підготовлений до сприйняття звуків вже до моменту народження дитини, але слух у перші моменти після народження дитини недосконалий (Р.І. Поліканова, Н.І. Красногорський).

За даними А.М. Фонарьова, А.І. Бронштейна, А. Пейпера, у дитини немає вродженої орієнтовно-настановної реакції повороту очей та голови у бік звуку. Така реакція формується до 3–3,5 місяців. У чотири місяці дитина прислухається до голосу дорослого, шукає його, відповідає посмішкою,

сміхом, гулінням. З п'яти місяців діти розрізняють тон голосу, адекватно на нього реагують, тобто з'являються слухові диференціатори. У віці 8–12 місяців формується початкове розуміння зверненої мови. За даними ряду авторів, з 6 місяців починає формуватися фонематичний слух, а закінчується його формування в нормі до 1 року 7 місяців.

Н.І. Касаткін показав, що мовленнєво-слуховий аналізатор розвивається раніше від інших відділів, пов'язаних з функцією мовлення, що викликано дозріванням слухового аналізатора до моменту народження дитини. Але для функціонування мовленнєво-слухового аналізатора необхідно розвивати у дитини слухове зосередження, тонкі диференціювання на людський голос, тобто розвивати не просто слух, а мовленнєвий слух [70].

Одним із показників нервово-психічного розвитку здорової дитини є **розвиток розуміння мови**. Розвиток розуміння мови є дуже складним та тривалим процесом. Для розвитку імпресивної мови виняткової значущості набуває емоційне спілкування з дитиною перших днів життя (Н.Л. Фігурін, М.П. Денисова, Є.К. Каверіна, М.І. Попова).

Як показали дослідження М.М. Кольцової, у перші місяці життя під час спілкування з дорослим слово сприймається дитиною як компонент комплексного подразника, який складають положення тіла немовляти, навколишні умови, зовнішній вигляд людини, що говорить, її голос і інтонація.

З другого півріччя життя в дитини різко зростає інтерес до всього навколишнього, в 7–8 місяців при правильному вихованні починає встановлюватися зв'язок деяких слів з навколишніми предметами, тобто формується первинне розуміння мови.

До кінця першого року в результаті встановлення великої кількості різноманітних поєднань з одним і тим самим словом воно стає узагальненим. Формування узагальнень свідчить про початок функціонування другої сигнальної системи, властивостями якої є узагальнення та відволікання [54, с 124].

Дуже велика роль **емоційного стану** всієї поведінки дитини. Емоційно-позитивні виразні реакції виникають і розвиваються під впливом зовнішніх впливів на органи відчуття у моменти емоційного спілкування з дитиною (І.М. Сеченов, Н.Л. Фігурін та М.П. Денисова). При встановленні емоційного контакту з дитиною вже в перші місяці життя можна викликати в неї посмішку. Як вказує М.Ю. Кістяковська, посмішка не є вродженою соціальною реакцією, як вважав Ш. Бюлер, а з'являється при фіксації погляду дитини на обличчі дорослого або предметі. Вже на другому місяці життя дитини з'являються найпростіші форми домовленнєвого спілкування з дорослим у вигляді посмішки, хаотичних загальних рухів, звуків, зорового простеження за дорослим, так званого «комплексу поживлення» (О.В. Запорожець, Н.Л. Фігурін, М. Н. Денисова, Н. М. Щелованов, Є. Н. Вінарська, М. І. Лісіна) [13].

Як засвідчили дослідження Н.М. Щелованова, емоції становлять не лише найцінніший психологічний зміст життя дитини, а й мають дуже важливе фізіологічне значення у життєдіяльності організму, оскільки у систему емоційних реакцій включаються як зовнішні мімічні, голосові і загальнорухові реакції, а й внутрішні серцево-судинні, дихальні та ендокринні. Н.М. Аксаріна у своїх роботах говорить про те, що розвиток емоційної сфери починається з перших днів життя та швидко вдосконалюється.

А. Пейпер зазначає, що маленькій дитині властиві такі реакції, як подив, страх, сміх, радість, увага, і кожному з цих проявів відповідають певні мімічні рухи.

**Рухи, практична діяльність** дітей мають надзвичайно важливе значення у розвитку низки вищих коркових функцій, просторових відносин, пізнавальної діяльності та мови (І.М. Сеченов, І.П. Павлов, А.В. Запорожець, В.М. Аванесова, А.А. Люблінська, А.А. Леонтєв, Д.Б. Ельконін, Г.Л. Розенгард-Пупко, П.Я. Гальперін, Л.А. Венгер, М.Ю. Кістяковська, Ж. Піаже, А. Валлон, Р.Я. Абрамович-Лехтман, Н.А. Бернштейн).

У розвитку мовленнєвої активності велике значення має маніпулятивна діяльність, предметна та ігрова активність (М.І. Лісіна, Ф.І. Фрадкіна). М.І. Лісіна встановила, що до шести місяців життя дитини основне місце серед пізнавальних реакцій займають рухи очей, а після шести місяців – рухові реакції руки [47, с. 129–130].

Вивченням розвитку рухової функції руки займалися ряд авторів: М.Ю. Кістяковська, Н.Л. Фігурін та М.П. Денисова, Р.Я. Абрамович-Лехтман, І.М. Сеченов, А.В. Запорожець. У процесі розвитку рухів руки дитини першого півріччя життя М.Ю. Кістяковська виділяє чотири послідовні періоди, протягом яких формуються цілеспрямовані рухи руки до видимого предмета, його захоплення та утримання:

1) у 3–4 тижні під час імпульсних рухів з'являються хаотичні рухи рук, ізольовані рухи рук відсутні;

2) в 1–3 місяці виникають перші диференційовані рухи рук: діти наближають руки до рота, смокчуть кулачки, фіксують руки поглядом, згасає хапальний рефлекс;

3) у 3–4,5 місяці посилюється регулююча роль тактильного та зорового аналізаторів. Внаслідок збігу зорових, тактильних та кінестетичних подразників відбувається утворення відповідних зв'язків, після чого зорові подразники частіше починають викликати рух руки у напрямку до об'єкта, і з'являються узгоджені, обмацувальні рухи рук;

4) після 5–6 місяців переважне значення у розвитку руху руки набуває зоровий аналізатор і відбувається диференціювання рухів однієї руки та іншої руки (дитина перекладає іграшки з однієї руки в іншу) [51].

Р.Я. Абрамович-Лехтман описує встановлення предметно-ігрової діяльності у дітей та виділяє три етапи:

1) у 4–7 місяців – формування простих результативних повторних предметних дій, цілеспрямованих;

2) в 7–12 місяців – етап співвідносної дії, маніпулювання одночасно двома предметами;

3) у 12–18 місяців – етап появи функціональної дії: дитина виділяє функції предмета, узагальнює його значення, застосовує таку саму дію до інших предметів; розвивається гра.

У віці одного року здорова дитина самостійно сідає, перевертається, повзає, стоїть, переступає біля опори, а нерідко починає ходити без підтримки.

**Становлення мови** у дитини першого року життя є умовно-рефлекторним процесом. Умовні сигнали першої сигнальної системи з усіх аналізаторів вже в ранньому дитинстві опосередковуються мовними звуками, словами, поєднанням слів, тобто тісно пов'язуються з діяльністю мовно-рухового аналізатора – головною ланкою другої сигнальної системи (І.П. Павлов, Н.І. Красногорський, І. А. Сікорський та ін.) [44, с. 112–113].

При нормальному мовному спілкуванні дітей з оточуючими мовні зв'язки утворюються шляхом наслідування та зміцнюються шляхом рефлекторного повторення – фізіологічної ехолалії. Для того, щоб дитина почала говорити, у неї повинні розвинутиись до певного рівня як мовноруховий і слухомовний аналізатори, так і органи артикуляції. Це дозрівання анатомічне та функціональне, вони тісно взаємопов'язані та взаємозалежні, що підкреслено у роботах: І.А. Сікорського, О.М. Гвоздєва, Д.Б. Ельконіна, ГЛ. Розенгард-Пупко, Н.І. Касаткіна, С.Д. Мелешко, Р.В. Тонкової-Ямпольської, Р. Якобсона.

Перший рік життя дитини розглядають як домовленнєвий період. Він є підготовчим у розвитку дитячої мови та поділяється на чотири етапи:

I етап (0–3 місяці) характеризується розвитком емоційно-виразних реакцій;

II етап (3–6 місяців) – час появи голосових реакцій, гуління, белькотіння;

III етап (6–10 місяців) – початок розвитку розуміння мови, активного белькотіння;

IV етап (10–12 місяців) – час появи перших слів (А.В. Запорожець, Н.М. Аксаріна, М.Ю. Кістяковська та ін.).

Ряд авторів виділяє 5 етапів: I – 0–1 місяць; II – 1–3 місяці; III – 4–6 місяців; IV – 6–9 місяців; V – 9–12 місяців [44, с. 112–113].

Початковим етапом домовленнєвого розвитку вважається рефлекторний крик дитини, який до 2–3 місяців життя стає все більш модульованим і відображає різні відтінки невдоволення, будучи тим самим засобом комунікації з оточуючими. До двох місяців голосові вирази диференціюються завдяки різним інтонаціям голосу (крику, плачу), але більш детальне диференціювання плач уже не отримує, оскільки після двох місяців диференціюються звуки. У поєднанні з виразними мимічними рухами інтонований крик та модульовані звуки є засобом вираження стану дитини (А.Є. Гоер та Г. Гоер-Дерягіна, А. Пейпер, Р.В. Тонкова-Ямпольська). Р.В. Тонкова-Ямпольська зазначає, що під час крику дитини активуються специфічні зони кори. При крику дитина чує свій крик, імпульси досягають слухо-мовних та рухових зон кори, а звідти передаються на органи артикуляції, поступово даючи їм поштовх до розвитку.

С.Д. Мелешко зазначає, що зі звуків кряхтіння, натужування, стогону, хлипання вже на першому тижні можна виділити звуки: «кхе, гхх, аф, пм, пб» та ін. [70, с. 564].

У 2–4 місяці у дитини з'являються короткі звуки – гукання, а потім і гуління. Звуки не мають суттєвого змісту, але мають певну інтонацію, з їхньою допомогою дитина привертає увагу дорослого. Насамперед діти засвоюють і передають типи інтонації, які найчастіше використовуються дорослими. Звуки гуління стають засобом спілкування з дорослим через їхню інтонаційну виразність, що стає можливим, починаючи з кінця третього місяця життя, коли звуки гуління стають виразними за інтонацією (А.Г. Гоер, Г. Гоер, Н.Л. Фігурін і М.П. Денисова, Р.В. Тонкова-Ямпольська, І.А. Сікорський, Л.Г. Розенгард-Пупко, А.В. Запорожець, А. Пейпер) [74].

Повноцінне спілкування з дитиною в перші місяці життя стимулює корковий та периферичний відділи слухо-мовного аналізатора дитини, а його відповідні голосові реакції, викликані наслідуванням, розвивають мовно-руховий аналізатор.

Перші 4–5 місяців життя дитини вважаються періодом псевдомовних звуків, нелокалізованих та вкрай невизначених за артикуляцією. Артикуляція, близька до мовної, виникає випадково у поєднанні з немовними «шумами». Ознаки локалізованості звуків, активне включення мови та інші сторони артикулювання, що сприяють звуковому оформленню голосових реакцій дитини, спостерігаються у 4–5 місяців життя.

До шести місяців потік «мовлення» розпадається на відрізки, що складаються з декількох складів (період лепету), вимова яких характеризується єдністю укладу органів артикуляції і акцентом на першому складі. Про основні чинники розвитку голосових реакцій у дітей першого року життя пише І.М. Коновалова.

Белькотіння, що з'являється в цей період, розглядається одними авторами (В.А. Богородецький) як гра самим процесом вимови, а іншими (І.А. Сікорський, Є.М. Вінарська, А.А. Александров) – як продукт наслідування мови оточуючих .

В.І. Бельтюков та А.Д. Салахова вважають, що белькотіння, розвиваючись з урахуванням вроджених інстинктивних реакцій дитини – ссання, ковтання та ін., – є автономним і відображає у розвитку процеси дозрівання нервової системи. Белькотіння (за В.І. Бельтюковим) є вродженим процесом, тобто результатом відомих історично накопичених мовно-рухових реакцій людини, що передаються дитині у спадок, і складається з трьох етапів: I етап – програма артикуляційного руху, що передається у спадок, реалізується незалежно від слуху дитини у вигляді гуління, белькотіння; II етап – до белькотіння включаються механізми аутоехолалії; III етап – до белькотіння включаються механізми ехолалії [44, с. 112–113].



Найбільш інтенсивний процес накопичення звуків белькотіння відбувається після шостого місяця протягом сьомого місяця, потім процес накопичення звуків уповільнюється і нових звуків з'являється мало. Процес інтенсивного накопичення звуків у белькотінні збігається з періодом мієлінізації, значення якої полягає в тому, що з її настанням пов'язаний перехід від генералізованих рухів до більш диференційованих (Н.А. Бернштейн). Від 7–8 місяців до одного року артикуляція особливо не розширюється, але з'являється розуміння мови. Семантичне навантаження у цей період отримують не фонемі, а інтонація, ритм, а згодом і загальний контур слова.

До 10 місяців формується вищий рівень комунікативно-пізнавальної активності. Все це стимулює стрибок у мотиваційній сфері дитини. Здійснюючи емоційну взаємодію з дитиною, мати систематично звертає свою увагу на різні об'єкти навколишньої дійсності і цим виділяє їх голосом, своїми емоціями. Дитина засвоює ці «емоційні мітки» предметів разом із відповідними звуковими образами. Наслідуючи матері і використовуючи вже доступні йому ланцюжки лепетних сегментів, вона відтворює перші лепетні слова, що формою все більше наближаються до звукової форми слів рідної мови.

Приблизно до 11 місяців з'являються ланцюжки зі змінним шумовим початком. При цьому будь-який один склад виділяється тривалістю, гучністю, висотою звуку. Найімовірніше, так у домовленієвих засобах спілкування закладається наголос [73].

У міру розвитку белькоту звуки починають поступово диференціюватися і наближатися до звуків рідної мови, з'являються губно-губні, губно-зубні, альвеолярні, передньо-, середньо- та задньомовні, фарингальні, носові та ротові, дзвінкі та глухі, змикові та щілинні, тверді та м'які. На думку В.І. Бельтюкова та А.Д. Салахової, белькіт навіть більш диференційований, ніж система фонем української мови, яку дитині доведеться освоїти, В.І. Бельтюков виявив послідовність появи приголосних

звуків у белькотанні за принципом зменшення контрастності групи приголосних звуків при появі в белькотанні: ротові та носові, дзвінкі та глухі, тверді та м'які (передньоязикові), язикові (змикові та щілинні). Ці дані спростовують думку Р.О. Якобсона про те, що не може бути встановлено жодної загальної послідовності засвоєння лепетних звуків.

До кінця першого року життя дитини з'являються перші слова, що здебільшого складаються з парних однакових складів: баба, тато, мама, ляля тощо [20].

Отже, до кінця першого року життя у здорової дитини з'являються імпресивна та експресивна мова, розвивається ігрова діяльність, дитина самостійно пересувається. На цьому закінчується домовленневий період і далі йде період удосконалення та подальшого розвитку всіх сторін мовлення.

Затримка психомоторного розвитку відноситься до порушення психологічного розвитку. У дитини з вродженими причинами ЗПР ознаки відставання можуть проявитися в ранньому віці. Симптоми відхилень у дітей різного віку можуть відрізнятися:

- у 4 місяці – відсутня реакція на жести та слова батьків, відзначається дефіцит емоційних проявів;
- у 8–9 місяців – відсутні спроби вимовлення нескладних складів або так званий «дитячий белькіт»;
- у 12 місяців – відзначається знижена рухова активність, оточуючі вважають малюка тихим, сором'язливим, мовчазним.

Крім ознак відхилень у формуванні мовної функції, при ЗПР відзначається відставання психічного дозрівання – швидка стомлюваність, незріла емоційно-вольова функція, відхилення у мисленні (нерозвинена уява, обмежений обсяг пам'яті, невміння переключати увагу, утруднене сприйняття нової інформації). Знижений розумовий рівень, обмежений набір емоційних проявів ускладнюють спілкування з однолітками. Такі діти часто мають характерні ознаки синдромів, пов'язаних з генетичними аномаліями.

Виявити початкові відхилення у розвитку, виділити дітей із глибокими множинними проявами відставання дозволяє діагностика психомоторного розвитку з періоду новонародженості [42].

### **1.3. Порівняльна характеристика здорових та хворих дітей**

Психомоторна поведінка є істотним аспектом розвитку дитини, оскільки вона відображає становлення різних відділів нервової системи дитини в певні періоди життя.

Для оцінки розвитку дитини виділяють ступінь оволодіння нею кількома типами навичок, таких як:

- Рухові (або моторика) – вміння схопити чашки та тримати їх, керування тим, куди їх покласти.
- Соціальні – робота з вихователем, очікування від вихователя допомоги та похвали.
- Когнітивні – навчання методом проб та помилок, яка чашка є більшою або меншою, які чашки, складені одна в одну, зможуть стояти стовпчиком, повторення завдання, поки його виконання стане простим.
- Емоційні – все нові та нові спроби виконати завдання, поки чашки не будуть складені одна в одну, не засмучуючись або не гніваючись при цьому; прагнення поділитися своїм досягненням із дбайливим дорослим [16].

Достовірним і показовим індикатором розвитку дитини є досягнення нею моторних навичок (сидіння без опори, повзання на руках і колінах, стояння зі сторонньою допомогою, ходіння зі сторонньою допомогою, самостійне стояння, самостійне ходіння), розвиток мови та слуху.

У разі виявлення відхилень у розвитку у дитини вона має бути обов'язково спрямована на подальше поглиблене обстеження до профільних спеціалістів системи охорони здоров'я чи освіти. Для оцінки стану здоров'я, визначення характеру при відхиленнях у розвитку дитини та прийняття

рішень для їх корекції необхідно проведення моніторингу та оцінки розвитку дитини.

Оцінка розвитку дитини є одним з найважливіших аспектів, при якому оцінюються фізичний розвиток, її розумовий та соціальний розвиток, дозволяючи рано виявляти проблеми, які можна лікувати. З поняттям «фізичний розвиток» прийнято пов'язувати уявлення про антропометричні показники, які разом із показниками психомоторного розвитку є основними показниками, що використовуються в оцінці розвитку дитини та, в цілому, стану її здоров'я [42, с. 134].

Один єдиний вимір показників відображає стан дитини в даний час. Для оцінки та моніторингу розвитку дитини необхідно проводити вимірювання через певні проміжки часу (табл. 1.1):

- масу тіла та темпи її збільшення;
- зростання та темпи збільшення зростання;
- обвід голови та темпи збільшення обводу голови;
- психомоторний та розумовий розвиток

*Таблиця 1.1*

**Кратність та терміни проведення вимірювань фізичного та психосоціального розвитку дітей**

<b>Кратність</b>	<b>Термін</b>
перший вимір	при народженні
другий вимір	1 місяць
до 1 року	щомісячно
з 1 року до 2 років	кожні 3 місяці
з 2 років до 3 років	кожні 6 місяців
наступні роки	щорічно

За допомогою моніторингу зростання стає можливим виявлення уповільнення або зупинки у зростанні внаслідок недостатнього харчування

чи захворювання до розвитку аномальних ознак, у той час, коли результати досліджень дитини все ще перебувають у межах допустимого. Таке раннє виявлення дає можливість раннього виправлення порушень зростання. Моніторинг зростання є медичним заходом, що має величезне позитивний вплив забезпечення здорового дитинства.

Психомоторний розвиток у кожної дитини проходить в індивідуальному темпі, однак є певні ознаки, які дозволяють судити про нормальний, випереджальний і уповільнений процес становлення його базових функцій. Насамперед, розрізняють темпову затримку психомоторного розвитку, яка не супроводжується хворобами головного мозку та неврологічними симптомами. Такі діти, що повільно розвиваються, як правило, досить швидко «наздоганяють» своїх однолітків, якщо їм забезпечити правильний педагогічний підхід, налагодити збалансоване харчування і режим дня. Другий варіант – груба затримка психомоторного розвитку – часто проходить на фоні захворювань центральної нервової системи, інших хвороб, у тому числі ендокринних, інфекційних, і зазвичай пов'язана з іншими когнітивними порушеннями у дітей. Синдром затримки психомоторного розвитку у разі вимагає комплексного лікування, зокрема медикаментозного.

Психомоторна затримка розвитку, ознаки якої зосереджуються переважно навколо емоційної і когнітивної сфери, належить до психічної сфери. Щоб визначити, що дитина повільно розвивається в цьому відношенні, придивіться до таких ознак.

Малюк повинен:

- у 2 місяці фіксувати погляд на батьків та посміхатися;
- у 3 місяці самостійно вимовляти звуки, «гулити»;
- у 5–6 місяців чітко відрізнити рідних людей від сторонніх;
- у 8–9 місяців виявляти інтерес до ігор та простих іграшок;
- в 10–11 місяців намагатися наслідувати промови дорослих, «белькотіти».

Синдром затримки психомоторного розвитку (ЗПР) буває з величезним переважанням моторної чи психічної складової, і навіть – комбінованим, із симптомами обох видів розладів [44, с. 112–113].

Результати вивчення психомоторного розвитку дітей першого року життя вказують на тісний взаємозв'язок розвитку моторних, сенсорних функцій, голосових реакцій та сенсорно-моторної поведінки в цілому та їх кореляцію з наявністю неврологічних порушень, стигм дизембріогенезу, особливостей сну, неспання дитини, харчової і т. п. Багаторічне дослідження особливостей психомоторного розвитку на першому році життя та катамнестичний аналіз цих дітей привели нас до висновку про можливість не тільки якісної характеристики відхилень у розвитку, але її кількісної оцінки.

Кількісна оцінка порушення психомоторного розвитку може стати об'єктивним критерієм тяжкості відставання, виявлення легких відхилень у розвитку, виділення групи дітей підвищеного ризику щодо можливих відхилень у розвитку та труднощів навчання надалі. Крім того, кількісна оцінка допомагає диференціювати причини відхилення у розвитку, оскільки дозволяє чіткіше встановити, розвиток яких саме функцій страждає насамперед і найбільшою мірою, а також може бути важливим показником вибору необхідних лікувально-корекційних заходів та їх ефективності.

Враховуючи все це, потрібно охарактеризувати рівень психомоторного розвитку дитини першого року життя за допомогою бальних оцінок. В основу такої оцінки було покладено комплексний еволюційний аналіз розвитку дитини на кожному місяці життя з виділенням провідних вузлових функцій на кожному віковому етапі. В оцінювані показники включені не тільки функції, що динамічно змінюються, а й рівень стигматизації, черепно-мозкова іннервація та патологічні рухи (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

## Кількісна оцінка вікового розвитку новонародженого

№	Показник	Оцінка			
		3	2	1	0
1	<b>1-й тиждень</b>				
	Співвідношення сну та неспання (комунікабельність)	Спить спокійно, прокидається тільки для годування або коли мокрий, швидко засинає	Спить спокійно і не прокидається мокрий і для годування або ситий і сухий не засинає	Не прокидається голодний і мокрий, а ситий і сухий не засинає або часто так кричить	Дуже важко розбудити або мало спить, але й не кричить, або кричить постійно
	Голосові реакції	Крик гучний, чистий з коротким вдихом і видовженим видихом	Крик тихий, слабкий, але з коротким вдихом та подовженим видихом	Крик болісний, пронизливий або окремі схлипування при вдиху	Крик відсутній або окремі скрикування, або крик афонічний
	Сенсорні реакції	Журиться і турбується при яскравому світлі; повертає очі до джерела світла; здригається від голосних звуків	Одна з реакцій сумнівна	Одна з реакцій оцінки 3 відсутня або 2–3 реакції сумнівні	Усі реакції з оцінки 3 відсутні
2.	<b>Кількісна оцінка вікового розвитку дитини 1 місяця</b>				
	Комунікабельність. Співвідношення сну та неспання	Прокидається голодний і мокрий; швидко засинає, ротова увага при спілкуванні	Не прокидається голодний та мокрий або ситий і сухий не засинає, або ротову увагу непостійно	Важко розбудити для годування та (або) важко засинає і часто безпричинно кричить, або поєднання ознак з оцінки 2	Дуже важко розбудити для годування або не спить, але й не кричить, або кричить постійно
	Голосові реакції	Крик гучний, чистий з	Крик тихий, слабкий, але з	Крик болісний,	Замість крику гримаса на

		коротким вдихом і подовженим видихом	коротким вдихом та подовженим видихом	пронизливий або окремі вигуки на вдиху, або крик тихий з коротким видихом	обличчі або виражені незвичайні звуки
	Безумовні рефлекси	Усі безумовні рефлекси симетричні, викликаються після короткого латентного періоду	Вимагають більш тривалої стимуляції або швидко виснажування або асиметричні	Поєднання симптомів, перерахованих в оцінці 2	Не викликаються більшість рефлексів
	Сенсорні реакції	Короткочасна зорова фіксація та простежування; слухове зосередження; припинення або зміна характеру плачу на голос дорослого	Одна реакція з оцінки 3 сумнівна	Одна реакція з оцінки 3 відсутня або 2 реакції і більше сумнівні	Усі реакції з оцінки 3 відсутні
<b>3. Кількісна оцінка вікового розвитку дитини 2 місяців</b>					
	Комунікабельність	Чіткий ритм сну та неспання; ситий і сухий засинає не відразу, спокійне неспання; посмішка при спілкуванні з дорослими	Відсутність спокійного неспання або посмішка після тривалої стимуляції	Відсутність ритму сну та неспання або ротова увага замість посмішки, або поєднання симптомів, перерахованих в оцінці 2	Відсутність реакції на дорослого або поєднання симптомів, перерахованих в оцінці 1
	Голосові реакції	Крик інтонаційно-виразний; початкове вигукування	Крик мало варіабельний або окремі рідкісні звуки	Поєднання симптомів, перерахованих в оцінці 2	Повна відсутність звуків



	Сенсорні функції	Стежить за іграшкою, що рухається в горизонтальній площині; слухове зосередження	Фіксує іграшку поглядом, але простеження швидко виснажується або слухове зосередження сумнівно	Фіксація та простеження непостійні або не реагує на звук	Відсутність фіксації та простеження
<b>4.</b>	<b>Кількісна оцінка вікового розвитку дитини 6 місяців</b>				
	Комунікабельність	Чітка орієнтовна реакція; побачивши матір турбується або пожвавлюється; розглядає навколишні предмети та людей	Не диференціює матір або постійна відсутність заперечної емоційної реакції на нову особу, або не розглядає предмети	Поєднання симптомів, перерахованих в оцінці 2	Не цікавиться оточуючим
	Голосові реакції	Короткі лепетні звуки	Малоактивний белькіт	Співуче гуління з ланцюжками звуків	Окремі короткі голосні звуки або співуча гула без ланцюжка звуків
	Сенсорно-моторна поведінка	Оптична реакція опори рук; захоплює іграшку з будь-якої сторони; тримає у кожній руці по предмету; Повертається на звук, якщо увага його не відвернена іграшкою, дорослим	Оптична реакція рук непостійна або захоплює предмети, лише розташовані перед собою, або утримує лише один предмет, або не розвинена активна увага	Поєднання симптомів, перерахованих в 2	Не захоплює іграшку

5. Кількісна оцінка вікового розвитку дитини 12 місяців					
Комунікабельність	Вибірче ставлення до оточуючих; поводить з дорослими за допомогою звукосполучень ; підпорядковується деяким інструкціям; звертає увагу на особу розмовляючого	Вважає за краще спілкуватися з дорослими за допомогою жесту або не підпорядковується словесним інструкціям, або недостатньо виборче ставлення до оточуючих	Поєднання ознак з оцінки 2 або не звертає уваги на лице того, хто говорить	Відсутність реакції на мовленнєве спілкування або низький інтерес до навколишнього	
Голосові реакції	Говорить 5–6 лепетних слів, висловлена інтонація прохання; співвідношення лепетних звуків з особами та предметами	Лепет мало-активний або каже тільки 1–2 лепетні слова, або не завжди точно співвідносить слово з предметом, дією, особою	Відсутність складів лепетних	Відсутність белькотіння, не розуміє мову звертання	
М'язовий тонус	Повний обсяг пасивних та довільних рухів	Легке збільшення або зменшення опору пасивним рухам, які не впливають на їх обсяг	Обмеження або збільшення обсягу пасивних рухів	Пози опістотонусу або ембріона, або жаби	

	Сенсорно-моторна поведінка	Вкладання одного предмета в інший; відкриває коробку, ящик; впізнавання картинок; користується ложкою та гребінцем за призначенням	Слабка виразність 2–3 реакцій з оцінки 3	Не впізнає картинку або не користується навколишніми предметами, або лише поплескує предмети	Маніпулятивна діяльність слабо виражена або не реагує на словесні прохання, або поєднання симптомів, перерахованих в оцінці 2
--	----------------------------	--	--	--	---

За такою методикою кількісна оцінка на кожному віковому етапі проводиться на основі показників, що оцінюються за чотирибальною системою (оптимальний розвиток функції – 3 бали, її відсутність – 0 балів) з урахуванням динаміки нормального вікового розвитку. Оптимальна оцінка за шкалою вікового розвитку відповідає 30 балам.

Аналіз даних таблиць за всіма параметрами у комбінації з ретельним неврологічним обстеженням та застосуванням додаткових методів дослідження дозволить підійти до нозологічного діагнозу та відмінності здорової дитини від дитини з затримкою психомоторного розвитку.

## РОЗДІЛ 2

### ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ

#### 2.1. Загальноклінічні діагностичні підходи

Виявити початкові відхилення у розвитку, виділити дітей із глибокими множинними проявами відставання дозволяє діагностика психомоторного розвитку від самого народження.

В даний час збільшується кількість новонароджених, яким загрожує розумова відсталість [46, с. 144].

У нашій країні та за кордоном існує багато шкал контролю за станом здоров'я розвитку дітей. Було проведено порівняльний аналіз шкали та основних шкал, що використовуються за кордоном. Аналіз показав правомірність існування кожної. Але для практичної роботи можуть бути рекомендовані, в першу чергу, ті шкали, які містять найбільш точні та докладні показники та не мають перепусток у перевірці динаміки розвитку дітей [17].

Основними методами дослідження становить сукупність клінічних та психологічних методик, а також контекстуальний аналіз поведінки дитини.

Клініко-психопатологічний метод включав:

- 1) реєстрацію відхилень та патологічних симптомів, що мають місце у дитини на момент огляду;
- 2) збирання даних про попередній та дійсний психічний та фізичний розвиток дитини;
- 3) опис сімейного функціонування та особистості батьків, а також соціального положення сім'ї;
- 4) характер взаємовідносин дитини та її головного вихователя;
- 5) з'ясування особливостей конституції та ступеня зрілості дитини шляхом оцінки її сенсорних, афективних, моторних, мовних та когнітивних

можливостей (оцінка ігрових дій, спілкування, мови, уваги, рухової активності, емоцій);

б) облік анамнезу вагітності та пологів, стресорів на момент обстеження.

В якості критеріїв у дослідженні мовної функції використовуються: розуміння мови, обсяг активного словника, засвоєння морфологічних категорій (числа, часу, роду), час настання «лексичного вибуху», наявність та якісні характеристики фразового мовлення, поява дитячих інновацій.

Для оцінки нервово-психічного розвитку дітей першого року життя розроблено зарубіжні та вітчизняні діагностичні шкали (Е.Л. Фрухт, І.М. Воронцов, О.В. Баженова, Д.І. Зелінська з співавт., шкали «Денверська», «Мюнхенська», «Гном», Гріффітс, тест Бейлі, КІД-шкала та ін.). Шкали використовуються різними фахівцями за принципом переваг [15]. Хоча деякі діагностичні шкали демонструють розбіжність у вікових нормативах розвитку (появи навичок та умінь), містять параметри, що відрізняються, для оцінки розвитку дітей, що має певні труднощі для використання в практичній роботі лікаря педіатра та невролога. Обстеження щодо деяких шкал займає багато часу і вимагає додаткової участі сім'ї, тому практично застосовується мало [16].

Розглянемо деякі стандартизовані шкали оцінки психомоторного розвитку.

### **Шкали розвитку дитини Bayley**

Тест Бейлі є результатом більш ніж 45-літніх досліджень розвитку дітей, є високоефективним і визнаний одним із кращих у використанні серед дітей раннього віку [50].

Тестування проводиться у віці від 1 до 42 місяців.

Тест складається з 3 шкал:

- шкала психічного розвитку (ментальна шкала): оцінює відчуття, сприйняття, пам'ять, передмовленнєві та мовленнєві здібності, причини абстрактного мислення;

- шкала моторного розвитку: оцінює прості та складні рухи, грубу та тонку моторику;
- шкала («протокол») поведінки: об'єктивує соціальні взаємодії, інтереси, емоції, темперамент.

Кожен пункт тесту оцінюється як «виконаний» або «невиконаний». Час тестування дітей молодше 15 міс. – 25–35 хв, старше 15 міс. – до 60 хв.

Результатом тестування є обчислення індексу ментального розвитку (MDI) та індексу психомоторного розвитку (PDI). Шкали психічного та моторного розвитку містять 274 пункти, протокол поведінки дитини – 30. Тест визнаний високо достовірним та стандартизованим. Спочатку стандартизація шкал проводилася на 1262 дітях, а поведінкового протоколу – на 791 дитині. У 90-ті роки було проведено повторну стандартизацію тесту [67].

### **Денверський скринінг-тест розвитку (DDST)**

Тест розроблений Frankenburg W.K., J.B. Dodds для виявлення дітей, які страждають на затримку психічного розвитку у віці від народження до 6 років. Він містить 4 шкали:

- груба моторика;
- тонка моторика;
- мова;
- соціальна адаптація.

Зі 105 пунктів 75 призначені для дітей до 3 років. Зазвичай дитина тестується за 20 пунктами [20]. Кожен пункт оцінюється як «виконаний», «невиконаний», «відмова від виконання», «не було можливостей для виконання».

Тестування проводиться як за умов прямого спостереження, так і на підставі відомостей, отриманих від батьків. Діти, які виконали всі пункти, вважаються такими, що розвиваються нормально. Якщо є один невиконаний пункт у будь-якій шкалі, результат вважається сумнівним, два невиконані пункти – затримка розвитку [72].

Тестування займає близько 30 хв мінімальної підготовки дослідника (кілька годин). У цьому перевага даного тесту порівняно з тестом Бейлі, який потребує найвищої психологічної кваліфікації [86].

Денверська оцінна методика була стандартизована на 1036 нормальних дітях віком від 2 тижнів до 6 років, 816 з яких були молодшими 3 років [13]. Тест високо достовірний та стандартизований.

### Шкала ментального розвитку **R. Griffiths**

Тест розрахований на немовлят від 0 до 24 міс, містить 260 пунктів, об'єднаних у 5 шкал:

- локомоторна активність (очі-руки, слух-рука);
- розвиток мовлення;
- тонка моторика;
- «персональна» шкала;
- «соціальна» шкала.

Після виконання завдань розраховується інтелектуальний коефіцієнт дитини та визначається, якому віку відповідає психічний розвиток дитини. Для виявлення відхилень зіставляється біологічний вік дитини з результатами тесту [21].

### **KID-шкала**

Розроблено J. Reuter. Являє собою суб'єктивну оцінку дорослими психічного розвитку дитини (мати в домашніх умовах заповнює реєстраційний лист тесту) [80]. Досліджуються діти віком 0–15 міс. Тест містить 252 пункти та 5 шкал:

- пізнання;
- рухи;
- самообслуговування;
- спілкування;
- мовна шкала.

За кожною із шкал визначається умовний вік дитини, який порівнюється із паспортним.

Вважається одним із суб'єктивних тестів, практично всі пункти заповнюються батьками без участі педіатра чи лікаря невропатолога [23].

Діагностика нервово-психічного розвитку дітей перших трьох років життя.

### **Тест Пантюхіної Г.В.**

Один із перших російських тестів психічного розвитку розробили Г.В. Пантюхіна, К.Л. Печора, Е.Л. Фрухт [15]. Методика є якісною оцінкою розвитку дитини без використання балів [1, 15]. Складається з трьох вікових шкал для 1-го, 2-го та 3-го року життя [24].

На 1-му році досліджують: 10 днів – 2,5–3 міс. – розвиток зорових та слухових орієнтовних та емоційно позитивних реакцій;

1,5–3 – 5–6 міс. – розвиток зорових та слухових орієнтовних реакцій, рухів руки, гуління;

5–6 – 9–10 міс. – розвиток загальних рухів, дій з предметами, підготовчих етапів пасивного та активного мовлення;

9–10 – 12 міс. – розвиток спільних рухів, дій з предметами, розуміння та активної мови.

На 2-му році: розвиток розуміння мови, розвиток активної мови, сенсорний розвиток, розвиток гри та дій із предметами, розвиток рухів, формування навичок.

На 3-му році: у першому півріччі: активна мова, гра, конструктивна діяльність, сенсорний розвиток, розвиток рухів, розвиток навичок; у другому півріччі: активна мова, гра, образотворча діяльність, конструктивна діяльність, сенсорний розвиток, навички, рухи.

Нормою вважається виконання навичок у межах  $\pm 15$  днів від віку, що перевіряється. Тест стандартизований на 630 дітях 1-го року життя, 730 – 2-го року та 360 дітях – 3-го року життя [24].

### **Шкала поведінки новонароджених (NBAS)**

Розроблено Т. Brazelton. Призначена для новонароджених та дітей перших місяців життя [69].



Оцінюється поведінка та неврологічний статус дітей від 2 днів до 6 тижнів життя. Методика складається з 20 рефлексів і рухів, що викликаються, оцінюваних за 4-бальною шкалою. Є також 27 завдань для кваліфікації рухів, взаємодії із дорослими, статичного контролю, реагування на стрес. Оцінка проводиться за 9-бальною шкалою, що вказує на 5 можливих типів поведінки. Додатково зазначається, чи була потрібна стимуляція для того чи іншого типу поведінки. Результатом дослідження є віднесення дітей або до групи ризику, або норми.

### **Поведінковий тест новонароджених Graham**

Також використовують поведінковий тест новонароджених Graham для новонароджених та дітей перших місяців життя. Тест оцінює дітей 1–14 днів життя за 6 субшкалами: рухова з оцінкою моторики, м'язовий тонус, тактильна, слухова сенсорна, зорова сенсорна шкали, шкала реактивності [77].

### **Шкала КАТ/КЛАМС**

Вона розроблена Американською академією педіатрії і є компіляцією всіх поширених шкал, максимально уніфікованою і спрощеною. Дана методика, що дозволяє оцінити формування навичок вирішення наочних (розділ КАТ) та мовних (розділ КЛАМС) завдань, а також розвиток моторики дитини (шкала розвитку макромоторики), створена для тестування дітей до 2 років. Зіставляючи вік розвитку з фактичним віком визначають коефіцієнт розвитку, який дорівнює відношенню віку розвитку до фактичного віку, помноженого на 100. Коефіцієнт розвитку обчислюється окремо за трьома описаними вище параметрами. При їх збігу та відповідності фактичному віку або якщо коефіцієнт розвитку більший або дорівнює 75, вважається, що дитина має нормальний розвиток. Для доношених дітей коефіцієнт розвитку нижче 75 свідчить про відставання дитини, а при різних показниках у 3 системах говорить про дисоціацію розвитку та дозволяє вибрати відповідну тактику корекційних заходів [74].

### **Тестова методика Prechtl, Beintema**

Оцінюються діти від 1 до 9 днів життя за шкалами зовнішнього вигляду, пози, рухів, дихання та неврологічного статусу [33].

Найбільш складним завданням є визначення «нормативів» розвитку недоношених дітей. Особливо це стосується глибоконедоношених дітей, народжених на терміні менше 32 тижнів гестації та з масою тіла менше 1500 г [34]. Цілком ясно, що з урахуванням ступеня недоношеності, морфофункціональної незрілості, перинатальних патологій нормативи становлення психомоторних функцій у цих дітей відрізняються від таких у їх доношених однолітків [5, с. 36].

Були проведені спеціальні дослідження з ретро- та проспективним аналізом у великої групи спеціально відібраних дітей із глибокою недоношеністю, які мали мінімальні порушення у пери- та неонатальному періоді (за відсутності органічного ураження ЦНС та тяжкої соматичної патології) та до 2 років життя зрівнялися зі своїми доношеними однолітками.

Для практичної роботи насамперед можуть бути рекомендовані ті шкали, які містять найбільш точні та конкретні показники і не мають перепусток у перевірці динаміки розвитку дітей [38].

Насамперед, необхідно оцінити, які неврологічні функції можна обстежити у дитини того чи іншого віку. Очевидно, що недоцільно перевіряти у новонародженої дитини статичну функцію та тонкі види чутливості, а у дитини старшого віку – рефлекси новонародженого та ряд лабіринтних рефлексів.

Наступний етап полягає у виборі специфічних для цього віку тестів (що визначає обсяг дослідження). Наприклад, перевірка схрещування ніг у нижній третині гомілки при опорі є неспецифічною для новонародженої дитини внаслідок підвищеного тону адукторів стегон у новонародженої та специфічною для дитини старшої 4–6 місяців, що може свідчити про формування нижньої спастичної диплегії.

Потім відбувається вибір репрезентативних (показових) тестів для різних субсистем нервової системи. Наприклад, виявлення позитивного симптому (насправді знаку) «західного сонця» не є репрезентативним тестом для визначення підвищеного внутрішньочерепного тиску, так як симптом «західного сонця» може виявлятися у здорових (коректніше – дітей із групи «низького ризику») доношених дітей перших днів життя, у здорових недоношених дітей, при затримці внутрішньоутробного розвитку без ураження нервової системи, при конституційних особливостях окорухової іннервації дітей будь-якого віку.

Центральною ланкою у коректній оцінці неврологічної функції є стандартизація неврологічного огляду. Особливого значення стандартизація набуває у новонароджених дітей внаслідок невисокої толерантності їх нервової системи до екзо- та ендогенних впливів. Сюди відносяться: умови огляду, час, що минув з моменту останнього годування, стан, у якому перебуває новонароджений, стан дослідника.

Далі проводять квантифікацію результатів тестів. Квантифікація результатів тестів передбачає диференціацію отриманих даних (змін м'язової сили, рефлексів, м'язового тону, координаторних порушень тощо) за рівнем тяжкості – наприклад, поділ на легкі, помірні та виражені [37].

Оформлення результатів тестів повинно здійснюватися або у стандартному бланку, або в рутинному описі отриманих результатів, однак в останньому випадку бажано описувати статус у стандартній послідовності.

Нарешті, на останньому етапі має здійснюватися перевірка надійності та валідності тесту.

Під надійністю тесту розуміють узгодженість результатів тесту, одержуваних при повторному його тестуванні, що застосовувались до тих самих перевірок у різні моменти часу, з використанням різних наборів еквівалентних завдань або за зміни умов обстеження (Анастасі А., 1982) [39]. Валідність тесту – поняття, яке вказує нам, що тест вимірює і наскільки добре він це робить. Валідність включає великий обсяг найрізноманітнішої

інформації про тест. Різноманітні категорії цих відомостей і утворюють типи валідності. Розрізняють валідність за змістом, валідність за критерієм та конструктну валідність.

Отже, з усього вищепереліченого можна зробити висновок, що існує безліч шкал, за допомогою яких проводиться оцінка розвитку [1, 7, 40]. Загальною рисою всіх перелічених вище шкал є обов'язкове виділення різних ліній розвитку, тобто багатогранність оцінки, що дозволяє своєчасно визначати причину відставання та спрямовувати зусилля саме на корекцію виявленого неблагополуччя. Так, лікар має оцінити (вже починаючи з першого місяця життя), наскільки успішно йде формування пізнавальної функції, зорової, координації дій у системі «очі-руки», моторної функції, розвиток слухомовного аналізатора та яка соціальна інтегрованість дитини. У всіх випадках бажано лише прислухатися до слів батьків, але у відповідь дитину слід оцінювати самому, тому що уявлення та бажання батьків можуть не співпадати з тим, наскільки з неврологічного погляду дитина здатна виконати ту чи іншу дію. Для того, щоб дитина зреагувала на запропоновану дію, необхідно увійти з нею в контакт, таким чином, тестування слід проводити до початку загального огляду, не роздягаючи дитину.

Тести повинні мати високу чутливість і специфічність, бути легкими у виконанні, не вимагати жодного додаткового обладнання, крім 1–2 іграшок, і займати у лікаря не більше 7–10 хв, щоб дитина не втомилася.

Але, незважаючи на велику кількість використовуваних тестів, хочеться підкреслити, що відсутній єдиний стандартизований підхід до вибору шкали. Вибір шкали визначається, як правило, особистими уподобаннями лікаря. А для діагностики відхилень у розвитку необхідно використовувати однотипне тестування всіх дітей даної вікової групи. Це важливо для забезпечення наступності між різними медичними установами.

На нашу думку, з усіх наявних шкал найбільшою мірою вищепереліченим вимогам відповідає шкала КАТ/КЛАМС.

Вона розроблена Американською академією педіатрії і є компіляцією всіх поширених шкал, максимально уніфікованою і спрощеною, відповідно до поставлених завдань. Для більш поглибленого та детального дослідження така шкала, безумовно, не підходить, але є незамінною для скринінгу та швидкої оцінки динаміки формування навичок дитини та володіє великим ступенем достовірності.

У висновку хотілося б відзначити, що якщо діагностика розвитку проводиться за однією шкалою постійно, своєчасно, методично правильно, то в результаті ми отримуємо об'єктивні дані динаміки розвитку дитини та можемо оцінити рівень її розвитку на кожному віковому етапі. При несистематичному контролі або використанні різних шкал порушується динамічний нагляд за дитиною, упускаються випадки затримки у розвитку чи мозаїчний розвиток.

Таким чином, однією з актуальних проблем педіатрії та дитячої неврології є розробка, апробація та уніфікація скринінгових методик обстеження, організація та визначення змісту корекційних заходів у ранній період розвитку дитини.

## **2.2. Оцінка психічних та моторних функцій**

Основою для отримання ключових відомостей про життя та функціонуванні дитини послужить «Анамнестична карта дитини», розроблена у відповідність до того обсягу відомостей, який потрібний для дослідження.

Психіатричне обстеження дітей раннього віку має низку особливостей. Так, присутність членів сім'ї чи опікунів разом із дитиною, по-перше, представляло основне джерело інформації, що стосується внутрішньоутробного та дитячого періоду розвитку обстежених, а по-друге, знижувало настороженість дітей щодо незнайомих осіб. Для отримання точних даних запрошуються кілька членів сім'ї, що беруть участь у

вихованні та догляді за дитиною. Інтерв'ювання спрямоване на отримання анамнестичних відомостей та даних, що стосуються основних проблем сім'ї. При цьому дитині дається час освоїтися у новій обстановці, перебуваючи поряд із матір'ю. Як правило, через деякий час більшість дітей починають активно цікавитися оточуючим, після чого у супроводі іншого члена сім'ї їх переводили до сусідньої кімнати з різними іграшками, обладнану дзеркалом Геззела, здійснення ситуаційного клінічного спостереження, що доповнюється контекстуальним аналізом.

Застосування контекстуального аналізу засноване на обговоренні з батьками характеру та причин дитячої поведінки, що дозволяє вирішувати психоосвітні завдання, застосовувати елементи поведінкової психотерапії [80].

Спостереження за дитиною, залученою до ігрової діяльності, що супроводжується руховою активністю та спілкуванням, різними емоційними та поведінковими реакціями сприяло оцінці окремих психічних функцій – сприйняття, уваги, мислення, емоцій та складних форм поведінки. Після інтерпретації отримані відомості фіксуються в вигляді традиційного психічного статусу.

Після завершення збору анамнестичних відомостей заповнювався опитувальник з визначення мовленнєвого розвитку у віці від 18 до 35 місяців (Language Development Survey) (Achenbach TM, 2000). Методика дає можливість виявити проблеми в мовному розвитку дитини за допомогою бланка питань, що заповнюється батьком. При цьому вирішується одразу дві проблеми: з одного боку, виключається складність вступу в мовленнєвий контакт з дітьми раннього віку, з іншого боку, опитувальник складено чітко і дозволяє найповніше зібрати потрібну інформацію у батька [50, с. 110].

Час, що витрачається для заповнення анкети, становить трохи більше 10 хвилин і вимагає від батька навичок читання рівня п'ятого класу загальноосвітньої школи. LDS складається з 310 слів, частина з яких часто використовуються (такі, як «тато»), інші – рідко (наприклад, «жовтий»).

Варто відзначити, що така кількість слів дозволяє визначити найповнішу картину мовного розвитку.

Зменшення кількості слів знижує достовірність результатів. Батькові необхідно обвести всі слова, які дитина вимовляє спонтанно, тобто не повторюючи відразу після вимовлення їх дорослим.

Крім того, дорослому слід вказати: чи використовує дитина словосполучення, вписати в бланк ті, що найдовші та граматично вірно побудовані. Отримані дані порівнюються із таблицями. Так, таблиця визначення активного словника дитини розділена не тільки за гендерною ознакою, а й відповідно до віку: 18–23, 24–29 та 30–35 місяців. Таблиця визначення фразового розвитку дитини передбачена для обох статей та для віку 24–29 та 30–35 місяців. При цьому бали, що відповідають даним нижче 15 %, вказують на затримку формування активного словника дитини. Бали, що відповідають даним нижче 20 %, говорять на користь затримки фразового розвитку дитини.

Статистична обробка даних теж важливий елемент оцінки. Первинна медична інформація (історії хвороби, результати спеціальних досліджень) у процесі дослідження перевірялася та заносилася до комп'ютерної бази даних. Статистичну обробку даних, отриманих у процесі дослідження, проводили за допомогою комп'ютерного пакету. Визначення основних статистичних характеристик: середнє ( $M$ ), помилка середнього ( $m$ ) та стандартне відхилення здійснювали у розділі описової статистики. При порівнянні статистичних сукупностей використовували параметричні (при нормальному розподілі величин) та непараметричні (при складному розподілі величин) методи (з обчисленням парного критерію Вілкоксона та U-тесту Манна-Уїтні). Для виявлення ступеня взаємозв'язків проводився кореляційний аналіз із розрахунком коефіцієнтів кореляції ( $r$ ) Пірсона [10].

### 2.3. Клініко-інструментальні методи дослідження

Клініко-психологічні дослідження проводяться з використанням наступних шкал та методик: опитувальник за визначенням мовного розвитку дитини віком від 18 до 36 місяців, психодіагностичний тест «ГНОМ», шкала розвитку немовлят Бейлі, Лист дитячої поведінки (CBCL 1,5-5), тест-простірник вивчення батьківських установок PARI.

Психодіагностичний тест «ГНОМ», розроблений психіатром Козловською Г.В. (2002) з колективом співавторів, представляє собою методику визначення коефіцієнта нервово-психічного розвитку дитини віком від 1 місяця до 3 років. Він дозволяє обчислити фактичний вік дитини, заснований на рівні його індивідуального розвитку. Тест складається з 12 вікових субтестів: протягом першого року життя психічний розвиток досліджується щомісяця; протягом другого року – кожні три місяці; на проміжку від 2 до 3 років – один раз на півроку.

При цьому відбувається поступове ускладнення завдань, що стосуються всіх нервово-психічних сфер дитини. Субтест кожного вікового періоду складається з 20 завдань, що дозволяють оцінити сенсорні, моторні, емоційно-вольові, пізнавальні та поведінкові функції. Для формування об'єктивної думки кожна функція досліджується у вигляді 4 завдань.

Так, для визначення стану сенсорної функції тестується зорова, слухова та тактильна чутливість. Для дослідження стану моторики – статика, кінетика, тонка моторика та міміка. Для оцінки емоційно-вольової сфери – формування та диференціювання емоційних реакцій, поява та характер емоційного резонансу (здатності сприймати емоційний стан інших людей та адекватно на нього реагувати). Пізнавальні функції досліджуються за показниками мови (пасивної та активної), мислення, уваги та гри.

Поведінкові функції тестують у двох розділах: біологічному та соціальної поведінки. Нормативний діапазон коефіцієнту психічного розвитку здорових дітей перебуває у інтервалі 90–110 балів, діапазон



порушення розвитку – менше ніж 79 балів. Діапазон значень 80–89 балів відповідає групі ризику. Такі діти потребують поглибленого вивчення з використанням інших методик.

Психодіагностичний тест дуже простий у проведенні, не дивлячись на включення багатьох підтестів, і може бути використаний на звичайному прийомі в кабінеті у психіатра, в умовах дитячої поліклініки.

Розглянемо оцінку психомоторного розвитку за методикою Бейлі. У цьому дослідженні діти обстежуються за допомогою адаптованої шкали нервово-психічного та моторного розвитку – Bayley scales of infant development (BSID) II у віці 28 днів, 1, 2, 3 роки життя [58]. Визначення особливостей розвитку дітей проводиться за основними індексами психомоторного розвитку дитини і дається висновок за їх загальним показником (табл. 2.1):

- Індекс психічного розвитку (ІПР),
- Індекс моторного розвитку (ІМР),
- Поведінковий індекс (ІП).

*Таблиця 2.1*

**Основні показники рівня психомоторного розвитку дітей  
за шкалою Бейлі**

<b>ІПР/ІМР/ІП</b>	<b>Зміни психомоторного розвитку</b>
90 і вище	Норма
80–89	Легкий ступінь
70–79	Помірний ступінь
69 і нижче	Тяжкий ступінь

Слід використовувати основне правило методики Бейлі для розрахунку трьох індексів: дитина повинна отримати оцінку 1 бал за першими трьома послідовним пунктам у своїй віковій початковій точці, щоб досягти базового рівня. Якщо дитина отримує оцінку 0 балів за будь-яким із перших трьох пунктів, необхідно повернутися до початкової точки для попереднього віку

та виконайте ці пункти у прямому напрямку. Правило реверсування застосовується і до нової початкової точки.

Загальний бал обчислювався шляхом додавання загальної кількості елементів, у яких дитина отримувала оцінку 1 бал. Окрема оцінка кожного індексу в динаміці за період 3 років демонструє особливості темпового розвитку пізніх новонароджених [50].

Діагностика емоційних та поведінкових проблем у дітей вимагає, щоб методики відповідали міжнародним стандартам, були валідні, надійні та статистично перевірені. Підібрати найкращий спосіб, повною мірою відповідний необхідним критеріям, дуже складно.

Це пов'язано з тим, що поведінка та емоції дітей повинні оцінюватися в різних ситуаціях, при цьому оцінка дорослих щодо тієї чи іншої манери поведінки чи емоційної складової як завжди однозначна і, крім того, залежить від статі, віку та культурного середовища дитини [83, с. 112–113].

Так, Лист дитячої поведінки (Child Behavior Checklist 1,5–5) (Achenbach Th., 1987; 1999) є стандартизованим інструментом, що дозволяє вирішити проблему визначення поведінкових порушень у дітей дослідним шляхом, провести кількісну оцінку та порівняння з показниками поведінки, що характеризує психічне здоров'я [66, с. 145].

Методика розроблена з урахуванням вивчення великого обсягу літератури з цього питання, а також численних емпіричних досліджень. Лист дитячої поведінки створено Томасом Ахенбахом та його колегами.

Проблеми визначаються відповідачем, який знає дитину добре, зазвичай батьком (батьком, матір'ю) або іншими родичами, які проводять з досліджуваним достатньо часу. Альтернативні заходи доступні вихователям, вчителям (Caregiver-Teacher Report Form (CTRF)). У старшому віці можна використовувати форму самозвіту.

Є дві версії Листа дитячої поведінки. Дошкільний (CBCL/1,5–5) призначений для застосування щодо дітей віком із 18 місяців до 5 років. Версія шкільного віку (CBCL/6–18) – для дітей віком 6–18 років.

Лист дитячої поведінки для дошкільнят складається зі 100 питань, відповіді на які реєструються в діапазоні 0 = не правда, 1 = іноді або частково вірно, 2 = вірно повністю або майже завжди. Окремі питання згруповані у відповідні підсиндроми, наприклад «Проблеми зі сном» або «Агресивна поведінка». При цьому всі підсиндроми розділені на великі групи синдромів – інтерналізаційні та екстерналізаційні. Крім того, є розподіл питань орієнтовно Американської класифікації хвороб DSM, що включає первазивний розлад розвитку, СВСЛ, опозиційний розлад та ін. Проте творці методики попереджають: не можна з точністю до 100 % встановити діагноз, керуючись лише отриманими даними тесту, обов'язково необхідний особистий огляд дитини фахівцем. Отримані результати підраховуються для кожного підсиндрому окремо, сумарно для проблем інтерналізаційного та екстерналізаційного характеру та сумарна кількість балів. У результаті можна встановити: чи є поведінка дитини щодо кожної шкали нормальною, прикордонною чи симптомом захворювання. СВСЛ вважають життєздатним інструментом для оцінки поведінки дитини, за допомогою батьківського звіту, у клінічному навколишньому середовищі чи навколишньому середовищі дослідження.

Методика вивчення батьківських установок (PARI – parental attitude research instrument) показує характер та особливості внутрішньосімейних взаємин. Розроблено американськими психологами – Є.С. Шефером та Р.К. Беллом і складається з 115 тверджень, стосовно яких необхідно висловити свою думку: повну згоду; швидше згоду, ніж незгоду; скоріше незгоду, ніж згоду; повну незгоду. За кожну відповідь нараховується від 1 до 4 балів. Всі питання методики розділені на 23 шкали, що оцінюють ставлення батьків до сімейної ролі та до батьківсько-дитячих взаємин. Ставлення батьків до життя в сім'ї оцінюється за допомогою 8 ознак, таких як обмеженість інтересів жінки рамками сім'ї, турботами виключно про сім'ю; відчуття самопожертви у ролі матері; сімейні конфлікти; надавторитет батьків; незадоволеність роллю господині будинку; «байдужість» чоловіка,

його невключеність у справи сім'ї; домінування матері; залежність та несаможиттєвість матері.

Ставлення батьків до дитини оцінюється за допомогою трьох підшкал: оптимальний емоційний контакт; зайва емоційна дистанція з дитиною; надмірна концентрація на дитині. Кожна з підшкал оцінюється за допомогою низки ознак-тверджень, що дозволяють найточніше охарактеризувати кожен аспект.

Електроенцефалографічне обстеження проводиться на апараті для комплексного електроенцефалографічного обстеження – програма для реєстрації та вимірювання електроенцефалограм по 21 каналу з обробкою результатів медичного програмного забезпечення.

Ехоенцефалографічне обстеження проводилося на апараті «Аналізатор ультразвукових ехоенцефалографічних сигналів для діагностики міжпівкульної асиметрії, оцінки стану шлуночків головного мозку, наявності або відсутності усунення серединних структур головного мозку, наявності або відсутності гіпертензійних ознак.

#### **2.4. Методи анкетування**

Поняття «затримка психомоторного розвитку» (ЗПР) говорить не про кінцевий стан психіки, а про стан недорозвинення, або уповільнений темп розвитку, тому визначається як стан між нормою та розумовою відсталістю, тобто займає прикордонне становище. Прикордонним цей стан є тому, що на відміну від олігофренії, діти з діагнозом ЗПР кмітливі, але у них загальмовані реакції, пов'язані з порушенням таких сфер як емоційна та/або інтелектуальна.

Слід також зазначити, що недорозвиненіший за емоційною і пізнавальною поведінкою має свої особливості конституційного, фізіологічного та фізичного розвитку дітей з даним діагнозом, в основі якого лежить недостатність нервової системи. Власова Т.А. та Певзнер М.С.

пишуть про те, що з погляду клінічної практики ЗПР характеризується як стан, пов'язаний з недорозвиненням емоційно-вольової сфери, пізнавальної сфери, інтелектуальної сфери чи наявністю генетичного фактора [41].

У той же час дослідники пов'язують ЗПР із психічним інфантилізмом, який відбивається на розвитку мови, психомоторики, а також навичок читання, письма та рахування.

Аналіз численних досліджень дозволив визначити, що будь-який аномальний розвиток дітей у будь-якому випадку характеризується такими відхиленнями як порушення рухових, моторних та пізнавальних функцій, коли діти, які мають будь-які відхилення, відстають у своєму розвитку від здорових дітей на 1–2 роки, та більше [1, 2, 3, 4].

Безумовно, дані фактори є визначальними при організації фізичного розвитку для дітей із ЗПР, вимагаючи специфічних умов.

Метою педагогічного експерименту було вивчення рівня психомоторного розвитку дітей (1–3 років) з діагнозом ЗПР.

Для виявлення особливостей розвитку психомоторики застосовувалися тести та методики, що широко використовуються для оцінки та діагностики психічного розвитку дітей:

1. Тест на динамічну організацію рухового акту «Кулак-ребро-долоня».
2. Тест Озерецького на реципрокну координацію (проба Озерецького).
3. «Перебирання пальцями». Тест на динамічну організацію рухового акту.

Виконання завдань оцінювалися за 5-ти бальною системою залежно від появи або відсутності ехопраксії.

Дані, отримані під час педагогічного дослідження психомоторного розвитку дітей ЗПР, відображені у таблиці 2.2

Таблиця 2.2

## Показники психомоторного розвитку дітей із ЗПР

№	Тести	Діти з ЗПР	Діти з НР
1.	Перебір пальцями	2,9 +/- 0,53	4,5 +/- 0,4
2.	Тест Озерецького	2,5 +/- 0,44	4,32 +/- 0,6
3.	«Кулак-ребро-долоня»	2,6 +/- 0,57	4,1 +/- 0,75

Як видно з таблиці, діти із ЗПР відстають від здорових дітей за результатами всіх виконаних вправ. Основна проблема дітей із ЗПР полягалає в тому, що для них було важко відтворити ритмічність рухів не тільки через слабо розвинену моторику рухів, але й через те, що у них порушено відтворення почутих звуків.

Завдання визначення рівня дрібно-моторних рухів показало, що у дітей із ЗПР через порушення рухливості нервових процесів гальмуватися швидкість руху, яка проводилася в рухових локомоціях дрібної моторики (тест «Перебір пальцями»).

Як видно з таблиці 2.2, результати у тесті «Кулак – ребро – долоня» не перевищили навіть 3 бали з 5 максимальних. Діти із ЗПР не могли виконати завдання з перших спроб, ехопраксії виникали з самого початку виконання завдання.

Проведення проби Озерецького також підтвердила наявні проблеми у дітей із ЗПР, маючи схожу тенденцію, коли після кількох повторень почала з'являтися ехопраксія, і результати також не перевищили 3 бали з 5 можливих (рис. 2.1).

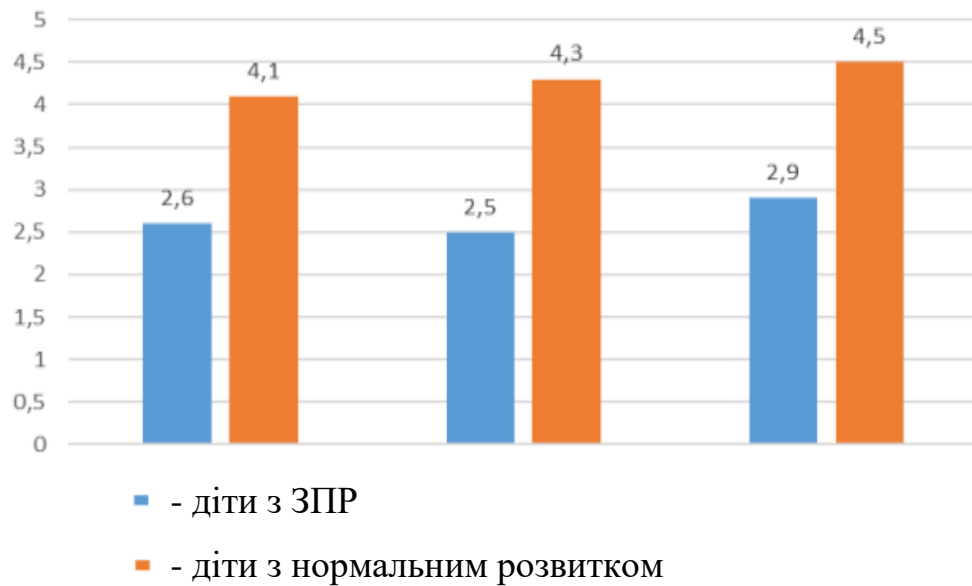


Рисунок 2.1. Показники прояву психомоторних здібностей

Отже, порушення розвитку нервової системи, а далі й інтелектуальних процесів, позначається на психомоторному розвитку дітей із ЗПР, яке у свою чергу впливає на пізнавальний, фізичний та емоційний розвиток дитини з ЗПР в цілому.

У ході проведеного практичного дослідження психомоторних функцій були отримані такі результати:

- рівень розвитку багатьох моторних функцій дітей із ЗПР відстає у своєму розвитку на 1–2 роки;
- при визначенні психомоторних здібностей найчастіше зустрічається слабкість у відтворенні звукових ритмів та труднощі у відтворенні серій рухів;
- більшості дітей із ЗПР не вдається передати повільний темп виконання завдань.

Таким чином, отримані в ході практичного дослідження результати дозволили побачити, що у дітей із ЗПР, які були обстежені, порушена здатність до сприйняття, вони погано опановують руховими та прикладними навичками, порушена ритмічна структура рухів, здатність відтворювати малюнок руху, порушена тимчасова послідовність та логіка.

## РОЗДІЛ 3

### НАДЗВИЧАЙНО АКТУАЛЬНЕ ПИТАННЯ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ В УКРАЇНІ

#### 3.1. Особливості програми раннього втручання для ДЦП

Останнім часом у всьому світі у практиці ранньої допомоги дітям розвивається так званий функціональний підхід. Основною метою раннього втручання визнається допомога дитині у покращенні її здібностей щодо виконання різних завдань, які виникають перед нею у повсякденному житті, участі в різних соціальних ситуаціях.

Одним із найважливіших напрямів сучасної спеціальної педагогіки і психології в Україні є рання допомога дітям з порушеннями в розвитку. За минулі десятиліття в країні значно збільшилася кількість дітей, яким необхідна комплексна підтримка фізичного, соматичного і психічного здоров'я. За даними державної служби статистики України станом на початок 2020 року кількість дітей з інвалідністю до 18 років сягнула показника 169 044 особи [36].

Офіційні статистичні дані щодо чисельності дітей раннього віку з порушеннями розвитку та ризиком появи таких порушень в Україні відсутні. Водночас досвід іноземних країн і сучасні міжнародні дослідження свідчать, що вже в перші роки життя приблизно у 13–18 % дітей виявляються затримки розвитку та можливий ризик їх виникнення. Тобто можна припустити, що в Україні більше ніж 289 тис. дітей віком від 0 до 4 років потребують комплексної допомоги, яка має надаватися відповідно до сучасних науково обґрунтованих підходів [10]. Тому очевидно, що у сфері охорони здоров'я і освіти предметом посиленої уваги є рання комплексна реабілітація і ранній супровід дітей з обмеженнями життєдіяльності, яка на сьогодні стає надзвичайно актуальною.



Рання комплексна допомога відкриває для значної частини дітей можливість своєчасної соціалізації, включення до загального освітнього потоку (інтегроване навчання) вже у дошкільному віці, включає заходи, спрямовані на виявлення психічних та/або фізичних порушень розвитку, відновлення чи компенсацію порушених структур та функцій організму, обмежень активності, а також супровід розвитку, навчання дітей, консультування та навчання батьків способам догляду та надання спеціальної допомоги дітям [75].

Одним із найтяжчих захворювань центральної нервової системи та захворювань взагалі, є дитячий церебральний параліч (ДЦП), що проявляється у вигляді різних рухових, психічних та мовних порушень. Успіхи медицини в галузі акушерства, неонатології, дитячої неврології призвели до значного зниження смертності новонароджених і, одночасно, до підвищення частоти неврологічних порушень у дітей, серед яких ДЦП посідає перше місце. Поширеність ДЦП серед дитячої популяції дуже значна і становить до 5,8 на 1000 дітей; при цьому стійке зростання кількості таких дітей супроводжується обтяженням порушень розвитку.

Тяжкість цих порушень визначає прогноз щодо соціальної адаптації дітей із церебральним паралічем. Актуальність розвитку спеціальної системи освіти дітей з ДЦП обумовлено не лише гуманістичними тенденціями розвитку суспільства, а й ступенем затребуваності цієї системи [7].

На основі однієї медичної реабілітації дитина пристосовується до умов життя на біологічному рівні. Щодо дітей, хворих на ДЦП, має проводитися комплексна система ранньої реабілітації, відпрацьована у світовій практиці та яка отримала визнання. Якщо буде проведено ранню діагностику (не пізніше 4–6 місячного віку дитини) та ранній початок систематичного медико-педагогічного впливу, практичне одужання та нормалізація різних функцій можуть бути досягнуті в 60–70 % випадків до 2–3 літнього віку. У разі відсутності своєчасної корекційної роботи виникають тяжкі рухові, психічні та мовленнєві порушення (Л.О. Бадалян; Е.М. Мастюкова;

К.А. Семенова) [36]. Це все можна реалізувати лише завдяки службам ранньої допомоги.

У практиці раннього втручання гостро постає питання оцінки ефективності програм допомоги. З цією метою зазвичай проводяться виміри до та після втручання, а також інтерв'ювання членів сімей про їх рівень задоволеності послугами, отриманими за програмою (якщо мова йде про маленьких дітей або про людей, які не мають можливості дати оцінку самостійно).

Існують інструменти, що дозволяють виявляти значущі області для сім'ї, які пов'язані з повсякденними життєвими ситуаціями, наприклад напівструктуроване інтерв'ю та шкали Канадської оцінки виконання діяльності (далі у тексті – COPM) [12, 60]. Даний інструмент був розроблений канадськими ерготерапевтами для того, щоб об'єктивно виміряти які зміни відбулися, з погляду клієнта, у виконанні важливих йому видів активності. Весь процес проведення COPM орієнтований на конкретні проблеми клієнта – такий підхід отримав назву проблемно орієнтованого. Процедура проведення інтерв'ю COPM із дорослими пацієнтами докладно описана у посібнику [60].

Перша оцінка проводиться зазвичай на початку роботи. Стандартна процедура проведення інтерв'ю COPM включає наступні етапи: 1) клієнт вибирає ті види діяльності, які для нього важливі; 2) клієнт оцінює проблеми, з якими він стикається, у кожному з перерахованих ним різновидів активності, з погляду їх важливості, де 1 – зовсім не важливо, а 10 – дуже важливо; 3) клієнт вибирає 5 найбільш важливих для нього проблем та за допомогою візуальних цифрових шкал оцінює кожна з них з точки зору її виконання, а потім задоволеності її виконанням; 4) під час проведення повторної оцінки клієнт знову оцінює кожна проблему зі списку щодо її виконання та задоволеності виконанням. За час існування COPM використовувався у великій кількості клінічних досліджень, вивчено

психометричні характеристики опитувальника, його застосовуваність на різних вибірках.

На жаль, більшість досліджень СОРМ на дітях проводилося з випробуваними з легкими порушеннями розвитку (наприклад, діти з ДЦП 1–2 рівня системи класифікації великих моторних функцій або діти з синдромом Дауна). Однак окремі дослідження на дітях з більш тяжкими порушеннями вже є [15].

У програмі ранньої допомоги, з урахуванням якої проводилося дослідження, використовується модифікована процедура проведення СОРМ. Так, вибір сфер і їх ранжування за важливістю здійснює основний дорослий, який доглядає за дитиною, (проводячи інтерв'ю, фахівець намагається згадувати про інтереси та актуальність даних завдань для дитини, але визначальною є саме думка батька). Часто в такому віці проблемні галузі формулюються, не виходячи з «зручності» і «дискомфорту» дорослого, що доглядає, та дитини, а виходячи з пріоритетів розвитку, актуальних завдань з навчання, що ставляться дорослим. Модифікації процедури використання даного опитувальника для практики допомоги дітям також вже описані у матеріалах сайту thecorn.ca та у наукових статтях [18, 24].

Так, дитині з ДЦП пропонують курси (часто виїзні) масажу, ЛФК, басейну, занять з різними спеціалістами з рухового розвитку. Для батьків, які дуже сподіваються на повне подолання труднощів дитини, заняття набувають характеру «перегони», в якій вони набирають все більше різних методик і фахівців для досягнення, наприклад, «ходьби». Про небезпеку механістичного «тренування» навичок та погляду на дитину з порушеннями лише з точки зору дефекту (відсутніх навичок), ігноруванні контексту, культури та нормальних вікових потреб того чи іншого етапу розвитку (а для дитини до трьох років це насамперед комунікація з близьким дорослим), писав ще Л. С. Виготський: «...якщо сенсорна культура і психічна ортопедія – це по-перше, а соціальні навички та орієнтування в навколишньому – по-четверте, ми ні на крок не відійшли від «класичної» системи лікувальної

педагогіки з її гошпіталізмом, з її скрупульозною увагою до крупинок хвороби, з її наївною впевненістю в тому, що психіку можна розвивати, лікувати, «співгармонувати» та ін. заходами поза загальним розвитком «навичок суспільної поведінки» [32, с. 16].

В останні роки у Україні розширилася мережа установ, у яких надається рання корекційно-педагогічна допомога дітям з руховою патологією та їх батькам: психолого-педагогічні реабілітаційні центри, служби ранньої допомоги, консультативно-діагностичні пункти, групи короткочасного перебування, поліклініки, неврологічні відділення та психоневрологічні лікарні, спеціалізовані санаторії, ясла-садки, школи-інтернати для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, будинки дитини, інтернати. У цих установах протягом тривалого часу здійснюється не тільки відновлювальне лікування, а також кваліфікована допомога логопедів, дефектологів, психологів, вихователів з корекції порушень пізнавальної діяльності та мови.

### **3.2. Методи фізичної реабілітації для дітей із синдромом рухових порушень**

В Україні спостерігають тенденцію до зростання кількості дітей із захворюваннями, які супроводжуються синдромом рухових порушень [12]. Одним із найпоширеніших рухових розладів дитячого віку є дитячий церебральний параліч (ДЦП), який спостерігають з частотою від 2 до 3,3 на 1000 новонароджених [10].

Рухові порушення зумовлені різними негативними чинниками, що впливали на нервову систему дитини під час внутрішньоутробного розвитку, народження та впродовж перших місяців чи років життя [2]. Саме рухова активність малюка – це один з основних чинників, за яким прийнято оцінювати стан його здоров'я. Синдром рухових порушень діагностують у випадку, коли у немовлят спостерігають зниження або підвищення рухової

активності, м'язову дистонію та ослаблення м'язової сили. Найбільш схильні до нього малюки віком від 3 до 7 місяців [36].

Незважаючи на високий рівень сучасних діагностичних технологій, багато аспектів церебральних уражень у плода і дітей раннього віку залишаються невиявленими [76]. Оскільки гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи може бути причиною довготривалих неврологічних ускладнень та інвалідності дітей [5, 6], застосування реабілітаційних втручань заслуговує особливої уваги.

Проаналізовано дані науково-методичної літератури та клінічні дослідження, які стосуються проблеми організації програми ранньої фізичної реабілітації дітей із синдромом рухових порушень. Типовим наслідком ураження центральної нервової системи є порушення психомоторного розвитку дитини різного ступеня тяжкості – від мінімальних мозкових дисфункцій до ДЦП з формуванням тяжкої інвалідності [3, 5].

Загальні симптоми захворювання: патологічні пози, які приймає дитина; згинає і розгинає ніжки і ручки з труднощами; монотонний плач малюка; дитина погано набирає масу тіла та зригує; скутість малюка; значне запізнення слухових і зорових реакцій.

Малюк відстає у фізичному розвитку, йому складніше навчитися перевертатися, сидати, тримати рівновагу і так далі [5]. Упродовж останнього часу відзначають активізацію впровадження нових підходів та методів фізичної реабілітації у дітей з ураженням центральної нервової системи на першому році життя [6].

Одним із найважливіших методів фізичної реабілітації пацієнтів із ДЦП є лікувальна фізична культура (ЛФК), яку розчинають вже в перші місяці життя дитини, відразу після встановлення діагнозу. При цьому застосовують комплекси вправ, які запобігають ослабленню і атрофії м'язів, розвитку контрактур і сприяють моторному розвитку дитини [71].

До основних завдань реабілітації належать:

– відновлення побутових можливостей хворого, тобто здатності до пересування, самообслуговування та виконання нескладної домашньої роботи;

– відновлення працездатності, тобто втрачених інвалідом професійних навичок шляхом використання та розвитку функціональних можливостей рухового апарату;

– попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової чи стійкої втрати працездатності, тобто здійснення заходів вторинної профілактики.

Мета реабілітації – найповніше відновлення втрачених можливостей організму, але якщо це недосяжно, ставиться завдання часткового відновлення або компенсація порушеної або втраченої функції та у будь-якому разі – уповільнення прогресування захворювання. Для їх досягнення використовується комплекс лікувально-відновлювальних засобів, серед яких найбільший реабілітуючий ефект мають фізичні вправи, природні фактори, різні види масажу, заняття на тренажерах, а також ортопедичні пристрої, трудотерапія, психотерапія та аутотренінг.

Таким чином, фізична реабілітація – складова частина медичної та соціально-трудової реабілітації, що використовує засоби та методи фізичної культури, масаж та фізичні фактори.

Останнім часом з'являється багато наукових робіт про нові методи лікування ДЦП. Численні дослідження вказують на ефективність методу (constraint-induced movement therapy) [9], який стимулює компенсаторну функцію нервової системи. Немає єдиної думки щодо поліпшення рухових функцій в результаті тренування м'язової сили у пацієнтів із ДЦП [1, 2, 6, 7].

Широко застосовують методи нейророзвиваючого підходу Бобат [11], терапії Войта [13], кондуктивної педагогіки Петьо [12], динамічної пропріоцептивної корекції К.А. Семенової [4, 8]. Але ефективність цих методів все ще не обґрунтована з точки зору доказової медицини.

Оскільки кожен пацієнт є особливим, існування єдиного універсального методу реабілітації є неможливим. На жаль, застосування лише традиційних методів терапії далеко не у всіх випадках дозволяє досягти бажаних результатів. Тільки поєднання лікувальних впливів різних модальностей може забезпечити бажаний результат.

Одним із таких багатокomпонентних методів реабілітації пацієнтів з ДЦП є система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації, відома під назвою «Метод Козьявкіна». Шляхом стимуляції компенсаторних можливостей дитячого організму і активації нейропластичності ця система створює в організмі дитини новий функціональний стан, який відкриває нові можливості для стимуляції моторного та психічного розвитку дитини. Різнобічні лікувальні впливи цього методу, які взаємно доповнюють і підсилюють один одного, спрямовані на досягнення основної мети реабілітації – поліпшення якості життя пацієнтів [1].

На основі попереднього аналізу і систематизації зроблена спроба розробки універсальної генеральної стратегії корекції для подолання рухових порушень у дітей зазначеного контингенту [6]. Розроблена стратегія передбачає послідовну реалізацію ряду корекційних векторів. Початковим визнаний вектор релаксації, релізу, подолання рестрикцій, що створить необхідний фон для старту корекційних заходів. Наступним був визнаний корекційний вектор вивільнення необхідних ступенів свободи в опорно-руховій системі підопічних. Третій корекційний вектор представлений напрямком гармонізації м'язово-фасціальної системи, досягненням належного балансу між м'язами-антагоністами, згиначами і розгиначами. Четвертий корекційний вектор повинен відповідати за управління глобальними і локальними рухами на основі вдосконалення міжпівкульних нейронних координацій. Кожен з представлених стратегічних векторів складається з окремих технік, методик, процедур, прийомів, які будуть в подальшому реалізовані в корекційній програмі.

Фізична реабілітація включає як активні, так і пасивні методи у вигляді гідротерапії, механотерапії, масажу, мануальної терапії. П. В. Кравцевич і співавт. наводять результати дослідження, які показують необхідність використання лікувального плавання в комплексі з фіксаційним масажем і онтогенетичною гімнастикою в якості нового ефективного способу впливу на організм дитини зі спастичними формами ДЦП з метою відновлення рухових здібностей в умовах навчально-реабілітаційного процесу [9].

Ця методика дозволяє також активізувати всі показники системи зовнішнього дихання у дітей з ДЦП. Незважаючи на те, що застосовують велику кількість методів фізичної реабілітації для дітей із синдромом розладу рухових функцій, існує відчутна потреба комплексного дослідження особливостей корекції дітей даного контингенту та впровадження саме ранньої програми реабілітації. Гіпотеза про результативність ґрунтується на тому, що саме раннє застосування комплексної програми фізичної реабілітації дітей раннього віку з різним ступенем тяжкості захворювання забезпечує високу ефективність у напрямі відновлення рухових функцій.

Рання реабілітація – це комплекс заходів медичної реабілітації, що передбачає подальше усунення наслідків захворювань чи травми під час перебування хворого на гострому періоді чи наступному безпосередньо після завершення курсу активного лікування в стаціонарі.

Рання реабілітація має починатися вже у гострій фазі захворювання шляхом пасивної лікувальної фізкультури, дихальної гімнастики та інших лікувально-реабілітаційних заходів.

Раннє ураження мозку майже завжди надалі виявляється в тому або іншому ступені порушеним розвитком і є фактором ризику виникнення у дитини з руховою патологією. Незважаючи на рівну ймовірність ураження всіх відділів нервової системи, при дії патогенних факторів на мозок, що розвивається, насамперед і найсильніше страждає саме руховий аналізатор. З огляду на те, що уражається незрілий мозок, подальші темпи його дозрівання



сповільнюються і порушується порядок включення структур мозку в міру їхнього дозрівання у функціональні системи.

У дітей із синдромами рухових розладів та більш тяжкими порушеннями (дитячий церебральний параліч) затримано та в тій чи іншій мірі порушено оволодіння всіма руховими функціями: насилу та з запізненням формуються функція утримання голови, навички самостійного сидіння, стояння, ходьба, маніпулятивна діяльність [1].

Надалі рухові порушення, своєю чергою, мають несприятливий вплив на формування психічних і мовних функцій. Саме тому так важливо якомога раніше виявляти порушення у руховій сфері дитини. До року лише частина дітей із церебральним паралічем чи синдромами рухових порушень утримує голову, переважно вони не можуть самостійно сидіти.

До двох років діти з тяжкою руховою патологією часто погано утримують голову, не вміють вільно її повертати та розглядати навколишнє. Вони не в змозі повертатися та змінювати положення свого тіла.

До трьох років у дітей зазвичай з'являється можливість утримувати голову, деякі з них опановують навички самостійного сидіння і навіть утримують вертикальне положення (стоячи біля опори). Але самостійна ходьба більшості дітей з руховою патологією виявляється недоступною.

Практично у всіх дітей виявляються порушення рухових функцій кистей та пальців рук, що характеризуються щільним стисканням кулаків, приведенням великого пальця до долоні та неможливістю або утрудненням його участі при захопленні іграшки. У більшості дітей із церебральним паралічем або синдромами рухових розладів відзначається порушення координованої діяльності, різних аналізаторних систем. Патологія зору, слуху, м'язово-суглобового почуття істотно позначається на сприйнятті в цілому, обмежує обсяг інформації, ускладнює їхню пізнавальну діяльність.

Близько 25 % дітей мають патологію зорового аналізатора: схоже косоокість, розбіжна косоокість, звуження полів зору, зниження гостроти зору, часткова атрофія зорового нерва, міопія. Рухова недостатність заважає

формуванню зорово-моторної координації. Такі особливості зорового аналізатора призводять до неповноцінного, а окремих випадках до спотвореного сприйняття предметів та явищ навколишньої дійсності. Більшість дітей відзначаються різними порушеннями зорового сприйняття: проблеми фіксації погляду, відсутність чи фрагментарність простежування оптичного об'єкта, що рухається, недостатність зорових диференційованих реакцій, довільного перемикання погляду з предмета на предмет та інше.

Нерідко має місце недостатність просторово-розрізняльної діяльності слухового аналізатора. Порушення слухового сприйняття проявляються у вигляді короткочасності слухового зосередження та слухової орієнтовно-пошукової реакції, недостатності локалізації звуку у просторі та диференційованих слухових реакцій, нестійкості акустичної установки на мову. У багатьох дітей відзначається підвищена чутливість до зорових та слухових подразників. Різноманітні розлади емоційно-вольової сфери в одних дітей виявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, дратівливості, рухового розгальмування, у інших, навпаки, у вигляді загальмованості оборонних реакцій (здрігання, миготіння, плач).

Більшість дітей із руховими порушеннями на другому році життя знаходиться на відповідному рівні розвитку. На початку другого року у них спостерігається зниження потреби у мовному спілкуванні та низька голосова активність. Діти часто вважають за краще спілкуватися жестом, мімікою, криком. Порушення формування голосових реакцій поєднується зі слабкістю слухових диференційованих реакцій на голос, інтонацію, з труднощами локалізації звуку у просторі та недостатністю слухової уваги. Все це часом затримує розвиток початкового розуміння зверненого мовлення.

Індивідуальні терміни появи мови значно коливаються, що залежить від багатьох факторів: локалізації та тяжкості ураження мозку, раннього початку, систематичності та адекватності корекційно-логопедичної роботи. Вікова динаміка мовного розвитку дітей також великою мірою залежить від

стану інтелекту. Чим вищий інтелект дитини, тим сприятливіша динаміка розвитку мови, кращі результати логопедичної роботи [3, 4].

Крім затримки домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку майже у всіх дітей із руховими порушеннями відзначаються мовно-рухові (дизартричні) розлади. Дизартрія – порушення вимовної сторони мови, зумовлене недостатністю іннервації мовної мускулатури внаслідок органічного ураження центральної нервової системи.

Правильні диференційовані методики фізичних вправ та масажу сприятливо впливають на організм, підвищують ефективність лікування, сприяючи одужанню, при тяжких захворюваннях віддаляють настання інвалідності. Неправильна методика їх застосування або призначення у такій фазі захворювання, за якої вони протипоказані, може спричинити загострення патологічного процесу. Тому, застосовуючи масаж, необхідно знати не лише показання, але й протипоказання до його призначення, щоб не заподіяти шкоди хворій дитині.

Лікувальна фізкультура використовується при різних захворюваннях нервової системи дитини на всіх етапах реабілітації [3]. Особливості методик ЛФК для дітей з неврологічною патологією зводяться до широкого застосування ігрового методу, тому рухову діяльність дитини необхідно будувати за принципом однієї великої гри, що складається з безлічі малих ігор, ігрових завдань, дій, фрагментів тощо.

Загальними та обов'язковими принципами для всіх методик ЛФК є регулярність, систематичність та безперервність застосування лікувальної гімнастики, суворая індивідуалізація вправ ЛФК відповідно до стадії захворювання, його тяжкості, віком дитини, її психічним розвитком [5].

У подальших дослідженнях даної патології особлива увага в заняттях ЛФК приділяється тим руховим навичкам, які найбільше необхідні в житті, і насамперед забезпечують дитині ходьбу, предметно-практичну діяльність та самообслуговування.

Отже, провівши аналіз літературних джерел за даною проблемою, можна зрозуміти, що застосування методів фізичної реабілітації позитивно впливає на відновлення рухових функцій дітей з ураженням центральної нервової системи, запобігає розвитку вторинних ортопедичних та інших ускладнень, допомагає кращому інтелектуальному та психологічному розвитку.

### **3.3. Застосування «Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для дітей та підлітків» для реалізації програми раннього втручання**

Розвиток держави в контексті європейських орієнтирів передбачає захист прав дитини, її здоров'я та розвиток у ранньому віці як однієї із пріоритетних цінностей [1]. В Україні понад 289 тис. дітей віком від 0 до 4 років можуть потребувати комплексної допомоги, яка повинна надаватися відповідно до сучасних науково обґрунтованих підходів. В той же час проблема раннього виявлення, профілактики порушень розвитку дитини та функціонування її сім'ї, що забезпечується командою фахівців, як і її нормативно-правового забезпечення наразі є недостатньо розробленою для вітчизняної наукової спільноти.

Науковцями доведено доцільність і необхідність застосування для осіб із порушеннями психофізичного розвитку диференційованого підходу до вибору низки заходів у контексті психолого-педагогічного супроводу чи підтримки. (Е. Данілавичюте, В. Кобильченко, Т. Калініна, Н. Макарчук, Т. Скрипник, О. Федоренко та інші). Але залишаються невирішеними практичні питання щодо якнайранішого (з перших днів народження дитини) партнерства фахівців, сім'ї та суспільства. Зокрема, важливими є питання щодо методично-діагностичного забезпечення для визначення мети й завдань у межах такого партнерства. В наукових працях здебільшого розкриваються окремі аспекти психолого-педагогічної допомоги, реабілітації та раннього

втручання, що активно запроваджуються в Україні в останнє десятиліття (Кукуруза, Г. Соколова та інші); вони узгоджуються із зарубіжними дослідженнями в царині раннього втручання («early intervention»), які були проведені в країнах близького зарубіжжя (М. Блюмін, Л. Журба, А. Катаєва, Е. Леонгард, Е. Мастюкова та інші), Європи, США, Канади (М. Bruder, J. Cooper, R. Darling; M. Guralnick, R. McWilliam, S. Menuchin, J. Shonkoff, O. Speck та інші) [42, с. 90].

Досліджуючи нормативно-правове підґрунтя та передумови впровадження системи раннього втручання, насамперед відзначимо, що орієнтир на захист прав дитини базується на ратифікованих «Конвенція про права дитини» (1991 р.) і «Конвенція про права осіб з інвалідністю» (2010 р.). Саме ці документи підкреслюють рівну цінність і право на гідне життя і розвиток всіх дітей, незалежно від стану здоров'я і особливостей розвитку. Конвенція про права осіб з інвалідністю закликає суспільство використовувати модель соціального включення, що якнайраніше зміщує фокус з обмежень дитини, пов'язаних з її функціональними порушеннями, на бар'єри в суспільстві, що перешкоджають «нормалізації життя». В українському законодавстві основними правовими документами є – Конституція України, Сімейний кодекс України, Цивільний кодекс України.

Претекстом для впровадження в Україні послуг раннього втручання, що мають наукове та практичне підґрунтя, є Постанова Президії Національної академії медичних наук України від 22.11.2012 № 26/2 «Про створення в Україні системи раннього втручання для реабілітації дітей перших років життя».

В останні десятиліття в міжнародній практиці раннього втручання має місце зміна цілей, розвиток нового підходу, який визначається як функціональний. За цього підходу основною метою раннього втручання є сприяння благополуччю дитини, поліпшення здібностей дитини виконувати завдання, що постають у повсякденному житті, забезпечення максимальної активності і участі дитини в повсякденних життєвих ситуаціях [40].

Варто зазначити, що Кабінетом Міністрів України КМУ від 27 грудня 2017 р. №1008-р затверджено План заходів із впровадження в Україні «Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків». Уряд затвердив план заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків. Документ спрямований на створення системи класифікації для отримання порівнюваних даних про здоров'я окремої людини та населення в цілому, які необхідні для досягнення основних цілей у сфері охорони здоров'я, включаючи визначення загального стану здоров'я населення, вимірювання потреб та ефективності сфери охорони здоров'я а також забезпечення функціонування сучасної системи раннього втручання, інклюзивної освіти, абілітації і реабілітації [36].

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) рекомендує використовувати Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), яка дозволяє формулювати реабілітаційний діагноз, описувати стан пацієнта, виходячи із усіх складових здоров'я і пов'язаних з ним проблем, що обмежують життєдіяльність пацієнта [41]. Оцінка стану за МКФ, побудова категоріального профілю пацієнта дозволяють визначити мету, завдання, а також скласти індивідуальну програму реабілітації та оцінити її ефективність. Однак, використання доменів / категорій МКФ для оцінки стану пацієнта на практиці супроводжується наступними труднощами:

- встановлення в кожному конкретному клінічному випадку кількості доменів, достатньої для прийняттого рівня опису функціонування пацієнта;
- правильне застосування інструментів оцінювання доменів. Перше зумовлене тим, що повна версія МКФ включає понад 1400 категорій. Тому для опису функціонування пацієнта запропоновані основні / базові набори

МКФ (ICF Core Sets). Основні набори МКФ містять якнайменше доменів / категорій, проте стільки, скільки необхідно для опису рівня функціонування пацієнта. Основні набори МКФ слугують опорною схемою та практичним інструментом для ефективною класифікації та опису функціонування пацієнта. Вважається, що використання основних наборів МКФ спроможне підвищити міждисциплінарну надійність при кодуванні клінічних випадків, адже застосовуються лише відповідні домени / категорії для пацієнта з конкретним порушенням здоров'я. На цей час на сайті [www.icf-core-sets.org](http://www.icf-core-sets.org) наведені 86 повних і коротких основних / базових наборів МКФ.

В наступному слід зауважити, що МКФ – це лише класифікація, а не інструмент для оцінки стану пацієнта. З цим пов'язане друге утруднення застосування МКФ. Мало скласти прийнятний перелік доменів, треба вміти правильно їх оцінювати. Визначення сукупності інструментів, необхідних для оцінки функціонального стану пацієнта за доменами, є найважливішим завданням для будь-якого спеціаліста, що приймає участь в процесі реабілітації.

Суть вирішення цього завдання – використання однакових критеріїв оцінки доменів / категорій при описі порушень функцій, активності та діяльності будь-якого пацієнта. Зазвичай оцінка стану організму людини проводиться за допомогою шкал / тестів, але велика їх кількість не завжди дозволяє фахівцям розуміти один одного [11]. Створення єдиної системи, в якій будуть зібрані різні інструменти оцінки стану пацієнта, допоможе оптимізувати процес реабілітації [4].

Традиційний підхід до реабілітації дитячого населення будується з позицій виявлення причин та симптомів захворювання, своєчасної діагностики та здійснення лікувальних заходів. Фокус уваги в цьому випадку спрямований на патофізіологію та клініку хворобливого процесу, що обмежує зону проблеми та упускає безліч аспектів життєдіяльності, які можуть стати суттєвим ресурсом для розвитку та відновлення дитини.

Так, Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) широко застосовується у медицині для постановки діагнозу, але його можливостей недостатньо для планування реабілітації. З цією метою може бути використано Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для дітей та підлітків (МКФ-ДП, англ. International Classification of Functioning, Disability and Health: children & youth version, ICF-CY), структура якої дозволяє розглядати здоров'я як інтегративний показник стану організму (структур та функцій), активності та участі з урахуванням впливу факторів контексту та спирається на біопсихосоціальну модель, що описує взаємний вплив біологічних, психологічних та соціальних чинників для здоров'я людини [41].

Наприклад, відсутність самостійної ходьби у дитини з нижнім спастичним парапарезом може бути обумовлено різними патогенетичними механізмами: крім слабкості м'язів нижніх кінцівок, порушення балансу, координаторних проблем (біологічний фактор), на формування навички ходьби можуть впливати й інші обставини, що перешкоджають ходьбі, – страх падінь (психологічний фактор) або відсутність допоміжних пристроїв (соціальний фактор).

МКФ-ДП реалізує три принципи реабілітації:

В центрі уваги знаходиться пацієнт і його сім'я (пацієнт-центрований принцип), виявляється повний спектр проблем, що становлять реабілітаційний діагноз і є завданням реабілітації (проблемно-орієнтований принцип), а також формується зворотний на рівні організації реабілітаційного процесу з чітким розподілом обов'язків між членами реабілітаційної команди (мультидисциплінарний принцип).

МКФ-ДП має дві частини, кожна з яких містить дві складові:

Частина 1. Функціонування та обмеження життєдіяльності:

- а) функції та структури організму;
- б) активність та участь.

Частина 2. Чинники контексту:



- а) фактори довкілля;
- б) особистісні чинники.

У МКФ-ДП додано 230 нових кодів, які відсутні у МКФ для дорослих. Вони обумовлені властивою дитячому та підлітковому віку специфікою процесів розвитку, навчання та формування навичок. Наприклад, у МКФ-ДП є такі коди, як d131 – навчання через гру та дії, d2300 – дотримання режиму, e1152 – продукти та технології для гри та інше [65].

У МКФ-ДП розділи «Функції організму» та «Структури організму» розглядають анатомічні структури та типи порушення функцій, розділи «Активність» та «Участь» характеризують основні категорії життєдіяльності. Два цих поняття не тотожні, активність – це здатність дитини самостійно виконувати завдання та дію, а участь відображає залучення дитини до будь-якої життєвої ситуації. При цьому миття рук дитиною або одягання батьками дитини розцінюватиметься як її активність, але не як участь. Участю буде гра дитини з друзями у пісочниці або спроба заплести волосся сусідці по парті, тобто участь передбачає наявність інших людей [2].

Ще один важливий розділ «Фактори навколишнього середовища», що вивчає аспекти соціального функціонування дитини, використовується для розуміння, вивчення та верифікації у медичній документації фізичної та соціальної обстановки, в якій перебуває та розвивається дитина. Необхідно враховувати виражену залежність стану активності, розвитку та здоров'я дитини від зовнішніх обставин, у тому числі – від якості сімейної системи (батьків або доглядають осіб), від формування емоційної прихильності до батьків та наявності батьківської підтримки.

Взаємодія з сім'єю особливо актуальна на ранніх етапах життя, коли залежність дитини від дорослих, що доглядають, і від факторів зовнішнього середовища має глобальний характер: так, дефіцит їжі та води дитина раннього віку самостійно заповнити не може, що може стати причиною захворювання, а й призвести до смерті.

У ранньому віці сім'я може стати ресурсом для розвитку моторних навичок, когнітивних функцій та мовлення, самообслуговування та самостійності або, будучи дисфункціональним, виступає як емоційно депривований, дестабілізуючий розвиток система дитини. Фактори середовища можуть розглядатися двояко: і як бар'єри, що лімітують функціонування дитини та призводять до обмежень життєдіяльності (у коді МКФ-ДП позначаються точкою перед визначником), і як полегшують фактори, що покращують функціонування та зменшують обмеження життєдіяльності (позначаються знаком «+» перед визначником).

Наприклад, у слабозорі дитини постійне використання окулярів (домен «Вироби та технології для особистого повсякденного використання»), що підвищують гостроту зору (e115+4), істотно впливатиме на його активність та участь. Особистісні фактори окремо у МКФ-ДП не розглядаються. Важливою практико-орієнтованою цінністю МКФ-ДП є її системність – між усіма складовими існує динамічна взаємодія: втручання лише на рівні одного елемента можуть потенційно змінити інший або інші елементи [3].

Наприклад, у дитини з нейросенсорною приглухуватістю IV ступеня, що має виражене зниження слуху (порушення функції слуху) встановлення кохлеарного імпланту (полегшуючий фактор довкілля «Засіб і технологія комунікації») суттєво зменшує обмеження життєдіяльності (активності та участі дитини в різних подіях, пов'язаних з нею або довкола нього). Так, після втручання у дитини з'явилася мотивація до мови – він почав розуміти звернену до нього мову оточуючих, поступово стала формуватися власна експресивна мова («говоріння»), збільшилися здібності до комунікації, навчання, орієнтації, змінилися її поведінка та гра.

Фахівці, які працюють з дітьми (лікарі, педагоги, психологи, вихователі) відчують труднощі при проведенні оцінки життєдіяльності дітей різного віку. Це пов'язано з високою варіабельністю та залежністю

діяльності дитини від віку та з відсутністю чіткого стандарту (норми) для оцінювання певних видів діяльності.

Формування основних категорій життєдіяльності у дитини в ранньому віці відбувається поетапно та займає тривалий час: наприклад, здатність до пересування (мобільність, пов'язана з дозріванням рухових систем в онтогенезі) [4]. У зв'язку з цим оцінка діяльності має орієнтуватися на вік дитини, на властиву цьому віку провідну діяльність, на усвідомлене бажання дитини займатися цією діяльністю (на його мотивацію) та, власне, на результат діяльності.

У МКФ-ДП розділи «Активність» та «Участь» мають два взаємодоповнюючі визначники: визначник реалізації та визначник потенційної спроможності (капаситет). Визначник реалізації встановлює, що робить дитина в умовах того середовища, що його оточує, з урахуванням допоміжних засобів та сторонньої допомоги. Визначник потенційної здібності розкриває максимально можливий рівень функціонування дитини в даному домені на поточний час – тобто встановлює здатність дитини виконувати завдання самостійно, без сторонньої допомоги та без допоміжних засобів.

Значення цих визначників оцінюється, виходячи з спостереження за поведінкою дитини на природних умовах. Оцінка реалізації та потенційної можливості може збігатися. Наприклад, дитина з тяжкою черепно-мозковою травмою перебуває у комі.

Визначник реалізації в домені d550 – їда – відповідає 0 (немає порушень, дитину годують через зонд), визначник потенційної здатності – 4 (тяжкі порушення, самостійно їсти дитина не здатна). Таким чином, оцінка в домені «прийом їжі» – d550.04. [64].

Можлива зворотна ситуація. Дитина перебуває вдома на карантині (контакт із вітряною віспою), дитячий садочок відвідувати не може. В даному випадку реалізація в домені d8201 – участь у навчальній діяльності: виконання видів діяльності, що сприяють участі у навчанні, наприклад,

відвідування занять, взаємодія з однолітками та з вихователем, виконання обов'язків та вимог, що пред'являються до дитини – має тяжкі порушення (не ходить до дитячого садочка), а виражених порушень немає (міг би ходити до садочка – але через обставини неможливо). Таким чином, оцінка в домені «участь у навчальній діяльності» – d8201.40.

Найважливішими аспектами вивчення та кодування в МКФ-ДП є процеси, пов'язані зі зростанням та розвитком дитини в онтогенезі, тому МКФ-ДП можна використовувати як інструмент верифікації та відображення затримки розвитку дитини (за термінами та за розділами) для уточнення універсального визначника «Функції», «Структури», «Активності» та «Участі».

Єдина шкала класифікатора в цьому випадку може бути представлена таким чином:

xxx1 НЕЗНАЧНА затримка (легка, невелика...) 5–24 %

xxx2 ПОМІРНА затримка (середня...) 25–49 %

xxx3 ІСТОТНА затримка (виражена...) 50–95 %

xxx4 АБСОЛЮТНА затримка (повна...) 96–100 %

xxx8 не уточнена затримка

xxx9 не застосовується

Наприклад, діагностована у дитини 11 місяців затримка розвитку на 5 епікризних термінів (дитина погано тримає голову, не перевертається) може бути відображена в домені d410.4 (зміна пози при положенні лежачи), де визначнику 4 відповідає абсолютна затримка розвитку.

Для того, щоб розробити програму реабілітації, необхідно сформулювати реабілітаційний діагноз та поставити реабілітаційні цілі. Реабілітаційний діагноз включає перелік релевантних доменів. Наприклад, дитина 3 років, діагноз МКХ-10:

Спастичний церебральний параліч.

Диплегія.

Дизартрія.

Функціональний діагноз GMFCS III. MACS I. CFCS III. EDACS I.  
Реабілітаційний діагноз представлений у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Приклад формулювання реабілітаційного діагнозу при реалізації  
програми раннього втручання**

<b>Код домену</b>	<b>Функції</b>	<b>Кваліфікатор</b>
b7303	Сила м'язів нижньої половини тіла	4
b7353	Тонус м'язів нижньої половини тіла	4
	<b>Структура</b>	
s11000	Лобова частка	343
	<b>Активність та участь</b>	
d550	Їда	01
d540	Одягання	04
d4153	Перебування в положенні сидячи	00
d4500	Ходьба на короткі відстані	34
d4508	Ходьба сходами	44
d330	Мова	33
	<b>Чинники середовища</b>	
e1101	Ліки	.4 *
e1151	Допоміжні вироби та технології	.4
e120	Засоби та технології для пересування	.4
e310	Сім'я	+4**

Виходячи зі ступеня виявлених у дитини порушень життєдіяльності, насамперед моторного генезу, мета реабілітації на даному етапі включає

вертикалізацію пацієнта, переміщення у просторі за допомогою технічних засобів реабілітації (ТЗР) та покращення звукомовлення.

Відповідно до цілей була розроблена індивідуальна програма, подана у таблиці 3.2.

*Таблиця 3.2*

**Індивідуальна програма реабілітації програми раннього втручання**

Реабілітаційний діагноз	Фахівець мультидисциплінарної команди та напрямки (або технології) його роботи з дитиною
Одягання	Ерготерапевт, навчання
Геміпарез	Лікар ЛФК, інструктор ЛФК – вертикалізація, навчання ходьбі за допомогою ТЗР, активно-пасивна гімнастика для нижніх кінцівок
Ходьба	
Ходьба сходами	
Мова	Логопед – логопедичний масаж, постановка звуків, психолог – навички комунікації
Ліки (диспорт)	Лікар фізичної та реабілітаційної медицини
Допоміжні вироби та технології (ортези, взуття)	Лікар ЛФК, ерготерапевт – підбір ТЗР, правильне взуття
Вироби та технології для пересування (ходунки, коляска)	Лікар ЛФК, ерготерапевт – підбір ТЗР
Сім'я	Психолог – психокорекційна робота, ерготерапевт – навчання сім'ї

Після проведення реабілітаційних заходів у дитини спостерігалось суттєве поліпшення в доменах «Активності» та «Участі» за рахунок передусім усунення бар'єрів у навколишньому середовищі. Підбір ТЗР, навчання використанню засобів пересування, проведення ботулінотерапії та

зниження спастичності на фоні активної нейрореабілітації, заняття з логопедом та ерготерапевтом дозволили вертикалізувати пацієнта, полегшити йому переміщення у просторі, зменшити больовий синдром, покращити артикуляцію промови. Ефективність реабілітації оцінювалася в тих ж доменах (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

## Ефективність реабілітації

Назва домену	Код домену	
	<i>До реабілітації</i>	<i>Після реабілітації</i>
<b><i>Функції</i></b>		
Сила м'язів нижньої половини тіла	b7303.4	b7303.4
Тонус м'язів нижньої половини тіла	b7353.4	b7353.4
<b><i>Структури</i></b>		
Лобна частка	s11000.343	s11000.343
<b><i>Активність та участь</i></b>		
Їжа	d550.00	d550.00
Одягання	d540.04	d540.03
Перебування в положенні сидячи	d4153.00	d4153.00
Прогулянка на короткі відстані	d4500.34	d4500.02
Ходьба сходами	d4508.44	d4508.24
Мова	d330.33	d330.03
<b><i>Чинники середовища</i></b>		
Ліки	e1101.4	e1101+3
Допоміжні вироби та технології	e1151.4	e1151+3
Вироби та технології для пересування	e120.4	e120.4+1
Сім'я	e310+4	e310+4

Можливості для встановлення взаємозв'язку між станом здоров'я дитини, особливостями її функціонування та чинниками зовнішнього середовища забезпечує Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків (МКФ-ДП). Вона базується на біопсихосоціальной моделі та забезпечує комплексний підхід до аналізу життєдіяльності дитини в певних життєвих обставинах, враховуючи її потреби та фактори середовища, а не лише медичні аспекти проблем. МКФ-ДП була розроблена і прийнята у 2007 році експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) як похідна версія Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) з метою врахування особливостей функціонування особи у віці від народження до 18 років. Вона розрахована на використання у різних сферах діяльності, зокрема, таких як охорона здоров'я, соціальний захист, освіта, законодавство та інших.

Отже, робота з МКФ-ДП дозволяє розглядати складні моделі захворювань та порушення функцій у контексті супутніх факторів середовища, активності та участі. На відміну від звичної для практикуючих лікарів схеми побудови програми реабілітації, орієнтованої на те, щоб відновити пошкодження структури та функції; програма на основі МКФ-ДП спрямована на відновлення аспектів життя, необхідних для активності та участі. Подібний підхід має безумовну практико-орієнтованість і цінність для сім'ї та фахівців, які працюють з дитиною, що має порушення у розвитку. Цей підхід допомагає знаходити можливості для розвитку та використовувати потенціал для реабілітації та корекції порушень не тільки в рамках повторюваних курсів медикаментозної терапії та відвідування циклів занять у реабілітаційному центрі, а й за допомогою підключення сімейних ресурсів, соціальних середових факторів, особливостей ігрової, комунікативної та освітньої взаємодії, здатних змінити якість життя дитини та членів його сім'ї.



## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Загальновідомо, що за нормального розвитку дитини емоційна дистанція між нею та батьками здебільшого відсутня. Однак за наявності будь-яких порушень психомоторики виникають проблеми у стосунках між членами сім'ї. Батьки відчують біль, не справляються з побутовими проблемами, що накладає відбиток на спілкування між ними. Важливо сконцентруватися на розумінні реальної ситуації, внутрішнього світу дитини та його мінливих проявів. Шлях до усвідомлення цього може бути складним і лякаючим завданням, яке може затриматися не тільки після появи порушень у дитини.

Одним зі шляхів вирішення проблеми психологічного комфорту у сім'ї є сімейна взаємодія. Сім'я як система із декількох індивідів, котрі перебувають у динамічних взаємовідношеннях, складається із чотирьох компонентів (А.Р. Turnbull та ін.). Виділяють такі складники сім'ї: підсистеми, згуртованість, пристосовність і комунікацію. Проблема нормалізації стану психомоторики у дітей має вирішуватися комплексно, що передбачає не тільки консолідацію професійних дій фахівців із різних напрямів (медиків, педагогів, психологів), а й тісний їх зв'язок із родиною дитини, з її батьками.

Ця робота з координації дій педагогів і батьків має бути системною і передбачати такі етапи: анкетування батьків дитини, співбесіду з родиною, формулювання основних потреб родини, розробку індивідуальної програми профілактики та корекції порушень психомоторики конкретної дитини (включаючи порушення постави), педагогічне спостереження за родиною та різні форми очного та дистанційного консультування батьків і родичів дитини (дозовану допомогу за необхідності, фасилітацію).

Протягом констатувального педагогічного експерименту слід апробувати різні варіанти консультування батьків дітей із порушеннями психомоторики. Найбільш вдалим слід вважати такі: очне консультування

тільки батьків (без дитини) або батьків і дитини разом; дистанційну форму консультування батьків (за допомогою телефону, смартфона, іншого гаджета); онлайн-консультування на основі використання Інтернету (одноденні або пролонговані вебінари); очні семінари, тренінги з батьками та дітьми, майстер-класи від провідних фахівців із тієї або іншої галузі. Можливе успішне комбінування цих форм консультування у різних варіантах.

В результаті тривалого вивчення дітей першого року життя були розроблені показники нервово-психічного розвитку. Дослідники звернули увагу на те, що необхідною умовою своєчасного і правильного розвитку дитини є достатній рівень розвитку сенсорного сприйняття. Для розвитку мовлення необхідний відповідний розвиток умовних рефлексів першої сигнальної системи на основі зорових, слухових і тактильних подразнень. Орієнтовні реакції і заснована на них орієнтовно-дослідницька діяльність відіграють важливу роль в психічному розвитку дитини. Зоровий аналізатор є центральною ланкою в пізнавальній діяльності дитини. У новонароджених дітей є вроджений рефлекс руху очей, що виникає під впливом рушійного подразника в полі зору і викликає в перший тиждень життя у здорової дитини. Рухи очей в цей період стрибкоподібні, немає стійкого контакту між оком і подразником. Потім розвивається стійке простеження за об'єктом, пригальмовування загальних рухів, а також рух голови, яка слідує з деяким запізненням за рухом очей. Ці рухи виникають у здорової дитини в два тижні життя. До кінця першого місяця життя у дітей викликає тривала зорова фіксація на особі дорослого і предметах, що знаходяться збоку, зверху, знизу від очей. Слуховий аналізатор відноситься до найважливіших аналізаторів нервової системи людини. Периферичний відділ слухового аналізатора підготовлений до сприйняття звуків вже до моменту народження дитини, але слух у перші дні після народження малюка недосконалий. У дитини немає вродженої реакції повороту очей і голови в бік звуку. Така реакція формується до 3–3,5 місяці. У чотири місяці дитина прислухається до голосу

дорослого, шукає його, відповідає посмішкою, сміхом, гулінням. З п'яти місяців вона починає розрізняти тон голосу, адекватно на нього реагує, тобто з'являються слухові диференціювання. У віці 8–12 місяців формується початкове розуміння зверненої мови. За даними ряду дослідників, з 6 місяців починає формуватися фонематичний слух, а його формування в нормі закінчується до 1 року 7 місяців. Слухо-мовний аналізатор розвивається раніше за інші відділи, пов'язані з функцією мовлення, що викликано дозріванням слухового аналізатора до моменту народження дитини. Але для функціонування слухо-мовного аналізатора необхідно розвивати у дитини слухове зосередження, тонкі диференціювання на людський голос, тобто розвивати не просто слух, а мовний слух. Дослідники відзначають, що одним з показників нервово-психічного розвитку здорової дитини є розвиток розуміння мовлення – дуже складного і тривалого процесу. Для розвитку імпресивного мовлення виняткову значимість набуває емоційне спілкування з дитиною перших днів життя. У перші місяці життя при спілкуванні з дорослим слово сприймається дитиною як компонент комплексного подразника, який складають положення тіла немовляти, навколишнього оточення, зовнішнього вигляду людини, що говорить, її голос і інтонація. З другого півріччя життя у дитини різко зростає інтерес до всього навколишнього. У 7–8 місяців при правильному розвитку у дитини починає встановлюватися зв'язок між деякими словами з оточуючими предметами, тобто формується первинне розуміння мовлення. До кінця першого року життя у дитини з'являються перші узагальнення. Формування узагальнень свідчить про початок функціонування другої сигнальної системи, властивостями якої є узагальнення і відволікання. Аналіз наукових джерел дозволяє констатувати, що при нормальному мовному спілкуванні дитини з оточуючими, мовні зв'язки утворюються шляхом наслідування і закріплюються шляхом рефлексорного повторення – фізіологічної ехолалії. Для того, щоб дитина почала говорити, у неї повинні досягти певного рівня розвитку як мовноруховий і слухомовний аналізатори, так і органи

артикуляції. Перший рік життя дитини розглядають як домовленнєвий період. Динаміка оволодіння дітьми звуковою стороною мовлення вивчена порівняно мало. Освоєння фонетики в основному визначається розвитком мовленнєвого аналізатора, але є й інша думка, згідно з якою засвоєння звуків мови залежить від їх акустичних властивостей. До кінця першого року життя у здорової дитини з'являються імпресивне (передумови до розуміння мови) і експресивне (власне домовна активність) мовлення, розвивається ігрова діяльність. Дитина починає самостійно пересуватися. На цьому закінчується домовленнєвий період. Потім проходить вдосконалення і подальший розвиток всіх сторін мовлення.

Важливим інструментом, що охоплює весь комплекс життєдіяльності – від народження дитини до досягнення повноліття і дає змогу провести оцінку функціонування дитини у різних середовищах відповідно до сучасних підходів на основі біопсихосоціальної моделі допомоги та концепції прав людини, надати професійну освітню допомогу та супровід під час навчання, є МКФ-ДП. Її структурні частини забезпечують можливість дослідження взаємозв'язку між чинниками функціонування та обмеження діяльності людини (структури та функції тіла, активність та участь особи у життєвих ситуаціях і суспільній діяльності) та контекстуальними факторами (навколишнє середовища та особистісні характеристики особи) у динаміці. Така структура дає можливість описувати не особу, а стан, у якому вона знаходиться. Результати опису забезпечують краще розуміння стану здоров'я людини для планування медичних, соціальних та освітніх втручань.

В останні роки відзначається збільшення кількості дітей, які народилися з ознаками ураження центральної нервової системи (ЦНС). Поразки ЦНС поєднують різні патологічні стани, обумовлені впливом на плід шкідливих факторів у внутрішньоутробному періоді, під час пологів та ранні терміни після народження. Провідне місце займають асфіксія і внутрішньочерепна родова травма, які найчастіше вражають нервову систему плода, що аномально розвивається. За даними різних авторів, перинатальна

патологія зустрічається більш ніж у 85 % випадків. Реабілітація – це відновлення здоров'я, функціонального стану та працездатності, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними та соціальними факторами. Мета реабілітації – ефективна та раннє повернення хворих та інвалідів до побутових та трудових процесів, суспільство, відновлення особистісних властивостей людини.

На думку МОЗ, реабілітація є процесом, спрямованим на всебічну допомогу хворим та інвалідам, досягнення ними максимально можливої при цьому фізичному захворюванні, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності. Таким чином, реабілітацію слід розглядати як складну соціально-медичну проблему, яку можна поділити на кілька видів або аспектів: медичну, фізичну, психологічну, професійну (трудова) та соціально-економічну. Головним завданням медичної реабілітації є повноцінне відновлення функціональних можливостей різних систем організму та опорно-рухового апарату, а також розвиток компенсаторних пристосувань до умов повсякденного життя та праці

За останні роки політика України стосовно осіб з інвалідністю зазнала суттєвих змін, в основі яких – перехід від медичної до соціальної моделі розуміння інвалідності. Це вплинуло на погляди та пріоритети щодо підходів виявлення особливостей і своєчасного втручання в процес функціонування дітей із порушеннями психофізичного розвитку. Сьогодні є науковий інтерес до дослідження всебічного вивчення чинників, що можуть впливати на ранній розвиток, функціонування дитини та її родини, на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків. Актуальною в цьому контексті залишається проблема участі та діяльності дітей із ДЦП раннього віку через перегляд їхнього індивідуального профілю розвитку, зважаючи на фактори навколишнього середовища. Головним чином це зумовлено статистикою чисельності дітей із таким синдромом як в Україні, так і за її межами. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків

(МКФ-ДП) включає в себе подальшу детальну інформацію про застосування МКФ при документуванні характеристик дітей та підлітків віком до 18 років. МКФ-ДП пропонує концептуальні рамки та єдину стандартизовану термінологічну мову для позначення проблем, які проявляються в ранньому дитинстві, дитячому і підлітковому віці, включаючи функції та структури організму, обмеження активності та участі, а також фактори навколишнього середовища, що мають важливе значення для дітей і підлітків [2]. Усі подальші зміни в системі раннього втручання в Україні пов'язані із провадженням Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, партисипативного підходу у взаємодії з батьками дітей з особливостями в розвитку.

## ВИСНОВКИ

1. Аналіз літературних джерел за даною проблемою дав можливість сформулювати висновок, що виявити початкові відхилення у розвитку, виділити дітей із глибокими множинними проявами відставання дозволяє діагностика психомоторного розвитку з періоду новонародженості для подальшого застосування програми раннього втручання у дітей до одного року, що покращує відновлення рухових функцій дітей та призводить до попередження розвитку вторинних ортопедичних ускладнень та покращує психологічний та інтелектуальний розвиток.
2. Результати вивчення психомоторного розвитку дітей першого року життя вказують на тісний взаємозв'язок розвитку моторних, сенсорних функцій, голосових реакцій та сенсорно-моторної поведінки в цілому та їх кореляцію з наявністю неврологічних порушень, стигм дизембріогенезу, особливостей сну, неспання дитини. Рівень психомоторного розвитку дитини першого року життя потрібно охарактеризувати за допомогою бальних оцінок, в основу чого покладено комплексний еволюційний аналіз розвитку дитини на кожному місяці життя з виділенням провідних вузлових функцій на кожному віковому етапі.
3. Робота з МКФ-ДП дозволяє розглядати складні моделі захворювань та порушення функцій у контексті супутніх факторів середовища, активності та участі. Цей підхід допомагає знаходити можливості для розвитку та використовувати потенціал для реабілітації та корекції порушень не тільки в рамках повторюваних курсів медикаментозної терапії та відвідування циклів занять у реабілітаційному центрі, а й за допомогою підключення сімейних ресурсів, соціальних середових факторів, особливостей ігрової, комунікативної та освітньої взаємодії, здатних змінити якість життя дитини та членів його сім'ї.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аухадєєв Е.І. Новий методологічний підхід до реабілітації пацієнтів на основі міжнародної класифікації функціонування / Аухадєєв Е.І., Бодрова Р.А. // Вісник відновлювальної медицини. 2014. № 1. С. 6-10.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. Москва : Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2000. 320 с.
3. Барташнікова І.А., Барташніков О.О. Як визначити рівень розумового розвитку дитини. Тернопіль: Богдан, 1998. 88 с.
4. Бадалян Л.Ю. Дитячий церебральний параліч. Київ: Здоров'я, 1988. 328 с.
5. Безпосередні та віддалені результати комплексної реабілітації хворих на дитячий церебральний паралічем у вигляді спастичної диплегії / А. В. Рогов, Є. Ф. Левицький, В. К. Пашков [та ін] // Вісник Івановської медичної академії – 2014. № 19. С. 19–23.
6. Богуш А. М., Гавриш Н. В., Саприкіна О. В. Теорія і методика розвитку мовлення дітей раннього віку. Підручник для студентів вищих навчальних закладів факультетів дошкільної освіти. К.: Видавничий Дім «Слово», 2009. 408 с.
7. Выготский Л. С. Собрание сочинений. В 6 т. Т. 5. Основы дефектологии / Л. С. Выготский ; под ред. Т. А. Власовой. Педагогика, 1983. 368 с.
8. Гнатейко [та ін.]; за ред. В. Г. Майданника ; М-во охорони здоров'я України. – Вид. 2-е, випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 871 с.
9. Державна служба статистики України. URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/oper\\_new.html](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/oper_new.html)
10. Динаміка показників моторного розвитку дітей з церебральними паралічами у процесі реабілітації за методом професора Козьявкіна /



- В. І. Козявкін, В. І. Лісович, О. Д. Кушнір, О. А. Качмар // Міжнародний неврологічний журнал. 2018. №8. С. 14–22.
11. Дуткевич Т. В. Дошкільна психологія : навч. посіб. / Т. В. Дуткевич. К.: Центр учбової літератури, 2007. 391 с.
  12. Єфименко М. Принципи корекції порушень постави в дітей раннього віку із затримкою психомоторного розвитку / М. Єфименко, В. Беседа // Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки : зб. наук. пр. Вип.2. Бердянськ : БДПУ, 2020. С.159-172
  13. Журба Л. Т., Мастюкова Е. М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М.: Медицина, 1981, 272 с.
  14. Жабокрицька О. В. Нетрадиційні методи й системи оздоровлення: навчальний посібник / О. В. Жабокрицька, В. С. Язловецький. Кіровоград : РВЦ КДПУ ім. Володимира Винниченка. 2015. 187 с.
  15. Жебровський Б. М. Пренатальна та перинатальна педагогіка / авт.-упоряд.: Т. Д. Азаренко, А. П. Грищенко, Т. Л. Гурковська, О. П. Долинна та ін. Тернопіль : Мандрівець, 2013. 80 с.
  16. Журба Л.Т., Мастюкова Е.А. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М.:Медицина. 1981. 271 с.
  17. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2018 році : статистичний бюлетень // Держкомстат України. К., 2019. 36 с.
  18. Здоров'язбережувальні технології в освітньому середовищі: колективна монографія / [за заг. ред. Л.М. Рибалко]. Тернопіль: Осадца В. М., 2019. 400 с.
  19. Іванова Г.Е., Мельникова Є.В. Використання МКФ та оціночних шкал у медичній реабілітації. Вісник відновлювальної медицини, 2018; С. 14-22.
  20. Катілов О.В., Дмитрієв Д.В., Дмитрієва К.Ю., Макаров С.Ю. Клінічне обстеження дитини. Вінниця: Нова Книга, 2019. 518с.

21. Казачінер О., Алімова Ю., Гордієнко І. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків: упровадження в роботу. *NeiroNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2017, № 6. С. 37–40.
22. Казачінер О., Гордієнко І., Алімова Ю. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків: співпраця батьків і вчителів-реабілітологів. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2020, № 2. С. 193–199.
23. Качмарик Х.В. Особливості психологічного супроводу аутичних дітей у дошкільній установі : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08. Київ, 2015. 22 с.
24. Курдюмова Н.О., Поліщук Т.Г., Пашко О.А., Чернявська Ю.В., Таран В.В. Практичні навички в педіатрії. Навчальний посібник. Київ: ВСВ «Медицина», 2018. 295 с.
25. Кукуруза Г. В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: монографія. Х.: Точка, 2013. 244 с. URL: <https://rvua.com.ua/media/144/a5432393cd1a9048a4e64e3abbbdd939d.pdf>
26. Карпенко Н. В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя) : навч. посібник / Н. В. Карпенко. К.: Каравела, 2014. 192 с.
27. Козловская Г.В. Терапия психических расстройств у детей раннего возраста // *Журн. психофармакотер.* 2007. № 5. С. 23–7.
28. Магльований А. В. Основи фізичної реабілітації / А. В. Магльований, В. М. Мухін, Г. А. Магльована. Львів, 2006, 150 с.
29. Мартиненко Я. А. Раннє втручання у дітей з руховими порушеннями / Я. А. Мартиненко // *Міжнародний неврологічний журнал*. 2016. № 2. С. 168–169

30. Мартинюк В. Ю. Діагностичні критерії рухових порушень у немовлят із позиції доказової медицини / В. Ю. Мартинюк, О. В. Назар // Міжнародний неврологічний журнал. 2014. № 3. С. 164–165.
31. Мастюкова О.М. Діагностика порушень доречового розвитку у дітей з церебральними паралічами та шляхи логопедичних заходів у цьому періоді. М., 1973. 24 с.
32. Мельникова Є.В., Буйлова Т.В., Бодрова Р.А. Використання міжнародної класифікації функціонування (МКФ) в амбулаторній та стаціонарній медичній реабілітації: інструкція для фахівців / Вісник відновлювальної медицини. 2017. №6. С. 7–20
33. Мога М. Д. Корекція моторної сфери дітей раннього віку зі спастичним синдромом: монографія / М. Д. Мога. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2019. 444 с.
34. Міністерство охорони здоров'я. Наказ МОЗ України від 23.05.2018 № 981 "Про затвердження перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків". URL: [http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-23052018--981-prozatverdzhennja-perekladu-mizhnarodnoi-klasifikacii-funkcionuvannja-obmezhenzhittedijalnosti-ta-zdorov %E2 %80 %99ja-ta-mizhnarodnoi-klasifikacii-funkcionuvannjaobmezhen-zhittedijalnosti-ta-zdorov %E2 %80 %99ja-ditej-i-pidlitkiv](http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-23052018--981-prozatverdzhennja-perekladu-mizhnarodnoi-klasifikacii-funkcionuvannja-obmezhenzhittedijalnosti-ta-zdorov-%E2%80%99ja-ta-mizhnarodnoi-klasifikacii-funkcionuvannjaobmezhen-zhittedijalnosti-ta-zdorov-%E2%80%99ja-ditej-i-pidlitkiv).
35. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я. Женева: ВООЗ, 2001. URL: <http://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn20180523981dod1.pdf>
36. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків. Міністерство охорони здоров'я України. URL : <https://moz.gov.ua/mkf>

37. Мога Н. Д. Дифференциальные подходы к классифицированию спастических двигательных нарушений у детей / Н. Д. Мога // Науковий часопис. 2018. № 35. С. 50–61.
38. Мога М. Д. Корекційна стратегія в фізичному вихованні дітей раннього віку зі спастичним типом рухових порушень / М. Д. Мога // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). 2012. № 14. С. 228–238.
39. Микиртумов Б.Є., Кошавцев А.Г., Гречаний С.В. Клінічна психіатрія раннього дитячого віку. СПб: Пітер, 2001. 256 с.
40. Наказ МОЗ України від 08.10.2007 N 623 Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда та порядку їх складання.
41. Наказ МОЗ України №149 від 20.03.2008 «Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років».
42. Некраш Л. Впровадження системи раннього втручання в Україні. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2018, № 1. С. 134–139.
43. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. Навчально-методичний посібник / за ред. Мартинюка В.Ю., Зінченко С.М. К.: Інтермед, 2005. 416 с.
44. Практикум з пропедевтичної педіатрії з доглядом за дітьми / За ред. В.Г. Майданника, К.Д. Дуки. К.: Знання України, 2002. 234с.
45. Пальчик А.Б. Лекции по неврологии развития. М: «МЕДпресс-информ», 2012. 368с.
46. Породько М. І. Діагностика мовленнєвої функції дітей відповідно до міжнародної класифікації хворіб. Матеріали звітних наукових конференцій факультету педагогічної освіти. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2019. Вип. 4. С. 142-145.
47. Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмеження

- життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків: розпорядження Кабміну України від 27.12.2017 р. № 1008-р. URL : <http://surl.li/oufg>
48. Пропедевтична педіатрія. За редакцією академіка НАМН України, професора В.Г. Майданника. Вінниця, Нова Книга, 2012, 880с.
  49. Порівняльна характеристика впливу різних засобів відновлення на функцію зовнішнього дихання у дітей із дитячим церебральним паралічем / П. В. Кравцевич, А. А. Бруйков, А. В. Гулін, А. І. Петкевич // Вісник університету. 2013. № 18. С. 1362-1364
  50. Породько М.І. Діагностика психомоторного розвитку дитини з аутизмом. Матеріали науково-практичної конференції «Предиктори соціальної інклюзії». Збірник тез доповідей. Кривий Ріг, «Діонат». 2019. С.129-132.
  51. Програма розвитку дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку від 3 до 7 років «Віконечко»/ за ред. Л.І. Прохоренко. 2018. 236 с.
  52. Ріст і розвиток людини: навчальний посібник / Під ред. проф. Ю.М.Нечитайла. Чернівці: БДМА, 2003. II вид., пер. 56 с.
  53. Роджерс С.Дж., Доусон Дж., Вісмара Л.А. Денверська модель раннього втручання для дітей з аутизмом: як у процесі повсякденної взаємодії навчити дитину грати, спілкуватися та вчитися / пров. з англ. В. Дегтярьової. Єкатеринбург: Рама Паблішинг, 2016. 416 с.
  54. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та в суспільстві. Львів, 2008. 234 с.
  55. Семенова К. А. Метод динамической проприоцептивной коррекции в восстановительном лечении больных детским церебральным параличом / К. А. Семенова, А. А. Воронов, Н. Ю. Титаренко // Детская и подростковая реабилитация. 2004. № 2. С. 45–48.
  56. Семенова К. А. Проблема відновного лікування дитячого церебрального паралічу / К. А. Семенова // Журнал неврології та психіатрії. 2012. № 7. С. 9-13.

57. Склянська О. Програми психолого-педагогічної допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку та їх родинам. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2017, № 1. С. 233–239.
58. Синягина Н. Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений. М.: Владос, 2001. 178 с.
59. Ткаченко С., Поцюрко Р., Беш Л. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики. Київ: Медицина, 2021. 592с.
60. Цыкунов МБ. Оценка нарушений при патологии опорно-двигательной системы с использованием категорий Международной классификации функционирования. Физическая и реабилитационная медицина, 2019;1(2):37–59. DOI: 10.26211/2658-4522- 2019-1-2-37-59
61. Фрейд А. Психопатологии детства. М.: NOTA BENE, 2000. 278 с.
62. Чеботарьова В.Д., Майданник В.Г. Пропедевтична педіатрія. К., 1999. 578 с.
63. Шкала великих моторних функцій (Gross Motor Function Measure – GMFM) // Все про ДЦП. Інформація для пацієнтів, їх сімей та спеціалістів. URL: <http://www.dcp.com.ua/sites/default/files/GMFM-blank-ukr.pdf>.
64. Annie Bernier, Stephanie M. Carlson, Natasha Whipple. From External Regulation to Self-Regulation: Early Parenting Precursors of Young Children’s Executive Functioning / Child Development. January/February 2010. Vol. 81. N 1. P. 326–339
65. Adolfsson M. Applying the ICF-CY to identify children’s everyday life situations: A step towards participation-focused code sets. International Journal of Social Welfare. 2013, 22, pp. 195–206.
66. Achenbach T.M. Manual for ASEBA Preschool Forms and Profiles: An integrated system of multi-informant assessment / T.M. Achenbach, L.A. Rescorla // University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington, 2000. 178 p.

67. Bayley D.B., Buysse V., Simeonsson R.J. Individual and team consensus ratings of child functionings // *Dev. Med. Child Neurol.* 1995. Vol. 37. P. 246-259
68. Blackman, J. A. Early intervention: A global perspective / J. A. Blackman. Text : unmediated // *Infants & Young Children.* 2002. V. 15. № 2. P. 11-19
69. Brazelton T.B. Neonatal Behavioral Assessment Scale // *Clinics in Developmental Medicine.* 1984. Vol. 88.- 125 p.
70. Brandão, M. B. Functional priorities reported by parents of children with cerebral palsy: contribution to the pediatric rehabilitation process / M. B. Brandão, R. H. S. Oliveira, M. C. Mancini. Text : electronic // *Brazilian Journal of Physical Therapy.* 2014. V. 18. № 6. P. 563-571. URL: <https://doi.org/10.1097/00001163-200210000-00004>.
71. Butler C. Effects of neurodevelopmental treatment (NDT) for cerebral palsy: an AACPD evidence report / C. Butler, J. Darrah // *Developmental medicine and child neurology.* 2001. Vol. 43. P. 778–790.
72. Dick N.P. The Denver Development Screening Test. *Developmental Medicine and Child Neurology.* 1973. №15. P. 849-850.
73. Casaer P., Lagae L. age specific Approach to 118 Neurological Assesment in the first year of life // *Acta Paediatrica Japonica.* 1991. Vol.33. №2. P. 125-138.
74. Enemark L. A. Looking into the Content of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM): A Danish CrossSectional Study / Larsen A. Enemark, S. Wehberg, J. R. Christensen. Text : electronic // *Occupational Therapy International.* 2020. V. 2020. URL: <https://doi.org/10.1155/2020/9573950>.
75. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization, 2001 [cited 2019 May 14]. URL: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

76. International Classification of Functioning, Disability and Health: children & youth version. Geneva: WHO; 2008. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43737>
77. Mary D. Sheridan From Birth to Five Years, Children Developmental Progress. London, New-York: Routledge. 1997.237 p.
78. McWilliam, R. A. Behavior engagement as a measure of the efficacy of early intervention / R. A. McWilliam, C. M. Trivette, C. J. Dunst. Text : electronic // Analysis and Intervention in Developmental Disabilities. 1985. V. 5. № 1-2. P. 59-71. URL: [https://doi.org/10.1016/s0270-4684\(85\)80006-9](https://doi.org/10.1016/s0270-4684(85)80006-9)
79. PISANI F et al. A scoring system for early prognostic assessment after neonatal seizures // Pediatrics. 2009. Vol. 124. №4. P.580
80. Prechtl H.F.R. The neurological examination of the full term infants// Clinics in developmental medicine, №63. 1977. 109 p.
81. Reddiough D. S. Efficacy of programmes based on conductive education for young children with cerebral palsy / D. S. Reddiough // Developmental Medicine & Child Neurology. 1998. Vol. 40. P. 763–770.
82. UNICEF: Promoting the rights of children with disabilities innocenti. 2007, Digest No. 13. URL: [www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/children\\_disability\\_rights.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/children_disability_rights.pdf).
83. Van Zeijl J. Terrible ones? Assessment of externalizing behaviors in infancy with the Child Behavior Checklist / J. Van Zeijl, J. Mesman, M.N. Stolk et al. // J Child Psychol Psychiatry. 2006. Vol. 47. P. 801–810
84. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. 2001. URL: <https://cutt.ly/LcRAZ3X>
85. Vojta V. The basic elements of treatment according to Vojta / V. Vojta // Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy. 1984. Vol. 75
86. Volpe J.J. Neurology of the newborn. 5nd ed. Philadelphia. 2008. 1094p.



## ДОДАТКИ

### Психомоторний розвиток здорової дитини

2	Самостійне утримання голови – розширення сфери пізнання дитиною насправді, оскільки перебуваючи на руках у дорослого, дитина вже може вільно повернути голову та розглянути щось нове
6–7	Сидіння, що забезпечує специфічно людське горизонтальне сприйняття дитиною дійсності, сприяє здійсненню хапальних та дотичних рухів руками, збагачує можливості контактувати з дорослими.
10	Повзання, що сприяє розширенню сфери пізнання дійсності через можливість самостійної зміни позиції досягати бажаного близького предмета, отримувати задоволення від рухів та власних досягнень.
12	Ходіння, яке дає такі прогресивні придбання психіки дитини, як розвиток вольової регуляції, просторової орієнтації, розширення сфери пізнання