

*Ключові слова:* КДПІ імені О.М. Горького, Інститут дефектології, дефектологічний факультет, кафедра спеціальної педагогіки, логопедія, сурдопедагогіка, порушення мови, мова жестів, лікар-фельдшер, кандидатська дисертація.

**Козинец А.В. Научно-педагогическая деятельность Р.Г. Краевского**

В статье идет речь о научно-педагогической деятельности представителя плеяды ученых-дефектологов, который жил и работал в течение XX века — кандидата педагогических наук, доцента Рудольфа Генриховича Краевского. Освещено несколько важных этапов, которые повлияли на его научное становление. В частности, говорится о периоде обучения Р.Г. Краевского: в гимназии-пансионате «Святых Отцов» иезуитов в г. Бонковице — первом заведении, где началось формирование научного мировоззрения Рудольфа Генриховича и о Психоневрологическом институте в Петрограде. Очерчены «педагогический» период ученого, который охватывает довоенные годы (работа в слухо-речевом кабинете при Киевской школе-интернате №6 для глухих детей) и послевоенный — 1944 - 1954 годы, когда Р.Г. Краевский работал на должности штатного инспектора-методиста школ для глухих отдела специальных школ для детей с нарушением слуха и речи Министерства образования УССР и старшим научным сотрудником Института дефектологии. Начиная с 1945 года и официально до 1969 года Р.Г. Краевский работал преподавателем на дефектологическом факультете КГПИ имени А.М. Горького. «Медицинский» период жизни Р.Г. Краевского охватывает время работы в специализированном эвакуационном госпитале на базе ЛОР-клиники Харьковского медицинского института при Чкаловском областном отделе здравоохранения (1941-1944 гг.), где он работал с больными с псевдосурдомутизмами, которые сочетались с афониями функционального происхождения. Также сделан обзор опубликованных и неизвестных научных трудов ученого.

*Ключевые слова:* КГПИ имени А.М. Горького, Институт дефектологии, дефектологический факультет, кафедра специальной педагогической, логопедия, сурдопедагогика, нарушение речи, язык жестов, врач-фельдшер, кандидатская диссертация.

**Kozynets O. Research and teaching activities of Rudolf Krajewski**

The article describes scientific and educational activities of defectology scientists, who lived and worked during the 20-th century, candidate of Pedagogical sciences, associate professor Rudolf Genrikhovich Krajewski. The article depicts several important stages, which influenced his scientific development. In particular, refers to the period of study of Rudolf Krajewski in boarding gymnasium "The Church Fathers" in Bonkovitse town - the first institution where the scientific range of interests of Rudolf Genrikhovich began to form; and in the Neuropsychiatric Institute in Petrograd. It is outlined the "teaching" period of scientist, which covers pre-war years - work in Kyiv hearing and speech boarding school №6 for deaf children; and postwar - 1944 – 1954, when Rudolf Krajewski worked as a full-time inspector of schools for the deaf in department of special schools for children with hearing and speech problems of the Ministry of Education of the USSR; and as a senior staff scientist of the Defectology Institute. Since 1945 and until 1969 (officially) Rudolf Krajewski worked as a lecturer at the Defectology faculty in KSPI named after M. Gorky. The "Medical" period in life of Rudolf Krajewski lasted while he was working in specialized evacual hospital at the ENT clinic of the Kharkov Medical Institute in Chkalivskiy Regional Health Department (1941-1944). There he worked with patients with pseudosurdomutisms combined with aphonias of functional origin. The review of published researches and unknown works of scientist is also made in the article.

*Keywords:* KSPI named after M. Gorky, Institute of Defectology, Defectology, department, Special Pedagogy department, speech therapy, deaf-and-dumb pedagogy, speech problems, sign language, physician assistant, PhD thesis.

Стаття надійшла до редакції 16.09.2014 р.

Статтю прийнято до друку 17.09.2014 р.

Рецензент: д.п.н., акад. Синьов В.М.

УДК: 376.36

## КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ НА ПСИХОФІЗИЧНИЙ ТА МОВЛЕННЄВИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ ІЗ ВНГП

**Конопляста С.Ю.**

доктор педагогічних наук, професор

Демографічна катастрофа в Україні пов'язана зі значним скороченням кількості новонароджених, ще більше загострює проблему медичної, психолого-педагогічної та соціальної реабілітації хворих дітей, зокрема дітей з природженими вадами розвитку (ПВР). Передусім йдеться про дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння (далі ВНГП). Кожні дві хвилини у світі народжується дитина із ВНГП [1]. Вроджені незрощення губи та піднебіння є тяжкою вадою розвитку, яка характеризується вираженими структурними та функціональними порушеннями, які у свою чергу негативно впливають на різні системи організму дитини, провокують порушення не лише соматичного стану, але й психоемоційного та мовленнєвого. Власне йдеться про формування складного комплексу порушень усієї життєдіяльності індивідуума, що призводить до загальної інвалідазації дитини.

Слід чітко зазначити, що сьогодні в Україні дитина із ВНГП та її родина забезпечені як високими технологіями лікування та повноцінної медичної реабілітації, так і інноваційним змістом психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП від народження до 18 років у системі освіти та охорони здоров'я [2].

Однак, як автор багатопрофільної комплексної системи розвитку та корекції мовлення дітей із ВНГП, використання якої у роботі логопеда забезпечує ефективні результати, зазначаю, що в багатьох регіонах логопеди-практики відчують значні труднощі у подоланні ринолалії, продовжуючи працювати одновекторно (намагаючись подолати перш за все гіперназалізацію), не враховуючи клінічні аспекти впливу вродженого дефекту на загальний розвиток дитини, структуру і механізми порушень мовлення при ВНГП, ранні строки хірургічного лікування, нові наукові дані про різні варіанти мовленнєвого дизонтогенезу, про необхідність раннього логопсихологічного супроводу дитини та родини, що її виховує тощо.

Сьогодні є підстави стверджувати про недостатність системних знань медичного, логопатологічного, нейролінгвістичного напрямів у логопеда-практика, що, безперечно, ускладнює логопедичну складову у подоланні тяжких порушень мовлення [2].

Здійснений нами системний аналіз причин недостатньо ефективних результатів логопедичної роботи із зазначеною патологією мовленнєвого розвитку у дітей із ВНГП дозволив встановити відповідні фактори ризику, які негативно впливають на якість логокорекції. Перш за все йдеться про клінічні (первинні та вторинні), психологічні, соціально-педагогічні та організаційні.

У даній статті буде зроблено акцент саме на клінічних аспектах впливу на психомовленнєвий розвиток дитини із ВНГП, недостатнє урахування яких відчутно гальмує динаміку логопедичного впливу.

Вроджені незрощення губи та піднебіння є одними з найбільш частих вроджених дефектів розвитку і складають 1,3 - 5% серед новонароджених [3, 6 та ін.]. ВНГП посідає друге місце серед інших уроджених вад організму (після серцево-судинних) [5]. Народжуваність дітей із ВНГП за останні роки має стійку тенденцію до збільшення як в усьому світі, так і в Україні зокрема, де щорічно народжується приблизно 500 дітей. За даними медичних досліджень С.І. Блохіної, Г.С. Волкової, А.В. Гулюк, С.В. Дьякової, Ад.А. Мамедова, Л.В. Харькова, Folkins JW, Clark JD, Williams B.J., Plante E., Bollek C. та ін., прогнози щодо зменшення кількості народження таких дітей є вкрай несприятливими.

Аналізуючи терміни народження дітей з цією вадою в Україні, виявлено, що 9,53 % народилися недоношеними, з масою тіла меншою ніж 1500 грамів [4]. В Росії це становило 3,21%, тобто втричі менше. Діти, які народилися недоношеними, мають більший ризик захворіти в ранній період розвитку. У хворих з незрощеннями верхньої губи та піднебіння порівняно із здоровими дітьми у 15,5 разів частіше зустрічаються супутні вроджені вади. Крім того, у них спостерігається порушення з боку серцево-судинної, нервової системи, лужно-кислотної рівноваги (Т. Н. Селезньова, 2011).

Аналіз анамнестичних, клінічних і рентгенографічних даних (J.Sokolowski, Д.О.Мінісаєв) свідчить про суттєві порушення соматичного розвитку дітей з незрощеннями піднебіння. Дослідження О.Ф.Коваленко і Г.М.Марченко свідчать про те, що тільки у 26,5% дітей дані фізичного розвитку були в межах вікової норми. В основному це були діти з ізольованими незрощеннями верхньої губи або тільки твердого піднебіння. Незадовільний фізичний розвиток відмічено у 73,5% дітей. О.Ф.Коваленко, J.Sokolowski у 71,4% дітей з ВНГП відмічали незадовільний стан фізичного здоров'я та констатували суттєві порушення соматичного розвитку дітей. Також авторами встановлено строки виникнення супутніх захворювань у даної категорії дітей. На їх думку захворювання дихальних шляхів частіше зустрічається у віці 2-х -5 років, ЛОР-органів – 5-10 років [6].

С.І.Блохіною (1981), N.Geis та співавт.(1981) відмічено зміни з боку серцево-судинної системи у 16,7% пацієнтів із незрощеннями піднебіння поєднуються з іншими синдромами. С.М. Максимова (1982) у 60% дітей з ВНГП виявила стійке зниження адаптаційних можливостей серцево-судинної системи, що з часом могло спричинити міокардіодистрофію.

За даними Б.Я. Булатовської та співат. (1971) із 1100 дітей з ВНГП у 198 (18%) було виявлено 252 пороки розвитку. Автор зазначала, що більш тяжкі форми незрощень часто поєднані з іншими аномаліями, особливо з пороком розвитку голови та головного мозку (у 48% випадків), тяжкою

аномалією органу зору У 33 з обстежуваних дітей були вивлені різного ступеня порушення інтелектуального розвитку. До подібних висновків прийшли у своїх дослідженнях Н.Сопвеу зі співавторами на початку 70-х рр. 20 ст.

Для розуміння причини випадків поєднання ринолалії та дизартрії у однієї і тієї ж дитини для нас важливими є дослідження С.І.Блохіної і співавт. [4], у якому ретельне обстеження рухових функцій дітей з ВНГП з використанням функціональних навантажень дозволило виявити симптоми органічного ураження ЦНС.

Згідно з даними А.Генчика та Л.Кадаши (1980) у 17% дітей з ВНГП зустрічаються супутні пороки розвитку. Найчастіше спостерігаються дефекти кінцівок (полідактилія, синдактилія), ураження ЦНС (15,4%), аномалії статевих органів (7,4%). На той час у 17% дітей ВНГП були складовою частиною різних синдромів, яких нараховувалося біля 154 (М.М.Сопен, Б.М.Давидов, В.В.Максимова та ін.). На сьогодні таких синдромів нараховується більше 250 (Ад.А. Мамедов, 1997; Т.Ф. Косирева, 2000; Т.М.Боднарюк, 2006 та ін), спостерігається загальна картина ускладнення вроджених пороків розвитку та їх збільшення. Причому більшість (60 - 80%) випадків тяжких вроджених пороків розвитку вчені пов'язують з дією мутантних генів (В.О. Бельченко, Д.Є. Колтунов, О.Г. Притико, Т.А. Тутуєва, 2006),

Доречно буде зазначити, що строки закладання нервової, серцево-судинної системи та опорно-рухового апарата співпадають зі строками формування і росту обличчя, що можливо певною мірою пояснює велику уразливість формування саме цих систем та органів [5].

У 14% дітей із ВНГП Г.А.Музичиною та співавт. було виявлено несприятливий соматичний стан через високий рівень захворюваності. Так, вони частіше хворіють на бронхіти, пневмонії, холецистохолангіти, пієлонефрити, цистити, нейродерміти, atopічні дерматити, остеохондропатії, що значно уповільнює та погіршує результати лікування ВНГП. На сьогодні, як зазначають С.І. Блохіна, Т.А. Тутуєва, Л.В.Харьков, Н.Г. Горовенко, Л.М. Яковенко [5,**Ошибка! Источник ссылки не найден.**] та ін., зниження рівня здоров'я даної категорії дітей, підвищення захворюваності серед них на 20% (у порівнянні з нормою).

Перші дні життя дитини пов'язані з проблемою годування. «У новонародженого у грудному віці на перший план виступають розлади ковтання та дихання. Неможливість герметизації порожнини рота, необхідної для ссання, порушує останнє вже у першій стадії аспірації; окрім того під час ковтання частина молока виливається через носові ходи. Неправильний догляд за цим процесом із самого початку порушує фізіологічність годування...» - М.Д. Дубов. З огляду на вищезазначене, логічно передбачити розвиток захворювань, обумовлених недоліками годування дитини з ВНГП.

До останніх років більшість батьків (73% - 80%) відзначали значні труднощі під час годування дітей. Нині ситуація кардинально змінилася на краще (поява спеціальних сосок, пристосувань тощо), але, як показали дослідження [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**], далеко не усі сім'ї мають можливість отримати грамотну консультацію щодо годування своєї дитини (особливо у сільській місцевості) та придбати спеціальні соски для годування. За таких умов порушення процесу ковтання та ссання призводить до недоїдання, до порушення засвоєння їжі і як наслідок цього – до втрати ваги у перші місяці життя.

Ш.С. Азізова, Е.У. Макхамова, О.С. Комаріна (1987), Я.П. Нагірний (1989) підтверджують дані про розлади процесу травлення та порушення обмінних процесів у дітей з ВНГП раннього віку у доопераційному та післяопераційному періоді. Найбільше зниження ваги (майже на 30% у порівнянні з нормою) спостерігалось у дітей до 2-х місяців (М.Д. Дубов, Г.М.Марченко). Згідно з дослідженнями J.L.Paradize, B.J. Williams (1974) відставання у зрості і вазі дітей з незрощеннями піднебіння спостерігається до 6-місячного віку. На думку R.L. Ruberg, L.A. Avedian (1980) таке відставання характерне до 3-х років.

Л.Я. Деревалюк [6] констатувала, що у дітей старше 4-х років порушення носового дихання обумовлені не стільки широким поєднанням порожнин носа і рота, скільки непрохідністю носових ходів з причини виникнення ендоназальних перешкод. До них відносять гіпертрофію носових раковин (у 53% хворих), викривлення перетинки носа (у 40%), а також наявність поліпів, аденоїдів і звуження носових отворів. У зв'язку з анатомічними особливостями незрощеного піднебіння (переважно ротовий тип дихання) дихальна недостатність у хворих формується по вентиляційному типу. Складні

функціональні порушення з боку дихальної системи проявляються зниженням життєвої ємкості легенів, резерву вентиляції, а також гіпервентиляції за рахунок прискорення та поглиблення дихання. Порушення ритму дихання відмічено у 35,9% хворих, порушення умов газообміну – у 71,8% [5].

Згідно з дослідженнями Л.В.Харькова [5] захворювання органів дихання спостерігалося у 57,2% обстежених дітей. Характерним для них була часта повторюваність захворювань (пневмонія, бронхіт, катар верхніх дихальних шляхів тощо) та їх поступова хроніфікація.

Сучасні дослідження М.Е. Махкамова, М.З. Дусмухамедова (2006) та ін. також констатують, що анатомічні зміни верхніх дихальних шляхів при ВНГП формують змішане рото-носове дихання, обумовлене обмеженням активної діяльності дихальної мускулатури, зменшенням екскурсії грудної клітини, порушенням легеневої вентиляції, газообміну. Усе це призводить до гіпоксії та формування хронічних осередків інфекції у носоглотці та легенях. Але у всіх дітей, прооперованих у віці до 4-х років, зовнішнє дихання поступово нормалізується.

Хронічні осередки інфекції, які часто супроводжують вроджені незрощення губи і піднебіння, є постійним джерелом інтоксикації дитячого організму. Так, за даними Н.С.Кузнецової, захворюваність дітей на хронічну пневмонію в 4 –5 разів перевищує таку серед дітей, що не мають подібного дефекту. Майже у 20% дітей з ВНГП виявлено інші вроджені вади (порушення діяльності серцево-судинної, дихальної систем, дефекти грудної клітини, потворність кінцівок - полідактилія, синдактилія; аномалії статевих органів тощо). Частота і тяжкість супутніх захворювань прямо залежить від ступеня складності дефекту.

Проблеми порушення слухової функції у дітей з ВНГП досліджувалися багатьма вченими. Лікарі констатували значне зниження фізіологічного слуху у більшості дітей з ВНГП, прослідковували тенденцію до погіршення функції слуху з віком дитини, тим самим обґрунтовуючи необхідність раннього хірургічного лікування. Так, М.Д. Дубов відмічав значні зміни у діяльності слухової (євстахієвої) труби, що викликають захворювання слухової труби – євстахеїт; порушення вентиляції барабанної перетинки, що призводить до порушення атмосферного тиску і втягуванню барабанної перетинки. Хворі скаржаться на шум у вухах, їх закладеність. Більше того, Л.Я. Деробалюк [6] вважала, що 100% дітей з вродженою щільною піднебінням мають пониження слуху. Результати дослідження слуху у 233 хворих Г.І.Семенченко і співавт. показали, що майже у 70% з них до ураностафілопластики відмічалось зниження слуху II-III ступеня. На думку авторів характерним є те, що у даній категорії дітей ЛОР-захворювання розвиваються в основному до 3-х років і зустрічаються у 10 разів частіше, ніж у дітей з нормальним піднебінням. У 70% хворих відмічено деформації носа, порушення будови порожнини носа – у 82,5%, порушення дихальної функції носа – у 44,5%, викривлення перегородки носа – у 82,5%.

Більш сучасні дослідження [4,5] підтвердили, що незрощення піднебіння викликають значні зміни отоларингологічного статусу. Вони зустрічаються у 80-98% дітей з даним дефектом. Патологічні зміни ЛОР-органів, обумовлені особливостями анатомічної будови незрощеного піднебіння і тісним зв'язком ротової і носової порожнин, спостаріаються у дитини до здійснення ураностафілопластики. Довготривала вимушена адаптація організму дитини до несприятливих умов здійснення найбільш важливих фізіологічних функцій призводить до значних патологічних змін в тканинах стінок порожнин рота і носа, глотки. Компенсаторні функції язика, піднебіння і задньої стінки глотки у свою чергу закріплюють і ускладнюють анатомічну, фізіологічну і функціональну неповноцінність незрощеного піднебіння. Якщо у ранньому дитинстві зміни ЛОР-органів можуть мати обернений характер, то у старшому віці, особливо у несвоєчасно прооперованих хворих, вони можуть залишитися неподоланими [Ошибка! Источник ссылки не найден.]. При цьому встановлено, що ступінь зниження слуху залежить від віку, в якому було прооперовано дитину. Ранні строки хірургічного відновлення піднебіння забезпечують значне покращення слухової функції вже через 1-2 роки. Тобто своєчасна і правильно виконана ураностафілопластика благоприємно впливає на соматичний розвиток дітей, створює сприятливі умови для формування і розвитку мовлення і значно покращує психічний розвиток.

Для логопедії також важливими є дані О.Л.Черкасової (2001) про те, що вплив навіть мінімального порушення слухової функції (на 15-25 ДБ), внаслідок звуження сенсорної бази для сприймання усного мовлення, негативно впливає на розвиток усіх компонентів мовленнєвої системи (фонетики, фонематики, лексики, граматики). Автор провела паралель між строком виникнення

туговухості у дитини з ВНГП та станом мовлення такої дитини – чим раніше виникає зниження слуху, тим складнішою буде мовленнєва патологія. Йшлося про необхідність раннього медико-педагогічного впливу на таку дитину.

Б.Я.Булатовська (1988), С.І.Блохіна (1996), Н.О.Мілешина [4] та ін. багаторічними клінічними дослідженнями довели, що хвороби ЛОР-органів є складовою частиною цілого комплексу патологічних змін при ВНГП, а не супутніми хворобами. Цей висновок є надзвичайно важливим для логопедичних пошуків, оскільки їх ефективність певною мірою залежить від ступеня порушення фізіологічного слуху дитини з ВНГП.

Вчені-логопеди Т.В. Волосовець, А.Г. Іпполітова, Г.В. Чиркіна, вивчаючи залежність фонематичного сприймання, слухового контролю від стану слухової функції дитини з ВНГП. У 1983 р. А.Г. Іпполітова вказувала, що стійке зниження функціонального слуху у дитини з ВНГП може бути перешкодою для направлення її у загальноосвітню школу [2].

Л.Я. Деробалюк, В.І.Вакуленко та співавт. [6] акцентували увагу на своєрідний розвиток сприймання звуків мовлення цими дітьми, «..вони скоріше впізнавали звуки, ніж їх відтворювали...». Г.В.Чиркіна дослідила стан фонематичного слуху дітей шкільного віку з ВНГП і прийшла до висновку про його суттєві порушення. Т.В. Волосовець, вивчаючи стан слухового контролю, відмітила зниження тонального слуху у 40% дітей з ринолалією дошкільного віку, а зниження фонематичного слуху – майже у 70% обстежених [2,5].

У деяких логопедичних дослідженнях, присвячених проблемам розвитку мовлення у дітей із ВНГП [2], прослідковується тісний взаємозв'язок порушень мовлення з порушеннями кістково-м'язового характеру у цих дітей (особливо, якщо йдеться про ускладнені варіанти мовленнєвого дизонтогенезу, комбіновані мовленнєві дефекти). Це відмічала А.Митринович-Моджеєвська ще у 1965 р., надаючи дані про зубні деформації, випадки гіоплазії зубної емалі та порушення кровопостачання пульпи. Вона відносила вроджені незрощення піднебіння до багатосистемних захворювань, при яких можуть спостерігатися поєднання вродженої щілини щелепно-лицьової ділянки зі щілинами у різних відділах хребта, процесами окостеніння, проявами спино-мозкових гриж тощо.

Оскільки логопеда, безперечно, цікавить тонус м'язів язика, м'якого піднебіння, губ, щік тощо, важливими у цьому сенсі є висновки З.І. Іногамова, Є.У. Макхамова, І.Р. Халілова [4] про особливості структури м'язової тканини у дітей з ВНГП. Вони відмічають незначні зміни у м'язах м'якого піднебіння у ранньому віці. Однак із віком патологічні прояви наростають внаслідок трофічних порушень, особливо навколо країв щілини. Автори зазначають наявність застійних явищ у судинах слизової оболонки ротової порожнини, особливо м'якого піднебіння, через що страждає його функціональність.

На наявність поєднання щілини м'якого піднебіння та короткої під'язикової вуздечки згадується у багатьох дослідженнях [4,5,6 та ін.].

В.С. Дмитрієва, С.І. Криштаб, Б.Я. Булатовська (1959) засвідчують про те, що у 60,9% дітей з ВНГП у подальшому з'являються різного роду зубо-щелепні деформації, які потребують тривалого ортодонтичного лікування. На їх думку, особливостями супутніх ВНГП деформацій у першу чергу є їх прогресуючий характер, обумовлений недорозвиненням верхньої щелепи (з огляду на пізні строки уранопластики) та неправильним положенням верхніх зубів. При цьому найчастіше зустрічаються мезіальний, дистальний прикуси, звуження верхньої щелепи та її зубного ряду, глибокий та відкриті прикуси, дефекти коміркового відростка, аномалії положення зубів тощо. Б.Я.Булатовська (1959) виявила пряму залежність характеру і тяжкості зубо-щелепних деформацій від форми вродженої щілини піднебіння.

Безперечно, зазначені аномалії провокують формування патологічної звуковимови з причини порушення контакту: губа-губа, губи-зуби, язик-зуби тощо. Двосторонні щілини коміркового відростка заважають змикати і губи, і зуби, що виключає можливість артикулювання губно-губних, передньоязикових звуків, викликаючи надлишкову фарингізацію.

За даними Ф.Я. Хорошилкиної (1997) зазначені деформації також викликають рефлексорне, надмірне перенапруження м'язів шиї та гортані, що порушує процеси голосоподачі та голосоутворення.

М.Д. Дубов (1960), А.Г. Іпполітова (1983), А.Д. Мухіна (1973), О.М. Немчинова (1973), Г.І.Рогожніков (1991) та ін. також вказують на характерні для ВНГП часті випадки викривлення зубного

ряду, появи подвійного ряду верхніх зубів, зайвих зубів, їх швидкої руйнації. Зазначені аномалії надзвичайно ускладнюють роботу логопеда на етапі постановки звуків мови, особливо передньоязикових [2].

Т.Н. Селєзньова (1985) простежила, що наявність стоматологічних проблем у дітей дошкільного віку з вродженими щілинами губи і піднебіння складає 88,7%. На верхній щелепі ушкоджених зубів було більше, ніж на нижній. У дітей зі складними вродженими аномаліями розвитку розповсюдженість карієсу складала 100%. Дефекти розвитку тимчасових і постійних зубів було виявлено у 40% обстежених, а деякі форми гіпоплазії молочних і постійних зубів – у 63,4% дітей.

За даними С.І.Блохіної [4] вроджене незрощення губи та піднебіння поєднується у 31,9% з вродженою патологією опорно-рухової системи, що ускладнює мовленнєвий, голосовий, психоемоційний розвиток дітей. Клінічне обстеження дітей з ВНГП виявило типові функціональні порушення рухової системи, як-то: кривошию, порушення постави, функціональне укорочення нижніх кінцівок, перекос таза, пласке склепіння стопи тощо.

Більше того, згідно з вертебологічними дослідженнями загальної рухової системи дітей з ВНГП Л.І. Мажейко зі співавт. виявили значний відсоток (55%) патології вродженого та травматичного характеру, який має тенденцію до зростання (до 83%) з переходом дитини у школу. Патологія шийного відділу хребта, що викликає дисбаланс м'язів шийної та щелепно-лицьової ділянок, була виявлена у 56% обстежених дітей.

Експериментальний аналіз даних, отриманих С.І. Блохіною, Г.В. Долгополовою, І.О. Погосян (1999), виявив певні закономірності функціональних змін зубо-щелепно та опорно-рухової систем, вказуючи там самим на анатомо-біомеханічний взаємозв'язок між цими двома системами організму дитини з ВНГП. Спираючись на ці дослідження, стає більш зрозумілим факт частого поєднання симптомів декількох мовленнєвих порушень у дітей з ВНГП (Т.Ю. Дерунова, 2003).

Прояви неврологічних порушень (неврозів, неврозоподібних станів тощо) у дітей з ВНГП зазначені у дослідженнях Б.Я. Булатовської зі співавт. (1971), А.І Уракової (1964); Г.В. Чиркіної (1987) та ін. Зокрема Б.Я. Булатовська відмічала поєднання тяжких форм незрощень з іншими тяжкими пороками, у тому числі – з порушеннями розвитку головного мозку.

Г.І. Семенченко, В.І. Вакуленко, Л.Я. Деробалюк [6] та ін. відмічали у хворих різні зміни з боку нервової системи (латентну гідроцефалію, вегето-судинні дистонії, астеничний синдром тощо).

Сучасному логопеду слід знати про те, що у багатьох дітей із ВНГП фіксуються окремі неврологічні мікроознаки: ністагм, асиметрія очних щілин, носо-губних складок, підвищення сухожильних та періостальних рефлексів, раннє ураження ЦНС, функціональні порушення нервової системи, зміни оральної чутливості в ротовій порожнині з причини дисфункції сенсомоторних провідних шляхів, обумовлені неповноцінними умовами вигодовування в грудному віці.

Порушення біоелектричної активності (БЕА) у дітей з вродженми однібічним незрощенням верхньої губи у коловому м'язі рота виявили І.І. Бузуєва, М.З. Мірґазізов, Н.О. Плотнікова, О.Е.Філюшина (1988) та ін. Було виявлено значну асиметрію БЕА у непрооперованих дітей, яка поступово долалася після хейлопластики, але через деякий час – знову наростала. Цей факт частково пояснює тривалі логопедичні труднощі під час постановки лабіалізованих звуків. М.Ю. Герасименко (1994), досліджуючи електрозбудливість нервово-м'язового апарата щелепно-лицьової ділянки у дітей з ВНГП, описує різні варіанти порушення тонусу (частіше прояві гіпертонусу зі зниженням функціональної лабільності і здатності м'язів до скорочення у процесі діагностики їх стану за допомогою міографа). Особливо було відмічено порушення у м'язах верхньої губи, м'якого піднебіння, навіть щоки, де з віком відбувається не тільки нашаровування патологічної симптоматики, але й переродження тканин цих органів.

А.С. Герасимовою (2008) встановлено, що у дітей з ВНГП спостерігаються не тільки порушення локальної гемодинаміки, але і перерозподіл функціональної активності мимічних м'язів з явищами гіпертонусу у лобних м'язах і спастична реакція у м'язах підборіддя. У групах жувальних м'язів було виявлено зниження електрозбудливості, що засвідчує їх функціональну неповноцінність. Автором також виявлена пряма кореляція розміру щілини та електрогенезу колового м'яза рота.

В.Ю. Гуляєв (1999) у процесі електродіагностики нервово-м'язового апарата щелепно-лицьової

ділянки виявив порушення електрозбудливості різного ступеня – від легких кількісних змін до грубих якісних реакцій переродження, навіть до повної відсутності електрогенезу. Зазначені вище порушення, безперечно, негативно впливають на узгоджену діяльність артикуляційних органів, ускладнюючи артикуляційний праксис, обмежуючи об'єм та точність артикуляційних рухів.

Останнє десятиріччя характеризується посиленою увагою дослідників до неврологічного статусу дітей з ВНГП, оскільки у багатьох випадках логопедам не вдається досягти правильного мовлення, незважаючи на усі «зовнішньо» сприятливі можливості для цього. Так, А.І. Уракова у 31,5% обстежених дітей з ВНГП виявила патологічні зміни з боку нервової системи. Провідне місце серед нервово-психічних розладів займали реактивні стани (13,3%), неврози (5,1%), затримка психічного розвитку та характерологічні зміни (12, 2%), відхилення у поведінці (8,2) тощо. На думку автора, однією із основних причин формування зазначених відхилень є порушення мовлення.

Так, А.Г. Васильєв, Г.В. Доросинська, Н.В. Обухова, Д.Г. Степаненко наводять дані про наявність у 91% дітей з ВНГП (після етапу уранопластики) порушень з боку нервової системи, які негативно впливали на формування мовлення у цих дітей та викликали комбіновані мовленнєві порушення.

О.Н. Рапацька, З.О. Рєпіна при обстеженні 15 дітей раннього віку з ВНГП виявили у 14 з них неврологічні порушення у вигляді мінімальної церебральної дисфункції, що ускладнювало перебіг раннього психомоторного розвитку дітей, їх довербальний та вербальний періоди розвитку мовлення.

Про порушення кінестетичних процесів в артикуляційних органах під час мовлення зазначали Г.В. Доросинська та З.А. Рєпіна (1999), відмічаючи відсутність тривалий період відчуття положення язика, губ, щелепи. З того часу, як почали оперативним шляхом усувати вроджені незрощення губи та піднебіння, історично прослідковувався тісний зв'язок декількох самостійних галузей щодо лікування, навчання та виховання дітей з ВНГП. Найтіснішим завжди був зв'язок у роботі хірургів-стоматологів, ортопедів-стоматологів, ортодонтів та логопедів.

Системний аналіз наукової медичної та логопедичної літератури щодо клінічних особливостей та факторів ризику первинного, вторинного та третинного порядку на психофізичний та мовленнєвий розвиток дітей із ВНГП, дозволяє зробити висновок про те, що вроджені незрощення губи та піднебіння – це тяжкий анатомо-фізіологічний дефект, що супроводжується патологічними змінами у багатьох не до кінця сформованих системах (серцево-судинній, травлення, м'язовій, нервовій, дихальній, кістковій, зубо-щелепній тощо) та зазвичай викликає порушення нервово-психічного, емоційного стану дитини. Тобто, спираючись на зазначене вище, можна констатувати стійку тенденцію до порушень як загального соматичного статусу дітей з ВНГП (система травлення та обмінні процеси, серцево-судинна, нервова, дихальна, м'язова системи), так і статусу місцевого (щелепи, язик, губи, зуби, мімічні м'язи, мовленнєве дихання тощо).

У зв'язку з цим, лікування та навчання дитини з ВНГП вимагає узгодження спільних зусиль фахівців різних галузей знань (акушер-гінеколог, неонатолог, педіатр, невропатолог, стоматолог, ортодонт, анестезіолог, отоларинголог, логопед, спеціальний психолог, сурдолог, корекційний педагог тощо) для забезпечення міждисциплінарного, комплексного медико-психолого-педагогічного підходу до повноцінної реабілітації зазначеної категорії дітей різного віку.

Враховуючи вищезазначене, нам вдалося науково обґрунтувати, розробити та впровадити в Україні багатопрофільну систему комплексної психолого-педагогічної корекції психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП від народження до повноліття, яка виявилася більш результативною у порівнянні з традиційними підходами та застарілими організаційно-методичними умовами.

#### Література

1. **Губина Л.К., Красникова О.П.** Ситуационный анализ частоты врожденной патологии ЧЛО и вероятные факты риска//Детская стоматология. – 2012.- № 1-2.- С.65-68.
2. **Конопляста С. Ю.** Развитие детей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Теорія та практика:Монографія. Київ.–НПУ імені М.П. Драгоманова. 2008. – 212 с.
- 3.**Лебідь О.І.** Рівень соматичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку / О.І. Лебідь // Інноваційні технології в стоматології: матеріали науково-практичної конференції 21 жовтня 2011 р. - 2011. - С. 24-25.
- 4.**Материалы II Всероссийской научно-практич. конф.** «Врожденная и наследственная палогия головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. М.:МГМСУ, 2010. – 332 с.: ил.
- 5.**Харьков Л.В, Яковенко Л.М., Чехова І.Л.** Хірургічна стоматологія дитячого віку. – К.: Книга плюс, 2005. – 480 с.іл.
- 6.**Семенченко Г.И., Вакуленко В.И., Дербалюк Л.Я.** Нарушение слуха и речи при врожденных

расщелинах неба. – К.: Здоров'я, 1977. – 150 с. 7. **Офіційний сайт МОЗ України.** - [Електронний ресурс] – Режим доступу: [http:// www.moz.gov.ua/ua/portal//ms\\_stadisease](http://www.moz.gov.ua/ua/portal//ms_stadisease).

#### References

1. **Gubina L.K., Krasnikova O.P.** Situatsionnyy analiz chastoty vrozhdennoy patologii ChLO i veroyatnyye fakty riska//Detskaya stomatologiya. – 2012.- № 1-2.- S.65-68. 2. **Konoplyasta S. Yu.** Rozvitok ditey iz vrodzhenimi nezroshchennyami gubi ta pidnebinnya. Teoriya ta praktika: Monografiya. Kiiiv.–NPU imeni M.P. Dragomanova. 2008. – 212 s. 3. **Lebid O.I. Riven** somatichnogo zdorov'ya ditey molodshogo shkilnogo viku / O.I. Lebid // Innovatsiyni tekhnologii v stomatologii: materialy naukovo-praktichnoi konferentsii 21 zhovtnya 2011 r.. - 2011. - S. 24-25. 4. **Materialy II Vserossiyskoy nauchno-praktich. konf.** «Vrozhdennaya i nasledstvennaya palogiya golovy, litsa i shei u detey: aktualnyye voprosy kompleksnogo lecheniya. M.:MGMSU, 2010. – 332 s.: il. 5. **Kharkov L.V, Yakovenko L.M., Chekhova I.L.** Khirurgichna stomatologiya dityachog viku. – K.: Kniga plyus, 2005. – 480 s. Il. 6. **Semenchenko G.I., Vakulenko V.I., Derbalyuk L.Ya.** Narusheniye slukha i rechi pri vrozhdennykh rasshchelinakh neba. – K.: Zdorov'ya, 1977. – 150 s. 7. **Ofitsiyniy sayt MOZ Ukraini.** - [Elektronniy resurs] – Rezhim dostupu: [http:// www.moz.gov.ua/ua/portal//ms\\_stadisease](http://www.moz.gov.ua/ua/portal//ms_stadisease).

#### **Конопляста С.Ю. Клінічні аспекти впливу на психофізичний та мовленнєвий розвиток дітей із ВНГП**

У статті висвітлено клінічні аспекти негативного впливу на стан психофізичного та мовленнєвого розвитку дитини із вродженими незрощеннями губи та піднебіння відповідно сучасних медико-психолого-логопедичних досліджень. Системний аналіз наукової медичної та логопедичної літератури щодо клінічних особливостей та факторів ризику первинного, вторинного та третинного порядку на загальний розвиток дітей із ВНГП, свідчить про те, що вроджені незрощення губи та піднебіння – це тяжкий анатомо-фізіологічний дефект, що супроводжується патологічними змінами у багатьох не до кінця сформованих системах (серцево-судинній, травлення, м'язовій, нервовій, дихальній, кістковій, зубо-щелепній тощо) та зазвичай викликає порушення нервово-психічного, емоційного стану дитини. Є підстави констатувати стійку тенденцію до порушень як загального соматичного статусу дітей з ВНГП (система травлення та обмінні процеси, серцево-судинна, нервова, дихальна, м'язова системи), так і статусу місцевого (щелепи, язик, губи, зуби, мимічні м'язи, мовленнєве дихання тощо).

Прослідковано взаємозалежність та негативний вплив первинної вади розвитку (ВНГП) на формування та становлення механізмів породження мовлення та його розвитку у дітей зазначеної нозології.

*Ключові слова:* вроджене незрощення губи та піднебіння (ВНГП), структура дефекту, психічний онтогенез, дизонтогенез, функція, порушення, реабілітація, психофізичний, мовленнєвий розвиток.

#### **Конопляста С.Ю. Клинические аспекты влияния на психофизическое и речевое развитие детей с ВНГП**

В статье освещены клинические аспекты негативного влияния на состояние психофизического и речевого развития детей с ВНГП, опираясь на современные медико-психолого-педагогические исследования. Системный анализ медицинской и логопедической литературы касательно клинических особенностей и факторов риска первичного, вторичного и третичного порядка на развитие детей с ВНГП, свидетельствует о том, что врожденные несращения губы и неба – это тяжелый анатомо-физиологический дефект, который сопровождается патологическими изменениями во многих не до конца сформированных системах организма (сердечно-сосудистой, пищеварительной, мышечной, нервной, дыхательной, костной, зубо-челюстной и др.) и обычно вызывает нарушения нервно-психического, эмоционального состояния. Констатируется стойкая тенденция к нарушениям как общего соматического статуса детей с ВНГП, так и статуса местного (челюсти, язык, зубы, губы, мимические мышцы, речевое дыхание и др.).

Прослежена взаимозависимость и негативное влияние первичного порока развития (ВНГП) на формирование и становление механизмов порождения речи и ее развития у данной категории детей.

*Ключевые слова:* врожденное несращение губы и неба, структура дефекта, психический онтогенез, дизонтогенез, функция, нарушение, реабилитация, психофизическое, речевое развитие.

#### **Konoplyasta S. Clinical aspects impact on psihofizicheskoe and speech development of children with VNGN**

The article highlights the clinical aspects of the negative impact on the mental and physical and speech development in children with VNGN, based on modern medical, psychological and pedagogical research. System analysis and speech therapy medical literature regarding the clinical features and risk factors of primary, secondary and tertiary poryaka on the development of children with VNGN indicates that congenital cleft lip and palate - a heavy anatomical and physiological defect, which is accompanied by pathological changes in many not to Coetzee formed body systems (cardiovascular, digestive, muscular, nervous, respiratory, bone, teeth-jaw, and others.) and usually causes a violation of mental, emotional state. Stated a strong tendency to violations of yak general physical status of children with VNGN, and the status of the local (jaw, tongue, teeth, lips, facial muscles, speech breathing, etc.).

Traced the relationship and the negative impact of the primary malformation (VNGN) on the formation and establishment of mechanisms of speech production and its development in these children.

*Keywords:* clefts lip and palate, a defect structure, mental ontogeny, dizontogenez, function, impaired, rehabilitation, psychological and physical, speech development.

Стаття надійшла до редакції 28.09.2014р.

Статтю прийнято до друку 29.09.2014р.