

**ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ
НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА РІВЕНЬ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ
СТУДЕНТОК СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ**

У складі спеціальних медичних груп часто об'єднують студенток з різними патологічними станами. "Пусковим механізмом" і чинником прогресування захворювань багатьох систем організму є дисбаланс вегетативної нервової системи. Дослідження стану вегетативної нервової системи та впливу вегетативного дисбалансу на рівень фізичної підготовленості цього контингенту студенток є надзвичайно важливим.

Мета роботи – оцінка фізичної підготовленості студенток спеціальної медичної групи й зіставлення її з виразністю вегетативного дисбалансу. Усього обстежено 24 студентки основної групи й 24 студентки спеціальної медичної групи. Для дослідження функції вегетативної нервової системи застосовували: пробу з ізометричним навантаженням, ортостатичну пробу, обчислення й аналіз індексу Кердо. Стан фізичної підготовленості студенток установлювали за стандартними тестами. У результаті дослідження в обстежених студенток спеціальної медичної групи встановлено ознаки вегетативної дисфункції. Студентки з ознаками вегетативного дисбалансу мають недостатній рівень фізичної підготовленості в порівнянні з їхніми здоровими ровесницями. Програма фізичної реабілітації студенток, яка має на меті підвищення рівня їхньої фізичної підготовленості, повинна включати методики, спрямовані на усунення вегетативного дисбалансу.

Ключові слова: спеціальна медична група, вегетативна нервова система, вегетативний дисбаланс, фізична підготовленість.

В составе специальных медицинских групп часто объединяют студенток с различными заболеваниями. "Механизмом запуска" и фактором прогрессирования заболеваний многих систем организма является дисбаланс вегетативной нервной системы. Исследование состояния вегетативной нервной системы и влияния вегетативного дисбаланса на уровень физической подготовленности этого контингента студенток является чрезвычайно важным.

Цель работы – оценка физической подготовленности студенток специальной медицинской группы и ее сопоставление с выраженностью вегетативного дисбаланса. Всего обследованы 24 студентки специальной медицинской группы и 24 студентки основной группы. С целью исследования вегетативной нервной системы использовали пробу с изометрической нагрузкой, ортостатическую пробу, вычисление и анализ индекса Кердо. Состояние физической подготовленности студенток устанавливали по стандартным государственным тестам. В обследованных студенток специальной медицинской группы установлены признаки вегетативной дисфункции. Студентки с признаками вегетативного дисбаланса имеют недостаточный уровень физической подготовленности в сравнении с их здоровыми сверстницами. Программа физической реабилитации студенток, целью которой является повышение их физической подготовленности, должна содержать методики, направленные на устранение вегетативного дисбаланса.

Ключевые слова: специальная медицинская группа, вегетативная нервная система, вегетативный дисбаланс, физическая подготовленность.

Special medical groups are often comprised of female students with different diseases. The "trigger" and factor for progressive diseases of many body systems is imbalance in the autonomic nervous system. It is most important to study these female students' state of the autonomic nervous system and the effect of the autonomic imbalance on their fitness level. The aim of the research – to estimate the fitness level of the female students in the special medical group and to contrast it with the autonomic imbalance. 24 female students of the special medical group and 24 female students of the main group have been examined. In order to study the autonomic nervous system, the test with isometric exercise, the orthostatic test, the computation and analysis of the Kerdo index have been used. The state of the female students' fitness level has been determined according to the standard state tests. The female students of the special medical group show symptoms of autonomic dysfunction. The female students with autonomic imbalance symptoms have a low fitness level in comparison with their healthy peers. The program of female students' physical rehabilitation, the goal of which is to improve their fitness level, should include methods aimed at eliminating autonomic imbalance.

Keywords: special medical group, autonomic nervous system, autonomic imbalance, fitness level.

Постановка проблеми та аналіз результатів останніх досліджень. Упродовж останніх років спостерігається тенденція до погіршення стану здоров'я студентської молоді, що тісно пов'язано з недостатньою фізичною активністю. За даними багатьох наукових досліджень, саме гіподинамія розглядається одним із вагомих чинників виникнення й прогресування хронічних неінфекційних захворювань [5]. З іншого боку, ключовим механізмом запуску більшості патологічних процесів в організмі людини є порушення функціонування вегетативної нервової системи, в основі якого лежить відсутність збалансованої діяльності двох її ланок: симпатичної та парасимпатичної [3; 7]. Якщо хоч одна з них починає переважати або знижує свою активність, формується дисбаланс, що призводить до збою функціонування основних систем забезпечення життєдіяльності організму: нервової, серцево-судинної, дихання, травлення та інших.

У складі спеціальних медичних груп у вищих навчальних закладах часто об'єднують студенток з різноманітними патологічними станами. Тому пошук спільних критеріїв оцінки їхнього функціонального стану й дослідження впливу цих показників на рівень фізичної підготовленості зазначеного контингенту студенток є надзвичайно важливим [2].

За даними літератури, вегетативні дисфункції, починаючи з пубертатного віку, зустрічаються у 25–80%, а за результатами епідеміологічного дослідження дорослих – у 64,4% випадків від загальної кількості осіб, які звертаються за медичною допомогою [3; 7].

Згідно із сучасними науковими даними, одним із ключових механізмів патогенетичного каскаду хронічних неінфекційних захворювань є вегетативний дисбаланс. Вегетози – це донозологічна форма, яка включає широку групу функціональних відхилень. Тому забезпечення збалансованої діяльності обох ланок вегетативної нервової системи може бути вагомим превентивним фактором щодо виникнення й прогресування багатьох захворювань [3–5; 7]. Сказане вище спонукало нас провести обстеження на предмет наявності вегетативної дисфункції в студенток спеціальної медичної групи й зіставити з її вираженістю показники фізичного розвитку.

Мета дослідження – оцінка фізичної підготовленості студенток спеціальної медичної групи й зіставлення з виразністю вегетативного дисбалансу.

Методи та організація дослідження. Дослідження проводилося в Івано-Франківському національному медичному університеті на кафедрі фізичного виховання і здоров'я. Усього обстежено 24 студентки основної групи й 24 студентки спеціальної медичної групи, яких було розподілено на 2 підгрупи. Спеціальна група 1 надалі в дослідженнях є групою порівняння, оскільки ці дівчата займалися за “Типовою програмою навчальної дисципліни для студентів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації” [8]. Спеціальна група 2 займалася за авторською програмою фізичної реабілітації для студенток спеціальних медичних груп.

Пробу з ізометричним навантаженням проводили для оцінки функціональної спроможності симпатичної ланки вегетативної нервової системи. На першому етапі проби учасниці дослідження пропонувалося з максимальною силою стиснути китичний динамометр. Після цього обстежувана стискала динамометр із силою в 30% від максимальної й утримувала цю величину впродовж 3-х хвилин. До початку проби й на її 3-й хвилині вимірювали ДАТ. Приріст ДАТ у межах 11–15 мм рт. ст. оцінювався як межовий показник, менше ніж 11 мм рт. ст. – прояв вегетативного дисбалансу, понад 15 мм рт. ст. – показник норми.

Ортостатична проба проводилася з метою оцінки збалансованості окремих ланок автономної нервової системи. Після попереднього інструктажу пацієнтка приймала горизонтальне положення й перебувала в ньому 15 хвилин. За командою вона швидко, не затримуючись, переходила у вертикальне положення й стояла спокійно, без напружен-

ня м'язів у стійці "струнко" впродовж 10 хвилин. У вихідному горизонтальному положенні й у кінці 3-ї та 10-ї хвилин у вертикальному положенні вимірювали АТ і ЧСС на променевій артерії. Результати оцінювали за динамікою САТ, а також ЧСС на 3-й і 10-й хвилинах у вертикальному положенні стосовно значень указаних параметрів у вихідному горизонтальному положенні.

Приріст ЧСС при переході з горизонтального положення у вертикальне повинен складати 10–12 уд/хв. Результати проби оцінювали за зміною САТ. Зниження САТ до 10–12 мм рт. ст. вважали нормою, від 13 до 29 мм рт. ст. – межовим показником, 30 і більше – патологією [1; 6].

Для кількісної оцінки взаємозв'язку між симпатичною й парасимпатичною ланками вегетативної нервової системи обчислювали індекс Кердо (І Кердо) за такою формулою:

$$I \text{ Кердо} = 1 - \frac{\text{ДАТ}}{\text{ЧСС}}$$

Рівень фізичної підготовленості студенток оцінювали за результатами тестування за тестами згідно з "Типовою програмою навчальної дисципліни для студентів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації" [8]. Було вибрано тести для встановлення рівня розвитку фізичних якостей, які передбачені згаданою програмою одночасно для основної й спеціальних медичних груп.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати проб для оцінки функції вегетативної нервової системи наведено в табл. 1.

Таблиця 1

Результати проб для оцінки функціональної спроможності вегетативної нервової системи, (M±m)

Показники	Контрольна група (n=24)	Спеціальна група 1 (група порівняння) (n=12)	Спеціальна група 2 (n=12)
Індекс Кердо	0,1±0,03	0,1±0,03	0,2±0,03
Проба з ізометричним навантаженням: приріст ДАТ на 3-й хвилині, мм рт. ст.	13,8±0,79	6,8±1,13*	7,0±0,91*

Примітка. * – зміна показника достовірна в порівнянні з контрольною групою (p<0,05).

Середні значення індексу Кердо були порівнянними в представниць усіх досліджених груп, а їхні величини, які наближалися до нуля, не давали підстав констатувати наявність виразного вегетативного дисбалансу в обстежених студенток. І все ж додатне значення цього показника засвідчило незначну перевагу тонусу симпатичної ланки вегетативної нервової системи.

Такими ж нечіткими були результати проби з ізометричним навантаженням. У дівчат контрольної групи приріст ДАТ на 3-й хвилині навантаження склав 13,8±0,79 мм рт. ст., що дає підстави розцінювати його як межовий показник. У представниць спеціальних медичних груп 1 і 2 прирости ДАТ на 3-й хвилині проби складали, відповідно, 6,8±1,13 і 7,0±0,91 мм рт. ст., тобто були вірогідно меншими (p<0,05). Такі величини підвищень ДАТ дають підстави трактувати їх як патологічні й аргументують наявність незначно вираженого вегетативного дисбалансу в дівчат спеціальних медичних груп.

У табл. 2 наведено результати ортостатичної проби.

Таблиця 2

**Результати проб для оцінки функціональної спроможності вегетативної
нервової системи, ортостатична проба (M±m)**

Показник	Вихідне горизонтальне положення тіла	Вертикальне положення тіла (3 хв)	Різниця
Контрольна група (n=24)			
ЧСС, уд/хв	70,4±1,84	86,2±2,07	15,8±0,91
САТ, мм рт. ст.	106,3±2,36	113,1±4,88	10,3±1,07
Спеціальна група 1 (група порівняння) (n=12)			
ЧСС, уд/хв	78,4±3,43*	98,3±4,74*	19,4±1,98
САТ, мм рт. ст.	108,8±2,29	130,4±2,39*	21,7±3,45*
Спеціальна група 2 (n=12)			
ЧСС, уд/хв	75,2±2,3	94,0±2,27*	18,3±1,61
САТ мм рт. ст.	105,8±3,62	129,2±2,99	22,5±2,53*

Примітка. * – зміна показника достовірна в порівнянні з контрольною групою (p<0,05).

Середні значення збільшення ЧСС після зміни положення тіла з горизонтального на вертикальне в представниць обстежених груп статистично не відрізнялися. Проте їхня величина, яка в контрольній групі складала 15,8±0,91 уд/хв, а в спеціальних медичних групах сягала, відповідно, 19,4±1,98 уд/хв і 18,3±1,61 уд/хв, підтверджує наявність вегетативного дисбалансу. Крім того, ми встановили статистично більш виразне підвищення САТ при переході з горизонтального положення у вертикальне в представниць спеціальних медичних груп (p<0,05). У дівчат спеціальної медичної групи 1 воно складало 21,7±3,45 мм рт. ст., у представниць спеціальної медичної групи 2 – 22,5±2,53 мм рт. ст. Ці значення вірогідно більші від контрольного аналога, який дорівнював 10,3±1,07 мм рт. ст. (p<0,05).

Таким чином, в обстежених студенток за окремими показниками наявні ознаки переваги симпатичної ланки вегетативної нервової системи, що є більш виразним у представниць спеціальних медичних груп.

Дані, отримані під час тестування залучених у дослідження студенток на предмет оцінки їхньої фізичної підготовленості, наведені в табл. 3.

Таблиця 3

Показники фізичної підготовленості обстежених студенток (M±m)

Тести	Контрольна група (n=24)	Спеціальна група 1 (група порів- няння) (n=12)	Спеціальна група 2 (n=12)
Силові якості			
Присідання на двох ногах (кількість разів)	36,0±2,79	30,50±0,68	31,4±1,30
Згинання і розгинання рук в упорі лежачи (кількість разів)	6,92±1,17	3,8±0,84*	3,9±1,00*
Витривалість			
6-хвилинний тест ходи (м)	942±30,33	815±21,71*	776±29,19*
Перехід з положення упор присівши в положення упор лежачи (кількість разів за 1 хв)	22,08±2,15	17,3±1,35*	14,42±1,68*

Продовж. табл. 3

Швидкість			
Час ведення баскетбольного м'яча на 10 м (с)	3,10±0,08	3,8±0,13*	3,97±0,12*
Біг на місці, піднімаючи коліна до кута 90 за 5 с (кількість кроків)	21,08±1,23	14,9±0,77*	14,75±0,77*
Спритність			
Попастися м'ячем у ціль з 10-ти спроб (кількість влучень)	1,79±0,34	0,9±0,20*	1,25±0,31*
Попастися м'ячем у баскетбольне кільце (кількість влучень)	1,88±0,27	1,0±0,12*	1,02±0,11*
Гнучкість			
Стоячи спиною до стіни на невеликій відстані (30 см), стопи разом, нахил у сторону, вимірюється відстань від кінчиків пальців до підлоги, вправа виконується в обидві сторони. Загальний показник (см) визначається як сума двох вимірювань, поділена на 2	27,0±0,77	33,8±1,49*	35,8±1,69*
Нахил тулуба вперед, стоячи на гімнастичному ослоні (см)	13,33±2,39	3,3±10,80*	3,8±1,78*

Примітка: * – зміна показника достовірна в порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$).

Після проведеного тестування було встановлено, що студентки спеціальних медичних груп поступалися студенткам контрольної групи за всіма параметрами фізичної підготовленості.

Щодо швидкісних параметрів, останнє може бути проілюстровано такими фактами. Час ведення баскетбольного м'яча на 10 м для студенток контрольної групи складав $3,10 \pm 0,08$ с, тоді як для студенток спеціальних медичних груп 1 і 2 цей показник дорівнював, відповідно, $3,8 \pm 0,13$ і $3,97 \pm 0,12$ с, що вірогідно перевищує контрольний аналог ($p < 0,05$).

Гіршим у порівнянні з контролем був у студенток спеціальних медичних груп результат бігу на місці з підніманням колін до кута 90 за 5 с. Дівчата основної групи під час виконання цього тесту зробили, у середньому, $21,08 \pm 1,23$ кроку, у той час як студентки 1-ї та 2-ї спеціальних медичних груп показали результат $14,9 \pm 0,77$ і $14,7 \pm 0,77$ кроку, що менше в порівнянні з контрольним аналогом ($p < 0,05$).

Оцінюючи силові параметри, встановлено, що студентки спеціальної медичної групи 1 виконали згинання та розгинання рук в упорі лежачи $3,8 \pm 0,84$ раз, а спеціальної групи 2 – $3,9 \pm 1,00$ раз (при результаті контрольної групи $6,92 \pm 1,17$ раз, $p < 0,05$). Наведені результати тесту засвідчують перевагу силових якостей студенток контрольної групи над відповідними параметрами студенток спеціальних медичних груп.

Водночас студентки контрольної групи показали кращі результати тестів на витривалість. Так, результат 6-хвилинної проби в них складав $942 \pm 30,33$ м, у той час як студентки спеціальної медичної групи 1 упродовж 6 хв подолали дистанцію $815 \pm 21,71$ м, а спеціальної медичної групи 2 – $776 \pm 29,19$ м, що вірогідно менше від контрольного аналога ($p < 0,05$).

Тестом на швидкісну витривалість був у нашому дослідженні перехід з положення упор присівши в положення упор лежачи. За 1 хвилину студентки спеціальної медичної групи 1 виконали цей тест $17,3 \pm 1,35$ раз, студентки спеціальної медичної групи 2 – $14,42 \pm 1,68$ раз, у той час як контрольний показник був вірогідно більшим і складав $22,08 \pm 2,15$ раз ($p < 0,05$).

Виконання тестів на спритність дозволило виявити гірші показники в студенток спеціальних медичних груп. Студентки групи 1 з 10-ти влучень попали м'ячем у ціль у середньому $1,1 \pm 0,2$ разів, групи 2 – $1,25 \pm 0,31$ раза. Ці результати були меншими від контрольного аналога, який складав $1,79 \pm 0,34$ раза ($p < 0,05$).

Гірші здібності на спритність студенток спеціальних медичних груп були й за тестом попадання м'ячем у баскетбольне кільце. Кількість влучень для студенток контрольної групи складала $1,88 \pm 0,27$, а для студенток спеціальних медичних груп 1 і 2, відповідно, $1,0 \pm 0,12$ і $1,02 \pm 0,11$. Установлено статистично значущу різницю між результатами основної й спеціальних медичних груп ($p < 0,05$).

Достовірно гіршими в студенток спеціальних медичних груп були також показники гнучкості. Так, у дівчат контрольної групи показник нахилів тулуба вперед, стоячи на гімнастичному ослоні, у середньому складав $27,0 \pm 0,77$ см, а в студенток спеціальних медичних груп 1 і 2 він дорівнював, відповідно, $33,8 \pm 1,49$ і $35,8 \pm 1,69$ см ($p < 0,05$).

Загальний показник нахилів у сторону в студенток спеціальної групи 1 складав $33,8 \pm 1,49$ см, спеціальної групи 2 – $35,8 \pm 1,69$ см, що вірогідно більше від результату контрольної групи ($27,0 \pm 0,77$; $p < 0,05$).

Достовірних відмінностей показників фізичної підготовленості між спеціальними групами 1 і 2 не було встановлено, що свідчить про їхню статистичну однорідність.

Вегетативна нервова система зв'язує окремі частини організму, забезпечуючи його структурну й функціональну цілісність і збалансовуючи всі фізіологічні процеси. Водночас, завдяки важливій ролі в перебудові реакцій організму, незбалансованість її ланок є механізмом запуску й прогресування всіх патологічних процесів. В одних їй належить чільне місце, в інших, будучи спочатку тільки "пусковим механізмом", вона надалі стає вирішальним чинником прогнозу й наслідку хвороби [3; 5].

Наведені дані співзвучні з результатами нашого дослідження. На попередньому його етапі ми провели опитування студенток за двома опитувальниками. На підставі першого з них установили наявність факторів, які вимагають модифікації стилю їхнього життя. Такими були: нераціональне харчування, шкідливі звички, обтяжена спадковість. Наступним опитуванням ми підтвердили недостатній рівень фізичної активності в значній частини залучених до дослідження. Далі ми зіставляли виразність ознак вегетативної дисфункції й зміни параметрів фізичного розвитку, функціональної і фізичної підготовленості, установивши наявність між ними тісних взаємозв'язків.

Висновки

1. В обстежених нами студенток спеціальної медичної групи встановлено ознаки вегетативної дисфункції, яка є пусковим механізмом виникнення різних патологічних станів та їхнього прогресування.

2. Студентки з ознаками вегетативного дисбалансу мають недостатній рівень фізичної підготовленості в порівнянні з їхніми здоровими ровесницями.

3. Програма фізичної реабілітації студенток спеціальної медичної групи, яка має на меті підвищення рівня їхньої фізичної підготовленості, повинна включати методики, спрямовані на усунення вегетативного дисбалансу.

1. Аронов Д. М. Функциональные пробы в кардиологии / Д. М. Аронов, В. П. Лупанов. – М. : МЕДпресс-информ, 2003. – 296 с.
2. Блавт О. Концептуальні аспекти системи контролю у фізичному вихованні спеціальних медичних груп ВНЗ / Оксана Блавт // Молода спортивна наука України. – 2013. – Вип. 17. – Т. 3. – С. 13–20.
3. Вегетативные расстройства : клиника, лечение, диагностика / [Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Воробьева О. В. и др.] ; под авт. ред. А. М. Вейна. – М. : Мед. информ. агентство, 1998. – 752 с.
4. Левандовський О. С. Вплив фізичних вправ на стан вегетативної нервової системи у осіб з вегетативною дисфункцією / О. С. Левандовський // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми

- фізичного виховання і спорту : наукова монографія / [за ред. Єрмакова С. С.]. – Х. : ХДАДМ (ХХП), 2006. – С. 69–74.
5. Левандовський О. С. Методика активізації рухової активності студентів з ознаками вегетативного дисбалансу / О. С. Левандовський // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наукова монографія / [за ред. Єрмакова С. С.]. – Х. : ХДАДМ (ХХП), 2006. – С. 90–94.
 6. Левандовський О. С. Цінність ортостатичної проби та проби з ізометричним навантаженням для верифікації вегетативного дисбалансу / О. С. Левандовський // Спортивна наука України. – 2006. – № 1 (2). – С. 1–8.
 7. Парцерняк С. А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика / С. А. Парцерняк. – С. Пб. : А.В.К., 2002. – 384 с.
 8. Фізичне виховання. Типова програма навчальної дисципліни для студентів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації / за ред. А. В. Магльованого. – К., 2009. – 30 с.

Рецензент: канд. мед. наук, доц. Аравіцька М. Г.

УДК 378.147:796.035:294.527
ББК 74.580.055

Ольга Заставна,
Марія Аравіцька

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ СЛАБОЧУЮЧИХ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

Метою дослідження було висвітлення особливостей існуючої та перспектив розробки реабілітації слабочуючих дітей після перенесеної кохлеарної імплантації. Були проаналізовані та систематизовані дані сучасних літературних джерел, присвячених цій проблемі.

Визначено, що реабілітація слабочуючих дітей після кохлеарної імплантації – комплексна багатоступенна система медичних, соціально-психологічних, педагогічних, фізичних заходів, спрямованих на відновлення слухомовних навиків для нормального функціонування індивіда. Показано, що в процесі реабілітації потрібно приділяти особливу увагу цілісному гармонійному розвитку особистості, відновленню інтелектуального розвитку, фізичного, духовного та мовного зростання дитини на основі її потенційних здібностей. Своєчасна та правильно організована реабілітаційна робота забезпечує належний психофізичний розвиток і сприяє швидкій соціалізації дитини.

Ключові слова: слабочуючі діти, кохлеарна імплантація, фізична реабілітація.

Целью исследования было освещение особенностей существующей и перспектив разработки реабилитации слабослышающих детей после кохлеарной имплантации. Были проанализированы и систематизированы данные современных литературных источников, посвященных этой проблеме.

Определено, что реабилитация слабослышающих детей после кохлеарной имплантации – комплексная многоэтапная система медицинских, социально-психологических, педагогических, физических мер, направленных на восстановление слухоречевых навыков для нормального функционирования индивида. Показано, что в процессе реабилитации нужно уделять особое внимание целостному гармоническому развитию личности, восстановлению интеллектуального развития, физического, духовного и языкового роста ребенка на основе его потенциальных способностей. Своевременная и правильно организованная реабилитационная работа обеспечивает надлежащее психофизическое развитие и способствует быстрой социализации ребенка.

Ключевые слова: слабослышающие дети, кохлеарная имплантация, физическая реабилитация.

The aim of the research is to reveal the peculiarities of the existing rehabilitation and the development prospects of rehabilitation of hearing-impaired children after cochlear implantation. The data of modern literature sources devoted to this problem are analyzed and systematized.

It is determined that the rehabilitation of hearing-impaired children after cochlear implantation is a complex multistage system of medical, socio-psychological, pedagogical and physical acts targeted at regeneration of hearing and speech skills for normal functioning of an individual. It is demonstrated that in the process of rehabilitation it is necessary to pay special attention to an integral harmonious personal development, regenerating of intellectual development, physical, spiritual and language growth of a child on the basis of his/her potential abilities. Timely and well-organized rehabilitation work provides proper psychological and physical development and encourages fast socialization of a child.

Keywords: hearing impaired children, cochlear implantation, physical rehabilitation.