

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний педагогічний університет
імені Г. С. Сковороди

ПЕДАГОГІКА ЗДОРОВ'Я

Збірник наукових праць
VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції
18-19 травня 2018 року

Харків-2018

Педагоги закладу беруть активну участь у різноманітних конференціях, фестивалях, багато з них відзначені дипломами за роботу в цьому напрямку. Робота інструктора з фізкультури «Комплексний підхід до фізичного розвитку дітей дошкільного віку» відзначена дипломом переможця VIII Міжнародного фестивалю педагогічних ідей. З метою набуття досвіду ми є постійними учасниками Всеукраїнської науково-практичної конференції «Педагогіка здоров'я», яка присвячена здоров'язберенню учасників освітнього процесу.

У нас є діти. Отже, є майбутнє. З метою організації фізкультурно-оздоровчої, корекційної та реабілітаційної роботи з дітьми ми мріємо про створення в закладі спортивно-оздоровчого комплексу «Олімпійське містечко». Чугуїв – це місто, у якому оживають надії, тут обирають оптимальні цілі та завдання і впевнено їх виконують. Діти та їх здоров'я – завжди в пріоритеті.

Козачек Н.О., Райчук М.І.

Харківський національний педагогічний
університет імені Г.С. Сковороди

ПРИЧИНИ ПОРУШЕНЬ СЛУХУ У ДІТЕЙ ТА СУЧАСНІ ТЕХНІЧНІ ЗАСОБИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Слух – це велике благо, яке подарувала людині природа. Кількість інформації, яку ми отримуємо за допомогою органа слуху, не порівняти ні з яким іншим органом чуттів. Шум дощу та листя, голоси близьких, чарівна музика – це все далеко не все, що ми сприймаємо за допомогою слуху. І коли людина втрачає здатність чути це призводить до серйозних проблем як в психічному так і в соціальному аспектах життя. Для дорослої людини втрата слуху – це обмеження працездатності від втрати роботи до повної інвалідності, труднощі у спілкуванні. Більш серйозні наслідки зниження слуху у маленьких дітей. Вони вчаться говорити, наслідуючи дорослих, тому нормальний слух – обов'язкова умова нормального психомовного розвитку малюка.

Порушення слуху є найпоширенішою вродженою патологією немовлят. За даними Другої міжнародної конференції по скринінгу немовлят, діагностиці та ранньому втручанню частота порушень слуху спостерігається у 3 з 1000 немовлят, що у два рази більше, ніж патологія незрощення губи (піднебіння), в два рази більше, ніж частота синдрому Дауна. За іншими даними, в тому чи іншому ступені порушенням слуху страждають близько 15 з 1000 немовлят (в 0,5% - глухота).

Які ж причини порушень слуху? Медичні дослідження причин порушень слуху вказують на інфекційні захворювання, токсичні ураження, судинні розлади, механічні травми.

Отже причини порушень слуху можна поділити на дві великі групи: вроджені та набуті. У свою чергу вроджені включають в себе:

Успадковані порушення слуху. Тут мова йде про поломки в генах, що відповідні за розвиток органу слуху у зародка. Частіш за все ці поломки існують в організмі батьків, а діти успадковують (за даними закордонної статистики близько 90% дітей, народжених від глухих батьків не мають порушень слуху).

Не успадковані причини: а) вплив інфекцій на плід під час вагітності матері, особливо у перший триместр. До них відносять: краснуху, кір, грип, вірус герпеса, епідемічний паротит, цитомегалія, сифіліс, токсоплазмоз; б) прийом ототоксичних препаратів під час вагітності (антибіотики групи аміноглікозидів, а також похідних хініну (порушення слуху при цьому незворотні і підлягають лікуванню лише у самому початку розвитку); в) вплив радіації, хімічних речовин; г) зловживання матір'ю алкоголем та наркотичними речовинами.

Пов'язані з пологами: а) вага при народженні менш за 1500 грам, або пологи раніш 32 тижня вагітності; б) гіпоксія (киснева недостатність) плоду; в) зупинка дихання (немовля після народження не могла довго дихнути); г) родові травми (ураження слухового органу внаслідок стискання і деформації голівки плода під час проходження через вузькі пологові шляхи, а також внаслідок накладання акушерських щипців).

Набуті порушення слуху, які зустрічаються у 50 % дітей з вадами слуху: а) гострі інфекційні захворювання: епідемічний цереброспинальний менінгіт, кір, скарлатина, грип та паротит. Менінгіт, вірусний грип та паротит викликають ураження нервового апарату слухового аналізатору (кортієва органа або стовбура слухового нерву). Кір та скарлатина впливають на середнє вухо, що призводить до порушення функції звукопровідникового апарату, але може викликати захворювання внутрішнього вуха (серозний лабіринтіт); б) хронічний та гострий отити, що призводять до порушення нормальної рухливості барабанної перетинки і ланцюжка слухових кісток; в) захворювання носу та носоглотки і пов'язане з цим порушення прохідності Євстахієвої труби (хронічна нежить, аденоїдні розрощення тощо). При цьому порушується вентиляція середнього вуха і пов'язане з цим зміна положення барабанної перетинки і ланцюжка слухових кісток; г) хіміотерапія, застосування ототоксичних засобів (особливо антибіотиків); д) ураження центральних відділів слухового аналізатору, що виникають внаслідок уражень або захворювань головного мозку (енцефаліт, черепно-мозкові травми, крововиливи, пухлини).

Крім того, приблизно у 30% випадків причини порушення слуху встановити не вдається.

На сьогоднішній день методів лікування, які повністю відновлюють слух при вродженій та успадкованій глухоті, не існує. Тому головним моментом залишається профілактика та раннє діагностування. Таким методом діагностування є скринінг.

Сьогодні необхідність загального слухового скринінгу немовлят не викликає сумнівів, тому що, по-перше, втрата слуху є однією з найбільш розповсюджених патологій немовлят, по-друге, раннє втручання, що

наступає одразу за виявленням у дитини порушення слуху є дуже ефективним. Уже загально визначений той факт, що отримання дитиною адекватного звукопосилення у віці до 6 місяців забезпечує йому психофізичний та мовний розвиток на рівні однолітків, що нормально чують (M. Down, C. Yoshiango-Iatano, 1999).

Так, загально вживана практика в розвинутих країнах ранньої інтервенції для дитини з порушення слуху – це протезування слуховими апаратами одразу після визначення порушення (у перші 4 – 5 тижнів життя) і початок занять з дитиною під контролем сурдопедагога. Сучасні методи дозволяють протезувати дітей цього віку заушними слуховими апаратами, які на сьогоднішній день є найкращим дитячим електроакустичним протезом.

Тож, сучасний рівень технологій слухопротезування дозволяє значно поліпшити життя приблизно 90% людей з порушенням слуху. Саме слухопротезування, тобто правильно підібраний і індивідуально налаштований спеціалістом-слухопротезістом слуховий апарат, може бути компенсацією значної більшості порушень слуху.

Розглянемо будову слухових апаратів, їх види та типи. Будь-який слуховий апарат складається з телефону, посилювача одного або декількох мікрофонів. Звуковий сигнал, що поступає ззовні уловлюється слуховим апаратом за допомогою мікрофону. Мікрофон – це пристрій, який перетворює звукові хвилі, що потрапили на нього, в електричні сигнали, які потім поступають в посилювач для подальшої обробки. Використовуються два типи мікрофонів: різноспрямовані, які уловлюють всі навколишні звуки і, що придатні для спокійної обстановки; та спрямовані, що приймають звуки, що надходять лише з визначного напрямку і дозволяють ефективно спілкуватись з конкретним співрозмовником у складній акустичній обстановці. Посилювач слухового апарату – це мініатюрний електронний пристрій, який перетворює сигнал та посилює його потужність.

Функція телефону прямо протилежна функції мікрофона. Задача телефону – перетворення посилених і оброблених посилювачем електронних сигналів в звукові хвилі. Телефон – це маленьке, але потужне джерело звуку. Звуковий тиск, який справляє телефон потужного слухового апарату на барабанну перетинку, порівняно лише з тиском звуку, що виникає поблизу працюючого двигуна реактивного літака.

Класифікація слухових апаратів за місцем розташування виділяє такі типи: а) заушні слухові апарати. Апарати цього типу є наймасовішим варіантом. Використовуються при будь-яких формах і ступенях втрати слуху, в тому числі у дітей раннього віку. Апарат одягається на вушну раковину і з'єднується з зовнішнім слуховим проходом коротким прозорим звуководом та вкладишем. Сучасні заушні слухові апарати відрізняються великими можливостями в протезуванні, високою надійністю і мініатюрністю. Звичайний розмір апарату 45-55 мм, мініатюрний – до 25-30 мм; б) внутрішньовушні слухові апарати розміщуються в слуховому проході і виготовляються індивідуально, відповідно до форми слухового каналу пацієнта та його аудіо гамою. Внутрішньовушні апарати складаються з

одного елемента, мало примітні у вусі і комфортні у використанні. При таких самих можливостях, що і заушні апарати, вони менш помітні та більш природні за звучанням. Однак, у внутрішньовушних апаратів є недоліки: вони не дозволяють протезувати найбільші втрати слуху та більш складні в експлуатації.

Наймініатюрніший апарат цього різновиду – внутрішньоканальний. Він повністю розташовується внутрішньовушного каналу користувача і практично непомітний зовні.

Колісник І.Г.

Харківський санаторний навчально-виховний комплекс № 1

ШКОЛА САМОКОНТРОЛЮ В САНАТОРНОМУ НВК ЯК УМОВА УСПІШНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

У сучасному світі значно зросла кількість дітей з порушеннями психофізичного розвитку. За офіційними даними Держдепартаменту медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України за останні роки рівень дитячої інвалідності в Україні збільшився на 9,4%.

Цукровий діабет (далі – ЦД) є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я внаслідок його великої поширеності серед дитячого населення. Зростання захворюваності на ЦД у дітей, хронічний перебіг хвороби, життєва необхідність у препаратах інсулінів або їх аналогів, засобах СК (далі – самоконтроль), раннє виникнення хронічних ускладнень визначають не тільки медичне, але й соціальне значення цієї хвороби [1; 2].

Що стосується дитячого віку, то відомо, що фізіологічна незрілість загальних компенсаторних механізмів, у тому числі і ендокринної системи, яка характерна для дітей, посилюється у хворих на ЦД. Це і визначає особливості його перебігу в дитячому та підлітковому віці. Поряд із гормональним та метаболічним дисбалансом, який характерний для періоду статевого дозрівання, у підлітків, хворих на ЦД, відзначаються ще й швидкі зміни поведінки, які також впливають на ступінь компенсації захворювання. Відомо, що на рівень компенсації ЦД безпосередній вплив чинить і психологічний стан пацієнта [1].

На теперішній час вже доведено, що однією з причин незадовільної компенсації вуглеводного обміну у більшості дітей та підлітків з ЦД є відсутність ефективного та регулярного самоконтролю захворювання. На даний час навчання хворих прийнято вважати однією зі складових ефективного лікування ЦД. Метою навчання СК є не просто передача знань хворим, але й формування мотивації та нових психологічних настанов для правильної та своєчасної корекції терапії в умовах навчально-виховного комплексу та в домашніх умовах для підтримки оптимального метаболічного контролю. Сучасні дослідження доводять необхідність отримання хворими не тільки знань із СК, але й проведення психологічної корекції емоційних