D. (2011). Inclusive Education: Supporting Diversity in the Classroom. Crows Nest, N.S.W.: Allen & Unwin. http://idgu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/02/rp_ped-suprovid-ditej-z-obmezhenymy-mozhlyvostjamy-zdorovja-i-inkl-sered_bakalavr.pdf. [in Ukrainian]. **10. Liubar O. O.** (1993). Istoriia pedahohichnoi dumky i osvity v Ukraini. Kyiv.[in Ukrainian].

Rudenko L., Cherpak A.. Features of providing emergency medical assistance in an inclusive world.

The relevance of an inclusive approach to emergency medical care is extremely important in today's society. People with disabilities or chronic illnesses may have physical or cognitive limitations that affect their response in emergency situations. Skills in alternative communication for assisting people with sensory impairments (such as hearing or speech disabilities) are critical. The goal of this study is to create training programs for adapted assistance and to raise the level of inclusivity in society.

The historical development of emergency care for individuals with special educational needs (SEN) in Ukraine reflects the integration of inclusive values into healthcare and education systems. Since 2017, after the adoption of the "Education Law," infrastructure has been expanded to support children with SEN. Resource centers, which were established to train educators and healthcare professionals in adapted assistance skills, have played a significant role in improving the overall effectiveness of the system.

Raising awareness about emergency care in an inclusive society in Ukraine is an important task that contributes to the creation of a responsible and equitable environment. As individuals with special educational needs require adapted approaches to first aid, it is important to integrate inclusive knowledge into national training programs. Schools and universities, as well as training for medical professionals and volunteers, should focus on specific techniques for different groups of people with SEN. Additionally, dissemination through social media, online courses, and specialized mobile applications helps spread accessible knowledge to a wide audience. Webinars with sign language and adapted materials allow individuals with different needs to participate. The development of inclusive content for educational platforms and its support through government initiatives will contribute to the formation of an inclusive society where all members are prepared to provide assistance.

Conclusion. Inclusivity in first aid training is necessary for the creation of a socially responsible and safe society. Adapting medical knowledge for different groups increases readiness for emergencies and fosters a culture of interaction and support. Such initiatives in Ukraine promote inclusivity in healthcare and education.

Keywords: emergency care, inclusive society, people with disabilities, inclusivity, adapted medical care, inclusive training programs, medical training.

DOI: https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series19.2024.47.10
УДК 616.89-008.434.5

А.М. Савицький
a.m.savytskyy@udu.edu.ua
https://orcid.org/0009-0003-6841-6440
Т.М. Швалюк
shvaluktm@ukr.net
https://orcid.org/0000-0003-3836-1015
Н.В. Чередніченко
nataliachered@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-3554-8047

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З АФАЗІЄЮ НА РАННЬОМУ ЕТАПІ ВІДНОВЛЕННЯ

У статті на основі аналізу наукових праць вітчизняних та зарубіжних дослідників розглядається проблема фізичної реабілітації втрачених рухових функцій у дітей з афазією в умовах спеціально організованого середовища; проводиться аналіз дієвих форм і методів корекційно-реабілітаційної роботи з відновлення втрачених внаслідок ураження головного мозку рухових та мовленнєвих функцій у дітей цієї категоріальної групи; аналізуються дані щодо стану збережених психофізичних функцій у дитини з органічним ураженням центральної нервової системи, здійснюється дослідження нейропсихологічних та нейрофізіологічних підходів у реабілітації дітей хворих на афазію; виявляються особливості корекційно-

відновлювальної роботи та відповідних можливостей пластичної перебудови втрачених мозкових функцій та наявної нейрорегенерації у дітей дошкільного віку із афазією; робиться психофізичне обґрунтування застосування спеціальної відновлювальної корекційно-реабілітаційної роботи та наводяться спеціальні методики фізичної реабілітації та корекції у дітей з моторною афазією; виявляються нейропсихологічні та нейрофізіологічні основи відновлення рухових функцій у дітей хворих на афазію.

В статті висвітлюється концепція фізичної реабілітації дітей з афазією на ранньому етапі відновлювальної роботи. Детально розглядається патологічний стан рухової сфери дитини після ураження нервової системи. В статті, на основі аналізу отриманих даних експериментального дослідження визначаються найбільш дієві та оптимальні методики фізичної реабілітації даної категорії дітей та окреслюються подальші шляхи відновлення втрачених рухових функцій. Визначено подальші перспективи даної корекційно-відновлювальної роботи у дітей різних вікових груп з локальним ураженням головного мозку та окреслено напрями майбутніх пошуків у психофізичній реабілітації дітей на різних етапах відновлювального навчання.

Ключові слова: діти з афазією, ураження головного мозку, нейрорегенерація, фізична реабілітація, моторна афазія

Постановка проблеми. Корекційно-відновлювальна робота при афазії у дітей, в тому вигляді в якому вона існує сьогодні, з одного боку витікає з неврологічної та нейропсихологічної концепції порушення мовлення при афазії у дорослих, доповнюючи її, з іншого – істотно від неї відрізняється. Вказані відмінності відносяться, перш за все до строків відновлення мовлення і структурної перебудови мозкових механізмів, які є ще достатньо пластичними .

Надзвичайно важливим є той факт, що діти вказаної вікової групи, внаслідок ураження головного мозку втрачають рухові функції та тривалий час перебувають в патологічному нерухомому стані. Тому проблема відновлення рухових функцій при афазії часто пов'язана з проведенням реабілітаційних заходів щодо повернення втрачених рухових можливостей.

Мета статті: Таким чином, усе вищезазначене свідчить про необхідність проведення комплексного вивчення стану порушених мовленнєвих і рухових функцій у дітей з локальним ураженням як лівої, так і правої гемісфери головного мозку, визначення форми афазії та розробки на цій основі змісту корекційно-відновлювального навчання. Комплексні методики реабілітації мають бути побудованими з позицій нейропсихологічного і нейролінгвістичного аналізу мовленнєвої діяльності, нейрофізіологічних механізмів побудови довільних рухів і закономірностей розвитку мозку при нормальному та порушеному онтогенезі.

Корекційно-відновлювальна робота при афазії у дітей, в тому вигляді в якому вона існує сьогодні, з одного боку витікає з неврологічної та нейропсихологічної концепції порушення мовлення при афазії у дорослих, доповнюючи її, з іншого – істотно від неї відрізняється. Вказані відмінності відносяться, перш за все до строків відновлення мовлення і структурної перебудови мозкових механізмів. (А. Савицький, 2009).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналізуючи фахову науково-практичну літературу ми виявили, що залишаються практично не врахованими принципово важливі питання відмінностей в мозковій організації мовлення і його порушень у дітей і дорослих.

Як зазначалося вище, афазія виникає частіше у дорослому віці, однак в останні роки зросла кількість «дитячих» афазій, що спричинило нові наукові пошуки щодо з'ясування сутності *дитячої афазії.* Водночас наукових даних про механізми порушень, симптоматику та можливості відновлення при дитячій афазії вкрай недостатньо, що, в свою чергу, зумовило нас до продовження пошуків в цій темі досліджень. (А. Савицький, 2009).

На нашу думку, у спеціальній літературі недостатньо висвітлено питання, щодо відновлення дрібної моторики кисті як правої так і лівої руки дитини з даною руховою патологією, особливо, якщо передбачається надання нового статусу лівій руці, яка має стати ведучою, а права гемісфера мозку домінантною в організації рухового акту. (А. Савицький, В. Тищенко, В. Тарасун 2009).

Виклад основного матеріалу. Нами розроблена спеціальна методика ранньої реабілітації втрачених, внаслідок локального ураження кори і глибинних відділів мозку лівої півкулі, рухових функцій правої руки та розвитку лівої руки дитини, з врахуванням її ведучого статусу як в побуті, так і у процесі малювання та письма.

Ознайомившись з даними історії хвороби, знімками магнітно-резонансної томографії мозку (МРТ), до та після операції по видаленню пухлини і з заключеннями спеціалістів інституту нейрохірургії ми розуміємо складність проведеної операції, можливі наслідки та непередбачуваність корекційно-відновлювальної роботи. Дослідження патологічного стану дитини ми розпочинали з аналізу його рухових функцій, що не потребує мовленнєвих форм спілкування та може бути враховане при подальшому аналізі психічних процесів.

В усіх випадках діти, що потрапили в зону нашого експериментального дослідження після виписування з клініки в домашніх умовах були прикуті до ліжка. Тому перші зустрічі з хворою дитиною відбувалися біля її ліжка.

Враховуючи те, що на цьому етапі нейрореабілітації структури мозку дитини знаходяться в післяопераційному патологічному стані ми максимально толерантно в присутності батьків намагалися зібрати потрібну нам інформацію.

Зі слів батьків ми дізнавались, що на цьому етапі відновлення після операційного втручання дитина майже нерухома, не розмовляє але вже починає йти на контакт за допомогою сенсорних аналізаторів: зорового і слухового. Впізнає батьків та інших членів родини, протягує їм здорову ручку і намагається щось промовити. Також склалася система жестів завдяки якій дитина повідомляє дорослим коли вона щось хоче або ні. Частіше це рух голови або очей, чи умовні дії здоровою рукою.

Вивчення стану моторики хворої дитини ми проводили на наступний день після виконання серії проб пасивних рухів. Дитина залишалась в позиції лежачи на спині. Активні рухи проводились в ліжку.

Методика обстеження активної рухової бази дитини передбачала вивчення насамперед того, як дитина розуміє усні інструкції експериментатора і виконує саме той рух, який був запропонований.

В більшості випадків діти розуміли звернене до них мовлення і виконували прості рухи, які їм пропонувались. Хоча в деяких випадках дітям була потрібна допомога, особливо коли це стосувалось рухів на уражених кінцівках. Відповідно це оцінювалось двома балами за нашою оціночною шкалою.

Розуміючи патологічний стан м'язів правої сторони тіла дитини ми не пропонували для виконання рухи пов'язані з відведенням та приведенням руки, діяльністю мілкої моторики кисті руки та маніпуляції пальців ураженої кінцівки. Ненормативне виконання запропонованих рухів не давало нам повної інформації, щодо патологічного стану м'язів в уражених кінцівках, хоч було і зрозуміло природу даного порушення. Тому дослідження стану відновлення функцій в уражених кінцівках передбачалось на наступних етапах експериментального дослідження.

Дослідження рухових функцій з метою топічної діагностики передбачає аналіз тих складних форм побудови довільних рухів, які в неврологічній клініці відомі під назвою « праксис » . Порушення складних форм організації рухового акту не відокремлено чітко від порушень більш елементарних видів рухів. Тому дослідження рухових функцій потрібно починати з аналізу стану елементарних компонентів рухового акту, з тим щоб враховувати ступінь збереженості цих компонентів при вивченні більш складних форм довільних рухів. (А. Савицький, В. Тищенко, М. Шеремет, 2009).

Будь який довільний рух передбачає наявність певних умов, без яких він не може належним чином здійснюватися. Його першою передумовою є збереженість сили та точності руху, з однієї сторони, і нормальне забезпечення тонусу, який, як відомо, є основою для його чіткої координації – з другої. (Н.А. Бернштейн, 1947)

Однак збереженість сили і тонусу м'язів є лише умовою для побудови складного руху. Його подальшою умовою є збереженість того комплексу аферентацій, в межах якого будується будь який направлений предметний або локомоторний рух.

Найбільш суттєву роль в побудові складного руху виконує збереженість кінестетичної аферентації, яка забезпечує вірний напрям рухового імпульсу за певною « адресою » і постійну корекцію руху.

Нормативне виконання складного рухового акту потребує збереженості зорово-просторових аферентацій, що забезпечують правильну побудову руху в координатах зовнішнього простору (верх - низ, праворуч - ліворуч, ближче - дальше). Ці зорово-просторові координації здійснюються за участі потилично–тім'яних відділів кори, яка потребує чіткого виділення сигналів, що йдуть від ведучої правої руки; тому певні порушення призводять до втрати правильного розташування рухів в зовнішньому

просторі і розпаду просторової схеми рухового акту. (О.Р. Лурія, 1977)

Кожен складний довільний рух людини має певну мету. Тому збереженість вибірковості руху, відповідність його поставленій меті, підкорення його регулюючим впливам тих словесних зв'язків, які формулюють мету руху і забезпечують порівняння ефекту дії з запланованим, є важливою умовою, що забезпечує нормативне протікання складних рухових актів.

Методи дослідження рухових функцій руки мають бути спрямовані на аналіз збереженості кожної з перерахованих умов і на виявлення тих симптомів рухових порушень, які мають топічне значення.

До дослідження рухових функцій руки дитини, що перенесла нейрохірургічну операцію, ми приступали на наступний день після діагностики стану загальної моторики. Кращою для обстеження, за результатами виконання експериментальних проб та за загальним фізичним станом дитини, була перша половина дня, приблизно через годину після ранішнього пробудження.

Результати попередніх проб, щодо стану загальної моторики хворої дитини, підтвердили зв'язок лівої гемісфери мозку з функціональністю правої сторони тіла дитини, особливо з кінцівками. Так само при локальному ураженні структур правої долі мозку, пов'язаної з видаленням злоякісної пухлини, ми спостерігали порушення в роботі м'язів лівої сторони тіла дитини (лівосторонній геміпарез).

Так як більшість дітей, які були включені в експеримент, були правшами, для нас було важливим з'ясувати ступінь порушення функціональності правої руки та збереженість рухових можливостей лівої руки.

Розуміючи складність проведеної нейрохірургічної операції та враховуючи ті патологічні зміни, які відбулися у м'язах ведучої руки, ми прогнозували тривалий період реабілітації ураженої кінцівки, особливо відновлення нормальної діяльності мілкої моторики правої кисті руки. Тому для нас важливим був той факт, як дитина зможе координовано користуватися лівою рукою і який відсоток ймовірності, що вона згодом стане домінантною.

Значна частина дітей мають парези верхніх кінцівок. Найчастіше спостерігається наступне положення руки: рука зігнута в лікті, пронована, кисть зігнута, пальці стиснуті в кулак, причому великий палець знаходиться під рештою й притиснутий до долоні. При спробі утворити певний рух спостерігаємо спастичне нерівномірне підвищення м'язового тонусу та патологічні співдружні рухи лівої руки, паретичної правої ноги та язика. В якості ускладнюючих факторів спостерігається больовий синдром та сухожильно-м'язові контрактури.

У зв'язку з вищезазначеним всі прийоми і методи корекційно-відновлювальної роботи спрямовані на відповідні патологічні прояви з метою зменшення або усунення спастичності, слабкості м'язів, порочних, співдружніх рухів, а також відтворення побутових і спеціальних рухових навичок.

Маємо підкреслити ряд особливостей проведення корекційно-реабілітаційної роботи з відновлення рухових функцій у дітей з правостороннім геміпарезом нейрохірургічного ґенезу. Так, при використанні вправ для зменшення парезу і підвищення м'язової сили відмічається, що спастичні і паретичні м'язи стають сильнішими, причому спастичність м'язів не підвищується, а навпаки зменшується . (А. Савицький, 2009).

Крім особливостей відновлювальної гімнастики, є ряд специфічних особливостей застосування інших елементів лікувальної фізкультури – постуральних вправ (лікування положенням) і масаж. На постуральних вправах ми зупинимося пізніше, а підходи до проведення масажних процедур опишемо у наступних абзацах.

Як нами уже зазначалося раніше при проведенні масажу нижніх кінцівок, існує два варіанти процедури масажу – окремий сеанс масажу і включення масажних маніпуляцій до комплексу лікувальної гімнастики. Враховуючи патологічний стан м'язів правої руки ми завжди розпочинаємо відновлювальну роботу з масажу лівої руки з обов'язковим впливом на біологічно активні точки (БАТ).

Масаж верхньої частини тіла та верхніх кінцівок відбувається за наступною схемою:

1) дитина знаходиться у положенні лежачи на спині, під голову підкладена невисока подушка, масажист розташований ліворуч від дитини ;

2) проводиться масаж м'язів грудної клітини з використанням прийомів погладжування, розтирання, повільного розминання (рухи по напряму від центру до периферії);

3) погладжування та розтирання лівої руки від пальців до плеча (темп повільний з паузами між маніпуляціями);

4) перевернути дитину на живіт, забрати подушку з під голови, підкласти валік під паретичну ногу, паретична рука звисає з ліжка;

5) проводимо масаж спини з використанням наступних прийомів: повільне погладжування у напрямку від попереку до верхнього краю ключиці, колові розтирання верхніх шарів шкіри з акцентом руху у напряму від центру до периферії, глибоке погладжування у напрямку від центру до периферії, вижимання як від попереку до плеча, так і від центру до периферії, розминання верхніх груп м'язів спини вздовж хребта, повільне глибоке розминання м'язів спини з впливом на сегментарні та рефлекторні зони, проведення точкового масажу на БАТ, глибоке повільне вижимання в усіх напрямках, швидке глибоке розтирання долонею, погладжування з обхватом всього тулуба у напрямку від сідниць до шиї;

6) масаж задньої поверхні шиї (ліва рука дитини знаходиться під головою, тильна сторона долоні підкладена під лоб) ;

7) дитина перевертається на спину і проводяться дихальні вправи на розслаблення м'язів грудної клітини;

8) проводиться глибокий масаж лівої руки за наступною послідовністю:

- погладжування у напрямку від кисті до плеча
- глибоке вижимання передньої і задньої групи м'язів плеча
- розминання м'язів плеча
- глибоке розминання місць прикріплення м'язів плеча
- розтирання м'язів передпліччя
- розминання місць прикріплення м'язів передпліччя (ліктьовий та луче- зап'ястний суглоби)
- розтирання та розминання кисті руки
- розминання фаланг пальців
- встряхування та вібрації в усіх групах м'язів руки
- повільне глибоке вижимання
- погладжування з обхватом руки
- розтирання та розминання великого та малого грудного м'язу;

9) проведення пасивних рухів на згинання і розгинання руки у ліктьовому суглобі з обов'язковою фіксацією за плечовий та луче- зап'ястний суглоби.

Особливою за своїм ходом та динамікою є корекційно-реабілітаційна робота з відновлення рухових функцій паретичної руки дитини, що перенесла нейрохірургічну операцію. Ми наведемо зміст і основні напрями роботи, направленої на повернення ведучій руці її провідних функцій, але забігаючи наперед зауважимо, що повного відновлення рухових функцій, особливо диференційованих тонких рухів, ми при застосуванні нашої комплексної методики не досягли, і тому залишається актуальним питання підготовки ведучої руки до письма, що є важливим моментом перед вступом дитини до школи.

Сучасні теоретичні і практичні аспекти лікувальної фізкультури дозволяють сформулювати основні побудови цього методу реабілітації в нейрохірургічній клініці:

1. Цілеспрямованість методик ЛФК, що обумовлені конкретним функціональним дефіцитом в руховій, чутливій, серцево-судинній та дихальній діяльності.

2. Диференційованість методик ЛФК в залежності від типології функціонального порушення .

3. Адекватність навантажень індивідуально-динамічним можливостям дитини .

4. Своєчасність застосування методик ЛФК на ранніх етапах післяопераційного періоду з метою максимально можливого використання збережених функцій для відновлення порушених .

5. Послідовна активізація лікувально-фізкультурного впливу шляхом розширення методичного арсеналу і об'єму ЛФК, зростання тренувальних навантажень і тренуючого впливу на відповідні функції.

6. Функціонально виправдана скомбінованість застосування засобів ЛФК – лікувальної гімнастики, масажу, постуральних вправ – в залежності від періоду захворіння, функціонального дефіциту, прогнозу відновлення функцій та приєднання ускладнень (контрактури, сінкінезії, трофічні

порушення), а також етапу відновлення .

Застосовуючи методики масажу та пасивні вправи на кінцівках нам вдалося за короткий термін перевести дитину з положення лежачи на спині спочатку у положення сидячи, а згодом підвести її у положення стоячи. Ми розуміємо, що це тільки початок самостійної рухової діяльності, тому наступна батарея вправ спрямована на вдосконалення основних локомоцій, загальної і дрібної моторики та приведення всіх функціональних систем у нормальний стан.

Попередні спроби дитини сидіти, стояти та робити перші кроки були тісно пов'язані з допомогою зі сторони методиста і батьків. Наступний етап корекційно-реабілітаційної роботи спрямований на формування здібності:

- самостійно сідати і повертатися у положення лежачи;
- самостійно вставати і повертатися у положення сидячи;
- самостійно ходити;
- маніпулювати з предметами;
- виконувати вправи на поєднання рухів різного характеру.

Здатність самостійно сидіти є якісно новим положенням тіла дитини при якому тулуб, повністю відірваний під поверхні дозволяє рукам виконувати багатогранні функції, а зоровому, слуховому, пропріоцептивному, тактильному аналізаторам дає можливість встановлювати зв'язки із зовнішнім світом та своїм тілом. Також для нас є важливим є початок проведення активних вправ для рук на розвиток дрібної моторики, які можливі при статичній позиції сидячи.

Будь-яка, навіть сама довершена методика, є лише загальним напрямом корекційної роботи. Тому перш ніж описувати особливості запропонованих вправ, хочемо ще раз наголосити на їх індивідуальному характері. При появі ознак загального збудження чи перевтомі, підвищення тонусу м'язів, кількості синкінезій, треба зменшити навантаження, а в деяких випадках зовсім відмінити заняття. Відновити заняття можливо при обов'язковому зменшенні рівня навантаження і лише після того, як зникнуть ознаки поганого самопочуття дитини. Зокрема ознакою перевтоми може бути плаксивість, непритаманна дитині нервозність, негативне ставлення до виконання добре засвоєних вправ, погіршення сну і апетиту, поява епілептичних приступів Не рекомендується проводити заняття на фоні загально соматичних та інфекційних захворювань.

Висновки. Педагогічні спостереження показують, що позитивний емоційний фон дозволяє зняти втому і нервове напруження, швидше пристосуватися до нових обставині видів діяльності, що позитивно позначається на роботі організму в цілому і має важливе значення для рухової діяльності. Необхідно помічати, підкреслювати і заохочувати успіхи дитини, її активну участь та зацікавленість. Активність і свідомість забезпечують домінуючи мотиви відновлювального навчання . Стимулювання позитивної мотивації рухової діяльності дитини на заняттях реабілітаційної спрямованості, досягалося нами за рахунок продуманої організації процесу відновлення, спрямованого на запобігання, ослаблення чи подолання порушень їхньої рухової сфери, підтримку досягнень дітей та ствердження віри в їх власні рухові можливості.

Особливості патологічного стану моторної сфери дітей з афазією на ранньому етапі відновлення рухових функцій, ставлять перед реабілітологом ряд спеціальних завдань. Вони вимагають використання таких відновлювальних методик, які відповідають характеру рухового порушення в його початковій стадії і сприяють швидкому і найбільш високому рівню відновлення моторних функцій.

Проведене нами експериментальне дослідження дає можливість констатувати високу ефективність комплексної корекційно-розвивальної програми фізичної реабілітації втрачених рухових функцій та доцільність поетапної організації відновлювальної терапії дітей, хворих на афазію.

Список використаних джерел:

1. **Данько Р. В.** (2007) Динаміка мовних порушень в процесі реабілітації післяінсультних хворих : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 «Нервові хвороби»; Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. Харків, 20 с. **2. Зарицька А. В.** (2013) До проблеми відновлення комунікативної функції при моторній афазії внаслідок інсульту. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* . Вип. 23. С. 80-83. **3. Левчук Т. О.** (2011) Особливості функціональної асиметрії кори головного мозку у хворих з моторною афазією. *Актуальні проблеми навчання та виховання*

людей з особливими потребами, № 8. С. 224-229. **4. Лянна О. В.** (2006) Взаємозв'язок корекційно-педагогічної діяльності та фізичної реабілітації при відновленні мови у хворих з афазією. *Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб.: Вип. 8. Т. II.* Запоріжжя : Вид-во ХНРБЦ, С. 203-206. **5.Савицький А.М.** (2009) Корекція мовленнєво-рухової діяльності у дошкільників з дитячою афазією: дис… канд. наук: 13.00.03 –Корекційна педагогіка. Київ. **6. Тарасун В.В.** (2008) Морфофункціональна готовність дітей з особливостями розвитку до шкільного навчання: діагностика і формування. Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, 298 с. **7. Шеремет М. К., Прокопенко А. В.** (2011) Особливості розуміння мовленнєвого висловлювання у підлітків з афазією. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* Вип. 17. С. 286-288.

References:

1. **Dan`ko R. V.** (2007) Dy`namika movny`x porushen` v procesi reabilitaciyi pislyainsul`tny`x xvory`x : avtoref. dy`s. ... kand. med. nauk: 14.01.15 «Nervovi xvoroby`»; Xarkivs`ka medy`chna akademiya pislyady`plomnoyi osvity` MOZ Ukrayiny`. Xarkiv, 20 s. [in Ukrainian]. 2. **Zary`cz`ka A. V.** (2013) Do problemy` vidnovlennya komunikaty`vnoyi funkciyi pry` motornij afaziyi vnaslidok insul`tu. Naukovy`j chasopy`s NPU imeni M. P. Dragomanova. Seriya 19 : Korekcijna pedagogika ta special`na psy`xologiya. . Vy`p. 23. S. 80-83. [in Ukrainian]. 3**. Levchuk T. O.** (2011) Osobly`vosti funkcional`noyi asy`metriyi kory` golovnogo mozku u xvory`x z motornoyu afaziyeyu. Aktual`ni problemy` navchannya ta vy`xovannya lyudej z osobly`vy`my` potrebamy`, # 8. S. 224-229. [in Ukrainian]. 4. **Lyanna O. V.** (2006) Vzayemozv'yazok korekcijno-pedagogichnoyi diyal`nosti ta fizy`chnoyi reabilitaciyi pry` vidnovlenni movy` u xvory`x z afaziyeyu. Dy`dakty`chni ta social`no-psy`xologichni aspekty` korekcijnoyi roboty` u special`nij shkoli: nauk.-metod. zb.: Vy`p. 8. T. II. Zaporizhzhya : Vy`d-vo XNRBCz, S. 203-206.[in Ukrainian]. 5. **Savy`cz`ky`j A.M.** (2009) Korekciya movlennyevo-ruxovoyi diyal`nosti u doshkil`ny`kiv z dy`tyachoyu afaziyeyu: dy`s… kand. nauk: 13.00.03 – Korekcijna pedagogika. Ky`yiv.[in Ukrainian]. 6. **Tarasun V.V**.(2008) Morfofunkcional`na gotovnist` ditej z osobly`vostyamy` rozvy`tku do shkil`nogo navchannya: diagnosty`ka i formuvannya. Ky`yiv: NPU imeni M.P. Dragomanova, 298 s. [in Ukrainian]. 7. **Sheremet M. K., Prokopenko A. V.** (2011) Osobly`vosti rozuminnya movlennyevogo vy`slovlyuvannya u pidlitkiv z afaziyeyu. Naukovy`j chasopy`s NPU imeni M. P. Dragomanova. Seriya 19: Korekcijna pedagogika ta special`na psy`xologiya. Vy`p. 17. S. 286-288.[in Ukrainian].

Savytskyy A., Shvaluk T., Cherednichenko N. Physical rehabilitation of children with aphasia at the early stage of recovery

The article, based on the analysis of scientific works of domestic and foreign researchers, examines the problem of organizing corrective and restorative education for children with aphasia in a specially organized environment; an analysis of effective forms and methods of corrective and rehabilitation work to restore motor and speech functions lost as a result of brain damage in children of this categorical group is carried out; data on the state of preserved psychophysical functions in a child with an organic lesion of the central nervous system are analyzed, neuropsychological and neurophysiological approaches in the rehabilitation of children with aphasia are studied; the peculiarities of corrective and restorative training and the corresponding possibilities of plastic reconstruction of lost brain functions and existing neuroregeneration in preschool children with aphasia are revealed; psychophysical justification of the use of special restorative correctional rehabilitation work is made and special methods of physical rehabilitation and speech correction in children with aphasia; the neuropsychological and neurophysiological foundations of the recovery of motor and speech functions in children with aphasia are revealed.

The article highlights the concept of corrective and restorative education of children with aphasia in conditions of complex support. The state of pathology of psychomotor development in children at the early stage of recovery is considered in detail. In the article, based on the analysis of experimental research data, the most effective and optimal methods of correction and rehabilitation of this category of children are determined and further ways of restoring lost speech and motor functions are outlined. The future prospects of this corrective and restorative work in children of different age groups with local brain damage are determined, and the directions of future research in the psychophysical rehabilitation of children at different stages of restorative education are outlined.

Peculiarities of the pathological state of the motor sphere of children with aphasia at the early stage of recovery of motor functions pose a number of special tasks to the rehabilitator. They require the use of such restorative techniques that correspond to the nature of the movement disorder in its initial stage and contribute to the fastest and highest level of motor function recovery.

Key words: children with aphasia, brain damage, neuroregeneration, physical rehabilitation, aphasia.