DOI: https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series19.2026.50.11
УДК: 616.28-053.31:614.2:376.3:376.1:159.922.7

Цвігун А.Т.,
Український державний університет імені М.П. Драгоманова
***ORCID:** https://orcid.org/0009-0006-4197-3804*

НЕОНАТАЛЬНИЙ АУДІОЛОГІЧНИЙ СКРИНІНГ У СИСТЕМІ ПРОФІЛАКТИКИ ВТОРИННИХ ПОРУШЕНЬ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ РАННЬОГО СУРДОПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ

У статті теоретично та практично обґрунтовано роль універсального неонатального скринінгу слуху як базового чинника профілактики вторинних системних порушень розвитку дитини та побудови безперервного маршруту ранньої сурдопедагогічної допомоги. Актуальність дослідження зумовлена високою поширеністю перинатальних порушень слухової функції та ризиком виникнення стійких мовленнєвих і когнітивних затримок у разі несвоєчасної діагностики. За допомогою системно-структурного, порівняльного аналізу нормативної бази, міжнародних протоколів раннього втручання та узагальнення результатів пілотних програм вивчено технологічні й організаційні засади впровадження двохетапної аудіологічної діагностики немовлят.

Охарактеризовано еволюцію міжнародних часових стандартів маршрутизації дитини та висвітлено специфіку виявлення зниження слуху серед контингенту перинатального ризику в Україні. Доведено необхідність міждисциплінарної синхронізації дій аудіологів і сурдопедагогів для подолання часового лагу між верифікацією діагнозу, слухопротезуванням або кохлеарною імплантацією та початком корекційно-розвивальної роботи. Зроблено висновок, що вчасний скринінг забезпечує збереження природної нейропластичності слухової кори в сензитивний період мовленнєвого розвитку, виступаючи запорукою успішної соціальної та освітньої інклюзії дитини.

Ключові слова: неонатальний скринінг слуху, порушення слуху, раннє втручання, сурдопедагогічний супровід, профілактика вторинних порушень, слухопротезування, мовленнєвий розвиток.

Anastasiia Tsvihun

NEONATAL AUDIOLOGICAL SCREENING IN THE SYSTEM OF SECONDARY DISORDER PREVENTION AND EARLY INTERVENTION

The article provides a comprehensive theoretical and practical substantiation of universal newborn hearing screening as a fundamental structural factor in preventing secondary developmental disorders in children and establishing a seamless early deaf-educational intervention pathway. The urgency of the research is determined by the high prevalence of perinatal auditory pathology and the critical risk of severe speech, linguistic, cognitive, and communicative delays caused by delayed diagnostic verification and unaddressed auditory deprivation. Utilizing methods of systematic, comparative, and interdisciplinary analysis of Ukrainian regulatory frameworks, international early intervention protocols, and empirical pilot program data, the study examines the technological, organizational, and pedagogical foundations for implementing a two-stage objective audiological assessment model combining evoked otoacoustic emissions and automated auditory brainstem responses. The evolutionary progression of international patient routing timelines is characterized, demonstrating the transition from the traditional 1-3-6 guideline to accelerated 1-2-3 benchmarks, and specific empirical patterns of hearing impairment identification among vulnerable infants within perinatal intensive care units in Ukraine are evaluated. Special emphasis is placed on establishing

effective interdisciplinary coordination between clinical audiologists and deaf educators to eliminate the systemic time lag between objective diagnosis, digital hearing aid fitting or surgical preparation for cochlear implantation, and the immediate initiation of family-centered pedagogical support. The synthesized findings demonstrate that universal neonatal screening serves as the vital catalyst for preserving cortical neuroplasticity during the critical sensitive period of auditory and pre-speech maturation. Timely identification and early individualized pedagogical intervention effectively prevent secondary intellectual, social, and emotional deviations, ensuring natural speech acquisition and successful long-term educational and social inclusion.

Keywords: newborn hearing screening, hearing impairment, early intervention, deaf pedagogy, secondary disorder prevention, speech development, cochlear implantation.

Постановка проблеми. У сучасній сурдопедагогіці та спеціальній психології одним із найбільш актуальних залишається питання запобігання складним вторинним розладам, які виникають унаслідок вроджених або набутих у ранній період порушень слуху. Порушення слухової функції посідають провідне місце серед перинатальної патології дитячого віку: за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, тяжкі ступені зниження слуху фіксуються у 1-2 немовлят на 1000 новонароджених, а серед дітей, які після народження перебували у відділеннях інтенсивної терапії, ця частка досягає 15 % [1].

Головна небезпека полягає в тому, що протягом перших місяців життя дитини наявність порушення слуху зазвичай залишається непомітною для батьків, адже малюк може природно реагувати на зорові чи вібраційні подразники, посміхатися та вчасно починати гулити. Проте відсутність повноцінного сприймання звуків довкілля припадає на критичний, найбільш сприятливий (сензитивний) період дозрівання слухових центрів кори головного мозку. Якщо порушення не виявити вчасно, первинний дефект неминуче спричиняє каскад вторинних ускладнень: дитина втрачає можливість спонтанно наслідувати звуки, не переходить до стадії лепету, у неї виникає груба затримка розвитку мовлення, що згодом гальмує становлення словесно-логічного мислення, ускладнює соціалізацію та емоційне спілкування з близькими дорослими.

Саме тому вчасне виявлення стану слуху немовляти за допомогою об'єктивного неонатального скринінгу є ключовою педагогічною умовою профілактики вторинних відхилень. Чим раніше встановлено точний рівень зниження слуху, тим швидше сурдопедагог разом із родиною може розпочати цілеспрямовану корекційно-розвивальну роботу та підібрати необхідні засоби слухопротезування, створивши повноцінне мовленнєве середовище для гармонійного розвитку дитини [1].

Аналіз літературних джерел. Дослідження шляхів оптимізації ранньої допомоги дітям із порушеннями слуху займає чільне місце в сучасних міжнародних та вітчизняних наукових розвідках. Фундаментальні напрацювання в галузі створення цілісної системи раннього виявлення та втручання (Early Hearing Detection and Intervention – EHDI) здійснено американськими науковцями, які довели критичну важливість стандартизації кожного етапу корекційного маршруту дитини [1].

У працях X. Deng, M. Gaffney, S. D. Grosse висвітлено еволюцію та досягнення загальнонаціональних програм виявлення порушень слуху в Сполучених Штатах Америки, де ключову роль у клінічній стандартизації відіграв Об'єднаний комітет із питань слуху новонароджених (JCIH), який запровадив і нормативно закріпив універсальний часовий орієнтир «1-3-6» [3].

Сучасні дослідження S. Kim, A. L. Levy, Q. Gao, J. Choi, L. F. Davidson підтверджують, що чітке дотримання зазначеного алгоритму безпосередньо забезпечує своєчасне розгортання корекційно-розвивального процесу, а також аргументують актуальність переходу до ще більш стислої моделі ранньої інтервенції «1-2-3» завдяки впровадженню автоматизованих систем обліку [2].

У вітчизняному науковому дискурсі вагому увагу приділено вивченню перинатальних факторів ризику виникнення слухової патології. Зокрема, у дослідженнях Т. Клименко, Т. Знаменської, О. Карапетян та О. Мельничук ґрунтовно розкрито механізми порушення функції слухового аналізатора у передчасно народжених немовлят, які зазнали впливу перинатальних ускладнень і потребували неонатальної реанімації. Питання побудови безперервної системи ранньої сурдопедагогічної підтримки та комплексної допомоги сім'ям, які виховують дітей із порушеннями слухової функції, висвітлено у працях С. Литовченко, де підкреслюється провідна роль психолого-педагогічного супроводу на етапі довербального розвитку малюка [5]. Важливим кроком у формуванні вітчизняної доказової бази стали публікації В. Бобика та співавторів, які проаналізували практичні результати впровадження пілотних програм апаратного скринінгу, що дозволило отримати об'єктивні показники поширеності зниження слуху серед немовлят із груп перинатального ризику в умовах стаціонару [6]. Законодавчим підґрунтям для практичної реалізації зазначених підходів в Україні став Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1144, який нормативно регламентував Порядок проведення скринінгу слуху дітей [5].

Попри значну кількість публікацій, присвячених технічним і клінічним аспектам апаратного обстеження немовлят, у вітчизняній сурдопедагогіці залишається недостатньо висвітленою проблема практичної координації між етапом первинного медичного скринінгу та негайним початком корекційно-розвивальної роботи. Досі існує суттєвий часовий розрив між виявленням зниження слуху й залученням дитини до індивідуалізованої сурдопедагогічної програми раннього втручання, що створює ризик втрати сензитивного періоду формування передумов мовлення та потребує комплексного теоретичного й практичного обґрунтування.

Мета статті (постановка завдань). Метою дослідження є теоретико-методологічне та практичне обґрунтування ролі універсального неонатального скринінгу слуху як базового чинника профілактики вторинних порушень розвитку дитини та необхідної передумови для побудови безперервного маршруту ранньої сурдопедагогічної допомоги.

Відповідно до визначеної мети окреслено такі дослідницькі завдання:

– проаналізувати провідний міжнародний досвід створення комплексних систем раннього виявлення та втручання, зокрема еволюцію часових стандартів маршрутизації дітей із порушеннями слуху;

– охарактеризувати технологічну сутність двохетапної моделі аудіологічного обстеження немовлят як об’єктивного підґрунтя для побудови індивідуальної корекційно-розвивальної програми;

– оцінити результати впровадження пілотних програм неонатального скринінгу та специфіку виявлення патології слуху серед дітей із груп перинатального ризику в Україні;

– визначити зміст і механізми міждисциплінарної взаємодії, спрямовані на подолання часового розриву між установленням діагнозу, слухопротезуванням або кохлеарною імплантацією та початком систематичної сурдопедагогічної роботи в сензитивний період розвитку дитини.

Матеріали і методи. Дослідження ґрунтується на комплексі теоретичних і практико-орієнтованих педагогічних методів, спрямованих на вивчення передумов та умов організації ранньої корекційно-розвивальної допомоги дітям із порушеннями слуху.

Теоретична складова охоплює системно-структурний, порівняльний та міждисциплінарний аналіз науково-педагогічної, сурдопедагогічної та спеціальної психологічної літератури. Застосовано метод аналізу вітчизняного законодавства й міжнародного досвіду в галузі раннього втручання, а також нормативних документів, що регламентують порядок проведення скринінгу слуху дітей в Україні. Завдяки

узагальненню та систематизації теоретичних концепцій сурдопедагогіки з'ясовано особливості перебігу сензитивних періодів мовленнєвого онтогенезу та механізми виникнення вторинних затримок розвитку в умовах несвоєчасного виявлення зниження слуху.

Емпірико-педагогічний блок охоплює аналіз практичних результатів впровадження пілотних скринінгових програм як вихідного діагностичного підґрунтя для сурдопедагогічної діяльності. Використано методи кількісного та якісного вивчення даних обстеження немовлят із груп ризику, методи моделювання індивідуального освітньо-корекційного маршруту та педагогічного проєктування змісту ранньої допомоги. Застосований підхід дозволив простежити взаємозв'язок між строками отримання об'єктивної інформації про стан слухової функції дитини, вибором адекватного способу слухопротезування й оперативністю старту цілеспрямованого сурдопедагогічного супроводу родини.

Виклад основного матеріалу дослідження. Становлення світової системи раннього виявлення та надання своєчасної допомоги дітям із порушеннями слухової функції базується на тривалому практичному досвіді розбудови комплексних програм інтервенції. Провідну роль у цьому процесі відіграли Сполучені Штати Америки, де формування ефективної моделі раннього виявлення порушень слуху та раннього втручання (Early Hearing Detection and Intervention – EHDI) стало результатом узгодженої взаємодії нормативно-правових рішень, клінічних досягнень і спеціально-педагогічної практики [1].

Зародження цієї концепції припало на початок 1990-х років, коли окремі штати ініціювали впровадження обов'язкового скринінгу слуху для всіх новонароджених безпосередньо в акушерських стаціонарах. Поступово, починаючи з 2000 року, ці розрізнені регіональні заходи трансформувалися у загальнонаціональну стратегію, підтримувану на державному рівні та забезпечену відповідними ресурсами для подальшого супроводу родин [1].

Фундаментальне значення для науково-методичної стандартизації програм EHDI мала діяльність Об'єднаного комітету з питань слуху новонароджених (Joint Committee on Infant Hearing – JCIH), який об'єднав провідних фахівців у галузі аудіології, отоларингології, неонатології, педіатрії та сурдопедагогіки. У своїй програмній резолюції 2000 року Комітет розробив і затвердив базові орієнтири, що лягли в основу класичного алгоритму «1-3-6», який визнано міжнародним стандартом організації ранньої допомоги [1; 2].

Сутність цього підходу полягає в суворому дотриманні послідовних часових меж маршрутизації дитини з перших днів її життя:

– до 1 місяця життя немовля має пройти обов'язковий первинний аудіологічний скринінг у пологовому будинку або неонатальному відділенні;

– до 3 місяців життя для всіх дітей, які не пройшли первинний скринінг, має бути завершена комплексна діагностика з повною верифікацією наявності, характеру та ступеня зниження слуху;

– до 6 місяців життя дитина з підтвердженим порушенням слухової функції має бути обов'язково залучена до системи раннього втручання, що передбачає як слухопротезування, так і невідкладний початок психолого-педагогічної та сурдопедагогічної корекційної роботи [1; 2; 4].

Багаторічні спостереження фахівців продемонстрували, що неухильне виконання часових рамок моделі «1-3-6» виступає надійним чинником успішного мовленнєвого, когнітивного та комунікативного розвитку дитини, оскільки забезпечує надходження звукової інформації до мозку саме в найсприятливіший сензитивний період. Подальший розвиток технологій і повсюдна оптимізація електронних баз медичних даних дозволили фахівцям JCIH у 2019 році оновити ці рекомендації, запропонувавши ще більш стислий

алгоритм «1-2-3» [1].

Новий стандарт передбачає завершення скринінгу до 1 місяця, повне діагностичне підтвердження зниження слуху вже до 2 місяців та початок комплексного медико-педагогічного супроводу не пізніше 3-місячного віку немовляти.

Успішне функціонування таких часових алгоритмів стало можливим завдяки запровадженню єдиних цифрових систем обліку, які координують обмін інформацією між пологовими будинками, діагностичними центрами та корекційними педагогами. Це дозволяє уникнути втрати пацієнтів на етапі переходу від медицини до педагогіки та гарантує безперервність надання допомоги сім'ї. Сформований міжнародний досвід сьогодні слугує головним якісним орієнтиром для аналізу та системного розгортання аналогічних процесів в Україні, де вкрай важливо створити таку ж злагоджену взаємодію між лікарями й сурдопедагогами [1; 1; 6].

Побудова ефективної системи ранньої сурдопедагогічної допомоги неможлива без точних, об’єктивних і своєчасних даних про стан слухової функції дитини, оскільки саме вони визначають стратегію корекційного впливу з перших місяців життя. У сучасній практиці провідне місце посідає двохетапна модель аудіологічного обстеження новонароджених, яка гармонійно поєднує методи реєстрації викликаної отоакустичної емісії (ОАЕ) та автоматизованої реєстрації слухових викликаних потенціалів стовбура головного мозку [4; 6]. Така послідовність діагностичних процедур дозволяє не лише констатувати сам факт наявності чи відсутності реакції на звук, але й здійснити топічну диференціацію порушення, тобто встановити рівень ураження слухового аналізатора – від волоскових клітин завитки до стовбурових слухових шляхів.

Первинний етап скринінгу, що зазвичай проводиться безпосередньо у неонатальному відділенні чи пологовому стаціонарі, базується на реєстрації отоакустичної емісії (транзиторної або на частоті продукту спотворення). Цей метод вирізняється високою чутливістю, швидкістю виконання та неінвазивністю, що дає змогу швидко оцінити функціональний стан зовнішніх волоскових клітин внутрішнього вуха [4]. Негативний результат первинного тесту («не пройшов») не є остаточним вироком щодо глухоти, проте слугує підставою для пильного спостереження та переведення дитини на наступний діагностичний рівень. Використання виключно ОАЕ має певні діагностичні обмеження: методика не дає змоги виявити такі специфічні стани, як аудиторна нейропатія або ураження вищих слухових шляхів, за яких равлик залишається неушкодженим, але передача слухових імпульсів до кори мозку грубо порушена [1; 6].

Саме тому для поглибленого обстеження слухових порогів застосовується другий етап із використанням автоматизованої реєстрації коротколатентних слухових викликаних потенціалів (КСВП). Ця технологія дозволяє зареєструвати біоелектричну активність слухового нерва та стовбурових ядер у відповідь на звукові стимули різної інтенсивності й частоти, що забезпечує отримання цілісної картини провідності слухового шляху. Для сурдопедагога результати комплексної комп'ютерної діагностики мають визначальне значення: виявлення ступеня зниження слуху, яке за даними клінічних спостережень фіксується у значної частки дообстежених малюків, стає фундаментальним підґрунтям для розробки індивідуальної програми раннього розвитку [4; 6]. Отримані об'єктивні показники дозволяють фахівцям точно визначити подальший маршрут дитини – від термінового підбору й налаштування цифрових слухових апаратів до своєчасної підготовки до кохлеарної імплантації, створюючи надійну основу для розвитку слухового сприймання та мовлення немовляти.

Практичне впровадження неонатального скринінгу слуху в Україні перебуває на етапі активної інституалізації та формування єдиного медико-педагогічного простору. Нормативним підґрунтям для розгортання цієї системи став Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1144, який регламентував Порядок проведення скринінгу слуху дітей та визначив алгоритми раннього виявлення порушень слухової функції. Реалізація пілотних програм в окремих регіонах і спеціалізованих перинатальних центрах довела

надзвичайну актуальність обов'язкового апаратного обстеження та надала перші репрезентативні дані щодо поширеності розладів слуху серед немовлят [5; 6].

Аналіз клінічних результатів свідчить про суттєву диференціацію показників захворюваності залежно від соматичного стану новонароджених. Якщо в загальній популяції немовлят частота стійких уражень слухового аналізатора становить від 1 до 2 випадків на 1000 народжених, то в умовах спеціалізованих стаціонарів та відділень інтенсивної терапії новонароджених цей показник різко зростає. За результатами вітчизняних пілотних досліджень, частота виявлення патології слуху серед обстежених дітей стаціонарного контингенту досягла 17 випадків на 1000 оглянутих, що підкреслює необхідність першочергової уваги до контингенту високого перинатального ризику [1; 6].

Формування груп підвищеного ризику розвитку приглухуватості та глухоти базується на ретельній стратифікації перинатальних чинників. Провідними факторами виникнення слухових порушень у ранньому віці залишаються глибока недоношеність, мала маса тіла при народженні, перенесена тяжка асфіксія, гіпербілірубінемія, застосування ототоксичних лікарських препаратів під час реанімаційних заходів, а також наявність вроджених вад розвитку чи генетичних синдромів.

Окреме місце серед патогенетичних механізмів посідає перинатальний оксидативний стрес, який спричиняє деструктивні зміни в чутливих клітинних структурах внутрішнього вуха та стовбурових ядрах мозку, значно підвищуючи ймовірність формування сенсоневральних уражень [1; 6].

Отримані під час пілотних програм дані засвідчують, що в структурі дообстежених малюків, які не пройшли первинний тест, стійке зниження слуху різного ступеня тяжкості підтверджується у 40,2 % випадків. Така висока концентрація виявлених порушень серед груп ризику доводить необхідність обов’язкового двоетапного обстеження всіх без винятку дітей, які перебували у відділеннях неонатального догляду та інтенсивної терапії. Відсутність своєчасної апаратної оцінки стану слухової функції таких немовлят у перші тижні життя призводить до втрати компенсаторних можливостей нервової системи, тоді як своєчасна стратифікація факторів ризику дозволяє сурдопедагогам спільно з лікарями негайно розпочати цілеспрямований супровід і попередити розвиток стійких вторинних ускладнень [1; 4; 6].

Головною перевагою впровадження неонатального скринінгу є можливість подолання критичного розриву між первинним клінічним виявленням порушення слуху та безпосереднім стартом спеціального педагогічного впливу. До появи об’єктивної апаратної діагностики немовлят початок сурдопедагогічної допомоги нерідко відтерміновувався до дворічного чи трирічного віку, коли батьки та фахівці помічали вже сформовану системну відсутність мовлення. Така затримка призводила до незворотної втрати сензитивного періоду формування передумов мовленнєвого розвитку, коли пластичність мозку досягає свого піку, а слухова зона кори найбільш сприйнятлива до формування нейронних зв'язків під впливом звукових сигналів.

Сучасна модель вимагає чіткої синхронізації дій дитячого аудіолога або лікаря-сурдолога та сурдопедагога з перших місяців життя дитини. Отримання об’єктивних даних про пороги слухової чутливості дозволяє негайно реалізувати диференційований підхід до корекційного маршруту:

– для дітей зі зниженням слуху I-III ступенів пріоритетом виступає терміновий індивідуальний підбір та бінауральне налаштування високотехнологічних цифрових слухових апаратів із подальшим залученням сім’ї до систематичних сурдопедагогічних занять, спрямованих на розвиток слухової уваги та локалізації звуку в просторі;

– для немовлят із глибоким ураженням слухової функції (III-IV ступені або глухота) своєчасна діагностика відкриває можливість раннього слухопротезування як підготовчого етапу до проведення операції кохлеарної імплантації та гарантує безперервність подальшої слухомовленнєвої реабілітації.

Успіх міждисциплінарної взаємодії полягає в тому, що технічна компенсація слуху

за допомогою слухових апаратів чи систем кохлеарної імплантації створює лише фізичну можливість чути, тоді як навчити дитину сприймати, диференціювати й осмислювати звуковий потік, а також використовувати його як базу для власного мовлення – це основне сурдопедагогічне завдання. Ранній початок корекційної роботи з немовлям дозволяє підтримати природний розвиток голосових реакцій, зберегти й розвинути лепет, сформувати стійку увагу до мовлення дорослого та попередити виникнення вторинних затримок у когнітивному та емоційно-вольовому розвитку дитини. Таким чином, безперервний ланцюг «раннє виявлення – адекватне слухопротезування – своєчасна сурдопедагогічна корекція» виступає єдиним ефективним механізмом повноцінної інтеграції дитини з порушенням слуху в соціум.

Висновки. Проведений аналіз засвідчує, що неонатальний скринінг слуху виступає фундаментальним пусковим механізмом усієї сучасної системи ранньої сурдопедагогічної допомоги та визначальним чинником збереження природної пластичності слухової кори головного мозку дитини. Упровадження об'єктивної апаратної діагностики немовлят дозволяє кардинально змінити підхід до організації корекційного процесу, переводячи його з площини подолання вже сформованих системних дефектів у площину ефективної первинної та вторинної профілактики. Отримання точних даних про стан слухової функції в перші тижні життя дитини створює необхідні передумови для своєчасного надання адекватного звукового потоку до вищих нервових центрів безпосередньо в найсприятливіший період їхнього дозрівання.

Міжнародний досвід реалізації національних програм раннього виявлення та втручання (EHDI), регламентований протоколами JCIH за алгоритмами «1-3-6» та «1-2-3», доводить пряму залежність між часовими межами маршрутизації пацієнта та кінцевою результативністю його мовленнєвого й пізнавального розвитку. Практична апробація двоетапної моделі аудіологічного обстеження, що поєднує реєстрацію отоакустичної емісії та слухових викликаних потенціалів стовбура головного мозку, підтверджує високу точність топічної діагностики та дозволяє виявити стійке зниження слуху у 40,2 % немовлят, які потребували дообстеження. Особливу клінічну й педагогічну вагу цей метод має для контингенту перинатальних стаціонарів та відділень інтенсивної терапії, де поширеність порушень слуху зростає до 17 на 1000 оглянутих малюків внаслідок глибокої недоношеності, асфіксії та перенесеного оксидативного стресу.

Ключовим результатом реалізації скринінгу є подолання часового розриву між установленням клінічного діагнозу й початком цілеспрямованого корекційного виховання та навчання. Синхронізація раннього бінаурального слухопротезування або своєчасної підготовки до операції кохлеарної імплантації із систематичною сурдопедагогічною роботою забезпечує безперервність абілітаційного процесу. Це дозволяє зберегти довербальні вокалізації малюка, сформувати стійкі орієнтовно-слухові реакції, своєчасно запустити лепет та уникнути вторинного системного недорозвинення мовлення, що нерідко спричиняє вторинну затримку інтелектуального, емоційного та комунікативного розвитку.

Отже, універсальний неонатальний скринінг постає не суто медичною процедурою, а стратегічним соціально-педагогічним інструментом, що забезпечує дитині з порушенням слуху можливість повноцінного опанування мовлення та гарантує успішну інклюзію в освітнє і суспільне середовище.

Перспективи подальших досліджень. Подальший науково-практичний пошук у галузі ранньої допомоги дітям із порушеннями слухової функції має бути спрямований на поглиблення міждисциплінарної інтеграції між системою охорони здоров'я та сурдопедагогічною практикою. Одним із пріоритетних завдань постає розробка та впровадження єдиного національного медико-педагогічного цифрового реєстру немовлят, які не пройшли первинний скринінг слуху або мають верифіковані порушення слухового аналізатора. Створення такого електронного механізму обліку дозволить автоматизувати моніторинг кожного клінічного випадку, унеможливить втрату дітей на етапі переходу від

пологового будинку чи діагностичного центру до сурдопедагога та забезпечить прозорий контроль за дотриманням міжнародних часових нормативів раннього втручання.

Не менш важливим напрямом є наукове обґрунтування та нормативне закріплення чітких стандартів взаємодії у тріаді «дитячий аудіолог, сурдопедагог, родина». Це передбачає створення спільних міжвідомчих протоколів, які регламентуватимуть алгоритм негайного скерування немовляти на педагогічний супровід одразу після підтвердження зниження слуху або підбору слухових апаратів. Крім того, актуальною залишається розробка сучасних уніфікованих програм ранньої сурдопедагогічної допомоги, спеціально адаптованих для роботи з дітьми першого року життя, зокрема тими, які мають поєднані перинатальні ускладнення та потребують кохлеарної імплантації. Окремої уваги потребує дослідження психолого-педагогічних технологій консультування та підвищення батьківської компетентності в процесі створення збагаченого мовленнєвого середовища в сім'ї з перших місяців життя немовляти.

Література

1. Deng X., Gaffney M., Grosse S. D. Early Hearing Detection and Intervention in the United States: Achievements and Challenges in the 21st Century. *China CDC Wkly*. 2020. Vol. 2, No. 21. P. 378-382. DOI: 10.46234/ccdcw2020.097.

2. Kim S., Levy A. L., Gao Q., Choi J., Davidson L. F. Newborn Hearing Screening: 1-3-6 Guidelines and How Well We Adhere to Them. *Clin Pediatr (Phila)*. 2025. Vol. 64, No. 12. P. 1656-1662. DOI: 10.1177/00099228251356467.

3. Клименко Т., Знаменська Т., Карапетян О., Мельничук О. До питання про порушення слуху у передчасно народжених дітей, що перенесли оксидативний стрес при народженні *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2023. Т. 13, № 2 (48). с. 20-28. DOI: https://doi.org/10.24061/2413-4260.XIII.2.48.2023.3

4. Литовченко С. Стан і перспективи розвитку системи ранньої допомоги дітям з порушеннями слуху. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2023. № 1 (18). С. 106-125. DOI: https://doi.org/10.33189/epsn.v1i18.181.

5. Про затвердження Порядку проведення скринінгу слуху дітей : Наказ від 09.06.2021, № 1144 : станом на 25.06.2025. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1010-21#Text (дата звернення: 05.09.2026).

6. Бобик В.П., Раба Б.М., Черкес М.Б., Семенбк О.О. Скринінг слуху у новонароджених: результати першого етапу пілотної програми. *Експериментальна та клінічна фізіологія та біохімія*. 2023. Т. 96. С. 68-74. DOI: https://doi.org/10.25040/ecpb2023.01-02.068.

URL: https://library.dmed.org.ua/index.php?newsid=2530 дата звернення: 13.09.2026).

References

1. Deng X., Gaffney M., Grosse S. D. Early Hearing Detection and Intervention in the United States: Achievements and Challenges in the 21st Century. *China CDC Wkly.* 2020. Vol. 2, No. 21. P. 378–382. DOI: 10.46234/ccdcw2020.097 [in English].

2. Kim S., Levy A. L., Gao Q., Choi J., Davidson L. F. Newborn Hearing Screening: 1-3-6 Guidelines and How Well We Adhere to Them. *Clin Pediatr (Phila).* 2025. Vol. 64, No. 12. P. 1656–1662. DOI: 10.1177/00099228251356467 [in English].

3. Klymenko T., Znamenska T., Karapetian O., Melnychuk O. Do pytannia pro porushennia slukhu u peredchasno narodzhenykh ditei, shcho perenesly oksydatyvnyi stres pry narodzhenni [To the question of hearing impairment in premature infants who underwent oxidative stress at birth]. *Neonatolohiia, khirurhiia ta perynatalna medytsyna.* 2023. T. 13, № 2 (48). S. 20–28. DOI: https://doi.org/10.24061/2413-4260.XIII.2.48.2023.3 [in Ukrainian].

4. Lytovchenko S. Stan i perspektyvy rozvytku systemy rannoi dopomohy ditiam z porushenniamy slukhu [Status and prospects for the development of the early intervention system for children with hearing impairments]. *Osvita osib z osoblyvymy potrebamy: shliakhy rozbudovy.* 2023. № 1 (18). S. 106–125. DOI: https://doi.org/10.33189/epsn.v1i18.181 [in Ukrainian].

5. Pro zatverdzhennia Poriadku provedennia skryninhu slukhu ditei: Nakaz vid 09.06.2021, № 1144: stanom na 25.06.2025 [On approval of the Procedure for conducting hearing screening of

children: Order dated June 9, 2021, No. 1144: as of June 25, 2025]. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1010-21#Text (data zvernennia: 05.09.2026). [in Ukrainian].

7. Bobyk V. ta in. Skryninh slukhu u novonarodzhenykh: rezultaty pershoho etapu pilotnoi prohramy [Hearing screening in newborns: results of the first stage of the pilot program]. *Eksperymentalna ta klinichna fiziolohiia ta biokhimiia.* 2023. T. 96. S. 68–74. DOI: https://doi.org/10.25040/ecpb2023.01-02.068.

URL: https://library.dmed.org.ua/index.php?newsid=2530 (data zvernennia: 13.09.2026). [in Ukrainian].

Дата першого надходження статті до видання: 12.08.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 29.08.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 12.10.2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0