

«ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

ВОХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ПЕРИОДИЧЕСКИХ ИЗДАНИЙ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ВАК РФ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ ОСНОВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИССЕРТАЦИЙ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА И ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Учредитель и издатель — ОБЩЕРОССИЙСКИЙ ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД «СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РОССИИ»

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Батышева Т. Т. – д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, главный специалист по детской реабилитации Министерства здравоохранения РФ, главный специалист Департамента здравоохранения г. Москвы по детской неврологии, директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Быкова О. В. – д. м.н., главный научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Антонова Г.А. – директор Московского областного фонда медицинского страхования, Москва

Виноградов А. В. – д.м.н., профессор, заместитель директора по медицинской части ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия

Доскин В.А. – д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, зав. кафедрой поликлинической педиатрии РМАПО, Москва, Россия

Volker Hoemberg – Dr. Prof., St. Mauritius Therapieklinik, президент общества детских неврологов Германии, директор клиники Святого Маврикия, Дюссельдорф, Германия

Гузева В.И. – д.м.н., профессор, Главный внештатный детский специалист Минздрава России по специальности «Неврология», зав. кафедрой нервных болезней Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург, Россия

Иванова Г. Е. – д. м.н., профессор кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины Российского государственного медицинского университета, Главный специалист Министерства здравоохранения РФ по медицинской реабилитации, Москва, Россия

Козьякин В.И. – д.м.н., профессор, академик АН Украины, Герой Украины, Заслуженный деятель науки и техники Украины, генеральный директор Международной клиники восстановительного лечения и Реабилитационного центра «Элита», Украина

Левченко И.Ю. – д.психол.н., профессор, зав. кафедрой специальной психологии и клинических основ дефектологии МГОПУ им. М.А. Шолохова, Москва, Россия

Лильин Е.Т. – д.б.н., профессор, заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАН, академик РАЕН, руководитель лаборатории РМАПО, Москва, Россия

Намазова-Баранова Л.С. – д.м.н., профессор, заместитель директора ГУ НЦЗД РАМН по научной работе, Директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения

Пузин С.Н. – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, академик РАМН, Москва, Россия

Тамазян Г.В. – заместитель министра здравоохранения Правительства Московской области, заслуженный врач РФ, Москва, Россия

Georg Tyminskiy – Dr. Med. – European Scientific Society, Hannover, president The International Congress Euromedica Hannover, Ганновер, Германия

Семенова К. А. – д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки и главный научный сотрудник ФГБУ НЦЗД РАМН, Москва, Россия

Хан М.А. – д.м.н., профессор, главный детский физиотерапевт и курортолог Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Юнусов Ф.А. – д.м.н., профессор, академик РАЕН, ректор Российской академии медико-социальной реабилитации, Москва, Россия

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Глазкова С. В. – ученый секретарь ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Григорьев С.В. – к.психол.н., заведующий сектором игровой культуры Московского городского дворца детского (юношеского) творчества, главный координатор международной организации «Друзья игры», ведущий научный сотрудник Института психологии, Москва, Россия

Губина Н.Б. – заслуженный врач РФ, главный врач Санкт-Петербургского Государственного учреждения здравоохранения «Детский санаторий – реабилитационный центр «Детские Дюны» Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург, Россия

Исанова В.А. – д.м.н., профессор, главный реабилитолог Министерства социальной защиты Республики Татарстан, Казань, Россия

Kristina Muller – Dr. Priv.-dozent. Meerbusch – главный врач нейрорепедиатрического реабилитационного отделения, Мейербах, Германия

Разенкова Ю.А. – к.п.н., старший научный сотрудник, ученый секретарь Института коррекционной педагогики Российской академии образования, зав. Лабораторией ранней помощи детям с проблемами в развитии, директор ГНУ «Центр ранней диагностики и специальной помощи детям», Москва, Россия

РЕДАКТОР - КОРРЕКТОР

Бадикова Л.К.

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ
О МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ МЕТАЛЛОЗА
ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СКОЛЬЗЯЩИХ
КОНСТРУКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ**

А. А. Лака, М. Т. Сампиев, К. Рамлугон

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
РЕАБИЛИТАЦИИ**

Т.Т. Батышева, Е.Т. Лильин, О.В. Квасова,
С.В. Глазкова

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

**ОСНОВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭПИЛЕПСИИ
У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ
ПАРАЛИЧОМ**

Т. Т. Батышева, О. Л. Бадалян, В. М. Трепилец

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ
РЕАБИЛИТАЦИИ С КИНЕЗИОТЕРАПИЕЙ
В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ САНАТОРИИ,
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА
БРОНХОФОНОГРАФИИ У ПОДРОСТКОВ**

Н.А. Мокина, В.Ф. Пятин, М.А. Гудкова

**ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ВЫСШИХ
ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ
С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ МИОПАТИЯМИ**

В.А. Ерохина, Л.А. Троицкая

**ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД
К ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ
ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
РАЗВИТИЯ**

М.В. Жигорева

**РОЛЬ МИНИСТЕРСТВА В РЕАБИЛИТАЦИИ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ПРИМЕРЕ
РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ**

Л.М. Низова, Н.В. Юртикова

**4 К ВОПРОСУ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА
ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
ПЕДАГОГИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ**

И.М. Новикова

48

**5 ПРОБЛЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ,
ПОСТРАДАВШИХ В РАЗЛИЧНЫХ
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Е.Т. Лильин, И.С. Илларионов

54

**11 ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПОВЫШЕНИЯ
КАЧЕСТВА УСТНОЙ РЕЧИ УЧАЩИХСЯ
С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА**

С.А. Кузьмина

60

**ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ МАТЕРИ
К БОЛЕЗНИ ЕЕ РЕБЕНКА С ДЕТСКИМ
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Е.А. Стешенко

66

**ОСОБЕННОСТИ УСВОЕНИЯ
И ОПЕРИРОВАНИЯ УЧЕБНО-
ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕКСИКОЙ
УЧАЩИМИСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Л.А. Пантелеева

73

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ

79

ПРАВИЛА РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ РУКОПИСЕЙ

80

ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ

81

THE EDITOR'S COLUMN

REVIEW ARTICLES

MODERN VIEWS ON THE MECHANISMS OF METALLOSIS DEVELOPMENT WHEN USING GROWING INSTRUMENTATIONS IN SCOLIOSIS PATIENTS

A.A. Laka, M.T. Sampiev, K. Ramlugon

COMPARATIVE PROBLEMS OF REHABILITATION

T.T. Batysheva, E.T. Lilin, O.V. Kvasova, S.V. Glazkova

ORIGINAL ARTICLES

SIGNIFICANT PREDICTORS OF EPILEPSY IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

T.T. Batysheva, O.L. Badalyan, V.M. Trepilets

THE ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF REHABILITATION WITH KINESIOTHERAPY IN PULMONARY SANATORIUM WITH METHOD OF BRONCHOPHONY IN ADOLESCENTS

N.A. Mokina, V.F. Pjatin, M.A. Gudkova

THE SPECIFIC FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF HIGHER MENTAL FUNCTIONS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH HEREDITARY MYOPATHIES

V.A. Erokhina, L.A. Troitskaya

INNOVATIVE APPROACH TO PSYCHOLOGICAL ESCORT OF CHILDREN WITH DIFFICULT VIOLATIONS OF DEVELOPMENT

M.V. Zhigoreva

THE ROLE OF THE MINISTRY IN THE REHABILITATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE CASE OF THE REPUBLIC OF MARI EL

L.M. Nizova, N.V. Yurtikova

4 BY SOLVING THE PROBLEM OF HEALTHY LIFESTYLE IN PRESCHOOL CHILDREN PEDAGOGICAL TOOLS

I.M. Novikova

48

5 PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO CHILDREN IN EMERGENCY SITUATIONS AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT STAFF RESCUE SERVICES

E.T. Lilin, I.S. Illarionov

54

11 PEDAGOGICAL CONDITIONS OF IMPROVEMENT OF QUALITY OF ORAL SPEECH OF PUPILS WITH A HEARING DISORDER

S.A. Kuzminova

60

15 RESEARCH OF MOTHER'S ATTITUDE TO DISEASE OF HER CHILD WITH CEREBRAL PALSY

E.A. Steshenko

66

21 FEATURES OF ASSIMILATION AND OPERATING BY EDUCATIONAL AND TERMINOLOGICAL LEXICON PUPILS WITH LIMITED OPPORTUNITIES OF HEALTH

L.A. Panteleeva

73

INFORMATION FOR AUTHORS

MANUSCRIPT FORMATTING GUIDELINES

79

27 RULES FOR REVIEWING OF MANUSCRIPTS

80

INFORMATION ABOUT SUBSCRIPTION

81



Дорогие друзья!

Лето – это щедрая пора замечательных праздников.

Особенно ценными событиями лета для нас являются День России, День защиты детей, День медицинского работника.

От всей души поздравляю всех вас с этими прекрасными датами и желаю здоровья, личного счастья и профессионального роста.

А наш журнал, в свою очередь, будет способствовать расширению вашего профессионального кругозора и радовать вас оригинальными публикациями, как всегда, посвященными актуальным вопросам детской и подростковой реабилитации.

С уважением, Т.Т. Батышева

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Т.Т. Батышева'.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ МЕТАЛЛОЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СКОльзяЩИХ КОНСТРУКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ

А.А. Лака, М.Т. Сампиев, К. Рамлугон

ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», г. Москва, Россия

MODERN VIEWS ON THE MECHANISMS OF METALLOSIS DEVELOPMENT WHEN USING GROWING INSTRUMENTATIONS IN SCOLIOSIS PATIENTS

A.A. Laka, M.T. Sampiev, K. Ramlugon

People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

РЕЗЮМЕ

Выполнен анализ современных представлений об особенностях развития металлоза при применении эндокорректоров для лечения сколиоза у детей. Указано, что в настоящее время одним из недостатков металлических биоматериалов, из которых изготавливают ортопедические конструкции, является их низкая биосовместимость, уязвимость для коррозионных процессов и относительно высокая вероятность высвобождения ионов металлов. Информация о концентрациях элементов, выделяемых металлическими конструкциями, важна для прогнозирования локальных и системных эффектов, оказываемых изделием на организм человека.

Показана возможность наличия высоких концентраций ионов металлов в различных биологических средах при использовании различных конструкций для коррекции сколиоза у детей, что вызывает нежелательные реакции в тканях, развивающиеся в ответ на накопление продуктов износа. Такие реакции, в свою очередь, могут быть причиной таких клинически значимых осложнений, как серомы и свищи, лечение которых требует ревизионных хирургических вмешательств. Сделан вывод о необходимости совершенствования износостойких покрытий при разработке металлоконструкций для лечения сколиоза.

Ключевые слова: сколиоз, металлоз, биометаллы, ортопедические конструкции.

SUMMARY

The analysis of the modern views about the peculiarities of metallosis development in scoliotic children after implantation of endo-correctors. It was pointed out that at present one of the disadvantages of metal biomaterials, from which are manufactured orthopedic instrumentations is their low biocompatibility, vulnerability to corrosion processes and the relatively high probability of metal ions release. Information about the concentration of metal ions released by the implants, are important for predicting local and systemic effects of the provided product on the human body. The possibility of the presence of high level of metal ions concentration in various biological environments when using different instrumentations for the correction of scoliosis in children, result causing unwanted reactions in the body tissue in response to the accumulation of wear debris. Such reactions are, in turn, can cause clinically significant complications such as seromas and fistulas, the treatment of which requires revision surgery. Hence, it was conclude about the need to improve the development of wear-resistant coatings of implants for the treatment of scoliosis.

Key words: scoliosis, metallosis, bio-metals, orthopedic instrumrntations.

ВВЕДЕНИЕ

Частота идиопатического сколиоза с деформацией, устранение которой требует хирургического вмешательства (деформаций свыше 40–50°), в популяции составляет 2–4%. В 10–20% случаев в этой группе пациентов диагноз устанавливается в возрасте от 4 до 10 лет [1–4]. Хирургическое лечение детей с прогрессирующими формами сколиоза представляет собой сложную проблему. Во многом это обусловлено тем, что среди большого разнообразия различных систем для лечения деформаций позвоночника инструментарий, сохраняющий возможность роста позвоночника, занимает незначительное место. Но даже среди этого небольшого числа устройств отсутствуют совершенные конструкции [5, 6].

В последние годы практическая медицина предъявляет все более высокие требования к функциональным свойствам медицинских инструментов и различных устройств, используемых при проведении реконструктивной хирургии опорно-двигательного аппарата, которые в значительной мере зависят от качества материала [7, 8]. Так, для изготовления остеофиксаторов используют различные виды материалов и сплавов, отдавая предпочтение биоинертным, не корродирующим, с большей механической прочностью [5]. Известно, что при постоянном контакте с биологическими средами организма инструменты и имплантаты подвергаются интенсивной коррозии. Выход ионов металлов может вызывать такие побочные явления, как металлоз [9].

Одной из основных проблем применения скользящих систем является наличие пар трения, при котором происходит выброс ионов металла в ткани, окружающие конструкцию, в частности, и в организм больного в целом [10, 11]. При превышении концентраций этих ионов может развиваться реакция даже на металлы, инертные в отношении тканей организма человека.

Однако в доступной литературе, как отечественной, так и зарубежной, не найдено работ, освещающих особенности накопления, всасывания и влияния на организм продуктов, образующихся при разрушении металла в парах трения скользящих эндокорректоров. Практически отсутствуют исследования, в которых

была бы достоверно объяснена роль ионов металла, имбибирующих ткани в непосредственной близости от пар трения и провоцирующих формирование металлоза. Все это свидетельствует об актуальности изучения проблемы металлоза и его проявлений при использовании различных конструкций для коррекции сколиоза в современной ортопедической практике.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ современных представлений об особенностях развития металлоза при применении эндокорректоров для лечения сколиоза у детей.

Особенности влияния на организм металлов, входящих в состав ортопедических конструкций. В последние десятилетия значительно возросло применение в медицине изделий из металлов и сплавов металлов, нередко их называют «биоматериалы» или «биометаллы». Поскольку биометаллы постоянно контактируют с клетками человеческого организма, этот контакт не должен негативно сказываться на его состоянии. Часто эти материалы используются для замены или усиления структурных компонентов с целью компенсации дефектов опорно-двигательного аппарата [12]. Также они широко применяются в стоматологии, ортопедии, в сердечно-сосудистой и реконструктивной хирургии [13, 14].

Материалы, из которых состоят медицинские имплантаты, должны обладать определенными свойствами, к которым относятся биосовместимость (высокий аффинитет клеток к поверхности металлического имплантата), антикоррозионная устойчивость, долговечность (высокое сопротивление коррозионной усталости и усталости при фреттинг-коррозии, а также малое количество частиц, выделяемых при поверхностном износе), низкий модуль Юнга, а также прочность и жесткость. Помимо указанных выше химических и физических свойств, биоматериалы должны быть нетоксичными, неканцерогенными, должны быть хорошими тепло- и электроизоляторами, не должны вызывать иммунологические реакции. Изделия из этих веществ должны легко подвер-

гаться стерилизации и обработке с целью получения необходимой формы [15].

Одним из недостатков металлических биоматериалов является их низкая биосовместимость, уязвимость для коррозионных процессов и относительно высокая вероятность высвобождения ионов металлов [16, 17]. Учитывая вышесказанное, улучшение показателей биосовместимости и снижение токсичности биометаллов является первоочередной задачей, решение которой будет определять дальнейшее развитие этой группы материалов.

Для получения материалов с оптимальными свойствами применяются различные сплавы металлов, что приводит как к улучшению их свойств, так и нередко к нежелательному ухудшению или исчезновению требуемых качеств. Информация о типах и концентрации элементов, выделяемых металлической конструкцией – имплантатом, важна для прогнозирования локальных и системных эффектов, оказываемых изделием на организм человека. Известно, что контакт поверхности имплантата с биологическими жидкостями сопровождается явлениями коррозии.

Под коррозией подразумевается постепенная деградация материалов, в особенности металлов, под действием различных физических и химических факторов [10, 18]. Склонность материалов имплантатов к различным типам коррозии (точечной, щелевой, электрохимической и фреттинг-коррозии) зависит от состава сплава и условий окружающей среды [19]. Коррозия развивается в тех случаях, когда пассивирующая пленка, покрывающая поверхность металла, повреждается из-за трения и микросмещений [20]. Высвобождение ионов металлов из материала имплантата является прямым следствием коррозионного процесса. При этом свободные ионы металлов вызывают локальные и системные нарушения функций организма, поскольку ионы способны к диффузии и распространяются таким образом по всему организму. Наличие определенных микроструктур в материале и неровность поверхности способствуют высвобождению ионов [11].

Скорость коррозии помимо специфических факторов определяется композицией, темпе-

ратурой и pH химического окружения. Проведен ряд исследований этого процесса в экспериментах *in vitro* с использованием моделей биологических жидкостей и сред организма. Установлено, что по мере снижения pH растет концентрация ионов металлов. Кроме того, коррозия приводит к нарушениям свойств изделия, в том числе снижению прочности и биосовместимости [12, 16, 20].

К настоящему времени проведен ряд исследований, в основном посвященных состоянию тканей суставов при эндопротезировании, в которых показаны морфологические изменения, характеризующие накопление продуктов «изнашивания» конструкции в околосуставной ткани. Показано наличие мелких частичек разрушающегося устройства (инородного тела) и реакция окружающих тканей, что, по мнению специалистов, лежит в основе развития нестабильности или «изнашивания» искусственного сустава. Описан спектр и концентрации продуктов «изнашивания», показаны реактивные изменения, развивающиеся в мягких тканях и кости. Также охарактеризована реакция отсроченной гиперчувствительности и другие осложнения при использовании металлических изделий [13, 18].

Несмотря на то, что современные эндокорректоры, используемые при сколиозе, созданы из инертных и прочных материалов, любое такого рода изделие со временем подвергается «изнашиванию». Установлено, что скорость развития несостоятельности конструкции определяется различными факторами, в первую очередь продолжительностью и интенсивностью ее использования. Установлено, что реакция биологических тканей на продукты распада или «изнашивания» таких изделий в организме наблюдается при использовании различных их видов, в частности, реакция на конструкции отмечается при протезировании как крупных, так и мелких суставов [16, 19].

Старение или «изнашивание» металлической конструкции проявляется потерей материалами целостности структуры. При этом может происходить разрыхление, измельчение и отслаивание мелких частиц, адгезия, абразия поверхности. Металлические конструкции подвергаются коррозии вследствие высвобожде-

ния ионов металлов при термодинамической стимуляции развивающихся электрохимических процессов в области соприкосновения инородного материала с биологическими тканями организма хозяина [21].

Морфофункциональная характеристика изменений в тканях при длительном наличии металлических конструкций. Безусловно, установка любого эндокорректора, в том числе и для коррекции сколиоза, всегда сопровождается травмированием биологических тканей. Ответ организма на внедренное изделие развивается и изменяется со временем. Проведенные к настоящему времени морфологические исследования показали признаки реакции гиперчувствительности замедленного типа [22].

Например, после установки конструкции вновь формируется синовиальная оболочка, способная синтезировать синовиальную жидкость. Тем не менее, «идеальной» конструкции не существует, со временем прогрессирует фрагментация ее компонентов, усиливаются реактивные изменения окружающих тканей хозяина. Результатом является прогрессирующее накопление микроскопически мелких частиц распада устройства в ткани и жидкости, окутывающей эндокорректор [2].

Показано, что микроскопически мелкие частички поглощаются синовиоцитами и макрофагами. Накопление и фагоцитоз частиц распада приводят к формированию слоя ткани с внутренней выстилкой из макрофагов и продуктов распада, что описывают в качестве процесса развития «дендритического синовиита». Показано, что наблюдаемые при этом тканевые гистиоциты при этом крупных размеров, овальной или круглой формы, с обильной эозинофильной гранулированной цитоплазмой. Выявляются также лимфоциты и плазматические клетки. Нейтрофилы либо отсутствуют, либо выявляются в единичных количествах [16, 22–24].

Установлено, что, например, костный цемент вызывает активную гигантоклеточную реакцию. Полиметилметакрилат, входящий в его состав, растворяется в ткани, при световой микроскопии виден в виде крупных овальных или округлых полостей, содержащих барий – кристаллический светло-зеленый контрастный

материал. Гистиоцитарные мононуклеары и гигантские клетки окружают мелкие волокна и фрагменты полиэтилена [19].

Металлические частички столь малы, что редко обнаруживаются при рутинном исследовании, их величина редко превышает 50 мкм. Металлическая «пыль» видна в цитоплазме гистиоцитов или в межклеточной строме. При значительном накоплении частиц металла в ткани отмечается чернильно-черное окрашивание, которое собственно и характеризуется как металлоз [22, 25–26]. Степень васкуляризации новообразованной ткани, как правило, невысокая. Также при гистологическом исследовании выявляются коагуляционный некроз, реактивный фиброз, папиллярная фиброзно-хрящевая метаплазия, а также гемосидероз.

Дендритическая ткань, богатая макрофагами, гигантскими клетками, инородными частицами, может внедряться в гаверсовы каналы коры и медуллярной зоны. Кость может частично некротизироваться, встречаются островки реактивной волокнистой кости, зоны резорбции остеокластами.

Доказано прямое воздействие макрофагов на процесс костной резорбции. Активизированные макрофаги секретируют набор цитокинов, включающий интерлейкин (ИЛ)-1 и ИЛ-6, а также фактор некроза опухоли (ФНО), трансформирующий фактор роста (TGF), гранулоцитарный макрофагальный колониестимулирующий фактор (GM-CSF), простагландин E₂, RANKL-лиганд остеобластов [14, 18].

Необходимо отметить, что все эти биологически активные вещества способствуют активации остеокластов, что приводит к резорбции костной ткани и расшатыванию конструкций. Биологическая реакция на продукты разрушения изделий может приводить к ряду осложнений [3]. Так, мелкие металлические осколки, полиэтилен, костный цемент и силикон выявляются в лимфатических узлах, селезенке, печени, почках и легких. Ионы металлов обнаруживаются в моче и в крови, в синовиальной жидкости пациентов с установленными конструкциями.

Показано развитие иммунологической реакции гиперчувствительности замедленного типа (IV типа) на ионы металла. На ее развитие

стали обращать внимание в последние десятилетия после начала широкого применения различных устройств из металлов в травматологии и ортопедии. Известно, что в течение первых пяти лет после установки конструкции эти явления обнаруживаются у 1% больных. В качестве наиболее иммуногенных металлов рассматриваются кобальт и хром [22, 27].

Продемонстрировано развитие при реакции гиперчувствительности замедленного типа большой мягкотканной псевдоопухли. Морфологические изменения синовиоцитов при этом характерны и включают фибриноидный экссудат, папилломатоз, субсиновиальный реактивный фиброз, асептический лимфоцитарный васкулит с преобладанием Т-клеточной реакции. Характерная картина дендритического синовита с макрофагальной и гигантоклеточной реакцией отсутствует. Мелкие металлические частички могут присутствовать, встречаются гранулемы вокруг фокусов коагуляционного некроза [20, 28].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сложность хирургического лечения детей с тяжелыми, прогрессирующими формами сколиоза обусловлена рядом факторов, к которым следует отнести выбор метода хирургической коррекции сколиоза, сложность выбора варианта конструкции. В полной мере это относится к оценке применения скользящих (динамических) конструкций, в частности, эндокорректоров для лечения сколиоза.

В последние годы результаты биохимических, морфологических, иммунологических исследований по оценке влияния на ткани организма материалов, из которых изготовлены различные имплантаты, все шире используются разработчиками новых материалов и изделий для различных областей медицины, в том числе травматологии и ортопедии. Современные конструкции обладают более длительным периодом бессимптомного использования, минимальным побочным и воспалительным эффектом, а соответственно, и степенью износа.

Анализ данных литературы свидетельствует о возможности наличия высоких концентраций ионов металлов при использовании различных конструкций для коррекции сколиоза у

детей, что вызывает нежелательные реакции в тканях, развивающиеся в ответ на накопление продуктов износа. Такие реакции в свою очередь могут быть причиной таких клинически значимых осложнений, как серомы и свищи, лечение которых требует ревизионных хирургических вмешательств.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования износостойких покрытий при разработке металлоконструкций для лечения сколиоза. Высокой является актуальность проведения исследований по оценке применения метода хирургической коррекции больных с тяжелыми прогрессирующими формами сколиотической болезни в детском возрасте, в частности, в отношении углубленного изучения возможности развития металлоза в организме пациента.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лака А.А., Сампиев М.Т., Загородний Н.В. и др. Клиническая картина и диагностика сколиоза. – М.: Издательство РУДН, 2006. – С. 9–27.
2. Михайловский М.В. Хирургия идиопатического сколиоза: ближайшие и отдаленные результаты. – Новосибирск, 2007. – 456 с.
3. Шубкин В.Н., Гатиатулин Р.Р., Трубников В.И. и др. Лечение сколиоза двухпластинчатым эндокорректором. – Красноярск: Изд-во Красноярского ГПУ, 1998. – 128 с.
4. Alvarez-Martinez M.M., Rosales-Morales E., Valcarcel-Lein J.A. Management of early onset scoliosis // *Acta Ortop. Mex.* – 2011. – Vol. 25 (3). – P.188-194.
5. Мацевитый В.М. Покрытия для режущих инструментов. – Киев: Вища школа, 1987. – 126 с.
6. Cho K.J., Kim Y.T., Shin S.H., Suk S.I. Surgical treatment of adult degenerative scoliosis // *Asian Spine J.* – 2014. – Vol. 8 (3). – P. 371-381.
7. Абдуллин И.Ш., Миронов М.М., Гарипова Г.И. Бактерицидные и биологически стойкие покрытия для медицинских имплантатов и инструментов // *Медицинская техника.* – 2004. – № 4. – С. 20–22.
8. Васюра А.С., Новиков В.В., Белозеров В.В., Удалов И.Г. Эффективность применения ламинарной и транспедикулярной фиксации при хирургическом лечении идиопатического сколиоза поясничной и груднопоясничной локализации // *Хирургия позвоночника.* – 2012. – № 1. – С. 48–53.
9. Steinemann S. G. Meta implants and surface

- reactions // *Injury*. – 1996. – Vol. 27, Suppl. 3. – P. 16–22.
10. Baucic M., Čelebic A., Stipetic J. et al. In vitro release of metal ions from a gold-platinum alloy in saliva-simulated conditions // *Collegium Antropol.* – 2003. – Vol. 27 (2). – P. 91-98.
 11. Gil F., Rodriguez D., Planell J. et al. Metallic ion release in artificial saliva of titanium oral implants coupled with different metal superstructures // *Bio-Med. Mater. Eng.* – 1997. – Vol. 7/3. – P. 213-220.
 12. Huang T.H., Ding S., Min Y. et al. Metal ion release from new and recycled stainless steel brackets // *Eur. J. Orthodont.* – 2004. – Vol. 26. – P. 171-177.
 13. Fujishiro T., Moojen D.J., Kobayashi N. et al. Perivascular and diffuse lymphocytic inflammation are not specific for failed metal-on-metal hip implants // *Clin. Orthop. Relat. Res.* – 2011. – Vol. 469 (4). – P. 1127-1133.
 14. Guyer R.D., Shellock J., MacLennan B. et al. Early failure of metal-on-metal artificial disc prostheses associated with lymphocytic reaction: diagnosis and treatment experience in four cases // *Spine (Phila Pa 1976)*. – 2011. – Vol. 36 (7). – P. 492-497.
 15. Mirjanić V.D., Arbutina R., Šetrajić J. et al. Proceedings for Natural Sciences. Matica Srpska Novi Sad. – 2010. – P. 121-126.
 16. Jacobs J., Skipor A., Patterson L. et al. Metal release in patients who have had a primary total hip arthroplasty. A prospective, controlled, longitudinal study // *J. Bone Joint Surg.* – 1998. – Vol. 80/10. – P. 1447-1458.
 17. Pelt C.E., Erickson J., Clarke I. et al. Histologic, serologic, and tribologic findings in failed metal-on-metal total hip arthroplasty: AAOS exhibit selection // *J. Bone Joint Surg. Am.* – 2013. – Vol. 95 (21). – P. 163.
 18. Fujishiro T., Hayashi S., Kanzaki N. et al. Retroperitoneal abscess following infected bipolar hemiarthroplasty diagnosed by metallosis: a case report // *Hip Int.* – 2010. – Vol. 20 (3). – P. 338-339.
 19. Ikeda T., Takahashi K., Kabata T. et al. Polyneuropathy caused by cobalt-chromium metallosis after total hip replacement // *Muscle Nerve.* – 2010. – Vol. 42 (1). – P. 140-143.
 20. Khan R.J., Wimhurst J., Foroughi S., Toms A. The natural history of metallosis from catastrophic failure of a polyethylene liner in a total hip // *J. Arthroplasty.* – 2009. – Vol. 24 (7). – P. 1141-1144.
 21. Fu R., Selp S., McDonagh M. et al. Effectiveness and harms of recombinant human bone morphogenetic protein-2 in spine fusion: a systematic review and meta-analysis // *Ann. Intern. Med.* – 2013. – Vol. 158. – P. 890–902.
 22. Kharrazi F.D., Busfield B.T., Khorshad D.S. et al. Knee mass from severe metallosis after failure of a metal-backed patellar component total knee arthroplasty // *Am. J. Orthop. (Belle Mead NJ)*. – 2008. – Vol. 37 (2). – P. 38-41.
 23. Kim K.T., Lee S.H., Suk K.S. et al. Outcome of pedicle subtraction osteotomies for fixed sagittal imbalance of multiple etiologies: a retrospective review of 140 patients // *Spine (Phila Pa 1976)*. – 2012. – Vol. 37 (19). – P. 1667-1675.
 24. Mikulewicz M., Chojnacka K., Wozniak B. et al. Release of metal ions from orthodontic appliances: an in vitro study // *Biol. Trace Elem. Res.* – 2012. – Vol. 146. – P. 272-280.
 25. Revell P.A. The combined role of wear particles, macrophages and lymphocytes in the loosening of total joint prostheses. *J. R. Soc. Interface*. 2008, v. 5, p. 1263-1278.
 26. Schiavone Panni A., Vasso M., Cerciello S., Maccauro G. Metallosis following knee arthroplasty: a histological and immunohistochemical study // *Int. J. Immunopathol. Pharmacol.* – 2011. – Vol. 24 (3). – P. 711-719.
 27. Mutlu-Sagesen L., Ergun G., Karabulut E. Ion release from metal-ceramic alloys in three different media // *Dent Mater. J.* – 2011. – Vol. 30/5. – P. 598-610.
 28. Slim K., Nini E., Forestier D. et al. Methodological index for non-randomized studies (minors): development and validation of a new instrument // *ANZ J. Surg.* – 2003. – Vol. 73. – P. 712–716.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Александр Андреевич Лака – доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»
117198, ул. Миклухо-Маклая, д.6
Телефон: +7 495 434-53-00
E-mail: a.laka@rambler.ru

Мухаммад Таблиханович Сампиев – руководитель центра коррекции сколиоза, доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»
117198, ул. Миклухо-Маклая, д.6

Телефон: +7 495 434-53-00

E-mail: Sampiev@scolio.ru

Кушанд Рамлуго – аспирант кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»

117198, ул. Миклухо-Макляя, д.6

Телефон: +7 495 434-53-00

E-mail: Khooshund@gmail.com

Поступила: 19.05.2015

УДК 616.831-009.12

Б 28

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Т.Т. Батышева¹, Е.Т. Лилин², О.В. Квасова¹, С.В. Глазкова¹

¹ ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

² Российская медицинская академия последиplomного образования Министерства здравоохранения РФ

COMPARATIVE PROBLEMS OF REHABILITATION

T.T. Batsheva¹, E.T. Lilin², O.V. Kvasova¹, S.V. Glazkova¹

¹ GBUZ Research and Clinical Center of Pediatric psychoneurology Moscow Department of Public Health, Moscow

² Russian medical Academy of postgraduate education, the Ministry of health of the Russian Federation, Russia

РЕЗЮМЕ

Развитие реабилитации в РФ, безусловно, связано с рядом законодательных инициатив, а также со стремительным развитием технических методов реабилитации, однако главной составляющей восстановительного лечения является непрерывность, последовательность и комплексность медицинских методик.

Ключевые слова: инвалидность, медицинская реабилитация, законодательство, техническая оснащенность.

SUMMARY

Development of rehabilitation in Russia, certainly due a number of legislative initiatives, as well as the rapid development of technical methods of rehabilitation, but the main component of the rehabilitation treatment is the continuity, consistency and comprehensiveness of medical procedures.

Key words: disability, medical rehabilitation, legislation, technical equipment.

В настоящее время реабилитация становится чрезвычайно важным аспектом деятельности как российских, так и зарубежных специалистов. Это связано с тем, что большинство из них полагают (без всяких на то оснований), что реабилитация «стоит» значительно дешевле, чем собственно лечение. Во-вторых, увеличение числа техногенных катастроф и чрезвычайных ситуаций в мире ведет к необходимости реабилитации все большего количества насе-

ления, включая детей. В-третьих, распространение диагностируемых орфанных заболеваний и необходимость использования в их лечении крайне дорогостоящих препаратов также ведет к увеличению значимости реабилитационных мероприятий в улучшении качества жизни пациентов. Наконец, неудержимо растет количество инвалидов с детства, несмотря на очевидные успехи перинатальной диагностики. Можно было бы продолжать, но и сказано достаточно

для того, чтобы оценить важность единого подхода к самому понятию «реабилитация» и проследить путь его становления.

Впервые основы современного понимания проблем реабилитации в нашей стране были заложены почти 20 лет назад в совместном постановлении Минтруда и Минздрава России от 29 января 1997 г. (№ 1/30), в котором говорилось: «Реабилитация – процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Цель реабилитации – «восстанов-

ление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация».

Как видно из приведенного текста, было сформировано остро необходимое представление о реабилитации как комплексном процессе, в котором каждое направление должно учитываться самостоятельно. При этом не отрицается и первостепенная важность именно медицинских мероприятий как базиса, основы достижения тех или иных результатов комплексной реабилитации.

В связи с этим нами сформулированы основные характеристики реабилитационной работы (табл. 1).

Таблица 1

Характеристики реабилитационной работы

Задачи	Этапы
1. Целенаправленность 2. Опосредованность 3. Индивидуализация 4. Интенсивность 5. Динамичность 6. Комплексность 7. Эффективность	I. Определение оптимального реабилитационного маршрута II. Определение ближайшего и отдаленного реабилитационного потенциала III. Определение возможностей расширения социального пространства личности

Обращаем внимание, что верное определение этапов реабилитационной работы (не говоря уже о ее задачах), оценить которые может только квалифицированная бригада специалистов, в конечном итоге ведет к успеху или от-

сутствию такового всей реабилитационной работы.

Сказанное неразрывно связано с самыми общими проблемами комплексной реабилитации.

Таблица 2

Общие проблемы комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями

1.	Восстановительное лечение основного заболевания
2.	Лечение и профилактика сопутствующих соматических заболеваний
3.	Психологическая коррекция задержек психического развития
4.	Профилактика психопатологического развития личности
5.	Профилактика аномалий поведения и обучения, их педагогическая коррекция
6.	Профилактика и коррекция семейной дезадаптации
7.	Генетический прогноз
8.	Фенотипический прогноз
9.	Социальный прогноз и адаптация

Остановимся на некоторых деталях. Генетический прогноз крайне волнует не только инвалида, но и его родителей и родственников. Очевидно, что те или иные заболевания, например, травмы (и инвалидизация!) пациента никак не сказываются на его потомстве. Однако, для инвалида детства ситуация принципиально иная. Врожденные и наследственные (что не одно и то же) заболевания могут вести к аналогичным проблемам у потомства. Однако, определить этот риск может только медико-генетическое консультирование и врач-реабилитолог не должен подменять врача-генетика.

Иное дело – фенотипический прогноз. Внешность пациента поддается корректировке, при этом, чем раньше врачи и родители озаботятся хирургическим или иным вмешательством (например, расщелины губы или неба), тем лучше и надежнее результат.

Свое закономерное и своевременное развитие приведенное выше постановление получило в ФЗ Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323). Приведем из него выдержки:

1. Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.
2. Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

Представляет интерес анализ приведенных положений закона применительно к определенной патологии.

Основными причинами инвалидности в России являются: неврологические заболевания – до 35%, в частности ДЦП; психические расстройства – до 25%; заболевания внутренних органов – 20% и 20% – остальная патология.

Рассмотрим современные методы реабилитации на примере проведения программы комплексной реабилитации больным с ДЦП.

- I. Медицинская реабилитация:
 - проведение физиотерапевтических процедур;
 - проведение массажа;
 - занятия на комплексе «Армео»;
 - занятия на тренажере «МОТОмед»;
 - занятия на тренажере «МОТОмед», совмещенные с функциональной электростимуляцией;
 - проведение процедур в иммерсионной ванне;
 - занятия на тренажере «Локомат»;
 - занятие на тренажере «Инноволк»;
 - занятия в нагрузочном костюме («Адели», «Регент», «Гравистат»).
- II. Психолого-педагогические методы реабилитации:
 - Монтессори-педагогика;
 - кондуктивная педагогика;
 - занятия на тренажере «Звуковой луч»;
 - занятия на тренажере «Нирвана».
- III. Педагогическое обследование ребенка и выбор программы для его обучения и коррекции интеллектуальных нарушений.
- IV. Социальная работа
 - с ребенком (обучение бытовым навыкам, навыкам самообслуживания и др.);
 - с семьей.

Подчеркнем, что приведенным «техническим» обеспечением реабилитационный процесс больных ДЦП далеко не исчерпывается. Только сочетание рутинных (но эффективных) методик реабилитации с новейшими тренажерами, внедрение которых в практику, естественно, зависит от материального состояния медицинских центров реабилитации различных уровней, позволяет достичь необходимых результатов.

Таким образом, подводя итоги, можно отметить, что дальнейшее развитие реабилитации в России связано не только с законодательством (оно уже достаточно убедительно) и с развитием технических методов реабилитации, но и глубинным пониманием необходимости именно ее комплексности. В этом залог наших общих будущих успехов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лильин Е.Т., Доскин В.А. / Детская реабилитация. – М.: Литерра, 2011.
2. Зыков В.П. Концепция реабилитационного прогноза. In. Journal of immunorehabilitation. – 2002. – V. 4, № 2. – P. 294.
3. Батышев А.С., Батышева Т.Т. / Врач + пациент: философия успеха. – М.: ВК, 2011.
4. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. – Киев: Здоров'я, 1988. – 328 с.
5. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. – М.: Закон и порядок, 2007. – 616 с.
6. Совместный доклад Независимого института социальной политики и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ). Анализ положения детей в Российской Федерации: на пути к обществу равных возможностей. – М., 2011.
7. Социально-экономические показатели Российской Федерации в 1991–2011 гг. (Приложение к статистическому сборнику «Российский статистический ежегодник. 2012) www.gks.ru

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Татьяна Тимофеевна Батышева – директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской

психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, главный специалист по детской реабилитации Министерства здравоохранения РФ, главный внештатный специалист Департамента здравоохранения города Москвы по детской неврологии
119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д. 74
Телефон: 8 495 430-93-78
E-mail: detb18@mail.ru

Ольга Васильевна Квасова – заместитель директора по научной работе ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», к.м.н., врач-невролог
119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д. 74.
Телефон: 8 495 430-80-67
E-mail: detb18@mail.ru

Евгений Теодорович Лильин – д.б.н., профессор, заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАН, главный научный сотрудник Российской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения РФ
123836, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1
Тел. 8-499-255-51-06
E-mail: elilin@bk.ru

Салия Владимировна Глазкова – научный сотрудник Научно-практического центра детской психоневрологии ДЗ города Москвы
119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д. 74
Тел. 8-495-430-93-78
E-mail: dponb18@yandex.ru

Поступила: 06.05.2015

ОСНОВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Т.Т. Батышева, О.Л. Бадалян, В.М. Трепилец

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», Россия

SIGNIFICANT PREDICTORS OF EPILEPSY IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

T.T. Batsheva, O.L. Badalyan, V.M. Trepilets

GBUZ Research and Clinical Center of Pediatric psychoneurology Moscow Department of Public Health, Russia

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: оценить значимость факторов риска развития эпилепсии у детей с ДЦП. Проведено сравнение клинических особенностей детей с ДЦП без эпилепсии и с эпилепсией. Исследуемые параметры включали дебют и характер эпилептических приступов, наличие в анамнезе неонатальных судорог, сроки и способ родоразрешения, гестационный возраст, вес и оценку по шкале Апгар при рождении, изменения на НСГ, МРТ, КТ и ЭЭГ.

Эпилепсия диагностирована у 36% детей с ДЦП. Почти у 56% детей с ДЦП и эпилепсией приступы дебютировали на первом году жизни. Неонатальные судороги ($p < 0,001$), наличие структурного поражения головного мозга (особенно с признаками атрофии) ($p < 0,03$), недоношенность и патологические паттерны на ЭЭГ (чаще в состоянии сна) преобладали в этой группе пациентов, являясь основными предикторами эпилепсии у детей раннего возраста, угрожаемых по развитию ДЦП. Низкая оценка по шкале Апгар, часто встречающаяся у детей с эпилепсией и ДЦП, в данном исследовании не достигает статистически значимого уровня. Остальные параметры (способ родоразрешения, вес при рождении, пол и окружность головы) достоверно не влияли на риск возникновения эпилепсии в группе обследуемых детей.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, эпилепсия, предикторы.

SUMMARY

The purpose of the study is to assess the significance of risk factors for epilepsy in children with cerebral palsy. The comparison of clinical features between children with CP without epilepsy and those with epilepsy was made.

The studied parameters included the debut and the character of epileptic seizures, a history of neonatal seizures, changes in NSG, MRT, CT, EEG, gestational age, birth weight, mode of delivery, estimation on Apgar scale and size of the head.

36% of all studied children were diagnosed with epilepsy. Seizures in almost 56% of children with cerebral palsy and epilepsy debuted in the first year of their life.

Neonatal seizures ($p < 0,001$), the presence of structural lesions (especially with signs of atrophy of the brain) ($p < 0,03$) prematurity and abnormal patterns of EEG in sleep state are of frequent occurrence in this group of patients, being the main predictors of epilepsy in children of early age, threatened by the development of cerebral palsy.

A low grade on the Apgar score is often found in children with epilepsy and cerebral palsy, although in comparison with other risk factors it has not reached a statistically significant level.

Other parameters, such as modes of delivery, head circumference, birth weight and gender were not considered to be the risk factors for epilepsy in examined children.

Key words: cerebral palsy, epilepsy, predictors.

В современной литературе немного публикаций об особенностях эпилепсии у детей с ДЦП [1, 2, 3]. Описаны распространенность и клинические особенности эпилептических приступов при различных формах ДЦП. Выявлено, что у детей с ДЦП дебют заболевания отмечается на первом году жизни [4, 5, 6], а основным фактором риска развития эпилепсии являются неонатальные судороги [7, 8].

Широкое использование в клинической практике эффективных методов ранней диагностики поражений головного мозга у новорожденных и детей раннего возраста (НСГ, КТ, МРТ) позволяет выявлять структурные изменения, часто являющиеся причиной эпилептических приступов [9, 10].

Большую значимость для ранней диагностики эпилептиформных нарушений у детей, угрожаемых по развитию ДЦП и эпилепсии, имеет оценка показателей активности головного мозга с использованием ЭЭГ и видео-ЭЭГ-мониторинга бодрствования и сна в первые месяцы жизни [11, 12].

Факторы риска и их значимость в развитии эпилептических приступов у детей, угрожаемых по развитию ДЦП, часто совпадают с факторами риска развития ДЦП и до конца не уточнены. В данном исследовании проанализирована значимость основных факторов риска формирования эпилепсии у детей раннего возраста, угрожаемых по развитию ДЦП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящую работу включены данные о 165 детях с ДЦП в возрасте от 0 до 12 лет (95 мальчиков и 70 девочек), наблюдавшихся в консультативной поликлинике НПЦ ДП со сроком катамнеза не менее пяти лет. Пациенты отобраны в 2014 г. при плановом обращении к неврологу НПЦ ДП. Основные критерии включения в группу исследования – возраст до 12 лет, установленный диагноз «ДЦП» с симптоматической эпилепсией или без нее. Средний возраст пациентов составил от 6,8 до 10 лет. Клинические формы ДЦП разделены согласно принятой в РФ классификации ДЦП К.А. Семановой на спастическую диплегию, двойную гемиплегию, гемипаретическую, гиперкинетическую, атонически-астатическую формы [13].

Учитывалось, находился ли ребенок на антиэпилептической терапии, назначавшейся при наличии двух и более афебрильных приступов (не включая неонатальные судороги).

Классификация эпилептических приступов проводилась согласно критериям Международной антиэпилептической лиги, включающей в себя семь типов приступов: инфантильные спазмы, парциальные приступы, генерализованные тонико-клонические, миоклонические, атонические, тонические приступы, абсансы и недифференцированные приступы. В случаях, если у ребенка отмечались разные по характеру приступы или они менялись со временем, учитывался первый приступ (исключая неонатальные судороги).

Структурные повреждения мозга по данным методов нейровизуализации (НСГ, КТ, МРТ) классифицировались как атрофия головного мозга, артерио-венозные и кавернозные мальформации, поражение серого вещества, включая инфаркты, повреждение белого вещества, в т.ч. перивентрикулярная лейкомаляция, агенезия и гипоплазия мозолистого тела, гидроцефалия, внутричерепные кровоизлияния и норма.

Окружность головы оценивалась как норма или микроцефалия (окружность головы ниже значений 2-й центили).

Обследованные дети, в зависимости от гестационного возраста, рассматривались как доношенные (37–41 неделя), недоношенные (30–36 недель), экстремально недоношенные (до 30 недель) и переносные (42 недели и более).

Использовался скорректированный по массе тела гестационный возраст в качестве индикатора антенатального развития, а не фактическая масса тела при рождении. Вес при рождении классифицировался: «соответствует гестационному возрасту», «малый вес для гестационного возраста», «большой вес для гестационного возраста».

Способ родоразрешения оценивался как естественные роды, роды путем кесарева сечения и инструментальные роды. Дети, родившиеся путем кесарева сечения, были разделены на родившихся планово и в результате экстренного родоразрешения, в случае возникновения

осложнений во время беременности и родов, дородового дистресс-синдрома плода.

Оценка по шкале Апгар определена как высокая (8–10 баллов), средняя (4–7 баллов), низкая (0–3 балла).

Судороги, возникшие в первые 28 дней жизни у доношенных новорожденных и до 44 недели гестации у детей, рожденных раньше срока, расценивались как неонатальные.

Всем детям с неонатальными судорогами проводилась визуальная оценка ЭЭГ бодрствования и сна с учетом отклонения общего паттерна ЭЭГ от характеристик нормального созревания биоэлектрической активности мозга. I тип ЭЭГ-паттерна – норма, II тип – задержка созревания, III тип – нарушение созревания, IV тип – патология, V тип – угнетение.

Статистическую обработку данных проводили с использованием статистического моду-

ля программы Microsoft Excel 2010. Сравнение групп выполнено с использованием параметрического метода проверки статистических гипотез – t-критерия Стьюдента для независимых выборок и непараметрического метода критерия Манна-Уитни. Для качественных признаков (удельный вес пациентов) использовали критерий Фишера. Различия показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У 55 детей (36,0%) с ДЦП присоединились эпилептические приступы. У 26 пациентов (56,2%) приступы дебютировали на первом году жизни. У 39 детей (72,2%) приступы дебютировали на втором году жизни, у 12 детей (22,2%) дебют эпилепсии приходился на возраст от 2 до 6 лет и у 3 детей (5,5%) – на возраст старше 6 лет.

Таблица 1

Частота форм ДЦП у детей с эпилепсией

Формы ДЦП, 165 детей	ДЦП, 110 детей	ДЦП и эпилепсия, 55 детей
Спастический тетрапарез – 46 детей (28,0%)	20 детей (18,1)	26 детей (48,1%)
Спастическая диплегия – 40 детей (24,3%)	34 ребенка (30,9%)	6 детей (11,1%)
Гемипаретическая форма – 59 детей (35,9%)	43 ребенка (39,1%)	16 детей (29,6%)
Атонически-астатическая форма – 12 детей (7,3%)	8 детей (7,2%)	4 ребенка (7,4%)
Гиперкинетическая форма – 7 детей (4,2%)	5 детей (4,5%)	2 детей (3,7%)

У детей с ДЦП наиболее часто встречается эпилепсия при спастическом тетрапарезе. Средний возраст для дебюта приступов составил 1,8–2,0 года.

У 22 детей с ДЦП в анамнезе отмечались неонатальные судороги, у 17 детей (78,0%) с неонатальными судорогами в дальнейшем дебютировали эпилептические приступы (30,9% в группе детей с эпилепсией).

Всем детям с неонатальными судорогами в анамнезе было проведено ЭЭГ-исследование в состоянии бодрствования и сна. У детей с ДЦП (преимущественно спастический тетрапарез и гемипаретическая форма) и эпилепсией преобладали патологические изменения активности мозга на фоне нарушения формирования механизмов сна (IV и V тип ЭЭГ).

Таблица 2

Характер изменений на ЭЭГ у детей с неонатальными судорогами в анамнезе

	ДЦП (5 детей)	ДЦП и эпилепсия (17 детей)
III тип ЭЭГ-паттерна	4 (80%)	2 (13,0)
IV тип ЭЭГ-паттерна	1 (20%)	6 (35%)
V тип ЭЭГ-паттерна		9 (52%)

Наиболее высокий процент детей с ДЦП и эпилепсией с неонатальными судорогами в анамнезе отмечен при спастических тетрапарезах (48,1%) и гемипаретических формах ДЦП (29,6%). Преобладали генерализованные тонико-клонические (57,6%), фокальные (17,5%) приступы и инфантильные спазмы (17,2%).

В обследованной группе выявлено 83 доношенных и 82 недоношенных ребенка. В группе детей с ДЦП без эпилепсии – 47 (42,7%) доношенных и 63 (57,3%) недоношенных. В группе детей с ДЦП и эпилепсией 36 доношенных (65,4%) и 19 недоношенных (34,5%).

Оценка по шкале Апгар определена у 116 (70,3%) детей и приведена в таблице 3.

Таблица 3

Распределение по шкале Апгар у детей с ДЦП

Шкала Апгар	ДЦП	ДЦП и эпилепсия
8–10 баллов	51 (69%)	24 (57,1%)
4–7 баллов	18 (24%)	8 (19,0%)
0–3 балла	5 (6,7%)	10 (24,0%)
Всего:	74 (100%)	42 (100%)

Низкая оценка по шкале Апгар (до 3 баллов) более характерна (24,0%) для детей с эпилепсией ($p < 0,02$).

Спастический тетрапарез или гемипарез, неонатальные судороги в анамнезе, низкая оценка по шкале Апгар – значимые факторы риска для развития эпилепсии у детей с ДЦП в многомерной модели логистической регрессии.

Способ родоразрешения учитывался у 142 (87,8%) детей. Естественным путем родились 23 (42,6%) ребенка с ДЦП и эпилепсией и 46 (41,8%) детей с ДЦП без эпилепсии. Инструментальное родоразрешение отмечено у 4 детей в обеих группах. Родоразрешение путем кесарева сечения отмечено у 21 (38,8%) ребенка с эпилепсией и ДЦП и 49 (44,5%) детей с ДЦП. Масса тела при рождении была указана у 147 (89,1%) детей, 123 ребенка соответствовали их гестационному возрасту и 15 (9%) были крупные для своего гестационного возраста. Окружность головы соответствовала нормативам у 81 ребенка, у

75 детей выявлена микроцефалия. Ни один из этих факторов не был статистически достоверным фактором риска развития эпилепсии у детей с ДЦП ($P = 0,2$).

ДАННЫЕ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

Данные нейровизуализации были доступны у 114 детей (69,0%). У 46 детей проведена КТ головного мозга, у 41 – МРТ головного мозга, у 22 – КТ и МРТ. У 36 детей проведена НСГ в периоде новорожденности. Структурные изменения со стороны головного мозга преобладали в группе детей с ДЦП и эпилепсией по сравнению с детьми без эпилепсии ($P < 0,003$). Среди пациентов с органической патологией кортикальная атрофия преобладала у детей с ДЦП и эпилепсией ($p < 0,012$). Дети с инфарктами головного мозга и поражением серого вещества чаще подвержены развитию эпилепсии, чем дети с повреждением белого вещества, которые значительно чаще встречаются в группе детей с ДЦП без эпилепсии. Однако, учитывая малень-

Таблица 4

Структурные изменения у детей с ДЦП и эпилепсией

Структурные изменения, 114 детей	ДЦП	ДЦП и эпилепсия
Норма	20 (29,5%)	8 (17,4%)
Патология	48 (70,5%)	38 (82,6%)
Атрофия	3 (4,4%)	8 (17,3%)
Поражение серого вещества (ишемические и гемморагические инфаркты)	12 (17,6%)	14 (30,4%)
Поражение белого вещества (ПВЛ)	13 (19,1%)	3 (6,5%)
Кортикальная дисгенезия	7 (10,2%)	5 (10,8%)
Гидроцефалия	3 (4,4%)	3 (6,5%)
ВЖК	10 (14,7%)	5 (10,8%)
Всего:	68 (100%)	46 (100%)

кое количество пациентов в каждой из этих групп, данные не могут быть статистически достоверными.

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящем исследовании проводился ретроспективный анализ пациентов, возможно, перспективное исследование могло быть более информативным. Необходимо учитывать, что контрольная группа детей в данной работе – пациенты с диагнозом «ДЦП» и тяжелым перинатальным анамнезом (часто с низкой массой тела и выраженными нарушениями в неврологическом статусе). Наследственность по эпилепсии не была включена в факторы риска, из-за трудности проверки его надежности. Также не проводилась оценка возможного влияния лечения на течение болезни и развитие эпилептических приступов.

Эпилепсия является распространенным, сопутствующим ДЦП заболеванием. В общей популяции эпилепсия встречается у 0,5–1% пациентов и достигает 2–3% среди детского населения. В нашем исследовании эпилепсия часто сопутствует ДЦП (36%), в клинике преобладают вторично-генерализованные судорожные приступы (57,6%).

Эпилептические приступы более характерны для детей со спастическим тетрапарезом и спастической гемиплегией, реже встречаются при диплегиях и крайне редко при атонически-астатической и гиперкинетической формах.

В группе детей с ДЦП эпилепсия чаще развивается в раннем возрасте (приступы дебю-

тировали на первом году жизни у 56% детей с ДЦП и эпилепсией). Неонатальные судороги (30,9% у детей с ДЦП и эпилепсией) – значимый фактор риска развития эпилепсии. В нашем исследовании у детей с неонатальными судорогами и эпилепсией преобладал спастический тетрапарез и спастический гемипарез. В исследованиях, касающихся взаимосвязи между низкой оценкой по шкале Апгар и эпилепсией выявлен повышенный скорректированный коэффициент риска среди доношенных новорожденных.

Есть исследования младенцев, в которых дети с низкими баллами по шкале Апгар попадают в группу риска по развитию эпилепсии, независимо от того, угрожаемы ли они по ДЦП [14].

По нашим данным, недоношенность не явилась достоверным фактором развития эпилепсии у детей с ДЦП, составив 57,3% в группе детей без приступов и лишь 34,5% в группе детей с эпилепсией. Эти результаты не согласуются с данными некоторых авторов, где у недоношенных новорожденных эпилептические приступы встречаются чаще. Однако необходимо учитывать тот фактор, что доношенные дети с отягощенным пре- и постнатальным анамнезом и неонатальными судорогами, угрожаемые по развитию ДЦП, выживают чаще, чем недоношенные дети.

Сравнительный анализ данных МРТ позволяет выявить, что структурно-анатомические нарушения встречаются чаще у детей с эпилепсией. По данным различных авторов, церебральная атрофия у детей с ДЦП и эпилепсией

достигает уровня статистически значимого параметра. Возможно, сочетание атрофии и эпилепсии обусловлено тем, что во многих случаях атрофический процесс коры головного мозга возникает в результате обширного повреждения нейронов и нарушения межнейронных взаимодействий в результате глобального ишемического процесса в пре- и перинатальном периоде.

В литературе мало информации о дополнительных факторах риска эпилепсии у детей, больных ДЦП, так как большинство статей посвящены отдельно либо эпилепсии, либо ДЦП в общей популяции, а не развитию эпилепсии у детей с ДЦП. Низкий вес при рождении и недоношенность определяется предиктором как для эпилепсии, так и для ДЦП. Напротив, в нашем исследовании процент эпилепсии у доношенных детей выше. Также есть исследования детей с ДЦП, где отмечено, что гестационный возраст не влияет на развитие эпилепсии у детей с данным заболеванием. Возможно, это связано с различным механизмом возникновения ДЦП у доношенных и недоношенных детей и зависит от характера структурных нарушений детей с эпилепсией и без эпилепсии.

ВЫВОДЫ

Эпилепсия часто встречается у детей с ДЦП (36%) и преобладает у пациентов со спастическим тетрапарезом (48,1%) и спастической гемиплегией (29,6%).

Основными предикторами развития эпилепсии у детей с ДЦП являются структурные нарушения головного мозга (82,6%), неонатальные судороги (30,9%) и низкая оценка по шкале Апгар (24,0%), нередко ассоциированные с задержкой формирования биоэлектрической активности головного мозга.

Способ родоразрешения, масса тела, окружность головы и пол ребенка не были статистически достоверными факторами риска развития эпилепсии у детей с ДЦП.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Быкова О.В. Эпилептические синдромы при детском церебральном параличе / Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2011. – Том 3. – № 2. – С. 10–14.

2. Белоусова Е.Д. Факторы риска, тактика, лечение и прогноз судорожного синдрома и эпилепсии у детей с детским церебральным параличом: Автореферат дис. д-ра мед. наук. – М., 2004. – 48 с.
3. Омельченко Н.Н. Эпилепсия у детей с детским церебральным параличом (частота, факторы риска, клиничко-нейрофизиологическая и биохимическая характеристики): Автореферат дис. к.м.н. – Иркутск, 2010. – 46 с.
4. Wallace SJ. Epilepsy in cerebry palsy. *Dev Med Child Neurol* 2001;43:713-7.
5. Gururaj AK, Sztriha L, Bener A, et al. Epilepsy in children with cerebral palsy. *Seizure* 2003; 12:110-4.
6. Singhi P, Jagirdar S, Khandelwal N, Malhi P. Epilepsy in children with cerebral palsy. *J Child Neurol* 2003;18:174-9.
7. Ronen GM, Buckley D, Penney S, Streiner DL. Long-term prognosis in children with neonatal seizures: a population –bases study. *Neurology* 2007; 69: 1816-22.
8. Neonatal seizures in hypoxic-ischaemic encephalopathy-risks and benefits of anticonvulsant therapy. *J Child Neurol* 2015;3:40-3.
9. Володин Н.Н., Медведев М.И., Дегтярева М.Г. Ранняя диагностика неблагоприятных последствий перинатальных гипоксически-ишемических поражений головного мозга у недоношенных детей и оптимизация их лечения / Педиатрия. – 2010. – Том 89. – № 2.
10. Zelnik N, Konopnicki M, Bennett-Back O, Risk factors for epilepsy in children with cerebral palsy. *Eur. J. of Paediatric Neurology* 2010,14:67-72.
11. Senbil N, Sonel B, Aydin OF, Gurer YKY. Epileptic and non-epileptic cerebral palsy: Epileptic and non-epileptic cerebral palsy: EEG and cranial imaging findings. *Brain. Dev.* 2002; 24:166-9.
12. Заваденко А.Н., Дегтярева М.Г., Заваденко Н.Н., Медведев М.И. Неонатальные судороги: особенности клинической диагностики / Детская больница. – 2013. – № 4.
13. Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. – М.: Медицина, 1976.
14. Sun Y, Vestergaard M, Pedersen CB, Christensen J, Olsen J. Apgar scores and long-term risk of epilepsy. *Epidemiology* 2006;17:296-301.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Татьяна Тимофеевна Батышева – директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, главный специалист по детской реабилитации Министерства здравоохранения РФ, главный внештатный специалист Департамента здравоохранения города Москвы по детской неврологии
119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д. 74
Телефон: 8 495 430-93-78
E-mail: detb18@mail.ru

Оганес Левонович Бадалян – д.м.н., профессор кафедры неврологии и нейрохирургии лечебного факультета РНИМУ им. Пирогова,

врач-эпилептолог ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»
119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д. 74
Телефон: 8 495 430-93-78
E-mail: detb18@mail.ru

Виктория Михайловна Трепилец – невролог-эпилептолог ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»
119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д. 74
Телефон: 8 495 430-93-78
E-mail: detb18@mail.ru

Поступила: 07.05.2015

УДК 616-036.82:615.825:616.24:614.215:616-072.7:613.96
М 74

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ С КИНЕЗИОТЕРАПИЕЙ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ САНАТОРИИ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА БРОНХОФОНОГРАФИИ У ПОДРОСТКОВ

Н.А. Мокина¹, В.Ф. Пятин², М.А. Гудкова¹

¹ ГБУЗ «Самарский областной детский санаторий «Юность», г. Самара, Россия

² ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Самара, Россия

THE ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF REHABILITATION WITH KINESIOTHERAPY IN PULMONARY SANATORIUM WITH METHOD OF BRONCHOPHONY IN ADOLESCENTS

N.A. Mokina¹, V.F. Pjatin², M.A. Gudkova¹

¹ Head of «Samara State Regional children's sanatorium» Yunost «, Samara, Russia

² Samara State Medical University, Samara, Russia

РЕЗЮМЕ

Неуклонный рост распространенности хронических обструктивных болезней легких сегодня не вызывает сомнений. В этой связи поиск новых профильных методов диагностики и мониторинга является не теряющей актуальность задачей. Данное исследование проведено с целью изучения возможности применения метода анализа акустической работы дыхания (АРД), методом бронхофонографии, в комплексной оценке эффективности реабилитации с компонентом кинезиотерапии при бронхиальной астме (БА) у подростков.

Опытная группа включала 41 чел. (средний возраст 14,4±2,6 лет), в том числе 22 чел. – мужского пола (13,5±2,0 лет)

и 19 – женского пола (15,6±2,9 лет). Контрольная группа включала 47 чел. (средний возраст 13,9±1,3 лет), в том числе 24 чел. – мужского пола (13,1±1,4 лет) и 23 – женского пола (14,7±2,3 лет). Все участники исследования находились на реабилитации в пульмонологическом санатории. Полученные результаты АД позволили, наряду с результатами рутинных методов исследования (спирометрия), уточнить физиологические механизмы регуляции легочной вентиляции на фоне кинезиотерапии, получив достоверные изменения паттернов дыхания у пациентов в ходе реабилитации. Полученные результаты позволяют рекомендовать бронхофонографию, с учетом полученной достоверной чувствительности и специфичности метода, возможности документирования результатов, возможностей метода объективно отражать физиологические респираторные процессы, для применения в оценке эффективности проводимой терапии при БА у подростков, в том числе на санаторном этапе.

Ключевые слова: реабилитация, хронические обструктивные болезни легких, подростки, бронхофонография, акустический анализ дыхания, кинезиотерапия.

SUMMARY

The increasing prevalence of chronic respiratory diseases makes more urgent the necessity of search for new methods of diagnostics and monitoring. The study was conducted to explore the possibility of applying the new method of analysis of the acoustic work of breathing (AWB), by means of bronchophonography, in a comprehensive assessment of the effectiveness of rehabilitation with kinesiotherapy in adolescents with bronchial asthma (BA).

The experimental group consisted of 41 people. (14,4±2,6 years), including 22 people – males (13,5±2,0 years) and 19 – females (15,6±2,9 years). The control group consisted of 47 (13,9±1,3 years), including 24 males (13,1±1,4 years) and 23 – females (14,7±2,3 years). All study participants were on rehabilitation in pulmonology sanatorium. The AWB results obtained, along with the results of routine studies (spirometry), allowed clarify the physiological mechanisms of regulation of pulmonary ventilation on the background of kinesiotherapy, with significant changes in breathing patterns in patients during rehabilitation. The results allow to recommend bronchophonography (considering its reliable sensitivity and specificity, the possibility of documenting the results) to use the method in investigation of effectiveness of therapy in adolescents with asthma at sanatorium or elsewhere.

Key words: rehabilitation, chronic obstructive pulmonary disease, adolescents, bronchophonography, acoustic analysis of respiratory kinesiotherapy.

АКТУАЛЬНОСТЬ

При хронических болезнях легких – бронхиальная астма (БА), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – снижаются дыхательные объемы, и этот процесс, как правило, при хроническом и многолетнем течении заболевания имеет прогрессирующий и не всегда полностью обратимый характер. ХОБЛ приводит к гибели почти трех миллионов человек в год. Рядом авторов показано, что у взрослых пациентов с умеренной и тяжелой формой ХОБЛ кинезотерапия улучшает состояние, влияя на показатели спирометрии – пиковую скорость выдоха (ПСВ) и др., механику дыхания и качество жизни [4]. Показано также, что тренировка мышц улучшает легочную функцию, силу и выносливость дыхательной мускулатуры у пациентов после хирургических вмешательств на легких, в частности, отмечается улучшение инспираторного усилия на вдохе, происходит более раннее восстановление легочных объемов даже у тучных пациентов [6].

На сегодня спирометрические исследования являются базовыми при исследовании эффек-

торных механизмов регуляции скорости экспираторного потока в физиологических исследованиях при разных функциональных состояниях здоровых людей [3], а в последние годы в респираторной диагностике начал активно применяться цифровой анализ дыхательных звуков [1, 2, 5]. Новым методом акустического анализа дыхательных звуков является использование компьютерно-диагностического комплекса (КДК) «Паттерн» (Россия), в котором регистрация (сканирование) респираторного цикла производится через высокочувствительный датчик, помещаемый в ротовую полость пациента [1].

Расширение спектра методов физиологической респираторной оценки эффективности реабилитации имеет важное практическое значение [3]. В настоящее время активно изучается эффективность и влияние на легочную функцию при болезнях легких у взрослых таких методов реабилитации, как физиотерапия, кинезиотерапия [6]. В то же время, исследований по оценке эффективности реабилитации с кинезиотерапией у детей и подростков проводилось немного [1, 7].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить возможности применения метода анализа акустической работы дыхания в комплексной оценке эффективности реабилитации с компонентом кинезиотерапии при бронхиальной астме у подростков.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

После получения информированного согласия была проведена рандомизация и сформировано две группы сравнения из подростков с диагнозом «бронхиальная астма» (БА) среднетяжелого персистирующего течения. Опытная группа включала 41 чел. (средний возраст $14,4 \pm 2,6$ лет), в том числе 22 чел. – мужского пола ($13,5 \pm 2,0$ лет) и 19 – женского пола ($15,6 \pm 2,9$ лет). Контрольная группа включала 47 чел. (средний возраст $13,9 \pm 1,3$ лет), в том числе 24 чел. – мужского пола ($13,1 \pm 1,4$ лет) и 23 – женского пола ($14,7 \pm 2,3$ лет).

Все подростки – участники исследования находились на реабилитационном лечении в санатории и получали стандартный курс лечения согласно приказу МЗ и СР № 221 от 22 ноября 2004 г. «Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи». При этом пациенты опытной группы получали ЛФК, дополненную методом кинезиотерапии с использованием тренажера для глубокой тренировки мышц Power Plat.

Эффективность проводимого лечения, исходно (1–3 день) и по окончании санаторного лечения (18–21 день), оценивалась методами: спирометрии на спиро-анализаторе Super Spiro (MicroMedical, Великобритания), с определением основных параметров функции внешнего дыхания: ОФВ₁, ФЖЕЛ, ПСВ, МОС 75-25, бронхофонографии.

Бронхофонография (БФГ) – изучение показателей акустического паттерна дыхания – проводилась на аппарате КДК «Паттерн» (Россия) с последующей цифровой обработкой с помощью прикладной программы Pattern Analyzer и получением количественных показателей, характеризующих респираторный цикл – акустическую работу дыхания (АРД). АРД – это выраженный в мДж акустический эквивалент работы дыхательных мышц в различных частотных диапазонах: АРД₀ 0,2–1,2 кГц – низко-

частотный диапазон; АРД₁ 1,2–12,6 кГц – общий диапазон; АРД₂ 5,0–12,6 кГц – высокочастотный диапазон; АРД₃ 1,2–5,0 кГц – среднечастотный диапазон.

Проводился также анализ интенсивности акустического феномена дыхания в относительных единицах – коэффициентах: К₁ – отношение суммарных данных по акустической работе в среднем и высокочастотном диапазоне к работе в низкочастотном диапазоне, К₂ – отношение данных по акустической работе в высокочастотном диапазоне к работе в низкочастотном диапазоне, К₃ – отношение данных по акустической работе в среднечастотном диапазоне к работе в низкочастотном диапазоне [1].

Принималось во внимание, что при нарушении проходимости в верхних дыхательных путях увеличивается акустическая работа дыхания, что приводит к изменению данных по акустической работе дыхания в низкочастотном диапазоне (0,2–1,2 кГц); в этом случае наблюдается уменьшение значений коэффициентов К₂ и К₃. При нарушении проходимости в нижних дыхательных путях также увеличивается акустическая работа дыхания в среднечастотном диапазоне (1,2–5,0 кГц); нарушение проводимости нижних дыхательных путей чаще всего вызвано скоплением мокроты, спазмом бронхов и бронхиол. Поскольку нарушение проводимости нижних дыхательных путей редко бывает изолированным, акустическая работа дыхания может увеличиваться как в высокочастотном диапазоне (5,0–12,6 кГц), так и на всех частотах – общий диапазон (1,2–12,6 кГц) [1].

В опытной группе дополнительно, на фоне кинезиотерапии с использованием тренажера Power Plate, до нагрузки, на 30 секунды, 2,5 мин, 5,5 мин, 8 минуте после нагрузки, анализировались показатели: АРД – акустики дыхания в динамике, значения парциального напряжения кислорода, до и после нагрузки.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics 21.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средние значения параметров спирометрии исходно и по окончании лечения достоверно не различались в опытной и контрольной

ной группам. В опытной группе показатели спирометрии до и после лечения различались (при $p < 0.05$) только по положительному при-

росту ОФВ1 % после санаторного лечения, на 18–21 день (таб. 1).

Таблица 1

ОФВ1 до и после санаторного лечения (по t-критерию Стьюдента)*

Показатель	M±m	t
ОФВ1 % исходно	95,88±4,17	2,0
ОФВ1 % после лечения	96,78±3,80	2,204

*При $p < 0.05$

Были вычислены средние значения исследуемых показателей БФГ исходно и в динамике, на фоне санаторного лечения, значения t-критерия для исследуемых параметров БФГ. Средние значения параметров БФГ исходно и по окончании лечения достоверно не различались в опытной и контрольной группах.

Значения параметров БФГ, на фоне кинезиотерапии, для опытной группы, в низкочастотном диапазоне (0,2–1,2 кГц), с указанием значений t и p, приведены в таб. 2.

Таблица 2

Средние значения исследуемых показателей БФГ в опытной группе, по t-критерию, исходно и в динамике, на фоне использования кинезиотерапии*

Показатель	M±m	t
0.2–1.2 кГц		
0.2–1.2 кГц до нагрузки	427,01±87,29	3,13
0.2–1.2 кГц через 30 сек	826,35±109,74	4,81
0.2–1.2 кГц через 2,5 мин	953,86±108,76	2,77
0.2–1.2 кГц через 5,5 мин	425,15±48,44	2,63
0.2–1.2 кГц через 8 мин	238,11±17,87	2,66
1.2–5.0 кГц		
1.2–5.0 кГц до нагрузки	47,07±11,91	2,531
1.2–5.0 кГц через 30 сек	101,93±24,02	2,718
1.2–5.0 кГц через 2,5 мин	83,54±14,68	1,799
1.2–5.0 кГц через 5,5 мин	13,72±2,06	2,001
1.2–5.0 кГц через 8 мин	8,84±1,11	1,604
5.0–12.6 кГц		
5.0–12.6 кГц до нагрузки	0,73±0,23	2,047
5.0–12.6 кГц через 30 сек	1,83±0,56	2,097
5.0–12.6 кГц через 2,5 мин	0,81±0,12	2,487
5.0–12.6 кГц через 5,5 мин	0,39±0,04	3,119
5.0–12.6 кГц через 8 мин	0,28±0,01	4,516
1.2–12.6 кГц		
1.2–12.6 кГц до нагрузки	47,75±12,12	2,523
1.2–12.6 кГц через 30 сек	103,82±24,53	2,710
1.2–12.6 кГц через 2,5 мин	84,34±14,78	1,805

1.2–12.6 кГц через 5,5 мин	14,12±2,09	2,023
1.2–12.6 кГц через 8 мин	8,84±1,11	1,604

*При $p < 0.05$

Как видно из таблицы 2, на низкочастотном диапазоне (0,2–1,2 кГц) при применении кинезиотерапии отмечалась следующая картина. Исходное, донагрузочное значение акустической работы дыхания (АРД) повышалось на 30 секунде и 2,5 мин после нагрузки, а затем, уменьшаясь практически до исходного уровня через 5,5 мин, – почти в два раза снижалось через 8 минут после кинезиотерапевтической нагрузки (таб.). Значения для среднечастотного диапазона (1,2–5,0 кГц), с указанием значений t и p , также приведены в таблице.

На среднечастотном диапазоне (1,2–5,0 кГц) в опытной группе отмечалось также некоторое повышение АРД через 30 сек и 2,5 мин, по сравнению с исходным уровнем, а затем – резкое снижение АРД через 5,5 и 8 мин в 3,5 и в 5 раз – соответственно (таб.).

Значения показателей для высокочастотного диапазона (5,0–12,6 кГц), в опытной группе, с указанием значений t и p , приведены в таблице. Как видно, на высокочастотном диапазоне (5,0–12,6 кГц) отмечалась аналогичная закономерность: повышение АРД от исходного уровня через 30 сек и 2,5 мин, а затем – снижение АРД до уровня в два раза ниже исходного на 5,5 и 8 мин.

Значения показателей для общего диапазона (1,2–12,6 кГц) в опытной группе, с указанием значений t и p , приведены в таблице 2. Как видно из таблицы, на общем диапазоне (1,2–12,6 кГц) прослеживалась аналогичная тенденция повышения АРД на 30 сек и 2,5 мин, с последующим снижением АРД на 5,5 мин и 8 мин.

Как видно из таблицы 3, для коэффициентов К1, К2 и К3 отмечалась аналогичная тенденция.

Таблица 3

Средние значения исследуемых показателей БФГ по t -критерию, исходно и в динамике на фоне использования кинезиотерапии, в опытной группе, для К1–К3*

Показатель	$M \pm m$	t
Коэффициент К1		
К1 на 1.2–12.6 кГц до нагрузки	8,97±1,15	4,978
К1 на 1.2–12.6 кГц через 30 сек	9,55±1,24	4,924
К1 на 1.2–12.6 кГц через 2,5 мин	4,90±0,51	3,020
К1 на 1.2–12.6 кГц через 5,5 мин	4,38±0,29	2,957
К1 на 1.2–12.6 кГц через 8 мин	2,66±0,16	4,956
Коэффициент К2		
К2 на 1.2–5.0 кГц до нагрузки	7,62±0,77	6,370
К2 на 1.2–5.0 кГц через 30 сек	8,89±1,11	5,117
К2 на 1.2–5.0 кГц через 2,5 мин	4,67±0,52	2,825
К2 на 1.2–5.0 кГц через 5,5 мин	4,21±0,29	2,885
К2 на 1.2–5.0 кГц через 8 мин	2,53±0,16	4,670
Коэффициент К3		
К3 на 5.0–12.6 кГц до нагрузки	1,35±0,50	1,732
К3 на 5.0–12.6 кГц через 30 сек	0,656±0,18	2,331
К3 на 5.0–12.6 кГц через 2,5 мин	0,24±0,04	2,007
К3 на 5.0–12.6 кГц через 5,5 мин	0,17±0,01	3,005
К3 на 5.0–12.6 кГц через 8 мин	0,14±0,07	5,750

*Значения PO_2 в опытной группе было несколько выше до нагрузки и ниже на 8 мин после нагрузки, соответственно: 98,68±0,48 и 97,53±0,91, но без достоверности различий ($p > 0.05$)

ВЫВОДЫ

Таким образом, изменения акустической работы дыхания характеризовались повышением АД от исходного уровня через 30 сек и 2,5 мин, и затем – снижением АД до уровня в два раза ниже исходного на 5,5 и 8 мин. Полученные результаты можно объяснить физиологическими механизмами регуляции легочной вентиляции на фоне мышечной активности, когда первоначальный физиологический прирост вентиляции легких сопровождается повышением акустической работы дыхания (через 30 сек и 2,5 мин), а затем сменяется «плато» – снижением АД до уровня в два раза ниже исходного на 5,5 и 8 мин. В период «плато» отмечается достоверное снижение PaO_2 , что компенсаторно усиливает транспорт газов через аэрогематический барьер, возбуждая периферические и центральные хеморецепторы и усиливает оксигенацию на периферии за счет повышенного поглощения O_2 дыхательными мышцами.

Таким образом, полученные результаты по применению метода анализа акустической работы дыхания, в комплексной оценке эффективности реабилитации с компонентом кинезиотерапии при бронхиальной астме у подростков, позволяют рекомендовать его, с учетом достоверной чувствительности и специфичности, возможности документирования результатов, возможностей метода объективно отражать физиологические респираторные процессы, – для применения в оценке эффективности проводимой терапии при БА у подростков, в том числе на санаторном этапе.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Геппе Н.А., Малышев В.С., Старостина Л.С., Колосова Н.С., Боровкова А.М., Балева Л.С. Бронхофонография в педиатрии. – М., 2012. – 55 с.
2. Мокина Н.А. Сравнительный анализ факторов риска развития бронхолегочных нарушений у подростков / Пульмонология. – 2011. – № 4. – С. 44–48.
3. Пятин В.Ф., Широлапов И.В. Однократная вибрационная нагрузка значительно увеличивает скорость экспираторного воздушного потока

у человека / Вестник ТГУ. Серия «Биология и экология». – 2009. – № 2. – С. 38–42.

4. Casali CC(1), Pereira AP, Martinez JA, de Souza HC, Gastaldi AC. Effects of inspiratory muscle training on muscular and pulmonary function after bariatric surgery in obese patients. *Obes Surg.* 2011 Sep; 21(9):1389-94. doi: 10.1007/s11695-010-0349.
5. Charleston-Villalobos S, Torres-Jiménez A, González-Camarena R et al. Assessing the variability in respiratory acoustic thoracic imaging (RATHI). *Comput Biol Med.* 2014 Feb;45:58-66.
6. Osiadło GM(1), Dzierzega JE. [Effectiveness of respiratory kinesiotherapy in chronic obstructive pulmonarydisease]. *Wiad Lek.* 2007; 60 (9-10): 418-21].
7. Sánchez I, Navarro H, Bertrand P, Alvarez C, Lisboa Acoustic analysis of wheezing in infants with acute bronchial obstruction. A follow-up study. *Rev Med Chil.* 2002 Jul;130(7):760-7.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Наталья Александровна Мокина – главный врач ГБУЗ «Самарский областной детский санаторий «Юность», г. Самара, Россия, д.м.н., профессор кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ

443031, г. Самара, 9 просека, 3 линия

Телефон: 8-846-952-94-81

E-mail: mokina-n@yandex.ru

Василий Федорович Пятин – д.м.н., профессор, зав. кафедрой нормальной физиологии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ

443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89

Телефон: 8-846-260-33-64

Мария Александровна Гудкова – врач-педиатр ГБУЗ «Самарский областной детский санаторий «Юность», г. Самара, Россия

443031, г. Самара, 9 просека, 3 линия

Телефон: 8-846-952-94-81

E-mail: yunost-samara@mail.ru

Поступила: 07.05.2015

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ МИОПАТИЯМИ

В.А. Ерохина, Л.А. Троицкая

Московский городской психолого-педагогический университет, г. Москва, Россия

THE SPECIFIC FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF HIGHER MENTAL FUNCTIONS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH HEREDITARY MYOPATHIES

V.A. Erokhina, L.A. Troitskaya

Moscow City University of Psychology and Education, Moscow, Russia

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: определение характера нарушений нервно-психического развития детей и подростков с наследственными миопатиями. В исследовании участвовали дети с наиболее часто встречающимися в клинике типами заболевания: прогрессирующими мышечными дистрофиями (n=50), врожденными структурными миопатиями (n=20) и митохондриальными миопатиями (n=18). Использовался метод синдромного анализа нарушений высших психических функций, разработанный А.Р. Лурия. У пациентов были выявлены нарушения зрительно-пространственной функции, соматосенсорного гнозиса и тактильной чувствительности. Нейропсихологический дефицит у детей и подростков с прогрессирующими мышечными дистрофиями был выше, чем у пациентов с врожденными структурными миопатиями. У больных с митохондриальными миопатиями все выявленные нейропсихологические синдромы имеют высокую степень выраженности. Характер нарушений высших психических функций позволит дать прогноз дальнейшего умственного развития ребенка и подобрать адекватные методы психолого-педагогической коррекции.

Ключевые слова: дети, подростки, наследственные миопатии, прогрессирующие мышечные дистрофии, врожденные структурные миопатии, митохондриальные миопатии, когнитивная сфера, зрительно-пространственные функции.

SUMMARY

The aim of the study was to determine the nature of disorders of mental development of children and adolescents with hereditary myopathies. The study involved children with the most common types of diseases in the clinic: progressive muscular dystrophy (n=50), congenital structural myopathy (n=20) and mitochondrial myopathy (n=18). To determine the nature of neuropsychological deficit syndrome we used the method of higher mental functions violations analysis, developed by A.R. Luria. Patients with progressive muscular dystrophy and congenital structural myopathy revealed violations of visuospatial functions, somatosensory gnosis and tactile sensitivity. Neuropsychological deficits in children and adolescents with progressive muscular dystrophy is higher than in patients with congenital structural myopathy. All identified neuropsychological syndromes have a high degree of severity in patients with mitochondrial myopathy.

Nature of the violations of higher mental functions allows to forecast future mental development of the child and to determine appropriate methods of psycho-pedagogical correction.

Key words: children, adolescents, hereditary myopathies, progressive muscular dystrophy, congenital structural myopathy, mitochondrial myopathy, cognitive sphere, visual-spatial functions

В последнее десятилетие вопросами психического развития детей с наследственными заболеваниями активно занимаются специалисты самого разного профиля: педиатры, кли-

нические генетики, медицинские психологи и педагоги. Внимание к психическим расстройствам при наследственных болезнях отражает прогрессивную гуманистическую реформуляцию

взглядов на систему помощи больному ребенку и его семье. Своевременная коррекция выявленных в процессе дифференцированной психологической диагностики когнитивных и эмоционально-личностных нарушений у этих больных способствует адаптации ребенка в социальной среде [1, 2].

Наследственные нервно-мышечные заболевания являются наиболее частыми среди всех наследственных болезней. Интерес к ним в последнее время возрос в связи с появлением новых перспективных методов терапии и увеличением продолжительности жизни пациентов. В представленном исследовании участвовали дети с наиболее часто встречающимися в клинике наследственными миопатиями: прогрессирующими мышечными дистрофиями, врожденными структурными миопатиями и митохондриальными миопатиями.

Прогрессирующие мышечные дистрофии представляют собой группу наследственных миопатий, имеющих первые клинические проявления как в детстве и подростковом возрасте, так и у взрослых. Для этих заболеваний характерно различное по скорости постепенное нарастание мышечной слабости и такие проявления, как некрозы мышечных волокон с явлениями регенерации.

Врожденные структурные миопатии – это гетерогенная группа генетически детерминированных заболеваний с разными типами наследования и многообразием вариантов течения. Для патологических процессов, лежащих в основе этих заболеваний, характерным является отсутствие некрозов мышечных волокон и признаков миодистрофии. Функциональная недостаточность мышечной ткани проявляется на фоне развития специфических патологических структур в мышечных волокнах, часто дающих название нозологической форме [3].

Давно замечено, что заболевания мышц нередко сочетаются с различными нарушениями познавательной сферы. Bresolin et al. (1994) обнаружили, что 32% пациентов с болезнью Дюшенна имеют коэффициент Векслера менее 75 и только у 24% IQ соответствует уровню популяции [4]. Чем объясняются эти нарушения? Было высказано предположение о плейотропии (способности одного гена влиять на нес-

колько фенотипических признаков) пораженных генов при мышечных дистрофиях [5].

A. Emery и соавторы [6] изучали гетерогенность нарушений психических функций при болезни Дюшенна, сравнивая группу мальчиков с выраженной умственной отсталостью и группу с отсутствием когнитивных расстройств. У больных, имеющих тяжелую умственную отсталость, был отмечен более поздний дебют заболевания, у них позже наступала необходимость в использовании инвалидного кресла, и они имели менее выраженное падение уровня креатинфосфокиназы с возрастом.

Таким образом, тяжесть поражения мышц не соответствовала уровню нарушения интеллекта. В своем исследовании Bushby и соавторы (1995) [7] не обнаружили связь тяжести умственной отсталости с размером делеции в гене дистрофина. В последнее время признана роль нарушений дистрофин-гликопротеинового комплекса в развитии спектра аномалий головного мозга от легких когнитивных нарушений, не проявляющихся видимыми дефектами головного мозга, до выраженных нарушений миграции нейронов [8].

При врожденных структурных миопатиях нарушения когнитивных функций менее выражены, но и менее исследованы. Причины их возможного возникновения нам видятся в следующих обстоятельствах. Первое – это нарушения развития с позиций системогенеза и рефлекторной теории. Отсутствие адекватного двигательного акта может приводить и к нарушению формирования нейронных связей головного мозга. Второе – это наличие у этих пациентов проблем в перинатальном периоде, возникновение гипоксических поражений нервной системы в связи с отсутствием адекватной моторной активности, особенно дыхательной мускулатуры. Третье – нарушения функции митохондрий, приводящие к полиорганному расстройству. Четвертое – часто имеющая место социальная изоляция этих пациентов.

Митохондриальные миопатии могут вызываться мутациями в ядерной или митохондриальной ДНК. При некоторых митохондриальных заболеваниях поражается единственный орган, но при большинстве форм вовлекаются многие

органы и системы. Частыми клиническими признаками митохондриальных болезней являются проксимальная миопатия, непереносимость физической нагрузки, кардиомиопатия, сенсорно-невральная тугоухость, атрофия зрительного нерва. Со стороны ЦНС отмечаются энцефалопатия, судороги, мигрень и инсультоподобные эпизоды. В современной литературе имеются определенные доказательства существенной роли митохондриальных нарушений в патогенезе психических расстройств [9].

В работах отечественных и зарубежных психологов мы не обнаружили исследований, посвященных нейропсихологическому анализу нарушений когнитивной сферы у детей с наследственными миопатиями.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено в отделении психоневрологии НИКИ педиатрии. Обследованы 29 пациентов с прогрессирующими мышечными дистрофиями (ПМД) (7 девочек и 22 мальчика), 8 больных с врожденными структурными миопатиями (ВСМ) (3 девочки и 5 мальчиков) и 6 детей с митохондриальными миопатиями (1 девочка и 5 мальчиков) в возрасте от 7 до 10 лет и 45 подростков (11–17 лет) с аналогичным распределением по нозологическим группам: 21 подросток с ПМД и по 12 больных с ВСМ и митохондриальными миопатиями. Все пациенты обучались по программе общеобразовательной школы.

Таблица 1

Распределение испытуемых с наследственными миопатиями по группам заболеваний

Группы заболеваний	Количество испытуемых					
	Пол				Общее кол-во	
	Муж.		Жен.			
	7–10 лет	11–17 лет	7–10 лет	11–17 лет	7–10 лет	11–17 лет
Митохондриальные миопатии	5	6	1	6	6	12
ВСМ	5	7	3	5	8	12
ПМД	22	15	7	6	29	21
Итого:	32	28	11	17	43	45

Для определения характера когнитивного дефицита у детей с прогрессирующими мышечными дистрофиями, врожденными структурными миопатиями и митохондриальными миопатиями использовался метод синдромного анализа нарушений высших психических функций, разработанный А.Р. Лурия [10] и его школой [11, 12] и адаптированный для данного контингента пациентов. Нейропсихологическое обследование включало следующие тесты:

- пробы, направленные на оценку зрительно-пространственного гнозиса и праксиса: проба Хеда, копирование рисунков, фигуры Рея–Тейлора, фигуры с поворотом на 180°, узнавание времени по часам без стрелок, проба на понимание логико-грамматических конструкций;
- пробы, направленные на оценку динамического праксиса: проба кулак–ребро–ладонь,

проба на реципрокную координацию рук;

- пробы, направленные на оценку кинестетической организации;
- пробы, направленные на исследование соматосенсорного гнозиса: локализацию прикосновений и дермолексию;
- пробы, направленные на оценку памяти: пробы на слухоречевую и зрительную память;
- пробы, направленные на оценку слухомоторной координации: воспроизведение ритмов по образцу и по инструкции;
- пробы, направленные на оценку предметного гнозиса: узнавание реалистических изображений, перечеркнутых, наложенных и незаконченных изображений;
- пробы, направленные на оценку мышления: пробы на понимание смысла сюжетных картин, методика «четвертый лишний», решение задач.

Количественная оценка полученных результатов осуществлялась с учетом возрастных нормативов выполнения отдельных проб [11, 12]. Выраженность выявленных нарушений оценивалась по балльной системе: 0 баллов – отсутствие нарушений; 1 балл – легкие нарушения и возможность самостоятельной коррекции ошибок (до 30% ошибок); 2 балла – средняя степень выраженности дефекта, возможность коррекции и выполнения задания при подсказках экспериментатора (от 30 до 70% ошибок); 3 балла – выраженный дефект (от 70 до 100% ошибок).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В проведенном исследовании выявлен нейропсихологический дефицит, который выражался в недостаточности зрительно-пространственной деятельности, соматосенсорного гнозиса и тактильной чувствительности. На рисунках 1 и 2 представлен характер нарушений высших психических функций у больных с прогрессирующими мышечными дистрофиями, врожденными структурными миопатиями и митохондриальными миопатиями в возрасте 7–10 лет и 11–17 лет в сравнении с группой нормы тех же возрастных категорий.

Характер нарушений высших психических функций у больных с наследственными миопатиями обусловлен наличием нейропсихологических синдромов, соответствие которых нарушениям ВПФ и определенным отделам головного мозга представлено в таблице 2.

Передне- и заднелобный (ПЛ и ЗЛ), височный (В), теменной (Т), височно-теменно-затылочный («ТПО» ТРО), затылочно-теменной (ЗТ), глубинный синдромы (Г) (эти же сокращения использованы в рис. 4).

В ходе проведенного исследования установлено, что недостаточность когнитивной сферы детей (возраст 7–10 лет) с митохондриальными миопатиями более выражена, чем у больных с прогрессирующими мышечными дистрофиями и врожденными структурными миопатиями.

Причем у части детей с митохондриальными миопатиями наблюдается вариант сочетания синдромов, при котором большая часть из них имеют примерно равную степень выраженности.

На рис. 4 представлена выраженность нейропсихологического дефицита у подростков (возраст 11–17 лет) с прогрессирующими мышечными дистрофиями, врожденными структурными и митохондриальными миопатиями.

Недостаточность когнитивной сферы подростков с прогрессирующими мышечными дистрофиями более выражена, чем у больных с врожденными структурными миопатиями. Полученный результат, по всей видимости, можно объяснить недостаточностью дистрофин-гликопротеинового комплекса, негативно влияющей на развитие головного мозга у больных с прогрессирующими мышечными дистрофиями.

У подростков с митохондриальными миопатиями, как и в младшей возрастной подгруппе, наблюдается вариант сочетания синдромов примерно с равной степенью их выраженности. На клиническую картину митохондриальных заболеваний большое влияние оказывает возраст начала заболевания и длительность течения, что, в свою очередь, усугубляет нарушение когнитивных функций. Таким образом, одним из факторов, оказывающих влияние на недостаточность когнитивной сферы у детей с митохондриальными миопатиями, является возраст дебюта заболевания. Именно для детей и подростков с ранним дебютом заболевания является характерным сочетание синдромов с равновысокой степенью выраженности.

При анализе возрастной динамики нейропсихологических синдромов обнаружено, что независимо от формы наследственных миопатий с возрастом уменьшается степень выраженности отдельных симптомов, входящих в синдромы, относящиеся ко всем блокам мозга. Возраст ребенка оказывает влияние на наличие и выраженность тех или иных симптомов нарушения высших психических функций. Это приводит к тому, что в синдромах, характеризующих состояние разных психических функций и дефицитарность разных мозговых структур, с возрастом происходят изменения: уменьшается выраженность симптоматики, в большей степени снижается удельный вес симптоматики, относящейся к третьему и первому блокам мозга. В меньшей степени с возрастом снижается симптоматика, связанная с кожно-кинестетическим

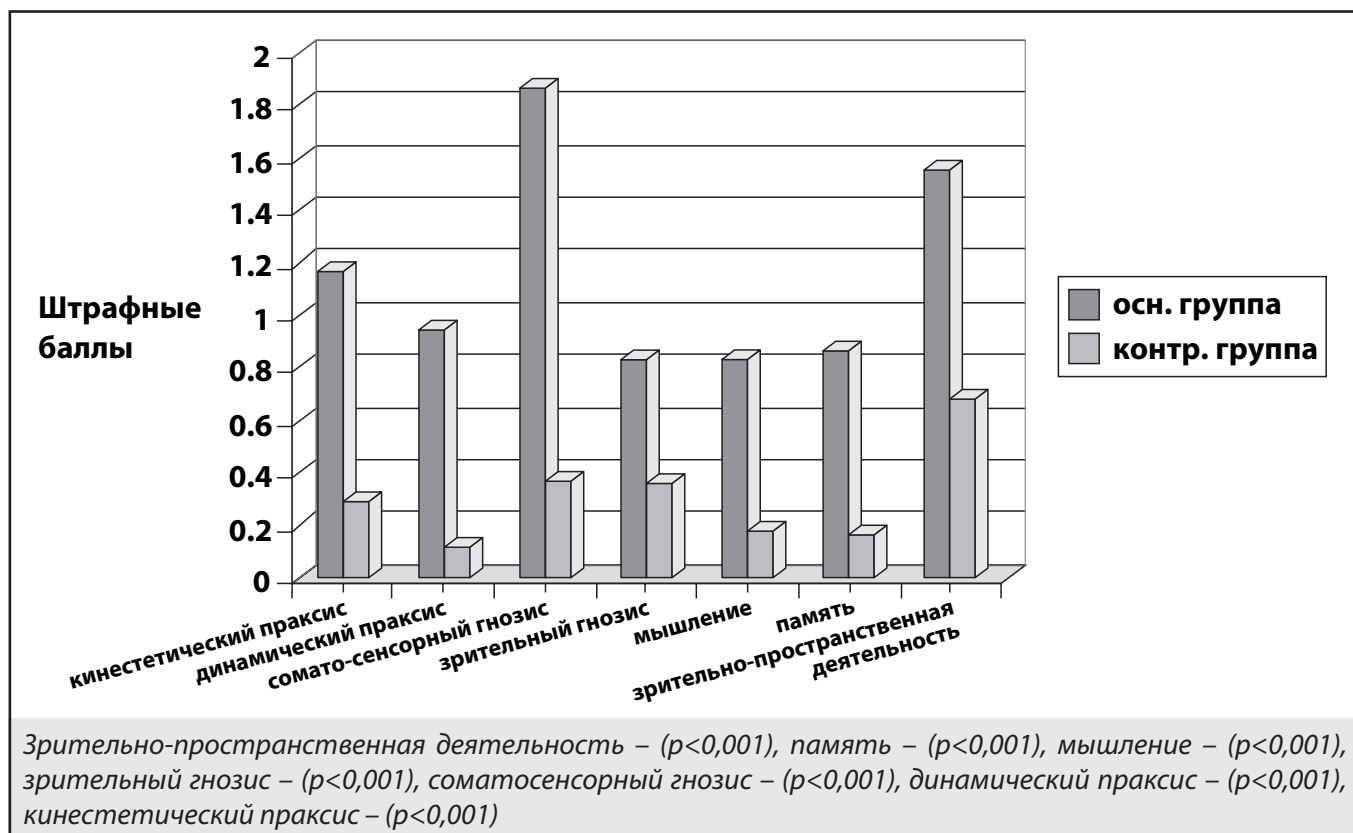


Рис. 1. Характер нарушений высших психических функций у больных с наследственными миопатиями в сравнении с группой нормы (возраст 7–10 лет)

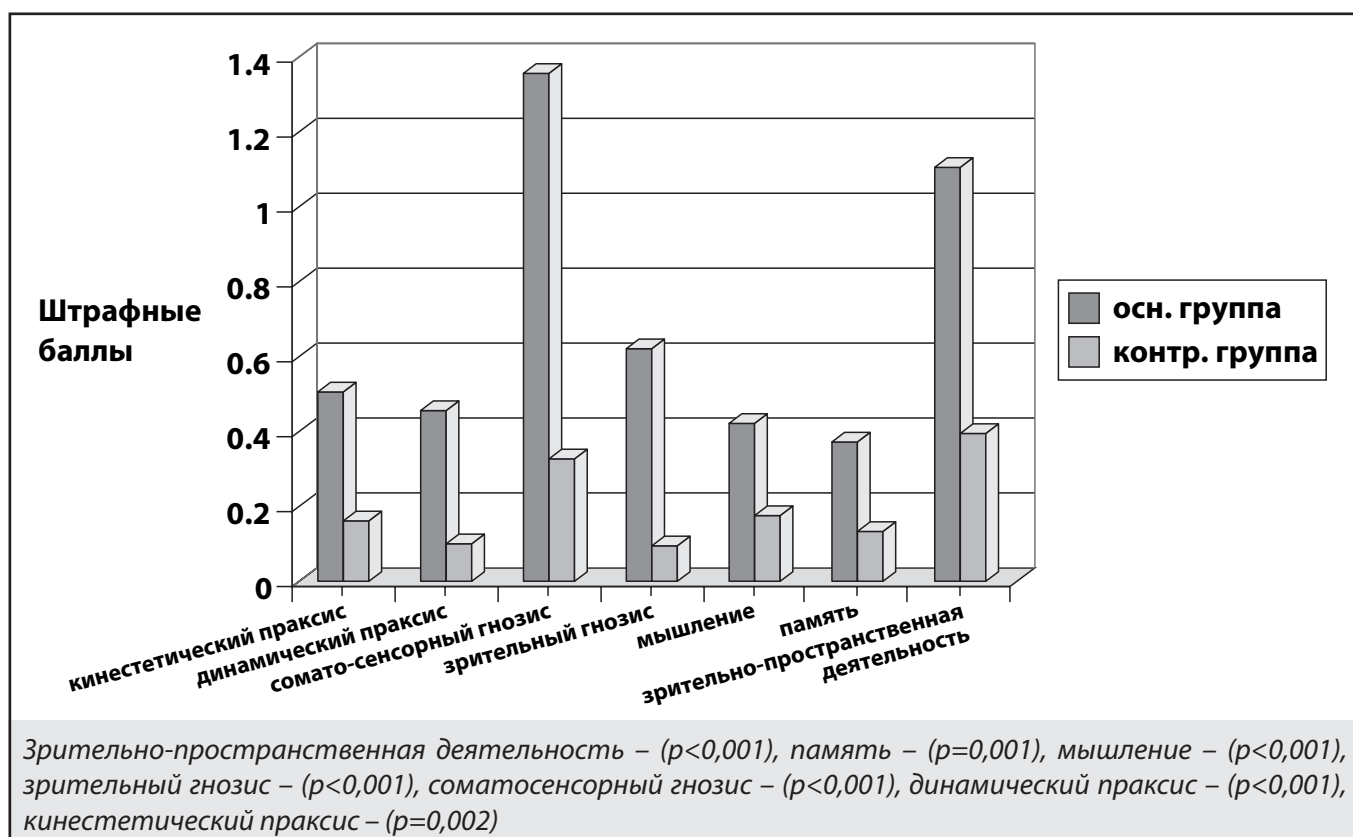


Рис. 2. Характер нарушений высших психических функций у больных с наследственными миопатиями в сравнении с группой нормы (возраст 11–17 лет)

Нейропсихологические синдромы и соответствующие им нарушения у больных с наследственными миопатиями

Фактор пространственного и квазипространственного восприятия (синдром ТРО)	Нарушение пространственной организации движений и действий, ошибки восприятия пространственных признаков зрительных стимулов, пространственные ошибки в пробах на конструктивный праксис и праксис позы, нарушения понимания логико-грамматических отношений	Височно-теменно-затылочные отделы мозга
Фактор кожно-кинестетического восприятия (теменные синдромы)	Нарушения тактильной памяти и тактильного внимания, нарушения кинестетической основы движений, нарушения кинестетической основы речевого моторного акта	Теменные отделы мозга
Фактор зрительного и зрительно-пространственного восприятия (затылочно- и затылочно-теменные синдромы)	Нарушение восприятия предметных изображений, букв, сужение объема непосредственной зрительной памяти	Затылочные, затылочно-теменные отделы мозга
Фактор объема вербально-акустического восприятия и слухоречевой памяти (височные синдромы)	Трудности в оценке и воспроизведении ритмических структур, сужение объема непосредственной слухоречевой памяти, повышенная тормозимость следов в слухоречевой памяти, трудности воспроизведения слов в стимульной последовательности, номинативные трудности	Височные отделы мозга
Кинетический фактор (заднелобные синдромы)	Нарушение плавности, автоматизированности, последовательности двигательных актов, элементарные персеверации	Заднелобные отделы мозга
Фактор программирования, регуляции и контроля (переднелобные синдромы)	Симптомы нарушения программирования и контроля, дефекты регуляции сложных произвольных движений и действий, нарушение обобщения по ситуативным признакам, трудности понимания скрытого смысла рассказа и смысла сюжетной картины	Переднелобные отделы мозга
Фактор активации-инактивации (глубинные синдромы)	Повышенная утомляемость, флуктуации внимания, импульсивность	Глубинные структуры мозга

и зрительно-пространственным восприятием, свидетельствующая о дефицитности теменных и височно-теменно-затылочных отделов мозга.

ВЫВОДЫ

1. При исследовании высших психических функций детей и подростков с наследственными миопатиями нейропсихологический метод позволил квалифицировать характер когнитивных расстройств разной степени выраженности.
2. При митохондриальной патологии все выявленные синдромы имеют высокую сте-

пень выраженности. У детей и подростков других рассматриваемых групп выделяются ведущие синдромы: у младшего возраста это теменные синдромы, у старшего – синдром ТРО.

3. У детей и подростков всех экспериментальных групп с увеличением возраста наблюдается регресс симптомов нарушения высших психических функций.
4. Характер когнитивных расстройств позволяет дать прогноз дальнейшего умственного развития детей с наследственными миопатиями и подобрать методы психолого-педагогической коррекции.

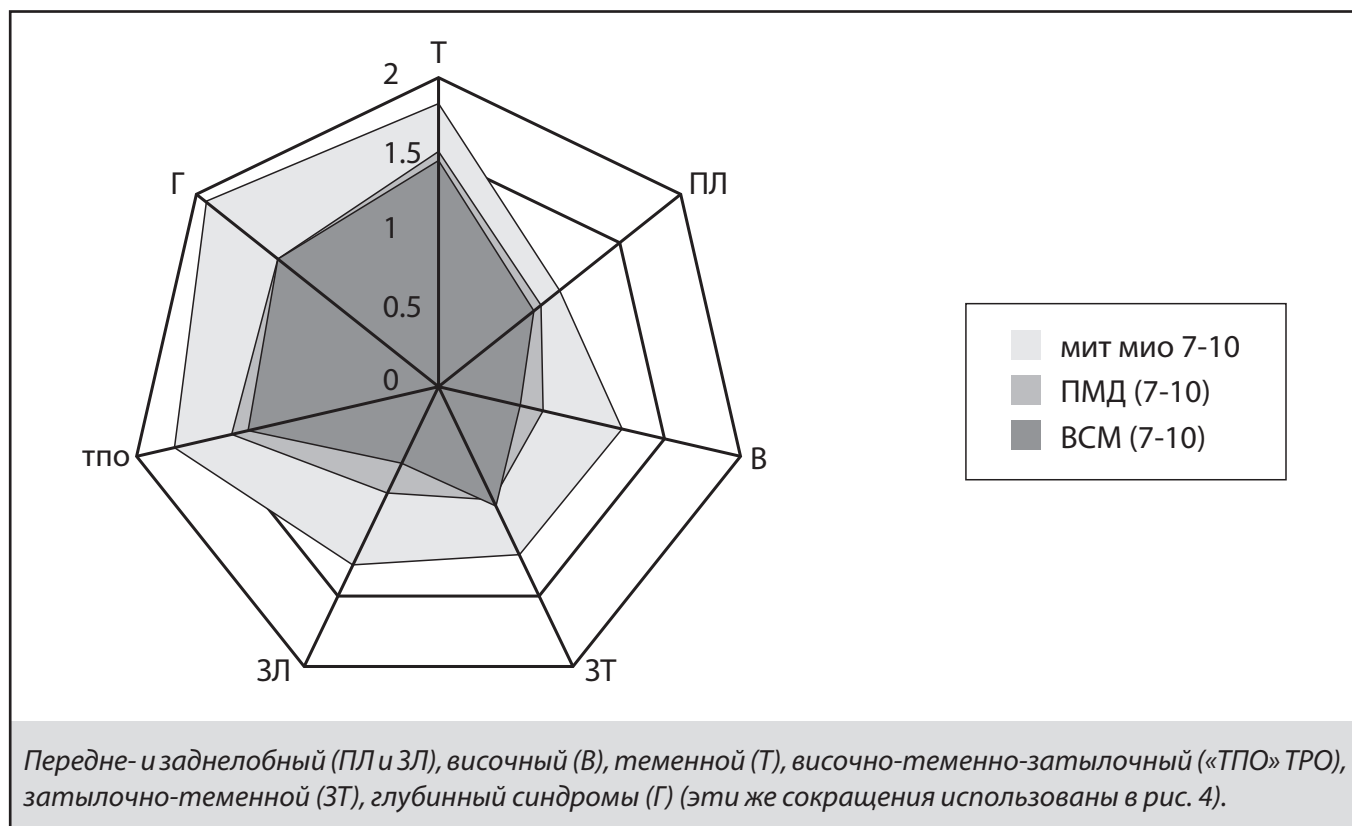


Рис. 3. Выраженность нейропсихологических синдромов у больных с прогрессирующими мышечными дистрофиями (ПМД), врожденными структурными (ВСМ) и митохондриальными миопатиями (возраст 7–10 лет)

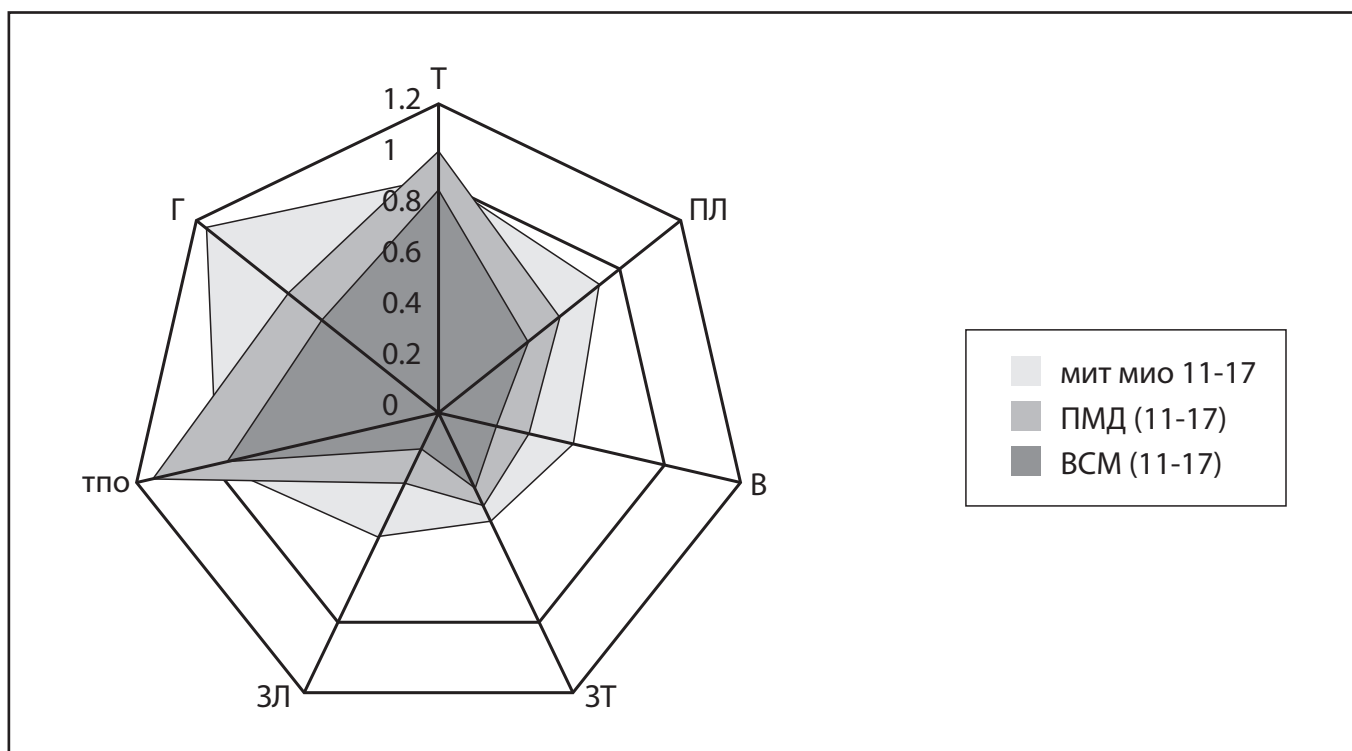


Рис. 4. Выраженность нейропсихологических синдромов у больных с прогрессирующими мышечными дистрофиями (ПМД), врожденными структурными (ВСМ) и митохондриальными миопатиями (возраст 11–17 лет)

ЛИТЕРАТУРА:

1. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400.
2. Троицкая Л.А. Особенности эмоциональной сферы и познавательной деятельности у детей и подростков в норме и при патологии ЦНС: Автореф. дисс. ... доктора психологических наук. – М., 2009. – 42.
3. Сухоруков В.С. Митохондриальная патология и проблемы патогенеза психических нарушений / В.С. Сухоруков // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова С.С. – 2008. – № 6.
4. Сухоруков В.С., Харламов Д.А. Врожденные миопатии. – М., 2010. – 155.
5. Bresolin N., Castelli E., Comi P. et al. Cognitive impairment in Duchenne muscular dystrophy. *Neuromusc Disord* 1994; 4: 359-369.
6. Zellweger H., Niedermeyer E. Central nervous system manifestations in childhood muscular dystrophy (CMD) I. *Ann Paediat* 1965; 205: e 25-42.
7. Emery A.E.H., Skinner R., Holloway S. A study of possible heterogeneity in Duchenne muscular dystrophy. *Clin Genet* 1979; 15: 444-449.
8. Bushby K.M.D., Appleton R., Anderson L.V.B. et al. Deletion status and intellectual impairment in Duchenne muscular dystrophy. *Dev Med Child Neurol* 1995; 37: 260-269.
9. Waite A., Brown S.C., Blake D.J. The dystrophin-glycoprotein complex in brain development and disease. *Trends Neurosci* 2012; 35: 8: 487-496.
10. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учебное пособие. – М.: Академия, 2006. – 384.
11. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. – СПб.: Питер, 2008. – 320.
12. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста. Учебное пособие. – М.: Академия, 2009. – 272.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Вера Анатольевна Ерохина – психолог, ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница», Консультативно-диагностический центр, неврологическое отделение 119034, Москва, Пожарский пер., д. 7
Телефон: 8-495-959-88-00
E-mail: verayerokhina@rambler.ru

Любовь Анатольевна Троицкая – доктор псих. наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития Московского городского психолого-педагогического университета 127051, г. Москва, ул. Сретенка, д. 29
Телефон: 8-495-632-90-70
E-mail: t-luba@mail.ru

Поступила: 05.05.2015

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

М.В. Жигорева

Московский государственный гуманитарный университет им. М.А. Шолохова, Москва

INNOVATIVE APPROACH TO PSYCHOLOGICAL ESCORT OF CHILDREN WITH DIFFICULT VIOLATIONS OF DEVELOPMENT

M.V. Zhigoreva

Sholokhov Moscow State University for the Humanities, Moscow

РЕЗЮМЕ

Данная статья посвящена проблеме обучения и воспитания детей с комплексными (сложными) нарушениями развития. Автором сформулировано определение сложного (комплексного) нарушения и раскрыта сущность разноуровневого характера психического развития детей данной категории. Подробно рассматриваются задачи, содержание и основные положения по организации и реализации психологической работы с детьми, имеющими множественные нарушения в развитии.

Ключевые слова: комплексное нарушение, множественное нарушение, сложный дефект, гностические процессы, когнитивное развитие, сочетание нарушений, разноуровневый характер психического развития, трехмодульная система, коррекционно-развивающая работа, динамика продвижения ребенка, оптимальные условия.

SUMMARY

This article is devoted to a problem of training and education of children with complex (difficult) violations of development. The author formulated definition of difficult (complex) violation and the essence of *raznourovnevy* nature of mental development of children of this category is opened. In detail tasks, the contents and basic provisions of the organization and realization of psychological work with the children having multiple violations in development are considered.

Key words: complex violation, multiple violation, difficult defect, Gnostic processes, cognitive development, combination of violations, *raznourovnevy* nature of mental development, three-modular system, the correctional developing work, dynamics of advance of the child, optimum conditions.

Активизация научного интереса к разработке психологического сопровождения детей со сложными нарушениями развития связана с необходимостью пересмотра подходов к работе с детьми данной категории и широкой их распространенностью в различных специальных учреждениях.

Комплексное (сложное) нарушение представляет собой сочетание двух и более первичных нарушений, каждое из которых определяет характер и структуру аномального развития. В качестве синонима используется также поня-

тие «множественное нарушение», когда выявляются не менее трех первичных нарушений [6, с. 29–31]. Интегративность всех составных элементов комплексного нарушения усугубляет отрицательные проявления в целом, затрудняет определения прогноза дальнейшего развития, организацию коррекционно-развивающей работы [5, с. 147–151].

В специальной психологии обозначилась тенденция более внимательного, глубокого анализа структуры сложного дефекта с целью выявления, описания и систематизации осо-

бенностей психического развития детей данной категории. Многообразие сочетаний и степень выраженности сенсорных, двигательных, речевых, интеллектуальных нарушений определяют разноуровневый характер психического развития детей. В результате экспериментального исследования выделено три уровня психического развития детей с комплексными нарушениями [1, с. 137–145]. Раскроем обобщенные психологические портреты дошкольников со сложными нарушениями развития (каждого уровня).

I (низкий) уровень психического развития, коэффициент успешности – менее 39%. Общим для них является наличие умеренной или тяжелой умственной отсталости в сочетании с сенсорными, двигательными нарушениями. Дети характеризуются стойкими нарушениями психической деятельности, отчетливо обнаруживающимися в сфере социального развития, познавательных процессов, речевом развитии. Таким детям доступна в основном совместная деятельность со специалистами. Подражательная деятельность не сформирована, в отдельных случаях присутствуют только ее начатки. Саморегуляция и контроль отсутствуют, дети инертны. Помощь практически не воспринимают. Перспектива развития детей I уровня незначительна. Наиболее важным направлением в проектировании психолого-педагогической помощи является бытовая адаптация, способная обеспечить удовлетворение социально-важных потребностей ребенка.

II (средний) уровень психического развития, коэффициент успешности составляет не более 79%. У этих детей выявлены сочетания легкой умственной отсталости или задержки психического развития церебрально-органического генеза и сенсорные, двигательные, речевые нарушения. Имеющиеся различные нарушения влекут за собой неравномерное изменение различных сторон психической деятельности и по выраженности их проявлений. Детей II уровня мы условно подразделили на две подгруппы, отличающиеся средним показателем успешности (А – 51,8%, Б – 67,8%). Для каждого варианта структуры комплексного нарушения, имеющихся у детей II (среднего) уровня (А, Б), характерны те или иные качества в овладении

конструктивным праксисом, пространственной ориентировкой, снижено функционирование мнестических процессов, мышления. Внимание недостаточно устойчивое. Отмечается лабильность в эмоционально-волевой сфере. Вместе с тем, дети II уровня располагают возможностями выполнения заданий самостоятельно. Отмечается выраженная способность к подражанию, саморегуляция и контроль избирательны, дети способны к целенаправленной деятельности, в разной степени используют оказываемую помощь. Дети с комплексными нарушениями II уровня более перспективны в плане развития, у них ярче проявляется адекватность поведения, они энергичны в своих действиях, в отличие от детей I уровня.

III (выше среднего) уровень психического развития, коэффициент успешности составляет более 79%. Детям III уровня свойственны различные варианты структур комплексного дефекта. Они раньше, чем другие, проявляют интерес к познанию окружающего, приучаются к общественным правилам поведения, овладевают навыками социального поведения. Различные варианты структур комплексных нарушений, выявленных в III уровне, обуславливают своеобразие в развитии психических функций, речевого развития. Характер деятельности более целенаправленный, произвольно управляемый, мотивированный, используют оказываемую помощь. Дети этого уровня обладают широкими потенциальными возможностями [4, с. 30–35].

Практическая потребность изучения и определения образовательных возможностей и потребностей детей со сложными (комплексными) нарушениями в разработке системы их реабилитации исключительно велика. Ключевым ориентиром в моделировании коррекционного психолого-педагогического сопровождения детей с комплексными нарушениями развития, логики построения и разработки содержательной стороны коррекционно-развивающей работы является индивидуальный уровень психического, социального, речевого развития ребенка с множественным нарушением.

В современных условиях, соответствующих новым моделям общественного развития, возрастает значение обеспечения возможности

активного участия детей с отклонениями развития в различных видах и сферах жизнедеятельности. Концепция психолого-педагогической помощи детям со сложными нарушениями развития базируется на системном подходе, позволяющем оказывать комплексную, всестороннюю помощь детям со сложными нарушениями, включающую психолого-педагогическое изучение развития детей данной категории, и на основе полученных данных диагностики проектировать индивидуальный маршрут развития [3, с. 30–34].

Следуя основным теоретическим положениям отечественной специальной педагогики, специальной психологии, общим концептуальным позициям, определяющим гипотезу исследования, можно сформулировать ряд основных концептуальных положений построения системы психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями, такими положениями являются: *апелляция к личности, мультидисциплинарный подход, единство диагностики и коррекции развития, индивидуально-дифференцированный подход, деятельностный подход.*

Скоординированное взаимодействие специалистов разного профиля при оказании психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития осуществляется в рамках постоянно действующих динамических модулей: модуль I – комплексно-диагностический, модуль II – коррекционно-диагностический, модуль III – коррекционно-развивающий. Значимым направлением в общей системе специальной помощи детям, имеющим множественные нарушения в развитии, является психологическое сопровождение, представляющее собой систему психологических воздействий, нацеленных на устранение или исправление имеющихся у детей недостатков в развитии психических процессов, личностных качеств, способствующих адаптации и социализации в обществе.

Психологическое сопровождение детей с множественными нарушениями развития включает в себя следующие структурные компоненты:

- психологическая диагностика отклонений развития у детей, которая является

составной частью комплексного клинико-психолого-педагогического обследования. Основная цель психодиагностики заключается в выявлении уровней актуального и потенциального развития, отражающего специфику формирования базовых компонентов психической деятельности ребенка для определения адекватных путей коррекционно-развивающей деятельности, ориентированной на всестороннее развитие ребенка и расширение им зоны ближайшего развития;

- психологическое консультирование педагогов, воспитателей, родителей. Это сложный динамический процесс, содержание которого зависит от субъекта консультирования, т.е. того, кому оно адресовано: ребенку, педагогу, родителям, воспитателям и другим участникам коррекционно-развивающего процесса, а также и от поставленной цели консультирования;
- психологическая коррекционно-развивающая работа, направленная на активизацию психических процессов и функций, развитие коммуникативной деятельности, а также формирование личности ребенка. Психологическая коррекция, включающая в себя организационные формы, методы работы, содержание, базируется на глубоком знании структуры комплексного нарушения, анализе причин, понимании специфики дизонтогенеза и ориентации на исходный уровень психического развития.

Рассмотрим психологическое воздействие, органично включенное в деятельность *трехмодульной системы* психолого-педагогической помощи детям данной категории [2, с. 311].

Модуль I – комплексно-диагностический. Основной целью являются реализация комплексного подхода к изучению личности ребенка со сложным нарушением развития и первой ступенью разработки индивидуального маршрута развития. В задачу данного модуля входит создание комплексной диагностической карты, выявление и квалификация видов нарушений, установление возможных причин. Решение задач зависит от профессиональной компетенции специалистов и соблюдения ряда условий при осу-

ществлении программы комплексно-диагностической работы.

Главное назначение специально составленной диагностической программы для детей с комплексными нарушениями развития заключается в том, чтобы с ее помощью стало возможным оценить все области психической сферы ребенка (психомоторные, эмоциональные, интеллектуальные функции, личность в целом). На основе данных комплексной диагностики принимается решение об определении ребёнка в ту или иную диагностическую группу, класс и намечаются направления работы по развитию и обучению.

Модуль II – коррекционно-диагностический. Задачей данного модуля является выявление особенностей развития детей с комплексными нарушениями, что определяет перспективу построения коррекционной работы. В контексте исключительно важного положения Л.С. Выготского «о зоне ближайшего развития» доминирующим принципом выступает принцип динамического изучения ребенка, благодаря которому появляется возможность отчетливо обрисовать не только психологический портрет ребенка на данный момент, но и определить его потенциальные возможности в обучении. Основная деятельность психолога в рамках данного модуля заключается в одновременном проведении психокоррекционных занятий и осуществлении контроля за динамикой психического развития ребенка не только на специальных психологических занятиях, но также и на занятиях с педагогом, воспитателем, в режимных моментах, т.е. практически во всех сферах деятельности.

В ходе динамического наблюдения за детьми в коррекционно-развивающем процессе определяются:

- состояние мотивационной сферы;
- индивидуальные особенности деятельности ребенка (темп прохождения материала, объем усвоения учебного материала, степень самостоятельности и др.);
- уровень общения со взрослыми и детьми в процессе деятельности.

Наблюдение за ребёнком в процессе обучения, в режимных моментах и свободной деятельности позволяет составить полное пред-

ставление о характере и содержании ведущей деятельности, её особенностях (возможности осуществления самостоятельных действий, активности в достижении результата, характере используемой помощи).

Важными условиями реализации второго модуля являются:

- динамическая диагностика, в которой выявляются особенности развития детей в процессе обучения и воспитания, а также отслеживаются показатели продвижения ребенка в ходе психолого-педагогической деятельности;
- при динамическом психолого-педагогическом изучении ребёнка отмечаются его работоспособность, внимание, степень утомления, выявляются также негативные факторы, которые при первичном обследовании были скрыты и проявились уже в ходе педагогической работы. Например, у детей, в структуре которых наблюдаются нарушения речи, задержка психического развития, возникают трудности понимания терминологической лексики и усвоения учебного материала [8, с. 92–93], у детей, имеющих нарушения слуха, снижена степень внятности устной речи, что сказывается на процессе обучения и развития [7, с. 83–93];
- систематическое наблюдение, позволяющее оценивать качество развития и обучения ребенка, следует проводить не только с помощью экспериментально-диагностических психологических мероприятий, но и на основе систематического психолого-педагогического наблюдения за детьми в ходе учебно-развивающей деятельности. Таким образом, полученные данные не будут носить сугубо ситуативный характер, а будут объективными в отношении каждого ребенка;
- осуществление контроля и корректировки в процессе обучения с целью комбинирования содержания изучаемого материала или сокращения его объема, также проведения изменений методов и форм работы в случае их неэффективности;
- по показаниям осуществляется медицинское сопровождение.

Границы модуля II очень расплывчаты, так как он служит промежуточным образованием, являющимся, с одной стороны, диагностическим, потому что первичное обследование, по нашему мнению, не завершено и не может дать точных показаний для принятия окончательного решения в отношении дальнейшего обучения. С другой стороны, этот модуль является и коррекционно-развивающим, т.к. ребёнок погружается в учебно-образовательную сферу. Итогом деятельности психолога в коррекционно-диагностическом модуле является сопоставительный анализ данных, полученных при первичном обследовании, и показателей, отражающих динамику продвижения ребенка в ходе обучения, игровых ситуациях, общении. Это позволяет наиболее точно охарактеризовать и определить уровень психического развития ребенка с комплексным нарушением и в соответствии с этим разработать основные направления психокоррекционной работы.

Модуль III – коррекционно-развивающий. Этот модуль представляет собой организованный целенаправленный коррекционный психолого-педагогический процесс, в котором осуществляется взаимодействие педагогов, психологов, родителей и детей. Психическое развитие детей с комплексными нарушениями имеет длительный характер. Стихийное развитие всех компонентов познавательной деятельности не приводит на должный уровень интеллектуального развития, и потенциал ребенка оказывается нереализованным. Цель коррекционной психолого-педагогической работы с детьми, имеющими комплексные нарушения – это содействие их всестороннему развитию, выявление положительных и сглаживание отрицательных сторон личности, преодоление социальной недостаточности, что в итоге подводит детей к социальной адаптации, приспособлению к условиям жизни в социальной среде.

Основными задачами психокоррекционных занятий данного направления являются:

- формирование и активация мотивационных механизмов психологического развития;
- развитие и совершенствование навыков коммуникативной деятельности;

- формирование и стимуляция сенсорно-перцептивных функций (пространственных и временных представлений, конструктивного праксиса, зрительного гнозиса, слухового и тактильного восприятия);
- развитие внимания, памяти и мыслительных процессов;
- развитие моторных функций;
- обучение способам регуляции эмоционально-волевой сферы;
- формирование и развитие коммуникативных навыков;
- формирование базиса личностной культуры, правильного поведения.

Своеобразие сложных нарушений у детей данной категории, где сочетаются дефекты зрения, слуха, интеллектуальная недостаточность, нарушения опорно-двигательной системы, речевые расстройства, требуют научного обоснования процесса развития, обучения и воспитания. Учитывая это обстоятельство, следует признать, что методологический подход к детям с множественными нарушениями развития строится во взаимодействии различных научных областей: психологии, педагогики, ряда специальных дисциплин, медицины, социальной педагогики.

Система психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями основывается на принципах психолого-педагогической теории связи психического развития ребенка с его воспитанием и обучением, который был сформулирован известными отечественными исследователями Л.С. Выготским, П.Я. Гальпериным, А.Н. Леонтьевым, С.Л. Рубинштейном, Д.Б. Элькониным и др. Главный тезис этой теории заключается в том, что психическое развитие ребенка опосредствовано его воспитанием и обучением.

Изучая закономерности психических явлений, психологи вскрывают сущность процесса отражения объективного мира в психике человека, выясняют, как регулируются действия человека, как развивается психическая деятельность и формируются психические свойства личности. Устанавливая закономерности познавательных процессов (ощущений, восприятий, мышления, воображения, памяти), психология способствует научному построению

процесса обучения, создавая возможность правильного определения содержания учебного материала, необходимого для усвоения тех или иных знаний, навыков и умений. Выявляя закономерности формирования личности, психология оказывает содействие педагогике в правильном построении воспитательного процесса [2, с. 392].

По отношению к системе специального образования, коррекционное психолого-педагогическое образование детей с комплексными нарушениями развития является интегрированной подсистемой, которая обладает рядом качеств: целостность и единство составляющих ее элементов; многомодульность, которая отличается вариативностью. В настоящее время система коррекционной помощи детям с комплексными нарушениями находится в стадии развития, несмотря на это, может реализовываться в различных специальных коррекционных учреждениях и опираться на разработанные программы, методические и нормативные материалы и управление органами руководства образованием различных уровней.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Жигорева М.В. Специфические особенности психического развития дошкольников с комплексными нарушениями // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2009. – № 105. – С. 137–145.
2. Жигорева М.В. Система психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития. Диссертация на соискание ученой степени доктора педагогических наук / МГГУ им. М.А. Шолохова. – М., 2009.
3. Жигорева М.В. Система психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора педагогических наук / МГГУ им. М.А. Шолохова. – М., 2009. – С. 30–34.
4. Жигорева М.В., Левченко И.Ю. Психологические особенности детей с комплексными нарушения-

ми развития // Детская и подростковая реабилитация. – 2012. – № 2 (19). – С. 30–35.

5. Жигорева М.В. Разноуровневый характер психического развития детей с множественными нарушениями развития // В сборнике «Актуальные проблемы обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья». Материалы IV Международной научно-практической конференции. Под ред. И.В. Евтушенко, В.В. Ткачевой. – М., 2014. – С. 147–151.
6. Жигорева М.В. Особенности речевого развития детей с комплексными нарушениями развития // Инновационные диагностические программы изучения речевого развития лиц с ограниченными возможностями здоровья. Жигорева М.В., Кузьмина С.А., Пантелеева Л.А. Монография. Жигорева М.В., Кузьмина С.А., Пантелеева Л.А. – М., 2014. – С. 29–31.
7. Кузьмина С.А. Определение степени внятности устной речи // Инновационные диагностические программы изучения речевого развития лиц с ограниченными возможностями здоровья. Жигорева М.В., Кузьмина С.А., Пантелеева Л.А. Монография. Жигорева М.В., Кузьмина С.А., Пантелеева Л.А. – М., 2014. – С. 83–93.
8. Пантелеева Л.А. Особенности овладения учебно-терминологическим материалом детьми с ограниченными возможностями здоровья // Культура физическая и здоровье. – 2012. – № 6 (42). – С. 92–93.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Марина Васильевна Жигорева – доктор педагогических наук, профессор кафедры специальной педагогики и специальной психологии дефектологического факультета Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова
109240, Москва, ул. Верхняя Радищевская, д. 16–18
Телефон: 8-495-647-44-77
E-mail: marinav0104@mail.ru

Поступила: 30.04.2015

РОЛЬ МИНИСТЕРСТВА В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ

Л.М. Низова, Н.В. Юртикова

Поволжский государственный технологический университет, г. Йошкар-Ола

THE ROLE OF THE MINISTRY IN THE REHABILITATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE CASE OF THE REPUBLIC OF MARI EL

L.M. Nizova, N.V. Yurtikova

Volga region state technological university, Ioshkar-Ola

РЕЗЮМЕ

В статье раскрывается институциональная среда реабилитации детей и подростков. На основе мониторинга дается оценка роли Министерства социальной защиты и труда в профессиональной и трудовой реабилитации детей-инвалидов.

Ключевые слова: трудовая и профессиональная реабилитация, дети, подростки, министерство, институциональная среда.

SUMMARY

The article deals with the institutional environment rehabilitation of children and adolescents. On the basis of monitoring assesses the role of the Ministry of Social Security and Labour in the professional and labor rehabilitation of disabled children.

Key words: labor and vocational rehabilitation, children, adolescents, the Ministry, the institutional environment.

ВВЕДЕНИЕ

Реабилитация детей и подростков является приоритетной задачей Министерства социальной защиты и труда Республики Марий Эл. По его инициативе за последние годы сформирована институциональная среда решения этой проблемы (рис.1).

Понятие «институциональное» происходит от слова «институт» (лат. Institutum), обозначает совокупность норм права в какой-либо области общественных отношений, ту или иную форму общественного устройства [7, с. 670].

Проблема институтов в современной науке широко обсуждается отечественными и зарубежными учеными. По мнению одних, институты – это социальные нормы, привычки и поведение субъектов и в то же время крупные общественные, в том числе государственные

структуры. Более конкретное определение дает Е.Г. Ясин: «Институты – это правила поведения, то есть регулятивные принципы, которые предписывают или запрещают те или иные способы действия» [8].

Отталкиваясь от этих двух мнений, мало называть государственным институтом органы социальной защиты, но и к ним необходимо отнести нормативно-правовую базу как основу их деятельности, формы и методы функционирования. Именно на это сделан акцент в ходе нашего исследования. Так, факторами реабилитации детей и подростков являются экономические, социальные, правовые, медицинские, профессиональные. К формальным институтам, по нашему мнению, относятся государство, правовые акты, органы социальной защиты населения, общественные организации, а к

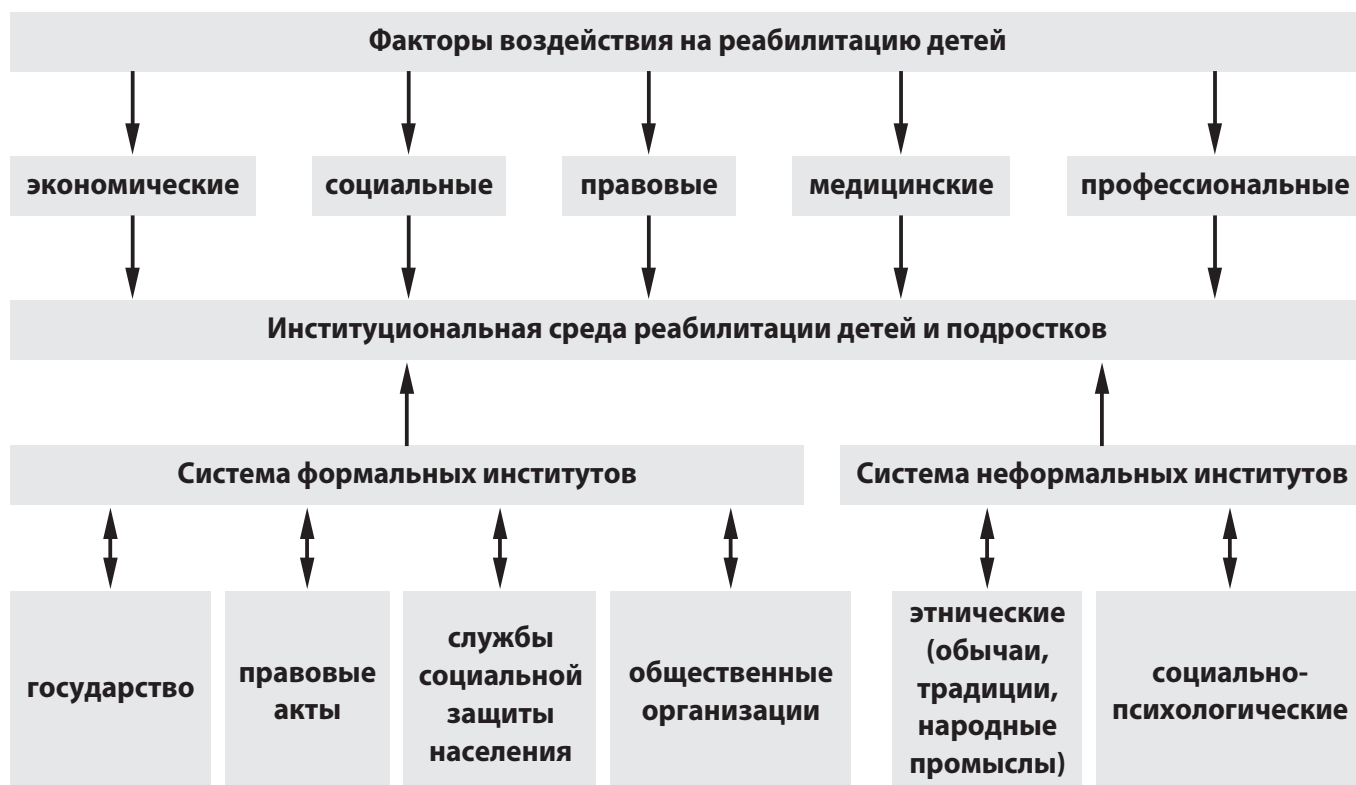


Рис. 1. Основные составляющие институциональной среды реабилитации детей и подростков

неформальным следовало бы отнести обычаи, традиции, социально-психологические формы и методы.

Исследуемое министерство во взаимодействии с заинтересованными ведомствами, территориальными органами социальной защиты населения, общественными организациями осуществляет комплекс мер, способствующих социальной защите детей и их реабилитации:

1. В республике уже 10 лет успешно реализуется закон Республики Марий Эл от 2 декабря 2004 года № 50-з «О социальной поддержке и социальном обслуживании отдельных категорий граждан в Республике Марий Эл» (с изменениями на 31.10.2014 г.) [2]. В главе IV «Социальное обслуживание граждан» предусмотрен широкий арсенал реабилитационных мероприятий детей и подростков.
2. В целях реабилитации в республике созданы детский дом-интернат, 3 реабилитационных центра для подростков с ограниченными возможностями, 4 социально-реабилитационных центра для несовершеннолетних и социальный приют для детей «Теплый дом».



Рис. 2. Министр труда и социальной защиты населения Республики Марий Эл Н.В. Климина в Савинском детском доме-интернате для умственно отсталых детей

3. В рамках вновь принятого Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и с учетом вышеназванных функционирующих центров правительством республики приняты специализированные законодательные акты [1]:

Постановление Правительства Республики Марий Эл от 10 декабря 2014 г. № 649 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних, социальных приютах для детей и подростков, осуществляющих социальное обслуживание на территории Республики Марий Эл» [3];

Постановление Правительства Республики Марий Эл от 11 декабря 2014 г. № 658 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг в детских домах-интернатах для умственно отсталых детей, осуществляющих социальное обслуживание в Республике Марий Эл» [4];

Постановление Правительства Республики Марий Эл от 11 декабря 2014 г. № 659 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг в реабилитационных центрах для детей и подростков с ограниченными возможностями, осуществляющих социальное обслуживание на территории Республики Марий Эл» [5].

В 2015 году продолжается реализация Плана мероприятий «дорожной карты» «Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания населения

(2013–2018 гг.)». Министр труда и социальной защиты населения Республики Марий Эл Н.В. Климина систематически посещает реабилитационные центры и проводит работу с детьми-инвалидами (рис. 2).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Личный пример и высокие требования министерства к реализации вышеназванных правовых документов по реабилитации детей и подростков позволили добиться некоторого снижения (14,9%) численности детей-инвалидов (рис. 3) [6, с. 61].

По состоянию на 1 января 2015 г. в республике проживают 2559 детей-инвалидов, на учете в комплексных центрах, центре помощи семье и детям состоят 2008 семей с детьми-инвалидами, в которых воспитываются 2096 детей-инвалидов. В 2014 году произошел некоторый рост количества освидетельствованных детей и, соответственно, признанных инвалидами (рис. 4).

Проведенный мониторинг показал, что большинство детей имеют умеренную умственную отсталость – 70% воспитанников (298 человек); тяжелую умственную отсталость имеют 9% (38 детей); глубокую умственную отсталость – 4% (19 детей); легкую умственную отсталость – 1% (6 детей); задержку психоречевого развития – 3% (13 детей); детский церебральный паралич – 15% (63 ребенка); синдром Дауна – 6% (28 детей) (рис. 5).

Министерство социальной защиты и труда ориентирует специализированные центры на реабилитацию с учетом заболеваемости.

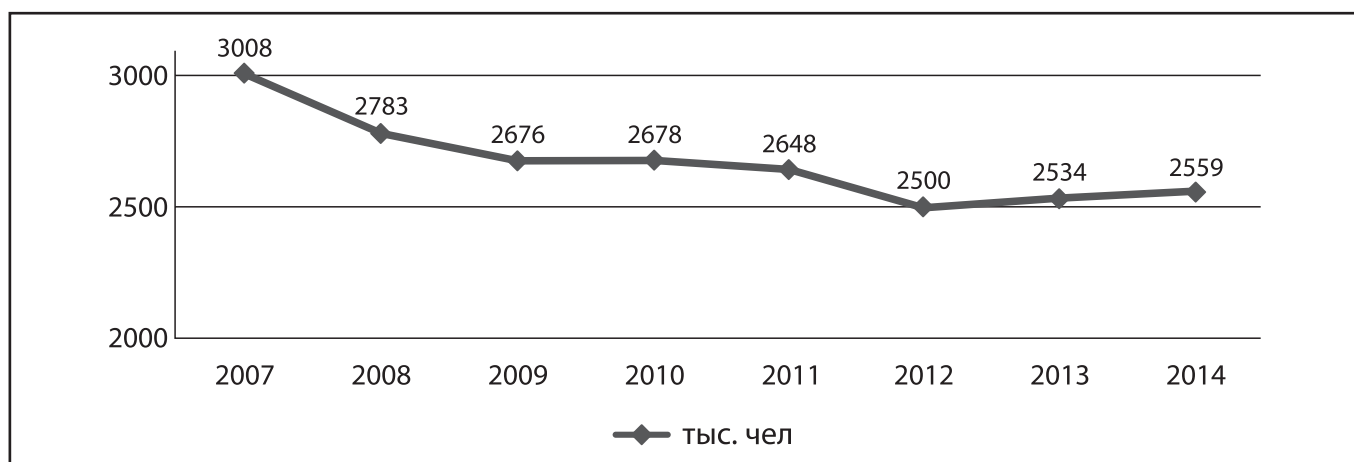


Рис. 3. Динамика численности детей-инвалидов в РМЭ

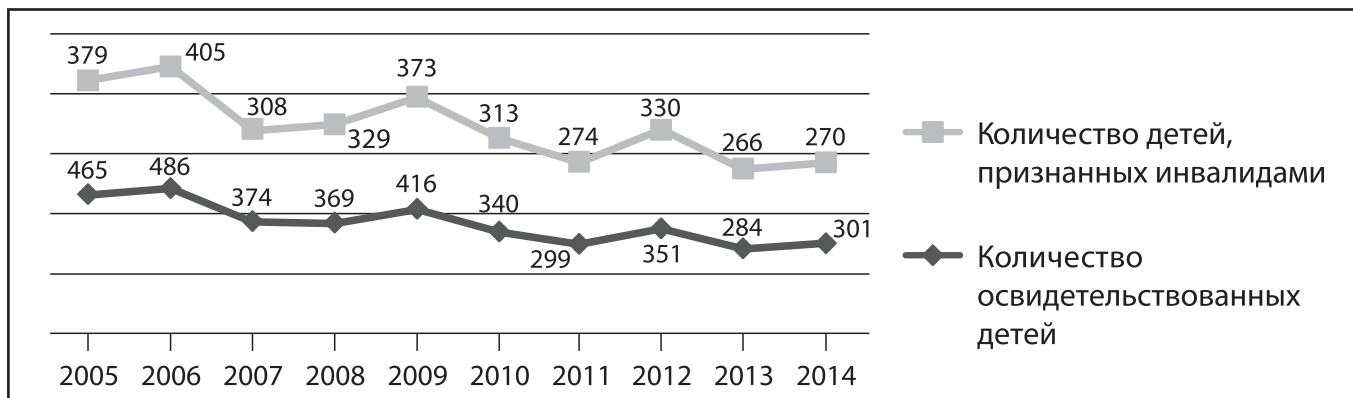


Рис. 4. Динамика освидетельствованных и признанных инвалидами детей

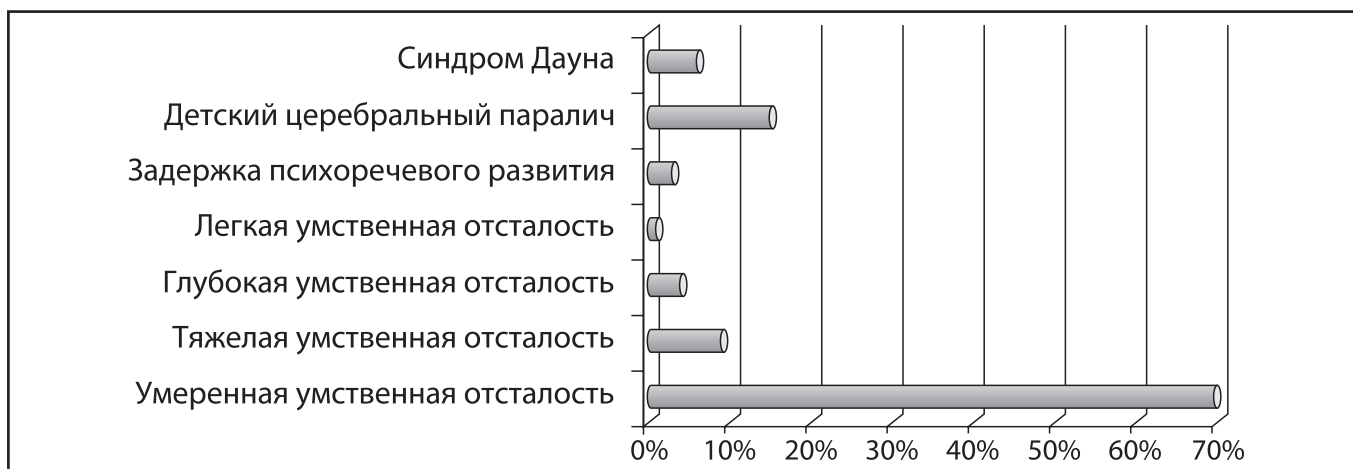


Рис. 5. Распределение детей и подростков по степени заболеваемости

В данной статье авторы сделали акцент на двух формах:

1) профессиональная реабилитация:

В рамках дифференцированного обучения в учреждениях сформированы дошкольные, обучаемые, частично-обучаемые, частично-трудовые и трудовые группы. Обучением охвачено 86% воспитанников учреждений (360 чел.), не рекомендовано обучение – 14% (61 чел.) (рис. 6).

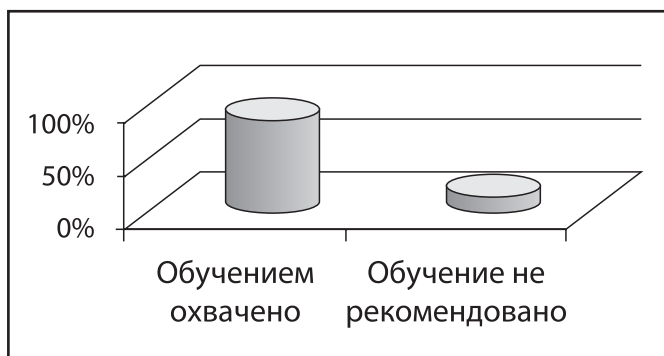


Рис. 6. Показатели дифференцированного обучения

Обучение осуществляется по следующим программам: по программе министерства социальной защиты для умственно отсталых детей дошкольного возраста – 44% (148 чел.), по программе для детей дошкольного возраста с нарушением интеллекта – 2% (7 чел.), по программе министерства социальной защиты для умственно отсталых детей школьного возраста – 38% (129 чел.), по программе коррекционного обучения – 1,5% (4 чел.), по общеобразовательной программе – 1% (2 чел.), по программе трудового обучения – 10,5% (35 чел.), получили профессиональное образование в лицее № 8 – 3% (10 чел.) [9].

В учреждениях используются специфические методы, приемы и средства обучения, организуется «пошаговое» обучение, глубокая дифференциация и индивидуальный подход к обучению.

Основными задачами учреждений является максимальное преодоление недостатков познавательной деятельности и эмоционально-

волевой сферы воспитанников, подготовка их к участию в производительном труде, социальная адаптация в условиях современного общества. В обучающих программах преподаются как общеобразовательные предметы (русский язык, чтение, математика, природоведение, физкультура, рисование, музыка), так и специальные (коррекционные). К коррекционным относятся занятия по развитию речи на основе ознакомления с предметами и явлениями окружающей действительности, специальные занятия по ритмике, социально-бытовая ориентировка. Специфической формой организации учебных занятий являются индивидуальные и групповые логопедические занятия, ЛФК и занятия по развитию психомоторики и сенсорных процессов (рис. 7, 8).



Рис. 7. Групповая форма учебного занятия



Рис. 8. Индивидуальная форма обучения

2) трудовая реабилитация:

Важное место отводится трудовому обучению. Частично-трудовые и трудовые группы продолжают занятия по закреплению ранее изученного материала по профессиональному обучению и формированию поведения, нравственных принципов. Основным видом деятельности в этих группах является обучение различным видам труда. В процессе обучения труду подростки осваивают доступные им профессии (рис. 9, 10).



Рис. 9. Освоение ткацкого дела



Рис. 10. Трудовое обучение резьбе по дереву

В воспитательную работу включены мероприятия по основам безопасности жизнедеятельности, духовно-нравственному и пат-

риотическому воспитанию, ознакомлению с окружающим миром, привитию культурно-гигиенических навыков, навыков культуры общения и поведения [9].

Для коррекции и компенсации различных дефектов развития используется кружковая работа, которая проводится с учетом уровня развития детей, с использованием материала, доступного для детей. Для детей с тяжелой формой умственной отсталости кружковая работа нацелена на развитие моторики рук и формирование основных навыков работы с бумагой. Для детей старшего школьного возраста проводится работа с бисером, тканью, соломкой, дети учатся вышивке [9].

В целях повышения эффективности профессиональной и трудовой реабилитации министерство ежегодно проводит аттестацию педагогических работников в соответствии с приказом Министерства социальной защиты населения и труда Республики Марий Эл от 14 февраля 2012 г. № 92 «Об организации аттестации педагогических работников учреждений социального обслуживания населения Республики Марий Эл».

Главная аттестационная комиссия рассматривает вопросы об установлении соответствия уровня квалификации педагогического работника требованиям, предъявляемым к высшей квалификационной категории. Аттестационная комиссия учреждения рассматривает вопросы об установлении соответствия уровня квалификации педагогического работника требованиям, предъявляемым к первой квалификационной категории, и подтверждении соответствия педагогических работников занимаемым ими должностям на основе оценки их профессиональной деятельности. В настоящее время каждый третий имеет высшую квалификацию (33%), почти 40% – первую и каждый третий – вторую.

ВЫВОДЫ

Результатом реабилитационной работы являются следующие достижения:

1) вручена лицензия Министерства образования и науки Республики Марий Эл на осуществление образовательной деятельности ГБУ РМЭ «Савинский детский дом-интернат

для умственно отсталых детей» в октябре 2014 г.;

2) участие детей и подростков в соревнованиях муниципального, республиканского, российского и международного уровней:

- в составе сборной команды Специальной Олимпиады России на Европейских летних Играх Специальной Олимпиады в г. Антверпене (Бельгия) в сентябре 2014 г. воспитанник дома-интерната Феликс Оренбургский завоевал золотую и серебряную медали по плаванию;

- во Всероссийских спортивных соревнованиях по программе «Спорт лиц с интеллектуальными нарушениями» по плаванию воспитанник занял 4 место;

- во Всероссийском Интернет-марафоне «Если с другом вышел в сеть» среди граждан с ограниченными возможностями здоровья воспитанники награждены дипломом и грамотой за 3 место;

- в республиканских соревнованиях по бадминтону заняли 1 командное место; по плаванию – 1 место.

3) участие ГБУ РМЭ «Савинский детский дом-интернат для умственно отсталых детей»:

- в проекте по поддержке детских домов и социальной адаптации детей, оставшихся без попечения родителей «Вернуть детство» Приволжского федерального округа в г. Ижевске Удмуртской Республики, где в рамках выставки окружного конкурса прикладного творчества воспитанников детских домов «МастерОК» заняли 1 место;

- в Межрегиональной дистанционной олимпиаде «Золотая хохлома» по изобразительному искусству (лауреаты конкурса);

- в конкурсе «Мой город будущего» в рамках первого форума профессионалов рынка недвижимости Республики Марий Эл «Перспектива». 14 воспитанников получили благодарности уполномоченного по правам человека в Республике Марий Эл и сертификат от сети магазинов «Сайвер»;

4) специалистами дома-интерната в декабре 2014 г. проведен Всероссийский интернет-марафон «Дорогою добра» среди воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в домах-интернатах.

Участниками марафона были воспитанники семи детских домов-интернатов Российской Федерации. Конкурс проходил по трем номинациям: рисунок, выполненный на компьютере, «Мой мир», сканогаммы «Мир прекрасен и удивителен», слайд-шоу «Все о том, как мы живем».

Подробный опыт деятельности данного детского дома будет обобщен в последующих статьях.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
2. Закон Республики Марий Эл от 2 декабря 2004 г. № 50-з «О социальной поддержке и социальном обслуживании отдельных категорий граждан в Республике Марий Эл».
3. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 10 декабря 2014 г. № 649 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних, социальных приютах для детей и подростков, осуществляющих социальное обслуживание на территории Республики Марий Эл».
4. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 11 декабря 2014 г. № 658 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг в детских домах-интернатах для умственно отсталых детей, осуществляющих социальное обслуживание в Республике Марий Эл».
5. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 11 декабря 2014 г. № 659 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг в реабилитационных центрах для детей

и подростков с ограниченными возможностями, осуществляющих социальное обслуживание на территории Республики Марий Эл».

6. Низова Л.М. Программа «Доступная среда» как форма социальной защиты детей-инвалидов на региональном уровне / Л.М. Низова, Е.Р. Хасянова // Детская и подростковая реабилитация. – 2013. – № 2 (21). – С. 60–65.
7. Советский энциклопедический словарь. – 1979. – С. 499–501.
8. Ясин Е.Г. Функции государства в рыночной экономике / Е.Г. Ясин // Вопросы экономики. – 1997. – № 6. – С. 135–140.
9. Информация об итогах работы системы социальной защиты населения и труда Республики Марий Эл / [Электронный ресурс] / URL:<http://mari-el.gov.ru/>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Людмила Михайловна Низова – доктор экономических наук, профессор кафедры социальных наук и технологий Поволжского государственного технологического университета 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, пл. Ленина, дом 3
Телефон кафедры: (8362) 68-68-00
E-mail: nizova@yandex.ru

Надежда Владимировна Юртикова – студентка факультета социальных наук и технологий Поволжского государственного технологического университета 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, пл. Ленина, дом 3
Телефон кафедры: (8362) 68-68-00

Поступила: 26.03.2015

К ВОПРОСУ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПЕДАГОГИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ

И.М. Новикова

Московский государственный гуманитарный университет имени М.А. Шолохова, г. Москва

BY SOLVING THE PROBLEM OF HEALTHY LIFESTYLE IN PRESCHOOL CHILDREN PEDAGOGICAL TOOLS

I.M. Novikova

Moscow State Pedagogical University named after Mikhail Sholokhov, Moscow

РЕЗЮМЕ

В статье приведены результаты анализа современного опыта формирования здорового образа жизни у детей дошкольного возраста педагогическими средствами.

Ключевые слова: дошкольники, сбережение здоровья, здоровый образ жизни.

SUMMARY

The results of the analysis of the contemporary experience of a healthy lifestyle for children preschool teaching means.

Key words: preschoolers, saving health, healthy lifestyle

В настоящее время задача сбережения и укрепления здоровья детского населения России является особенно актуальной, что обусловлено противоречием между устойчивой тенденцией к ухудшению состояния здоровья детей в последние десятилетия и недостаточной разработанностью мер, направленных на предупреждение этого процесса.

В связи с этим сохранение здоровья дошкольников, младших школьников, подростков и молодежи рассматривают как педагогическую проблему, и перед современной системой образования на государственном уровне поставлены задачи разработки и внедрения в практику работы образовательных учреждений программ формирования здорового образа жизни и здоровьесформирующих технологий.

Выполненный нами анализ современной научной литературы по проблеме здоровьесбережения детей педагогическими средства-

ми показал, что исследователи предлагают различные решения, при этом преимущественно рассматривают вопросы приобщения подрастающего поколения к ЗОЖ. Это можно объяснить значимостью образа жизни для сбережения здоровья и возможностью изменения его структуры при социализации.

Если в подростковом и юношеском возрасте осознание личной ответственности за поддержание индивидуального здоровья сопровождается самооценкой и саморегуляцией сберегающей здоровье деятельности, отмечает Г.Н. Сериков, то в более младшем возрасте соответствующая ЗОЖ деятельность является еще регулируемой [20].

В отечественном общем дошкольном образовании к сегодняшнему дню уже накоплен определенный опыт решения проблемы сбережения и укрепления здоровья детей.

Формировать ЗОЖ средствами физического воспитания предлагают А.П. Антро-

пова, С.П. Громова, Э.Я. Степаненкова и др. Педагогическая система формирования основ ЗОЖ детей в дошкольных образовательных учреждениях представлена Н.В. Седых как система педагогического процесса и здоровьесформирующая технология [19]. При реализации ее разделов «Закаливание», «Гигиена», «Организация двигательной активности» автор раскрывает возможности использования физкультурно-оздоровительной деятельности и метода адаптивного биоуправления на принципах обратной связи, а также формирование психического здоровья дошкольников через создание положительных эмоций, предупреждение функциональных нарушений и заболеваемости с помощью обучения навыкам правильного дыхания, упражнений для профилактики перенапряжений мышечного аппарата глаза, нарушений осанки и речи.

Обучению детей 4–6 лет новым движениям и ЗОЖ с опорой на обратные связи разной модальности (зрительную, слуховую, тактильную, вербальную) для формирования самооценки и саморегуляции деятельности посвящено исследование О.В. Морозовой [13].

Движения под музыку Н.А. Евстратова рассматривает как средство формирования культуры движений и правильной осанки [6]. Автором раскрыты возможности включения физических и хореографических упражнений, ритмической гимнастики, танцев и музыкальных игр в различные формы организации ЗОЖ детей.

Опыт использования в физкультурно-оздоровительной работе сочетания физических упражнений с закаливанием, массажем, использованием лечебной физкультуры, а также поддержание психического здоровья с помощью психотренингов в сопровождении цвето- и музыкотерапии, арттерапии, сказкотерапии представлен А.П. Антроповой [1].

Формирование у дошкольников ЗОЖ на основе народных традиций предлагает М.В. Меличева [12]. Раскрыты модель сотрудничества педагогов и родителей при проведении с детьми годового цикла традиционных русских праздников, а также использование совместной деятельности взрослых и детей для повышения уровня здоровьесберегающей

компетентности взрослых и формирования у дошкольников культуры здоровья.

Формирование ЗОЖ при опоре на культурные и оздоровительные традиции народов Алтайского края раскрывает Е.В. Купавцева [11]. Возрождение этих традиций происходит при подготовке и проведении «всенародных праздников» и праздников малых народов Алтая, в их программе спортивные и логические игры, выражение почитания горным источникам воды, деревьям, природе в целом. Автором разработана Программа воспитания привычек ЗОЖ, содержание которой раскрывает значение для здоровья движения, питания, личной гигиены, умения общаться с людьми, физкультурно-оздоровительных праздников, бережного отношения к природе. Детей обучают оказанию помощи сказочным персонажам и взаимопомощи.

Возможности использования потенциала социума при формировании у старших дошкольников культуры ЗОЖ представляет Н.Г. Быкова и рассматривает детский сад как открытый для родителей и общественности готовый к разноплановому сотрудничеству образовательный институт, в том числе и при знакомстве детей с русскими традициями [2]. Образовательная организация становится культурным центром семейного досуга и общественной жизни. По мнению автора, физическому и психическому развитию дошкольников, формированию культуры ЗОЖ способствует расширение круга участников взаимодействия с ребенком. Предусмотрено проведение с детьми занятий по валеологии, физиопроцедур, массажа, дыхательной гимнастики, а также прием фиточаев. В игровых помещениях и в спальнях групп установлены лампы Чижевского.

Формирование здоровьесберегающего пространства образовательной организации раскрыто в трудах Т.В. Каменской, Т.Ф. Ореховой, О.А. Тимченко и др. Пространство образовательной организации, способствующее поддержанию здоровья дошкольников и учащихся начальной школы И.П. Золотухина определяет как соответствующее обеспечению действующих гигиенических требований к условиям образовательного процесса, комфортного для детей психологического клима-

та, соответствующего ЗОЖ режима деятельности и отдыха дошкольников, внедрению в воспитательно-образовательный процесс детского сада берегающих здоровье технологий, взаимодействия врачей и педагогов, формирования компетентности педагогов в области укрепления здоровья детей в ходе педагогической деятельности [9].

Возможность использования подвижных игр на занятиях в бассейне, на экскурсиях и в других видах деятельности для формирования у детей субъективных ощущений благополучия здоровья, предупреждения тревожности и других негативно влияющих на здоровье эмоциональных проявлений, а также провоцирующего травмы поведения, представлена в работе О.А. Тимченко [21].

Условия воздействия берегающего здоровье потенциала образовательных и культурных учреждений социума, семьи и самого ребенка на здоровье дошкольников и на овладение ими навыками физической культуры рассматривает Л.Н. Волошина [4]. Автор раскрывает возможности формирования берегающей здоровье детей образовательной среды педагогами и студентами педагогического колледжа при использовании игровых средств и технологий.

На возможности формирования ЗОЖ в условиях педагогического сопровождения дошкольников и младших школьников на разных ступенях обучения и воспитания в образовательной организации указывает М.В. Давыдова [5]. Показана необходимость организации единой берегающей здоровье среды; формирования ценностного отношения к здоровью всеми субъектами образовательного процесса; определения содержания компонентов ЗОЖ при интеграции образовательных областей «Здоровье», «Физическая культура» и «Безопасность» в ходе освоения дошкольниками общеобразовательной программы в соответствии с Федеральными государственными требованиями (ФГТ); согласования задач бережения здоровья детей и их решений на ступенях дошкольного, а затем начального обучения и воспитания.

Организация здоровьесберегающего образа жизни детей дошкольного возраста раскрыта в исследованиях Н.А. Андреевой, Л.Г.

Касьяновой, А.М. Сивцовой и др. Например, А.А. Ошкина показывает возможность доведения до дошкольников информации об основах ЗОЖ в игровой и познавательной деятельности, при экспериментировании и в общении [17]. Именно в этих условиях, по мнению автора, на формирование ЗОЖ влияют представления детей о необходимости соблюдать режим дня, гигиену тела, регулярно выполнять двигательную деятельность и их заинтересованность в выполнении поддерживающих здоровье действий – утренней гимнастики, мытья рук и др.; а положительное эмоциональное отношение дошкольников к ЗОЖ обеспечивает взаимодействие педагогов и родителей.

Педагогическая технология «Формирование представлений о ЗОЖ у детей старшего дошкольного возраста» спроектирована Л.Г. Касьяновой [10]. Детям раскрывают влияние на состояние здоровья и ЗОЖ жителей Шадринска окружающей среды промышленного города, оздоровительных прогулок в бору с подвижными играми и выполнением дыхательной гимнастики, физкультурных занятий. Опора на игровую и опытно-экспериментальную деятельность дошкольников, использование методов проблемного обучения и традиционных занятий, бесед, наблюдений при ознакомлении с окружающим миром, а также эмоциональное воздействие художественных средств способствуют установлению причинно-следственных связей между состоянием здоровья человека и его образом жизни.

К оптимальным условиям воспитания и обучения ЗОЖ Е.В. Воднева относит четкий распорядок дня, чередование умственной и физической нагрузки, положительный эмоциональный фон занятий, соблюдение санитарно-гигиенических условий, взаимодействие педагогов, родителей и медицинского персонала при организации физкультурно-оздоровительной работы [3]. Автор раскрывает преемственность между детским садом и школой в целях, содержании, методах обучения и воспитания при формировании ценностного отношения детей к здоровью.

В то же время **проблема приобщения к ЗОЖ детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)** в условиях массовых и спе-

циальных образовательных организаций разработана недостаточно, и мы можем сослаться на немногочисленные существующие сегодня исследования.

Для снижения влияния и устранения факторов, ухудшающих сохранение здоровья детей в образовательном процессе образовательных организаций комбинированного и компенсирующего вида, а также пристрастия и оздоровления, Т.С. Овчинниковой предложены следующие меры: использование адаптивных вариантов расписания занятий; снижение времени учебной нагрузки за счет проведения комплексных и интегрированных занятий, введение дополнительных дней отдыха и каникул; организация способствующего здоровью двигательного режима с включением в режим дня различных гимнастик с динамическими нагрузками; индивидуальный дифференцированный подход к обучению детей; оздоровительные мероприятия под контролем медицинского персонала; консультирование педагогов и родителей по вопросам формирования культуры здоровья [16].

Технология взаимодействия педагогов и родителей при формировании ЗОЖ у слабовидящих детей дошкольного возраста предложена В.В. Сазоновой [18]. Автором представлено содержание компонентов ЗОЖ, обусловленное состоянием зрения детей, особенностями их психического и физического развития, социально-педагогическими условиями формирования ЗОЖ; показана необходимость совместной согласованной деятельности педагогов и родителей при формировании ЗОЖ у слабовидящих дошкольников, раскрыты ее направления и содержание с учетом родительского запроса.

В выполненном нами исследовании [14] представлены научные сведения сравнительного характера об особенностях формирования различных компонентов представлений о ЗОЖ у детей старшего дошкольного возраста с нормальным и задержанным психическим развитием (ЗПР); раскрыты условия формирования представлений о ЗОЖ у дошкольников с ЗПР.

При реализации предложенной педагогической технологии предусмотрена опережающая работа с педагогами и родителями с целью

повышения их компетентности в вопросах организации социально-педагогических условий формирования ЗОЖ детей в условиях семьи и детского сада, а также работа с дошкольниками в направлениях «Я человек. Что я знаю о себе?», «Образ жизни человека и здоровье», «Здоровый образ жизни в большом городе».

Особое внимание было уделено развитию у дошкольников с ЗПР способности к установлению причинно-следственных связей между состоянием здоровья и соответствующей ЗОЖ деятельностью. В дальнейшем мы продолжили изучение условий формирования представлений о ЗОЖ у детей с ОВЗ, исследованием были охвачены дошкольники с сенсорными, двигательными и речевыми нарушениями [15].

К сожалению, в научной литературе недостаточно представлен современный зарубежный опыт сохранения здоровья детей дошкольного возраста и приобщения их к ЗОЖ. Преимущественно раскрыты вопросы заботы о здоровье школьников и студентов. Например, Л.В. Жабина указывает, что в XX веке в Китае вопросам сохранения здоровья дошкольников средствами подвижных игр, физического воспитания, полноценного питания, художественного развития, длительных прогулок по окружающей местности уделяли внимание Kang Youwei, Tao Xingzhi, Chen Hegin [8].

При этом автор более широко представляет современный опыт Китая по поддержанию и укреплению здоровья школьников, включающий традиционные практики (созерцание природы, закаливание, массаж, физические упражнения, прием травяных чаев, фэншуй, занятия ушу и другими видами спорта), а также предупреждение стресса от учебных занятий, предупреждение обусловленных обучением заболеваний (близорукость, нарушение осанки и др.), контроль за обучением с помощью компьютерных технологий, использование труда как средства восстановления организма [7].

С 80-х годов XX века в рамках сотрудничества по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ) 28 европейских стран и Канада приняли участие в программе CINDI [22]. К этому времени было установлено, что возникновению сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, диабета и хрониче-

ской обструктивной болезни легких (ХОБЛ), которую рассматривают как самостоятельное заболевание, способствуют одни и те же факторы риска для здоровья (ФР) – курение, гиподинамия, употребление алкоголя и нерациональное питание.

В соответствии с программой CINDI с целью предупреждения воздействия указанных ФР осуществляется интегрированное сотрудничество работников образования, здравоохранения, средств массовой информации, властных структур при поддержке бизнеса с населением по месту проживания, с сотрудниками различных предприятий, с учащимися школ.

В настоящее время в Германии, Испании, Австрии, Словакии, Болгарии, России и других странах – членах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) выделено несколько направлений работы по программе CINDI, в том числе разработка стратегии профилактики НИЗ, контроля ФР, развития программ укрепления здоровья детей школьного возраста «CINDI – ДЕТИ» – «Школы укрепления здоровья», «Классы, свободные от курения», «Обучение жизненным навыкам», «Педагогика здоровья».

Программы «CINDI – ДЕТИ» способствуют предупреждению негативно влияющего на здоровье поведения (токсикомании, наркомании, курения, сексуальных проблем и др.), формированию навыков полезного для здоровья питания, повышению двигательной активности. В арсенале используемых средств – деловые игры, целевые беседы, массовые акции и др. Однако, вопросы формирования ЗОЖ у дошкольников программы «CINDI – ДЕТИ» не затрагивают.

На основании представленных выше сведений можно сделать следующие выводы:

- проблема здоровьесбережения и формирования ЗОЖ детей педагогическими средствами разрабатывается в современной дошкольной педагогике, при этом наличие множества направлений исследований мы объясняем сложностью структуры ЗОЖ и неоднозначным пониманием авторами сущности ЗОЖ;
- в коррекционной педагогике опыт здоровьесбережения дошкольников с ОВЗ и формирования у детей знаний о ЗОЖ пред-

ставлен недостаточно, несмотря на актуальность проблемы и потребность педагогической практики в подобных исследованиях;

- в зарубежной литературе преимущественно раскрыто укрепление педагогическими средствами здоровья учащихся и студентов; научных работ, раскрывающих условия сохранения здоровья детей дошкольного возраста, в том числе и детей с ОВЗ, приобщения их к ЗОЖ, нами не выявлено.

В то же время мы отмечаем значительное увеличение количества исследований по указанной проблеме в дошкольной педагогике за последние десять лет и объясняем этот факт государственным заказом поиска путей улучшения здоровья детского населения, а также осознанием педагогами необходимости формирования основ ЗОЖ у дошкольников, еще до начала обучения в школе.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антропова А.П. Индивидуализация процесса осуществления здоровьесберегающей функции физического воспитания детей старшего дошкольного возраста: Дис. ... канд. пед. наук / А.П. Антропова. – Челябинск, 2001. – 172 с.
2. Быкова Н.Г. Формирование культуры здорового образа жизни детей старшего дошкольного возраста в дошкольном образовательном учреждении «открытого типа»: Дис. ... канд. пед. наук / Н.Г. Быкова. – Ставрополь, 2005. – 182 с.
3. Воднева Е.В. Педагогические условия формирования ценностного отношения к здоровью у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста: Дис. ... канд. пед. наук / Е.В. Воднева. – Смоленск, 2003. – 207 с.
4. Волошина Л.Н. Развитие здоровьесберегающего образовательного пространства дошкольных учреждений (методология, теория, практика): Автореф. дис. ... д-ра пед. наук / Л.Н. Волошина. – Екатеринбург, 2006. – 46 с.
5. Давыдова М.В. Педагогическое сопровождение формирования основ здорового образа жизни ребенка в аспекте преемственности дошкольного и начального образования: Автореф. дис. ... канд. пед. наук / М.В. Давыдова. – Челябинск, 2013. – 28 с.
6. Евстратова Н.А. Движения под музыку в системе организации здорового образа жизни дошколь-

- ников в детском саду: Автореф. дис... канд. пед. наук / Н.А. Евстратова. – Самара, 1997. – 20 с.
7. Жабина Л.В. Использование китайского опыта здоровьесбережения школьников в российских общеобразовательных учреждениях: Автореф. дис. ... канд. пед. наук / Л.В. Жабина. – Пенза, 2012. – 23 с.
 8. Жабина Л.В. Исторический аспект здоровьесберегающей педагогики Китая / Научные проблемы гуманитарных исследований. – 2011. – Вып. 8. – С. 121–128.
 9. Золотухина И.П. Здоровьесберегающее пространство как феномен взаимодействия детского сада и начальной школы: Автореф. дис. ... канд. пед. наук / И.П. Золотухина. – М., 2006. – 22 с.
 10. Касьянова Л.Г. Формирование представлений о здоровом образе жизни у детей старшего дошкольного возраста: Дис. ... канд. пед. наук / Л.Г. Касьянова. – Шадринск, 2004. – 220 с.
 11. Купавцева Е.В. Воспитание привычек здорового образа жизни детей старшего дошкольного возраста: Дис. ... канд. пед. наук / Е.В. Купавцева. – Барнаул, 2002. – 160 с.
 12. Меличева М.В. Формирование культуры здоровья дошкольников в процессе сотрудничества педагогов и родителей: Дис. ... канд. пед. наук / М.В. Меличева. – СПб., 2006. – 265 с.
 13. Морозова О.В. Методика обучения детей 4–6 лет основным навыкам здорового образа жизни на основе биологической обратной связи: Дис. ... канд. пед. наук / О.В. Морозова. – Волгоград, 2000. – 161 с.
 14. Новикова И.М. Формирование элементарных представлений о здоровом образе жизни у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития: Дис. ... канд. пед. наук / И.М. Новикова. – М., 2007. – 238 с.
 15. Новикова И.М. Здоровьесбережение детей с ограниченными возможностями здоровья / Здоровьесберегающие и здоровьеразвивающие технологии в образовательном процессе: монография / Л.В. Кузьмина, Л.Н. Эйдельман, А.А. Курбанова и др.; под общ. ред. Н.В. Лалетина; Сиб. федер. ун-т; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева [и др.]. – Красноярск: ООО «Центр информации» ЦНИ «Монография», 2013. – С. 176–191.
 16. Овчинникова Т.С. Организация здоровьесозидающей деятельности в дошкольных образовательных учреждениях: моногр. / Т.С. Овчинникова. – СПб.: КАРО, 2006. – 176 с.
 17. Ошкина А.А. Формирование основ здорового образа жизни у старших дошкольников: Дис. ... канд. пед. наук / А.А. Ошкина. – СПб., 2009. – 251 с.
 18. Сазонова В.В. Взаимодействие дошкольного образовательного учреждения и семьи в формировании здорового образа жизни слабовидящих дошкольников: Автореф. дис. ... канд. пед. наук / В.В. Сазонова. – М., 2011. – 23 с.
 19. Седых Н.В. Педагогическая система формирования основ здорового образа жизни детей в дошкольных образовательных учреждениях: Дис. ... докт. пед. наук / Н.В. Седых. – Волгоград, 2006. – 398 с.
 20. Сериков Г.Н. Образование и развитие человека / Г.Н. Сериков. – М.: Мнемозина, 2002. – 416 с.
 21. Тимченко О.А. Игровое пространство дошкольного учреждения как здоровьесберегающая среда: Автореф. дис. ... канд. пед. наук / О.А. Тимченко. – Ростов н/Д, 2007. – 21 с.
 22. Укрепление здоровья и профилактика неинфекционных заболеваний в России и Канаде. Опыт и рекомендации / Под ред. И.С. Глазунова и S. Stachenko. – Public Health Agency of Canada, 2006. – 149 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Ирина Маратовна Новикова – к.пед.н., доцент кафедры специальной педагогики и специальной психологии, Московский государственный гуманитарный университет им. М.А. Шолохова
109240, г. Москва, ул. Верхняя Радищевская, д. 16–18
Телефон: 8-495-647-44-77
E-mail: irmano@yandex.ru

Поступила: 05.05.2015

ПРОБЛЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ В РАЗЛИЧНЫХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Е.Т. Лильин¹, И.С. Илларионов²

¹ Российская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения РФ

² Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова

PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO CHILDREN IN EMERGENCY SITUATIONS AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT STAFF RESCUE SERVICES

E.T. Lilin¹, I.S. Illarionov²

¹ Russian medical Academy of postgraduate education, the Ministry of health of the Russian Federation, Russia

² Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov

РЕЗЮМЕ

В данной статье обосновывается важность психологической, медицинской и реабилитационной помощи детям и подросткам, пострадавшим в различных чрезвычайных ситуациях. Подчеркивается актуальность создания реабилитационного центра для различных видов помощи детям и их семьям, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций.

Ключевые слова: дети, подростки, происшествия, чрезвычайные ситуации, психотравма, психологическая помощь, медицинская помощь, реабилитация, реабилитационный центр.

SUMMARY

In this article discussed about the importance of psychological, medical and rehabilitative care to children and teenagers who were affected in the emergency situations. Relevance of creation of the rehabilitation center for different types of the help to the children and their families injured with emergency situations.

Key words: children, teenagers, incidents, emergency situations, psychotrauma, psychological assistance, medical care, rehabilitation, rehabilitation center.

В настоящее время происходит большое число аварий, катастроф, бедствий и террористических актов, которые приводят к различным последствиям. К сожалению, в последние годы число тех или иных катастроф увеличивается, что приводит к необходимости постановки новых задач, которые ранее не были в центре внимания медицины, психологии и социологии. Однако, в начале рассмотрим простую, современную классификацию чрезвычайных ситуаций.

Чрезвычайные ситуации (ЧС) бывают двух видов. Первый связан с обстановкой на опре-

деленной территории, сложившейся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые естественно влекут за собой человеческие жертвы, наносят ущерб здоровью людей или окружающей среде, приносят значительные материальные потери и нарушают условия жизнедеятельности людей [1, 3].

Второй известен как терроризм. Это – насилие или угроза, применяемая в отношении физических лиц или организаций, а также уничтожение или угроза уничтожения имущества и других материальных объектов, соз-

дающие опасность гибели людей, причинения значительного материального ущерба либо наступления иных общественно опасных последствий. Эти акции осуществляются в целях нарушения общественной безопасности, устранения людей или оказания воздействия на принятие органами власти решений, выгодных террористам.

Террористическую деятельность подразделяют на: направленную (то есть нацеленную на конкретный объект) и рассеянную, жертвами которой становятся случайные лица. Помимо этого, выделяют скрытые (без привлечения внимания) и демонстративные (привлечение максимального общественно-политического резонанса) террористические акты [1, 2, 4].

Укажем, что все люди, независимо от возраста, побывавшие в чрезвычайных ситуациях или при совершении террористического акта, испытывают большой стресс, психическое напряжение. В особенности, сказанное касается детей и подростков, в связи, с одной стороны, с недоразвитием психических процессов, с другой стороны, с их неустойчивостью. Однако, несмотря на важность этой проблемы, до настоящего времени отсутствует общепринятая клиническая характеристика отдельных симптомов посттравматических расстройств, от которой зависят и методы медико-психологической помощи пострадавшим.

В связи с этим стоит согласиться с мнением А.Л. Венгера и др. (2006 г.), что современные методы медико-психологической помощи жертвам катастроф (особенно детям и подросткам) нуждаются в дальнейшей разработке и совершенствовании [1].

При оказании психотерапевтической помощи пострадавшим детям даже квалифицированные специалисты иногда совершают серьезные методические ошибки, снижающие эффективность лечения и ранней (отдаленной) реабилитации, следовательно, повышающие риск возникновения психических расстройств. С учетом динамики психических нарушений и возрастных особенностей психопатологической симптоматики, можно оптимизировать организацию психолого-психиатрической помощи детям и подросткам при ЧС и терроризме, которая может быть использована в меди-

цинских учреждениях психиатрами, врачами скорой помощи, педиатрами, школьными и медицинскими психологами. Разработанные принципы оказания психологической помощи детям и подросткам, пострадавшим от катастроф и терроризма, послужат значительным вкладом в теорию и практику психологии [2].

Проблема осложняется и существующим мнением, что дети, особенно в раннем возрасте, ничего не понимают в происходящем, и, таким образом, не испытывают эмоционального стресса от катастрофы. Ребенок может испытывать «...такие же сильные чувства, что и взрослый (страх повторения события, разрушение иллюзии справедливости мира, беспомощность)» [2].

Непосредственно в зоне чрезвычайной ситуации или террористического акта необходимо оказывать экстренную психологическую помощь. Важно оказывать ее как можно быстрее во время происшествя или после него. Чем больше пройдет времени, тем больше вероятность того, что психотравма станет хронической [3].

Рассмотрим алгоритм соответствующих действий.

Сначала необходимо отвести ребенка в безопасное место, где можно отдохнуть. Говорить с ним, находиться рядом. Если ребенок потерял кого-то из близких, он может чувствовать себя одиноким, ему необходима опора и поддержка, которую может дать психолог. Также следует информировать ребенка о том, что сейчас происходит: «Спасатели уже едут, скорая помощь в пути». Необходимо разговаривать с ним: «Как тебя зовут? Хочешь ли ты есть или пить?». Важно дать ему понять, что вы всерьез относитесь к его переживаниям. Следует осторожно взять ребенка за руку, обнять. Такие меры психолога могут помочь при апатии, когда ребенок не видит смысла говорить или действовать, при страхе, плаче. Не оставляйте ребенка одного, дайте ему почувствовать, что он важен, займитесь совместной деятельностью, дайте ему какое-нибудь поручение [3].

В экстремальной ситуации у ребенка могут возникнуть такие психологические симптомы, как апатия, ступор, двигательное возбуждение, нервная дрожь, истерика, плач, страх, агрессия,

бред и галлюцинации. Психологу в таких ситуациях необходимо создать условия для нервной «разрядки», например, нужно усилить дрожь. Взять пострадавшего ребенка за плечи и сильно, резко потрясти в течение 10–15 секунд. При этом продолжать разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение. После завершения реакции желательнее уложить его спать [3].

Если у ребенка галлюцинации, бред, необходимо защитить его от себя самого, ведь часто он не понимает, что происходит на самом деле вокруг. Необходимо убрать предметы, которыми он может пораниться. Так же следует поступить и при двигательном возбуждении и агрессии, так как ребенок становится опасным для себя и даже для окружающих людей [3, 4].

Ступор является одной из самых мощных защитных реакций, которая возникает вследствие крупного нервного потрясения, например, взрыва, землетрясения и других. В ступоре ребенок может находиться несколько часов, что может привести к физическому истощению. Поэтому необходимо как можно быстрее вывести ребенка из этого состояния.

Такой симптом, как истерика, широко распространен у детей, переживших различные катастрофы. Истерика возникает не «для себя», а для публики, поэтому зрителей необходимо удалить. Следует сильно удивить ребенка, чтобы вывести из такого состояния, например, облить водой, крикнуть на него и т.д. Говорить нужно уверенным тоном, короткими фразами. Ни в коем случае не потакать желаниям ребенка. После истерики необходимо успокоить ребенка, также можно прибегнуть к психофармакологическим средствам, дать пострадавшему успокоительное [4].

В результате различных трагедий у пострадавших детей и подростков возникает множество травм. Кроме обычных травм, возникают психотравмы, на которые обращают внимание в гораздо меньшей степени. В обзоре У. Юла и Р.М. Уильямса (2001 г.) [4] представлен детальный анализ исследований, тема которых – последствия психотравм, возникающих у детей и подростков в результате катастроф, масштабных несчастных случаев и терроризма.

В качестве наиболее распространенных симптомов психотравм выделяются [4]:

- нарушения сна;
- нарушения общения со сверстниками и родителями, трудности сепарации (стремление постоянно находиться рядом с родителями);
- снижение способности к концентрации, трудности в сосредоточении на школьной работе, временное снижение памяти, утрата имевшихся ранее навыков;
- навязчивые мысли;
- повышенная настороженность и подозрительность;
- утрата жизненных перспектив, чувство одиночества;
- страхи, страхи потери родственников; ужас самой потери близких людей;
- раздражительность;
- чувство вины;
- депрессия;
- повышение уровня тревожности вплоть до приступов паники;
- неуверенность в завтрашнем дне.

В результате переживания несчастных случаев, у детей происходит эмоциональный срыв, последствием чего возникают психосоматические расстройства. В основе психосоматических расстройств лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в соматических органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор соответствующего органа. Исторически к этой группе относятся классические последствия следующих психосоматических расстройств [5]:

- бронхиальная астма;
- язвенный колит;
- эссенциальная гипертензия;
- нейродермит;
- ревматоидный артрит;
- язва двенадцатиперстной кишки.

Из сказанного можно сделать вывод, что дети крайне нуждаются не только в психологической помощи, но и профилактике проблем соматического здоровья. Иными словами, речь идет об отдаленной реабилитации.

Чтобы ребенок мог без тяжелых последствий пережить чрезвычайную ситуацию или последствия террористических актов, необходимо оказывать ему и его семье психологическую помощь. Можно проводить различные групповые тренинги, организовывать усвоение поведенческих копинг-стратегий (стратегия самоконтроля, то есть стремление регулировать свои чувства и действия, она очень действенна и прекрасно выручает при форс-мажорах вроде стихийных бедствий, техногенных катастроф и нападений террористов (в таких условиях наибольшие шансы на выживание имеет тот, у кого ясная голова и трезвые мысли), а также в ссорах при условии равенства сторон по силе), проводить индивидуальные психологические сессии [5].

Ведущим видом деятельности у дошкольников является игра, поэтому эффективной является психокоррекционная работа с использованием методов игровой терапии, арттерапии, куклотерапии, сказкотерапии.

Нужно создавать отдельные зоны, каждая из которых будет снабжена оборудованием и материалами, необходимыми для определенного вида деятельности:

- зона сюжетно-ролевой игры (кукольный домик с куклами, игрушечной мебелью и посудой; гараж с разнообразными машинами и техникой; наборы «парикмахерская», «магазин», «больница»; игрушки);
- зона конструктивной деятельности (наборы самоделок, строительного материала и конструкторов разного типа);
- зона спортивных занятий (тренажеры; шведская стенка; матрасы, используемые в качестве матов; сухой бассейн; мячи, хула-хупы; пружинный матрас, используемый как батут);
- зона реагирования на агрессию (боксерская груша и перчатки; надувные мечи, молотки и дубины);
- зона художественной деятельности (краски, кисти, вода, карандаши, пастель, пластилин, белая и цветная бумага);
- зона игр с водой (таз с водой, плавающие игрушки, черпаки);
- зона релаксации (искусственный аквариум; музыкальный центр; матрасы, коврики, подушки; мелкие «магические» аксессуары –

слоники, колокольчики, «уловители снов» и т.п.) [6].

Детям очень интересно заниматься такими видами деятельности, они с удовольствием будут погружаться в процесс, в который незаметно и ненавязчиво можно включить психокоррекционные воздействия [7].

Также в процессе психотерапии могут использоваться ролевые игры. Каждый ребенок принимает на себя разные роли, тем самым повышается степень индивидуализации коррекционной работы. Детям постарше, в том числе подросткам, можно быть помощниками ведущих. Это тоже имеет мощный психотерапевтический эффект, так как ребенок чувствует себя нужным, чувствует ответственность и активно включается в деятельность. Цель психотерапии в данном случае состоит в помощи пострадавшим изменить свое мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. При работе эта цель дифференцируется на ряд задач [8]:

- 1) психотерапевт помогает пациенту лучше понять свои проблемы;
- 2) устраняет эмоциональный дискомфорт;
- 3) поощряет свободное выражение чувств;
- 4) обеспечивает пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы;
- 5) помогает пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации.

При решении этих задач психотерапевт прибегает к трем основным методам реабилитации психических процессов [9].

1. Во-первых, психотерапевт обеспечивает психологическую поддержку. Прежде всего, это значит сочувственно выслушать пациента и дать ему взвешенный совет в кризисной ситуации. Поддержка также заключается в том, чтобы помочь пациенту осознать и использовать свои силы и умения.
2. Вторым методом терапии состоит в устранении дезадаптивного поведения и формировании новых, адаптивных стереотипов.
3. И наконец, психотерапевт содействует инсайту (осознанию) и самораскрытию (самоэксплорации), в результате чего пациенты начинают лучше понимать свои мотивы, чувства, конфликты, ценности.

Наряду с традиционными психотерапевтическими реабилитационными техниками при лечении больных психосоматическими расстройствами в последние годы более активное распространение получил метод биологической обратной связи (БОС). Метод БОС (метод адаптивного биоуправления, биореабилитация, метод оперантного обуславливания и др.) – это современный метод реабилитации, направленный на активизацию внутренних резервов организма с целью восстановления или совершенствования физиологических навыков.

В психотерапевтической практике метод БОС можно использовать двумя в принципе различными способами: либо в качестве средства для приобретения навыков физической саморегуляции, чтобы предотвратить появление психосоматических или невротических расстройств, либо, в случае, если пациент страдает неврозом или психосоматическим заболеванием, в качестве средства для лечения функциональных нарушений физиологически.

Эффективность тренировки методом БОС выше всего у пациентов, которые действительно не могут расслабиться, даже если они этого осознанно хотят. Такие лица зачастую вообще не замечают, насколько они постоянно напряжены. С помощью биологической обратной связи можно довести это перенапряжение до их сознания, и эта объективная информация позволит сформировать навык произвольной релаксации. Существует множество разновидностей БОС, такие, например, как компьютерная программа «МИО 2.2С», компьютерная программа Cardio, компьютерная программа по технологии «Учимся и Оздоровливаемся», программа «Экватор», которая обучает снятию напряжения посредством произвольного повышения периферической температуры.

Все эти спецификации данной программы позволяют произвести успешную реабилитацию ребенка. Однако у этого метода есть и недостатки – невозможность применения аппаратуры в очаге конфликта, его слабую изученность, что не позволяет прогнозировать результаты при использовании БОС в домашних условиях, необходимо консультироваться с врачом, так как он может оказывать влияние на действие некоторых лекарств [10].

Особо следует остановиться на следующем.

В большинстве случаев после устранения катастрофы детей отправляют в больницы, реабилитационные центры (не специализирующиеся на помощи детям, пострадавшим в результате ЧС или терроризма), отдают родителям или родственникам, которые, в общем, не знают о действительной тяжести психологической травмы ребенка.

Между тем, какая бы экстренная помощь ни была оказана, у ребенка остается психотравма, которая мешает ему жить нормальной жизнью. Другими словами, экстренной психологической помощи недостаточно для поддержания нормального психологического состояния ребенка, поэтому в течение некоторого времени после пережитого происшествия следует проводить психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия для детей. Это может занимать не недели и не месяцы, а годы.

Что же может произойти в эти промежутки времени с психикой и деятельностью ребенка? Порой подростки совершают общественно опасные действия уже на мирной территории, в зонах временного размещения. Также у них происходит нарушение школьной адаптации, которое связано со снижением познавательных интересов, церебральными расстройствами, низкой интеллектуальной продуктивностью на фоне депрессии. Формируется стойкий страх и воспоминания о произошедшем, которые приводят к резкому снижению успеваемости.

В ряде случаев неприязненные отношения в классе усиливаются косвенными, непреднамеренными внушениями со стороны взрослых в адрес беженцев, переселенных, например, из зон природных катастроф. В таких случаях детей в школе или на улице могут «бойкотировать», устраивая настоящую травлю, которая приводит к отказу от школы, к агрессии и даже аутоагрессии (ребенок мечтает причинить вред сам себе). Из сказанного неопровержимо следует, что необходимо осознанно, профессионально бороться за будущее детей [11].

При этом подчеркнем, что родители оказывают существенное влияние на ребенка, поэтому их следует вовлекать в психотерапию. С одной стороны, родители после чрезвычайных

ситуаций становятся ближе к ребенку, с другой – отдаляются от него, не зная, как строить дальнейшее общение. Поэтому в задачи психотерапевтических мероприятий входит восстановление нормального общения родителей с ребенком. Для этого подходит индивидуальная психотерапия, обеспечивая их общение друг с другом и взаимоподдержку. Для родителей важно знать, что ребенку становится лучше, это также обладает сильным психотерапевтическим эффектом [11].

Из сказанного возникает закономерный вопрос о создании реабилитационного центра для детей, пострадавших в результате чрезвычайной ситуации или терроризма, где детям квалифицированно смогут помочь адаптироваться к жизни после трагедии, смогут оказать медицинскую и психологическую помощь ребенку и его семье, т.е. комплексно реабилитировать.

В работу такого центра нужно вовлекать психологов и психиатров для диагностики и коррекции психического состояния ребенка, аниматоров, которые будут заниматься развивающими занятиями в игровой форме, врачей различных специальностей для полной диагностики, лечения и профилактики возникновения соматических проблем. Необходима дифференциация всех специалистов, в зависимости от возрастных групп пострадавших.

Реабилитация в таком центре, по времени, будет проходить начиная от недели и более, в зависимости от глубины и тяжести психотравм. Встает вопрос: «А что, если у ребенка не осталось родителей и родственников?». Следует задуматься о дальнейшем распределении детей, возможное обращение в органы социальной защиты населения, в детские дома для последующих адаптационных, реабилитационных мероприятий и просто безопасности ребенка.

Таким образом, ребенок, пережив чрезвычайную ситуацию, катастрофу или террористический акт, нуждается в квалифицированной психологической, медицинской, реабилитационной помощи, и методы такой помощи нужно продолжать разрабатывать в настоящее время. Необходимо оградить пострадавшего ребенка от излишнего внимания посторонних людей,

особенно тех, кто будет пытаться навязчиво выражать сочувствие пострадавшему, постоянно погружая его в травмирующую ситуацию. Главное, что необходимо помнить, работая с детьми: никогда нельзя оставлять их одних, без внимания, необходимо повышать уровень их психологической защищенности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. А.Л. Венгер, Е.И. Морозова, В.А. Морозов // Московский психотерапевтический журнал. – 2006. – № 1. – С. 131–159.
2. Варга А.Я., Жорняк Е.С. Время после трагедии // Московский психотерапевтический журнал. – 2005. – № 1. – С. 124–139.
3. Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии. – СПб.: Питер, 2002.
4. Юл У., Уильямс Р.М. Стратегия вмешательства при психических травмах, возникших вследствие масштабных катастроф // Детская и подростковая психотерапия / Под ред. Д.А. Лейна, Э. Миллера. – СПб.: Питер, 2001. – С. 275–308.
5. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.
6. Калшед Д. Внутренний мир травмы. – М., 2001.
7. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / Под общей ред. Ю.С. Шойгу. – М.: Смысл, 2007. – 319 с.
8. Кори Дж., Кори М., Колланэн П., Рассел Дж. М. Техники групповой психотерапии. – СПб.: Питер, 2001.
9. Мухина В.С. Возрастная психология: Феноменология развития, детство, отрочество / В.С. Мухина. – 10-е изд., перераб. и доп. – М.: Академия, 2006. – 608 с.
10. Черепанов Е.М. Психологический стресс. Помогите себе и ребенку: Книга для школьных психологов, родителей и учителей. – 2-е изд. – М.: Академия, 1997. – 96 с.
11. Шойгу Ю.С., Пыжьянова Л.Г. Прогнозирование и управление социально-психологическими рисками во время чрезвычайной ситуации. Вестник Московского университета. Серия 14. Психология – 2011. – № 4 – С. 76–83.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Евгений Теодорович Лильин – д.б.н., профессор, заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАН, главный научный сотрудник

ник Российской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения РФ
123836, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1
Тел. 8-499-255-51-06
E-mail: elilin@bk.ru

Илья Сергеевич Илларионов – факультет клинической психологии, МГМСУ им. А.И. Евдокимова
109044, г. Москва, 3-й Крутицкий пер., д. 11
Тел. 8-495-671-74-65
E-mail: ilya.illarionov.92@mail.ru

Поступила: 05.05.2015

УДК 376.3
К 89

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА УСТНОЙ РЕЧИ УЧАЩИХСЯ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

С.А. Кузьмина

Московский государственный гуманитарный университет им. М.А. Шолохова, Москва

PEDAGOGICAL CONDITIONS OF IMPROVEMENT OF QUALITY OF ORAL SPEECH OF PUPILS WITH A HEARING DISORDER

S.A. Kuzminova

Sholokhov Moscow State University for the Humanities, Moscow

РЕЗЮМЕ

Данная статья посвящена вопросу развития и совершенствования устной речи глухих старшеклассников. В авторском варианте предложены критерии качественной оценки внятности произносительной стороны речи. В работе представлен глубокий анализ состояния произносительных возможностей учащихся с нарушениями слуха, дана характеристика нарушениям произношения, снижающим внятность устной речи, а также раскрыты подходы по созданию специальных педагогических условий, обеспечивающих повышение качества внятности устной речи глухих старшеклассников.

Ключевые слова: *внятность устной речи, звукопроизношение, голосообразование, интонация, словесное ударение, нормы орфоэпии, педагогические условия, коммуникация, самоконтроль.*

SUMMARY

This article is devoted to a question of development and improvement of oral speech of deaf seniors. In author's option criteria of quality standard of distinctness of the proiznositelny party of the speech are offered. In work the deep analysis of a state the proiznositelnykh of opportunities of pupils is submitted by a hearing disorder, the characteristic is given to violations of a pronunciation, reducing distinctness of oral speech, and also approaches on creation of the special pedagogical conditions providing improvement of quality of distinctness of oral speech of deaf seniors are opened.

Key words: *distinctness of oral speech, sound pronunciation, phonation, intonation, verbal accent, norms of orthoepy, pedagogical conditions, communication, self-checking.*

Важным аспектом социальной адаптации и интеграции лиц с недостатками слуха в среду слышащих является наличие межличностно-

го взаимодействия, что предполагает умение избирать неслышащими адекватные способы общения со слышащими и хорошее владение

коммуникативными навыками. В этой связи в сурдопедагогике отводится особое место обучению устной речи детей с нарушениями слуха как наиболее важному средству общения. Учитывая, какую роль играет устная речь для осуществления взаимодействия с окружающими слышащими людьми, необходимо, чтобы произношение неслышащего человека было достаточно внятным и членораздельным. Внятность устной речи составляет необходимое условие для того, чтобы устная речь неслышащего по своему фонетическому оформлению была доступна пониманию окружающих, что служит предпосылкой успешного выполнения ею коммуникативной функции, таким образом, внятной устной речью признается такая, которая понятна лицам с нормальным слухом [4, с. 4].

Для создания системы работы по совершенствованию произносительной стороны речи и повышения внятности устной речи глухих, мы провели специальное исследование, в котором принимали участие неслышащие учащиеся 9–11 классов, имеющие I–IV группы глухоты (79 человек). В соответствии с целью и задачами исследования была определена структура констатирующей части, объединяющая два направления.

Первое направление – определение внятности устной речи неслышащих старшеклассников. Ученики с недостатками слуха читали специально подобранный речевой материал, то есть находились в роли диктора. Слышащие являлись аудиторами, они слушали и записывали в протокол то, что поняли. Для определения степени внятности устной речи каждого старшеклассника с нарушениями слуха высчитывался средний процент правильно понятых слов и фраз всеми аудиторами. Для определения факторов, обуславливающих различную степень внятности устной речи, было проведено специальное исследование, составляющее содержание второго направления – изучение особенностей произносительной стороны речи старшеклассников с нарушениями слуха. Диагностический комплекс включал серии заданий на изучение состояния звукопроизводительных навыков, умений пользоваться голосом нормальной силы, высоты, тембра, сформированности навыка речевого дыхания,

на соблюдение в устной речи норм русской орфоэпии, умений выделять словесное, логическое ударение, воспроизводить основные интонационные конструкции.

Для обследования был подобран специальный речевой материал, соответствующий программному содержанию и лексическому наполнению учебников массовой школы, по которым обучаются старшеклассники в специальной (коррекционной) общеобразовательной школе I вида. Объективность анализа результатов исследования подкреплялась качественно-количественной оценкой. Предложенная нами балльная система оценок (1–3 балла) выполнения заданий, наряду с качественной оценкой произношения, позволила определить и охарактеризовать состояние произношения всех компонентов устной речи. В качестве дополнительных методов исследования использовались: изучение данных о состоянии слуха и сформированности навыков самоконтроля за произношением.

Результаты экспериментального исследования показали, что устная речь старшеклассников с нарушениями слуха имеет различную степень внятности. Для более корректной оценки разборчивости речи неслышащих старшеклассников определены нормы разборчивости (в %) на основе полученного коэффициента границ разборчивости речи, выделены три степени внятности устной речи неслышащих старшеклассников: «достаточно внятная», «средне-внятная», «невнятная».

Достаточно внятную степень речи показали 30,8% неслышащих, их речь понятна любому собеседнику, обладающему нормальным слухом. Устная речь остальных старшеклассников не может считаться внятной, так как имеет значительные дефекты, из-за которых она не может полноценно выполнять свою коммуникативную функцию. Речь 40% старшеклассников можно считать средневнятной, а у 29,2% неслышащих устная речь невнятная [3, с. 14–16].

Распределение старшеклассников по степеням носит вариативный характер и напрямую не зависит от состояния слуха неслышащих, класса и года их обучения.

Аналитический анализ всех компонентов устной речи позволил выявить наиболее суще-

ственные, значительно снижающие внятность устной речи, нарушения:

- звукопроизношения – стереотипы ненормированного произношения к старшему школьному возрасту достигают большой прочности и устойчивости и резко снижают внятность речи, такие дефекты, как сонантность, сигматизмы, гнусавость, нейтрализация гласного, замена звука, призвуки, носят комплексный характер, то есть страдают все группы звуков;
- голосообразования – нарушения проявляются по всем голосовым характеристикам, особенно страдает тембр и высота, чаще встречаются такие дефекты, как гнусавость, фальцет, учащиеся недостаточно владеют навыками регуляции высоты и силы голоса;
- словесного ударения – не владели техникой словесного ударения, то есть не могли выделить ударный слог более громким длительным произнесением или воспроизводили слова с неправильным ударением, равноударно и монотонно;
- логического ударения – в большинстве случаев фразы членятся пословно или монотонно произносятся, возникают затруднения в выделении главного слова, выражающего смысл фразы, слабая ориентация на контекст;
- интонации – наиболее доступными для неслышащих старшеклассников являются повествовательная и вопросительная конструкция с вопросительным словом, в остальных конструкциях учащиеся не модулируют голос, паузы не соответствуют границам синтагм, так как длительный и экономный выдох представляет для неслышащих трудность, замедленный темп произнесения предложения разрушает целостность фразы [4, с. 104–105].

Сопоставительный анализ результатов выявления разборчивости и особенностей произносительной стороны устной речи каждого учащегося с недостатками слуха свидетельствует о взаимосвязи между характером преобладающих нарушений произношения и степенью внятности, что позволило выделить критерии качественной оценки внятности произносительной стороны речи (таб.).

Выделенные критерии внятности произносительной стороны речи старшеклассников с нарушениями слуха способствуют проведению дифференциальной диагностики состояния устной речи неслышащих учащихся и установлению приоритетов при проектировании коррекционной работы, направленной на совершенствование произносительной стороны устной речи старшеклассников с нарушениями слуха [3, с. 17].

Организация коррекционной работы по совершенствованию устной речи слышащих старшеклассников связана с системным подходом. Системный подход – общеметодологический принцип современной науки, суть которого заключается в идее системности всего образовательного процесса, в основе которого лежит рассмотрение объекта как целостного множества элементов в совокупности отношений и связей между ними, то есть рассмотрение объекта как системы. Система коррекционной работы над произношением представляет собой сложную, постоянно координированную деятельность педагогов и учащихся, направленную на обеспечение эффективности порождаемого ею процесса по совершенствованию произносительной стороны речи.

Основными принципами, лежащими в основе построения коррекционной работы по совершенствованию устной речи глухих старшеклассников, явились следующие:

- принцип учета возрастных и образовательных особенностей неслышащих учащихся старших классов, это требует построения процесса совершенствования устной речи с учетом познавательных интересов, коммуникативных и социальных потребностей молодых людей в возрасте 16–20 лет с учетом специфических особенностей их возрастной психологии, а также уровня их общеобразовательной подготовки;
- принцип учета индивидуальных особенностей учащихся с нарушениями слуха, что предполагает специальное продумывание способов предъявления, объяснения материала, способов коррекции и автоматизации речевых умений и навыков в зависимости от степени внятности устной речи и дефектов произношения;

Критерии качественной оценки внятности произносительной стороны речи учащихся с нарушениями слуха

Степени внятности устной речи	Составляющие устной речи		Нарушения произношения	
	Достаточно внятная (kr ≥ 75%)	Звукопроизношение	Легкая степень нарушений: призвуки, оглушение, нейтрализация и др. (не более 6 дефектов)	
Голос		Нормальный		
Дыхание		Произносит фразу из 16 слогов		
Нормы орфоэпии		Соблюдает; допустимы 1-2 ошибки		
Словесное ударение		Правильное; допустимы 1-2 ошибки		
Логическое ударение		Выраженное; допустимы 1-2 ошибки		
Темп речи		Нормальный или немного замедленный		
Интонация		Воспроизводит основные ИК		
Средневнятная (44% ≥ kr ≤ 74%)	Звукопроизношение	Отсутствие палатализации, оглушение, призвуки, озвончение и др. (не более 9 дефектов)		
	Голос	Повышение или понижение на отдельных звуках; напряжённость, хриплость или глухость		
	Дыхание	Неэкономное расходование воздуха, произносит фразу из 10–12 слогов		
	Нормы орфоэпии	Соблюдает на нотированном материале		
	Словесное ударение	Произносит с неправильным ударением, равноударно		
	Логическое ударение	Соблюдает только на нотированном материале		
	Темп речи	Замедленный		
	Интонация	Воспроизводит некоторые ИК		
Невнятная (kr ≤ 43%)	Звукопроизношение	Сонантность, назализация (открытая, закрытая), озвончение и др. (10 и более дефектов)		
	Голос	Фальцет; низкий, беззвучный с большой утечкой воздуха, назализированный; крикливый, тихий		
	Дыхание	Чрезмерная утечка воздуха, инспирированная фонация		
	Нормы орфоэпии	Не соблюдает		
	Словесное ударение	Монотонное произнесение, нарушение ритма слова		
	Логическое ударение	Не выделяет главное слово, разрушение единства синтагмы		
	Темп речи	Очень медленный, приводящий к нарушению границ слов и фраз		
	Интонация	Пословное членение фразы; паузы не соответствуют границам синтагм		

– принцип поддержания мотивации к устному общению (восприятию и говорению) у учащихся старших классов с нарушениями слуха. Учитель-сурдопедагог должен знать мотивы, лежащие в основе деятельности неслышащего старшеклассника и уметь поддерживать мотивацию на достаточно высоком уровне. Этому будут способствовать умения сделать занятия по совершенствованию произносительной стороны речи интересными и полезными для школьников. Для успешного осуществления коррекци-

онной работы по совершенствованию произносительной стороны речи старшеклассников с нарушениями слуха необходимо определить те специальные педагогические условия, которые будут содействовать этому процессу и тем самым обеспечивать повышение внятности их речи и дальнейшей социализации.

В педагогике условия чаще всего понимают как факторы, обстоятельства, совокупность мер, от которых зависит эффективность функционирования педагогической системы. Педагогическое условие – это совокупность необходимых

мер, способствующих успешности совершенствования произносительной стороны устной речи старшекласников с нарушениями слуха. Создание специальных педагогических условий, которые существенно влияют на процесс учения и формирование положительных установок на приобретение устноречевых умений и навыков, основывается на мотивационных потребностях старшекласников с нарушениями слуха, личностных склонностях старшекласников; необходимости овладения устной речью для будущей профессии [2, с. 360–363].

На эффективность коррекционной работы по совершенствованию устной речи старшекласников с нарушениями слуха будут оказывать влияние следующие педагогические условия:

- включение неслышащих старшекласников в позитивно-мотивированную деятельность с целью мобилизации их внутреннего потенциала и ориентации на саморазвитие;
- интеграция коррекционно-воспитательной направленности деятельности всех субъектов реабилитации;
- раскрытие компенсаторных возможностей глухих учащихся старших классов с учетом их возрастных, личностных особенностей, потребностей и их потенциала в процессе совершенствования произносительной стороны речи;
- повышение психолого-педагогической культуры родителей с целью привлечения их к разным формам сотрудничества с коррекционным учреждением по объединению усилий и оказанию адекватной коррекционно-развивающей помощи неслышащим учащимся старших классов;
- научно-методическое обеспечение эффективности коррекционной работы по совершенствованию устной речи неслышащих старшекласников, включающее: комплекс программно-методических, учебно-методических средств коррекционного процесса, введение инновационных технологий и методов обучения.

В основе содержания коррекционного процесса, направленного на совершенствование произносительной стороны речи неслышащих старшекласников, наиболее значимыми выступают следующие цели:

- коммуникативная цель, то есть цель обучения общению, практическому владению произносительной стороной речи, умение понять и быть понятым окружающими;
- образовательная цель, то есть расширение когнитивной базы учащихся за счет формирования разного рода знаний, умений и навыков, получаемых старшекласниками при теоретическом изучении правил, овладении лексикой, в частности, учебно-терминологической, способствующей успешному усвоению образовательной программы [5, с. 92–93];
- воспитательная цель, состоящая, главным образом, из формирования у неслышащих позитивного отношения к устной речи, потребности в устном общении, мотивации к учебной деятельности, в частности, совершенствованию произносительных навыков и развитию остаточного слуха и использования его в процессе обучения и общения с окружающими [1, с. 43–50];
- коррекционно-развивающая цель, которая предполагает формирование достаточно внятной устной речи и коммуникативных умений (входящих в их состав произносительных и речевых навыков), характерных для разных сфер общения.

Основными задачами совершенствования произношения старшекласников с нарушениями слуха остаются – овладение внятной, членораздельной и достаточно естественной устной речью. Это требует комплексной работы над всеми составляющими устной речи: звуками, голосом, дыханием, словесным и логическим ударением, нормами орфоэпии и интонацией. Эти умения необходимо отрабатывать на разнообразном речевом материале, который необходим старшекласникам и используется ими в различных ситуациях общения как на общеобразовательных уроках, так и во внеклассное время. Повышение степени внятности речи неслышащих будет способствовать расширению контактов, социализации и интеграции в общество слышащих [2, с. 360–363].

Логика раскрытия всего механизма содействия в совершенствовании произносительной стороны речи старшекласников с нарушениями слуха предполагает, что в основе орга-

низации специальной работы лежит развитие субъективности учащихся, исходящее из их потребностей. Наиболее значимыми сферами общения для учащихся старших классов являются социально-бытовая и социально-культурная, соответственно, выступают на первый план образовательные, социальные и коммуникативные потребности неслышащих старшеклассников.

Основной целью коррекционной работы по совершенствованию устной речи старшеклассников с нарушениями слуха является достижение такого уровня владения устной речью, который позволит неслышащим учащимся удовлетворить коммуникативные потребности в сфере повседневного общения со слышащими. Реализация образовательных, социальных потребностей старшеклассников с нарушениями слуха в процессе обучения обеспечивается, прежде всего, сформированностью произносительной стороны устной речи, проявлением мотивации учащихся к овладению навыками самоконтроля, созданием благоприятной атмосферы взаимопомощи и сотрудничества на занятиях.

Предложенная нами концепция коррекционной работы по совершенствованию устной речи старшеклассников с нарушениями слуха отличается от концепции коррекционной работы в подготовительный и основной период. Это связано с различиями целей и условий обучения, а также зависит от потребностей учащихся. Учащиеся с нарушениями слуха, приходя в начальную школу, не владеют устной речью, поэтому основная задача первоначального периода состоит в том, чтобы неслышащие школьники овладели ею. В подготовительный и основной период неслышащие школьники усваивают речевой материал, достаточный для общения в учебной и социально-бытовой сфере. Старшеклассники должны систематизировать то, чем они уже владеют (они в той или иной степени владеют устной и письменной формой речи; значительно расширился словарный запас; знания об окружающей действительности и явлениях; житейский опыт), и осознанно совершенствовать произносительные умения и навыки [2, с. 360–363].

Старшеклассники должны усвоить речевой материал не только значимый для общения в социально-бытовой и учебной сферах, но и в

социально-культурной и профессиональной сферах общения. Старший школьный возраст – это возраст, где навыки конструктивного общения вследствие своей социальной значимости приобретают особую актуальность применительно к глухим. Школьники стоят на пути во взрослую жизнь, на пути выбора профессии. Кроме того, имеют место возрастные особенности учащихся, которые следует учитывать в процессе обучения в этот период.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Жигорева М.В. Организационно-методические основы коррекционной работы по развитию слухового восприятия у детей с нарушениями слуха // Учебно-методическое пособие для студентов дефектологических факультетов / М.В. Жигорева. – М., 2011, – 90 с.
2. Кузьминова С.А. Повышение устной речевой компетенции старшеклассников с нарушениями слуха как условие социальной адаптации в обществе слышащих // Социально-гуманитарные знания. – 2010. – № 2. – С. 360–363.
3. Кузьминова С.А. Коррекционная работа по совершенствованию произносительной стороны речи неслышащих старшеклассников: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук / МГГУ им. М.А. Шолохова – М., 2010, – 23 с.
4. Кузьминова С.А. Особенности устной речи учащихся старших классов с нарушениями слуха: Монография. – М., 2011. – 123 с.
5. Пантелеева Л.А. Особенности овладения учебно-терминологическим материалом детьми с ограниченными возможностями здоровья // Культура физическая и здоровье. – 2012. – № 6 (42). – С. 92–93.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Светлана Анатольевна Кузьминова – кандидат педагогических наук, доцент кафедры специальной педагогики и специальной психологии, Московский государственный гуманитарный университет им. М.А. Шолохова 109240, г. Москва, ул. Верхняя Радищевская, д. 16–18
Телефон: 8-495-647-44-77
E-mail: 2078619@mail.ru

Поступила: 30.04.2015

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ МАТЕРИ К БОЛЕЗНИ ЕЕ РЕБЕНКА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Е.А. Стешенко

Московский городской психолого-педагогический университет, Частное учреждение здравоохранения «Марфо-Мариинский медицинский центр «Милосердие», г. Москва

RESEARCH OF MOTHER'S ATTITUDE TO DISEASE OF HER CHILD WITH CEREBRAL PALSY

E.A. Steshenko

Moscow State University of Psychology and Education, Private Marfo – Mariinsky medical center «Mercy», Moscow

РЕЗЮМЕ

Статья рассчитана на психологов, педагогов, врачей, работающих с детьми, страдающими детским церебральным параличом, и их семьями; студентов психологических, педагогических и медицинских факультетов; родителей детей с детским церебральным параличом. Статья рассматривает проблемы отношения матерей к болезни их детей, страдающих детским церебральным параличом. Исследование отношения матерей выявило их специфичность в восприятии болезни и прогноза на будущее их детей с отклонениями в развитии. Уделяется внимание эмоциональному, поведенческому и интеллектуальному компонентам отношения матери к детскому церебральному параличу. Показано, что представление матери о болезни ребенка не зависит от степени ее тяжести.

Ключевые слова: отношение матери к болезни ребенка, ребенок с церебральным параличом, эмоциональный компонент материнского отношения, поведенческий компонент материнского отношения, интеллектуальный компонент материнского отношения.

SUMMARY

The article is intended for psychologists, pedagogues and doctors, who working with children with cerebral palsy and their families; students of psychological, pedagogical and medical faculties; parents of children with cerebral palsy. This article deals with problems of mother's attitude to disease of their children with cerebral palsy. The results of research of mothers' attitude to such disease revealed their specificity in the perception of the disease and prognosis for the future of their children with developmental disabilities. Much attention is given to emotional, behavioral and cognitive components of mother's attitude to cerebral palsy. Conclusions are drawn that mother's attitude does not depend on the severity level of their children's disease.

Key words: mother's attitude of a child's disability, child with cerebral palsy, emotional component of mother's attitude, behavioral component of mother's attitude, cognitive component of mother's attitude.

ВВЕДЕНИЕ

С каждым годом отмечается рост численности детей с диагнозом «детский церебральный паралич» (ДЦП) и в России, и в других странах мира. Соответственно возрастает число семей, воспитывающих детей с этим тяжелым инвалидизирующим заболеванием. Такие семьи имеют свою специфику в развитии детско-родительских и внутрисемейных взаимоотношений, особенностях отношения к за-

болеванию ребенка и стратегиях совладания с психотравмирующей ситуацией.

Особенности отношения матери к болезни ее ребенка с детским церебральным параличом до сих пор недостаточно представлены в психологической и клинической литературе. Все более становится очевидным тот факт, что реабилитация необходима не только больному ребенку, но и его матери, которая психологически «болеет» вместе с ребенком, зачастую

становится заложницей своих переживаний, не находя выхода из замкнутого круга неизлечимой болезни. Изучение специфики материнской позиции по отношению к ребенку, страдающему детским церебральным параличом, имеет большое практическое значение, так как знание закономерностей формирования материнской позиции важно для оказания целенаправленной психологической помощи матери при решении ею своих эмоциональных проблем и проблем, связанных с лечением, обучением и воспитанием ребенка.

Методологическую основу исследования отношения матерей к болезни ребенка составляют работы таких авторов, как В.А. Вишневский, Д.Н. Исаев, Э. Кюблер-Росс, И.Ю. Левченко, А.Р. Лурия, В.Н. Мясищев, М. Мюррей, В.В. Николаева, В.В. Ткачева, Г. Фюр, И.К. Шац [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

Отношение в психологии определяется как компонент психического акта. В.Н. Мясищев выделяет трехкомпонентную структуру отношения, состоящую из когнитивного компонента (знание о болезни и особенностях ребенка), эмоционального компонента (спектр чувств по отношению к ребенку и его болезни) и поведенческого компонента (стиль воспитания, характер взаимодействия с ребенком). Источник особенностей переживания и отношения лежит в самом человеке, определяется субъективно [7].

Значение личности матери, ее переживаний и связанного с этим отношения к ребенку и его болезни чрезвычайно велико для сохранения психического и физического здоровья обоих, успешности реабилитации, а также создания благоприятной для развития ребенка внутри-семейной атмосферы и эффективного стиля воспитания.

Когда в семье появляется ребенок с отклонениями, мать под давлением распространенных в обществе стереотипов может почувствовать себя виноватой. Первые реакции на известие об отклонениях в развитии ребенка обычно очень острые. На протяжении первых лет жизни малыша этот стресс, как правило, нарастает, что связано с необходимостью специфической заботы о ребенке и родительским пессимизмом относительно его будущего. Мать, испыты-

вая постоянное и часто неосознанное чувство вины перед своим больным ребенком, склонна разрушать себя как личность, вследствие чего теряет профессию, привычный круг общения и интересов, отгораживается от близких, друзей и знакомых, предпочитая переносить свое горе в одиночку.

Некоторые семьи с особым ребенком – это семьи без отца. В таких семьях остро стоят материальные проблемы. Чтобы содержать семью, мать вынуждена выбирать работу не по своим профессиональным предпочтениям, а по принципу минимальной занятости и близости к дому. К тому же весь труд по уходу за ребенком лежит на матери, которая в состоянии хронической депрессии находит облегчение и смысл жизни в одном аспекте – лечении больного ребенка. Ребенок же, взрослея, зачастую лишь увеличивает объем проблем. Силы матери, как духовно-психологические, так и физические, иссякают.

Постоянная сосредоточенность на проблеме ребенка приводит к снижению качества жизни матери вследствие фрустрации собственных духовных, психологических и физиологических потребностей, к утрате социальных связей, позитивного настроения на жизнь, к ухудшению состояния здоровья, что может привести к закономерному результату – снижению продолжительности жизни.

У ребенка с матерью складываются симбиотические отношения, так как ребенок начинает понимать, что мама предпочтет сделать за него то, что ему удастся с трудом, чем будет ждать самостоятельного, но не всегда успешного выполнения поставленной задачи. Поэтому со стороны детей часто наблюдается снижение мотивации к достижениям, инфантильность, пассивность и чрезмерная зависимость от матери. Все три компонента отношения матери к болезни ребенка тесно сплетены в этой хронической психотравмирующей ситуации.

Для того, чтобы лучше понять, из чего складывается интеллектуальный и поведенческий компоненты отношения матери к болезни ее ребенка с детским церебральным параличом, необходимо подробнее рассмотреть данное заболевание. Исходя из анализа исследовательских работ по изучению психического

развития детей с детским церебральным параличом И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, О.Г. Приходько, В.В. Ткачевой и др. [3, 4, 5, 6, 12, 9, 10, 13], можно выделить общую структуру нарушений познавательной и психической деятельности, которая имеет специфический характер и сопровождается нарушением познавательного и эмоционально-волевого развития, проявляющихся в неравномерном поражении отдельных психических функций.

Наряду с этим в силу двигательных и познавательных нарушений у детей снижен запас знаний и представлений об окружающем мире и затруднен процесс их усвоения. Дети астеничны и истощаемы, темп нервной деятельности обычно замедлен. У всех детей в той или иной степени нарушается крупная и мелкая моторика, зрительное восприятие, тактильное и мышечно-суставное чувство, что затрудняет ощущение своего тела в пространстве и ориентацию в его сторонах. У некоторых детей нарушена работа слухового и зрительного анализаторов – могут страдать память, мышление, воображение, речь.

По состоянию интеллекта дети значительно отличаются: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, другие – задержку психического развития, третьи – умственную отсталость. При этом выраженность двигательных нарушений может не соответствовать выраженности интеллектуальных и психических (например, легкие двигательные нарушения могут сочетаться с тяжелой умственной отсталостью, а тяжелые двигательные нарушения – с легкой задержкой психического развития). Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются редко.

Развитие личности детей с ДЦП происходит с задержкой по типу психического инфантилизма, основной признак которого – недоразвитие произвольной регуляции поведения. Мотивационная сфера развита недостаточно. Дети зачастую не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям, и в то же время дети не самостоятельны, зависимы от значимого взрослого. Практически всегда дети испытывают трудности в установлении контактов со сверстника-

ми, контакты же со взрослыми обычно более привычны и устанавливаются легче, поскольку ребенок большую часть времени проводит со взрослыми – дома, в больницах, реабилитационных центрах.

Нарушения эмоционально-волевой сферы чаще всего проявляются повышенной возбудимостью, впечатлительностью, склонностью к страхам и тревожным реакциям, среди которых наиболее распространены следующие: боязнь громких звуков, страх самостоятельного передвижения, страх метро – зрительных и слуховых стимулов, страх социальных контактов, паника в отсутствии родителей и другие. Дети могут проявлять аутистические черты в поведении, отличаться агрессивностью.

По отношению к собственному заболеванию дети различаются: у одних преобладает негативизм, бездействие и равнодушие, другие активно стремятся преодолеть ограничения заболевания, третьи не имеют интеллектуальных возможностей для критической оценки болезни. Отношение к ребенку во многом зависит от представлений матери о его болезни и стиля семейного воспитания.

Таким образом, при церебральном параличе нарушается формирование не только двигательных навыков, но также познавательной и личностной сферы, что позволяет рассматривать данное заболевание как множественное нарушение развития, приводящее к изменениям в функционировании семейной системы в целом и в большей степени затрагивающее личность матери.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование представлений матери о болезни ее ребенка с церебральным параличом нами проводилось на базе частного учреждения здравоохранения – Марфо-Мариинского медицинского центра реабилитации «Милосердие».

Выборка состояла из сорока матерей и их детей-инвалидов с ДЦП в возрасте от 3 лет до 21 года. Учитывался возраст матерей, их образование и семейное положение. Вместе с этим фиксировался перинатальный анамнез, возрастной, половой, двигательный, интеллектуальный статус детей исследуемых матерей.

Объектом исследования выступали представления матерей о болезни своих детей, а предметом – особенности изучаемого отношения.

Исследование осуществлялось с применением следующих методов: изучение историй болезни детей, наблюдение, психолого-педагогическое обследование детей с использованием научно-практических разработок И.Ю. Левченко [3, 4, 5, 6, 13], Е.А. Стребелевой [14]. С их помощью оценивался уровень эмоционального и интеллектуального развития ребенка. Беседа включала сбор анамнеза, интервью и психодиагностические методики:

- тест-опросник родительского отношения А.Я. Варги, В.В. Столина [15]. Он представляет собой психодиагностический инструмент, ориентированный на выявление родительского отношения к ребенку, стиля воспитания. При подсчете тестовых баллов по всем шкалам учитывается ответ «верно». Включает 61 вопрос и пять шкал: «принятие – отвержение», «социальная желательность», «симбиоз», «гиперсоциализация», «инфантилизация (инвалидизация)»;
- методика диагностики отношения к болезни ребенка В.Е. Кагана, И.П. Журавлевой [16]. Методика предназначена для диагностики отношения взрослого к болезни ребенка и состоит из пяти шкал, 40 пунктов-утверждений, согласие испытуемых с которыми оценивается по шестибальной шкале. Включает пять шкал, из которых нами анализировались три первых: «шкала интернальности» – высокие показатели по ней отражают экстернальный родительский контроль болезни ребенка: причины болезни воспринимаются как нечто, не зависящее от родителей, то, что они не могут контролировать и чем не могут управлять. Низкие показатели описывают интернальный контроль, при котором родители воспринимают себя как ответственных за болезнь ребенка. Шкала тревоги описывает тревожные реакции на болезнь ребенка. Чем выше показатель, тем более выражена тревога. Шкала нозогнозии – высокие показатели описывают преувеличение родителями тяжести болезни ребенка (гипернозогнозия).

Низкие показатели – преуменьшение родителями тяжести болезни ребенка (гипонозогнозия и анозогнозия);

- методика «Незаконченные предложения» в разработке А.М. Алексеевой составлена на основе методики «Незаконченные предложения» В.Е. Кагана и И.К. Шаца [11]. Методика предназначена для изучения основных представлений о здоровье и болезни и связанных с ними переживаний у соматически больных детей. Мы применили данную методику в отношении матерей для выявления их представлений о болезни ребенка (п. 2, 9, 16, 23), о здоровье (п. 1, 8, 15, 22), по отношению к болезни (п. 3, 10, 17, 24), по отношению к лечению (п. 4, 11, 18, 25), о представлениях о будущем (п. 5, 12, 19, 26), по отношению семьи к болезни (п. 6, 13, 20, 27), по отношению к госпитализации (п. 7, 14, 21, 28);
- проективная методика «Мини-сочинение на тему: «Что такое детский церебральный паралич? Будущее моего ребенка». Методика отражала в основном представление матерей о будущем их детей, а также вопросы, связанные с отношением к болезни (ответственность за возникновение болезни, чувства матери по отношению к болезни, ответственность за болезнь, перспективы излечения и т.д.).

Качественная обработка обеих проективных методик состояла в выделении сходных ответов и основной проблематики данной категории испытуемых, отчетливо выступающей в их творческих продуктах. Осуществлялся качественный и количественный анализ результатов вышеперечисленных методик. Математическая обработка данных проводилась в статистическом пакете SPSS с применением метода ранговой корреляции Спирмена.

Эмоциональный и интеллектуальный компоненты отношения матери к болезни ребенка влияют на поведенческий компонент – способ реагирования на ситуацию и стиль воспитания.

Эмоциональное отношение матери к болезни ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата амбивалентное: с одной стороны, она любит ребенка, с другой –

испытывает по отношению к нему раздражение и гнев, так как он уязвляет чувство ее собственного достоинства. Исходя из этой амбивалентности чувств, мать может принять стратегию ухода – игнорировать ребенка и переложить заботу о ребенке на других людей, не замечать его болезнь, верить в иллюзию полного выздоровления, игнорировать реальные возможности ребенка, предъявлять к нему неадекватные требования.

Другой вариант, когда мать может занять позицию полной идентификации с ребенком, создать симбиотические отношения – воспринимать его неудачи как свои собственные, проживать его жизнь вместо своей, что выражается в гиперопеке и инфантилизации ребенка, в желании делать за него то, что он в силах сделать сам. Обе эти позиции являются неэффективными и выполняют функцию защиты от собственных подавленных чувств.

В результате, мать испытывает внутреннее напряжение, тревогу и усиливает контроль над собственными негативными эмоциями. Кроме того, контролировать приходится еще и достижения ребенка, т.к. от степени его успешности зависит напряженность контроля матери над собственными чувствами. Это создает неполные представления о болезни ребенка в связи с тем, что мать не хочет осознавать реалий ситуации. Тем самым искажается интеллектуальный компонент отношения.

В конечном итоге любая мать встает перед выбором: она либо должна изменить свой взгляд на ребенка с ограниченными возможностями здоровья, либо усилить психологическую защиту, чтобы обезопасить себя от чувства вины, от угрозы чувству собственного достоинства. Первая позиция эффективна и способствует адаптации к ситуации, ведет к стадии реорганизации, принятию заболевания, более реалистичному взгляду на ребенка и планированию будущего с учетом возможностей и ограничений ребенка. Вторая позиция ведет к психологическому нездоровью матери и всей семьи.

В клинической практике выделяют экстернальный и интернальный тип отношения к болезни. При экстернальном типе отношения большая часть ответственности за болезнь

возлагается на других людей или внешние обстоятельства, а при интернальном – на себя, на внутренние причины [16].

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Согласно результатам исследования, 57% респондентов считают ответственными за заболевание ребенка врачей и их непрофессиональные действия: неправильное ведение родов (родовая травма) и беременности, побочный эффект от прививки. 27% возлагают ответственность на ситуацию, связывая болезнь со случаем, недоношенностью, преждевременными родами, стрессами, внутриутробными нарушениями, инфекциями, «тяжелой» беременностью, плохой экологией. 15% матерей берут ответственность за заболевание на себя, рассматривая его как «наказание за грехи», говорят о том, что не заботились о здоровье, «не береглись» во время беременности. Недооценивать тяжесть заболевания детей склонны 57% матерей.

Таким образом, можно сделать вывод, что матери детей с церебральным параличом предпочитают экстернальный тип отношения к болезни, т.е. причины болезни воспринимаются как нечто, не зависящее от них и не находящееся в зоне их ответственности. А это, в свою очередь, позволяет спрогнозировать поведенческую активность матерей – поиск новых способов лечения, «светил», знахарей и т.д.

Стиль воспитания, который реализуют матери по отношению к детям, в 70% случаев является авторитарным. 95% матерей считают своих детей «маленькими неудачниками».

Эмоциональное и когнитивное отношение к болезни выражаются в следующем: 30% матерей относятся к заболеванию как к самому тяжелому, страшному, «непосильной ноше», «приговору». 70% считают, что заболевание «не такое страшное», «жить с ним можно».

70% матерей испытывают целый спектр негативных чувств и состояний, среди которых тревога, вина, отчаяние, безнадежность, снижение настроения, беспомощность, обида, стыд, а также страхи («что состояние ребенка ухудшится», «боюсь умереть раньше ребенка», «что он не научится ходить», «не станет самостоятельным»).

Излечение детского церебрального паралича возможно, по мнению 47% матерей, полное излечение невозможно, возможна только реабилитация, – так считают 20%, остальные 33% не знают ответа на этот вопрос.

Мы предполагаем, что такое искажение когнитивного компонента отношений может свидетельствовать о преобладании механизма психологической защиты отрицания, так как мать ребенка стремится представить заболевание себе и другим как малозначимое, преодолимое, полностью излечимое.

О будущем ребенка представления позитивные у 72%, негативные – у 10% матерей, представления о будущем не сформированы у 17%.

Перспективы на будущее ребенка в глазах матерей представляются следующими категориями: «он реализуется в профессии, создаст семью» – 47%, «станет полноценным, полностью здоровым, как другие дети» – 42%, «станет самостоятельным» – 32%, «научится самостоятельно ходить» – 17%, «будет со мной всю жизнь» – 5%.

При сопоставлении отношения матери к болезни ребенка и тяжести интеллектуального и двигательного дефектов путем применения метода ранговой корреляции Спирмена, мы обнаружили, что корреляции не отличаются от нуля, что подтверждает наше предположение о том, что реалистичность отношения матери к болезни не зависит от степени тяжести двигательного и интеллектуального дефекта ребенка, а определяется субъективно.

За возникновение болезни мать делает ответственными врачей, принимавших у нее роды, но воспринимает заболевание ребенка как «не самое страшное». Многие матери считают, что возможно полное излечение от детского церебрального паралича, что не соответствует реальности. Будущее ребенка в глазах матери представляется чудесным, полным надежд на выздоровление и ничем не отличается от будущего здорового ребенка, что также не совсем адекватно ситуации. Перспективы на будущее ребенка матери видят в том, что ребенок создаст свою семью, получит образование и хорошую профессию, а также «станет таким, как все», «полноценным», «здоровым». Вероятно, значительная часть матерей воспринимают

своих больных детей неполноценными и делают все возможное и невозможное, чтобы они стали «полноценными членами общества».

ВЫВОДЫ

Полученные данные подтвердили наше предположение о том, что у большинства матерей детей с двигательным дефектом разной степени тяжести нарушений имеются специфические особенности отношения к болезни ребенка, которые характеризуются недостаточной реалистичностью: недооценкой тяжести заболевания; мнением, что возможно его полное излечение; делегированием матерью ответственности за возникновение заболевания в основном на профессиональную некомпетентность врачей, несмотря на известный факт того, что ДЦП в большинстве случаев является следствием внутриутробной патологии [17, 18]; искаженностью представлений о будущем больного ребенка (они в большинстве случаев не отличаются от таковых в отношении здорового ребенка, а высказывания матерей создают впечатление когнитивного маятника – «ребенок из больного станет полностью здоровым», из «неполноценного» – полноценным»).

Радужные представления о будущем выступают в качестве механизма психологической защиты и удерживают мать в позиции отрицания. Исходя из этого, психологическая помощь матери должна оказываться как можно раньше, начиная с момента постановки положительного или окончательного диагноза ребенку. Это поможет гармонизировать все три компонента отношения матери к болезни ребенка, что необходимо для того, чтобы возникла ситуация активного сотрудничества матери с собственным ребенком и со специалистами.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вишневецкий В.А. Влияние динамики моторных нарушений у больных ДЦП на психическое состояние их родителей // Вопросы клинической психиатрии: тезисы докл. научно-практ. конференции под ред. Ткачева А.Д. – Кемерово, 1985. – С. 38–42.
2. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996.

3. Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика. – М.: Академия, 2013.
4. Левченко И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 2008.
5. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пос. для студ. – М.: Академия, 2001.
6. Левченко И.Ю., Симонова Т.Н. Один из подходов к психолого-педагогической помощи детям с тяжелыми двигательными нарушениями. МГГУ им. Шолохова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2012. – № 7, вып. 2. – С. 47–51.
7. Мясищев В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясищев: под ред. А.А. Бодалева. – М.: Институт практической психологии, 1995.
8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд-во МГУ, 1987.
9. Ткачева В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии. – М.: АСТ, 2007.
10. Ткачева В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. – М., 2004.
11. Шац И.К. Психологическая поддержка тяжелобольного ребенка. Монография. – СПб.: Речь, 2010.
12. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2004.
13. Психолого-педагогическая диагностика: Учебное пособие. Под ред. Левченко И.Ю., Забрамной С.Д. – М.: Академия, 2008.
14. Стребелева Е.А. Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста. – М.: Просвещение, 2009.
15. Тест-опросник родительского отношения. Варга А.Я., Столин В.В. http://diploma.at.ua/publ/vnutrisemejnye_otnoshenija/test_oprosnik_roditelskogo_otnoshenija_test_aja_varga_vv_stolina/5-1-0-16 (дата обращения: 10.06.2012 г.)
16. Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР; Каган В.Е., Журавлева И.П.) / Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. Методическое пособие. Под ред. Исаева Д.Н., Кагана В.Е. – СПб., 1991.
17. Семенова К.А. Восстановительное лечение с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. – М.: Закон и порядок, 2007.
18. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. Букинистическое издание. – 1988.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Евгения Александровна Стешенко – аспирантка Московского городского психолого-педагогического университета, психолог Марфо-Мариинского медицинского центра «Милосердие»
 1190174, г. Москва, ул. Большая Ордынка, 34
 Телефон: +7-916-733-12-63
 E-mail: st_janny@mail.ru

Поступила: 24.04.2015

ОСОБЕННОСТИ УСВОЕНИЯ И ОПЕРИРОВАНИЯ УЧЕБНО-ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕКСИКОЙ УЧАЩИМИСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Л.А. Пантелеева

Московский государственный гуманитарный университет им. М.А. Шолохова, Москва

FEATURES OF ASSIMILATION AND OPERATING BY EDUCATIONAL AND TERMINOLOGICAL LEXICON PUPILS WITH LIMITED OPPORTUNITIES OF HEALTH

L.A. Panteleeva

Sholokhov Moscow State University for the Humanities, Moscow

РЕЗЮМЕ

В контексте приоритетных тенденций современности, а именно инклюзивного образования, автор раскрывает трудности обучения детей с ограниченными возможностями здоровья, связанные с особенностями усвоения учебно-терминологической лексики. В статье представлен анализ данных по изучению особенностей оперирования учебно-терминологической лексикой детьми с ОВЗ; дана характеристика каждой степени сформированности терминологического словаря, отражена типология ошибок понимания и употребления учебно-терминологических единиц, раскрыты направления коррекционно-логопедической работы по усвоению учебно-терминологической лексики.

Ключевые слова: учебно-терминологическая лексика, семантическое поле, оптимизация учебного процесса, коммуникация, вербализация, учебный материал, речемышлительные процессы, нарушения развития.

SUMMARY

In the context of priority tendencies of the present, namely inclusive education, the author opens the difficulties of training of children with limited opportunities of health connected with features of assimilation of educational and terminological lexicon. The analysis of data on studying of features of operating by educational and terminological lexicon by children with OVZ is presented in article; the characteristic of each degree of formation of the terminological dictionary is given, the typology of errors of understanding and the use of educational and terminological units is reflected, the directions of correctional and logopedic work on assimilation of educational and terminological lexicon are opened.

Key words: educational and terminological lexicon, semantic field, optimization of educational process, communication, verbalization, training material, rechemyslitelny processes, development violations.

Одной из приоритетных тенденций социальной политики России является модернизация образования в направлении инклюзивного образования. В основу инклюзивного образования заложена идеология равного доступа к образованию всех обучающихся, в том числе и детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), при этом создание необходимых условий, обусловленных образователь-

ными потребностями детей данной категории. Успешное решение педагогических задач в системе инклюзивного образования во многом зависит от глубины знаний о различных нарушениях психического и физического развития детей с ОВЗ, и на их основе выстраивания необходимой для каждого ребенка системы развития, обучения и воспитания, позволяющей в соответствии с его образовательными возмож-

ностями обеспечить усвоение образовательной программы, указывала М.В. Жигорева [1, с. 72–74].

Важнейшим фактором успешного обучения детей в школе является достаточный уровень сформированности лексики. Наряду с общеупотребительной лексикой школьники в процессе обучения используют слова для определения специальных понятий, предметов какой-либо области науки. Такие слова, в том числе включенные в словосочетания, служащие для обозначения понятий, изучаемых и используемых в рамках школьных дисциплин, можно квалифицировать как учебно-терминологическую лексику – данное определение сформулировано Л.А. Пантелеевой [6, с. 9].

Употребление учебно-терминологической лексики неминуемо для каждого человека, т.к. она сопровождает учебный процесс, и все дети, оказавшись в определенный период жизни в учебном процессе, так или иначе с ней соприкасаются. Усвоение учебно-терминологической лексики учащимися позволяет расширить процессы обмена информацией, повысить качество восприятия учебного материала, адекватно использовать понятия в самостоятельной речи. Единицы учебно-терминологической лексики, изучаемые в школе, полностью не совпадают с научными, а носят адаптированный характер в связи с возрастными особенностями детей. Например, на протяжении всего обучения в школе тематический материал по предметам может повторяться, но с переходом учащихся в старшие классы он усложняется, уточняется, вносятся новые свойства, признаки.

При этом важно отметить, что тип и характер учебной деятельности определяет семантическую систему учебно-терминологических единиц и существенным образом влияет на их грамматическую организацию. Функциональное значение учебно-терминологической лексики заключается в особой роли адекватности, оптимизации и успешности овладения учебным материалом. Усвоение учебно-терминологической лексики учащимися подразумевает как понимание значений учебно-терминологических единиц, так и возможности использования их в экспрессивной речи [4, с. 92–93].

Группа детей с ОВЗ неоднородна, в нее входят дети с нарушениями зрения, слуха, интеллекта, речи и др. Имеющиеся у детей отклонения приводят к нарушению умственной работоспособности, недостаткам общей и мелкой моторики, трудностям во взаимодействии с окружающим миром, изменению способов коммуникации и средств общения, недостаточности вербализации, словесного опосредствования, искажению познания окружающего мира, бедности социального опыта, изменению в становлении личности [2, с. 4–10]. Дети с ограниченными возможностями здоровья испытывают особые трудности в овладении и использовании учебно-терминологической лексики, что сказывается на эффективности учебного процесса.

Для изучения сформированности учебно-терминологической лексики у детей с ОВЗ нами разработана специальная диагностическая программа, включающая задания по трем предметам (русский язык, математика, образовательный компонент «Окружающий мир», в том числе на уроках развития речи) для младших школьников с системными нарушениями речи [4, с. 92–93].

Эксперимент включал шесть серий заданий, направленных на:

- изучение степени понимания учебной лексики младшими школьниками с общим недоразвитием речи;
- изучение особенностей семантической интерпретации учебных терминов;
- исследование возможностей детей правильно опознавать слова-термины в соответствии с их определением;
- рассмотрение особенностей употребления учебной лексики учащимися с общим недоразвитием речи младших классов;
- выявление возможностей понимания инструкций, в состав которых входят термины-глаголы;
- выявление особенностей организации семантических полей слов-терминов по их лексическому значению.

В качестве лексического материала использовались слова, словосочетания и соответствующие определения, изучаемые в рамках школьных дисциплин, регламентируемых

Программами начальных классов общеобразовательных школ и школ для детей с тяжелыми нарушениями речи. Например, слова-термины, терминологические словосочетания, употребляемые на уроках русского языка: буква, строчная буква, предложение, слог, запятая, согласная буква, красная строка, предлог, стечение согласных, диктант; на уроках математики: больше – меньше, цифра, двузначное число, линия, круглое число, отрезок, уравнение, умножение, делитель; на уроках «Окружающий мир»: растение, перелетные птицы, млекопитающие, компас.

Задания предполагали целый ряд действий – показ, чтение, узнавание по описанию, составление собственного высказывания, для этого были специально подготовлены карточки, картинки.

Для всех заданий мы вывели следующие критерии оценки выполнения заданий:

3 балла – задание выполнено правильно;

2 балла – задание выполнено с ошибками: есть замены одного названия другим на осно-

ве их смыслового сближения; указаны лишь незначительные признаки того или иного термина (составного термина);

1 балл – выполнено одно задание из трех;

0 баллов – ошибочные варианты ответов или отказ от ответов.

Определены критерии качественной оценки выполнения экспериментальных заданий:

- соответствие действия (ответа) ребенка требованиям (содержанию) школьной программы;
- развернутость речевого интерпретационного высказывания;
- принятие помощи экспериментатора;
- адекватность лексико-грамматического и синтаксического оформления речевого высказывания.

Результатом проведения экспериментального исследования (I–VI серии) стал сравнительный анализ типов ошибок, допущенных учащимися с нормальной и нарушенной речью, всего в эксперименте принимали участие 160 обучающихся.

Таблица 1

Анализ ошибок, допущенных младшими школьниками с ОНР и нормальным развитием речи при выполнении экспериментальных заданий (%)

Группы учащихся Тип ошибок		Образцы выполнения заданий	Дети с ОНР	Дети с нормальным речевым развитием
1.	Ошибки, обусловленные фонетическим сходством слов	Два слова, объединенных по смыслу и грамматически – «вычитание»	3,6	0,5
2.	Лексические замены:			
	ассоциативно-ситуативные	Гласные звуки – «когда красными», дециметр – «когда большая полоска»	13,5	3,0
	замены части предмета названием целого и наоборот	Стебель – «цветок», чешуя – «тело», «рыба»	19,8	5,7
	с опорой на внешнее сходство (объекта)	Заданный термин «отрезок» – ребенок указывает прямую	12,8	0,7
	по назначению (функциям)	Буква – «это читать», уменьшаемое – «отнять»	6,0	2,3
	повтор заданного в инструкции слова в рамках заученного высказывания (стереотипа)	Сумма – «сумма не меняется»	8,2	0,4

3.	Словообразовательные ошибки	Животные, которые питаются только растениями... растениеядные	4,7	0,2
4.	Полный или частичный повтор инструкции	Несколько предложений, связанных между собой по смыслу – «по смыслу»	4,0	0,4
5.	Неверное понимание отдельных слов из инструкции или полной инструкции к заданию	Большая буква, пишется в начале предложения – «да»	6,0	0,3
6.	Образование антонимов с помощью отрицательной частицы «не»	Гласный звук – «не гласный»	10,0	0,3
7.	Подбор синонимов вместо антонимов	Строчная буква – «маленькая»	2,6	0
8.	Составление словосочетаний с заданной единицей	Сложение – «цифр», «чисел»	4,2	0
9.	Недифференцированные замены	Сложение – «правильно»	4,6	0

Представленная типология ошибок демонстрирует, что имеющиеся у учащихся с ОНР трудности овладения учебно-терминологической лексикой охватывают различные стороны языковой деятельности [6, с. 14].

С помощью статистического корреляционного анализа экспериментальных данных между величинами успешности выполнения заданий различных серий вычислен коэффициент

корреляции. Его применение позволило выделить три степени сформированности учебно-терминологической лексики у детей: I степень (низкая) – 3,9%, II степень (средняя) – 53,4%, III степень (успешная) – 42,7%. В соответствии со степенями сформированности учебно-терминологической лексики произведено количественное распределение ответов учащихся с ОНР:

Таблица 2
Степень сформированности учебно-терминологической лексики у младших школьников с общим недоразвитием речи (III уровень) (%)

Степень сформированности учебно-терминолог. лексики	1 класс			2 класс			3 класс		
	рус. яз.	мат-ка	окруж. мир	рус. яз.	мат-ка	окруж. мир	рус. яз.	мат-ка	окруж. мир
I степень	7,96	7,2	6,1	2,8	2,4	1,2	1,2	0	0
II степень	75,5	73,3	67,8	51,4	52,8	60,5	40,9	43,4	45,3
III степень	16,6	19,5	26,1	45,8	44,8	38,3	57,9	56,6	54,7

I степень (низкая). Показатели выполнения экспериментальных заданий учащимися 1–3 классов с ОНР (III уровень) демонстрировали: незнание большинства наименований, представляющих собой область учебно-терминологической лексики; трудности в употреблении учебно-терминологических единиц в речи, проявлявшиеся в ошибочных ответах или отказах выполнять задания. Де-

формация и сужение семантических полей, включающих данные наименования, приводят к стабильно низким показателям декодирования понятийного центра учебно-терминологических единиц и соответственно применения их не только в ситуации задания, но и в различной учебной деятельности.

II степень (средняя). У детей наблюдалась неравномерность успешности выполнения

заданий, также в большинстве случаев направленность действий учащихся для выполнения заданий инициировалась логопедом. Школьники смешивали и заменяли учебно-терминологические единицы, допускали ошибки грамматического оформления высказываний. В ответах отмечалось искаженное содержание дефиниций, фрагментарное отражение характеристик наименований, большинство ответов детей носили шаблонный характер. В ряду выраженных трудностей отмечены сложности осмысления содержания речевого материала, недостаточная организованность семантических полей учебно-терминологических единиц, замедленная динамика в усвоении семантической основы наименований.

III степень (успешная). Учащиеся, имеющие III степень сформированности учебно-терминологической лексики, продемонстрировали достаточно стабильную продуктивность, самостоятельность при выполнении заданий. Школьниками сформулированы достаточно полные определения учебно-терминологических единиц при использовании необходимого языкового инструментария в соответствии с семантическим фокусом учебно-терминологического наименования, правилами грамматики. Допущенные детьми незначительные ошибки носили нестойкий характер, чаще проявлялись в отдельных неточностях, не искажающих семантическую сторону единицы специального словаря [6, с. 16].

Обобщая вышеизложенное, можно говорить о том, что неполноценность усвоения учебно-терминологической лексики обусловлена не только речевым статусом, но и недостаточной когнитивной зрелостью детей исследуемой категории.

Неравномерный характер усвоения учебно-терминологической лексики свидетельствует о том, что у детей с ОВЗ к школьному периоду остаются не в полной мере сформированными психологические предпосылки речемыслительных процессов, которые являются стартовой ступенью в освоении понятийной сферы речевой системы (малый объем вербальной памяти; преобладающая ориентировка на слова, упрощенные в речевой практике; слабая воз-

можность восприятия грамматических отношений и т.д.) [4, с. 92–93]. В связи с этим требуется планировать коррекционную логопедическую работу на междисциплинарном уровне.

При планировании специальной логопедической работы по формированию учебно-терминологической лексики необходимо учитывать современные лингвистические и психолингвистические представления о слове, структуре значения слова, закономерностях формирования и развития лексики в онтогенезе, особенностях лексики школьников с ОВЗ.

С учетом этих факторов формирование учебно-терминологической лексики проводится по следующим направлениям:

- формирование познавательной деятельности обучающихся с ОВЗ (мышления, восприятия, представлений, памяти, внимания и др.);
- расширение объема учебно-терминологического словаря параллельно с расширением представлений об окружающей действительности;
- уточнение значений учебно-терминологических единиц;
- формирование семантической структуры термина в единстве основных его компонентов (денотативного, понятийного, коннотативного, контекстуального);
- организация семантических полей, лексической системы;
- активизация словаря, совершенствование процессов поиска необходимого термина, перевода его из пассивного в активный словарь [5, с. 127–128].

Специальные упражнения по лексике имеют своей целью решение конкретных лингвистических задач:

- 1) развивать понимание обобщающего смысла слова,
- 2) развивать понимание отношений «целого и его части»,
- 3) развивать понимание отвлеченного смысла слова,
- 4) развивать языковое чутье в области морфологии (в усвоении абстрактных значений морфем),
- 5) добиваться усвоения антонимов как средства осмысления значений слов,

- 6) развивать стилистическое чутье,
- 7) добиваться усвоения переносного значения слов и этических понятий.

Лексические упражнения можно проводить как на специальных занятиях, целиком посвященных этой теме, так и в процессе проведения словарной работы на уроке. Для детей с системными речевыми расстройствами, задержкой психического развития и другими нарушениями коррекционную работу по усвоению учебно-терминологической лексики можно осуществлять на уроках развития речи, русского языка, на специальных логопедических занятиях [5]. Для детей с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации подобную работу следует проводить на занятиях по развитию слухового восприятия и формированию устной речи [3, с. 360–363].

Создание специальных педагогических условий по овладению лексическими учебно-терминологическими единицами для детей, имеющих различные нарушения, будет служить оптимизирующим фактором в повышении эффективности обучения детей с ОВЗ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Жигорева М.В. Концептуальные подходы к реализации инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья // Инициативы XXI века. – 2014. – № 3. – С. 72–74.
2. Жигорева М.В. Предисловие // Инновационные диагностические программы изучения речевого развития лиц с ограниченными возможностями здоровья. Жигорева М.В., Кузьмина С.А., Пантелеева Л.А. Монография. Жигорева М.В., Кузьмина С.А., Пантелеева Л.А. – М., 2014. – С. 4–10.
3. Кузьмина С.А. Повышение устной речевой компетенции старшеклассников с нарушениями слуха как условие социальной адаптации в обществе слышащих // Социально-гуманитарные знания. – 2010. – № 3. – С. 360–363.
4. Пантелеева Л.А. Особенности овладения учебно-терминологическим материалом детьми с ограниченными возможностями здоровья // Культура физическая и здоровье. – 2012. – № 6 (42). – С. 92–93.
5. Пантелеева Л.А. Пути оптимизации процесса обучения младших школьников с нарушениями речи // Вестник Университета Российской академии образования. – 2008. – № 3–41. – С. 127–128.
6. Пантелеева Л.А. Оптимизация процесса формирования учебно-терминологической лексики младших школьников с общим недоразвитием речи (III уровень) на логопедических занятиях: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук / Московский государственный гуманитарный университет им. М.А. Шолохова. – М., 2009 – 22 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ.

Лариса Александровна Пантелеева – кандидат педагогических наук, доцент кафедры логопедии дефектологического факультета, Московский государственный гуманитарный университет им. М.А. Шолохова, Москва 109240, г. Москва, ул. Верхняя Радищевская, д. 16–18
 Телефон: 8-495-647-44-77
 E-mail: panteleevy@mail.ru

Поступила: 30.04.2015

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ

Журнал принимает работы, посвященные различным проблемам реабилитации детей-инвалидов.

Работы, не оформленные в соответствии с правилами, а также работы, которые были опубликованы в других изданиях, к публикации не принимаются.

Редакция оставляет за собой право редактирования статей, а также изменения стиля изложения, не оказывающих влияния на содержание. Редакция может потребовать от автора представления исходных данных, с использованием которых были получены описываемые в статье результаты, для оценки рецензентом степени соответствия исходных данных и содержания статьи.

К публикации в одном номере журнала принимается не более одной статьи одного первого автора.

Плата с аспирантов за публикацию рукописи не взимается.

При направлении статьи в редакцию следует руководствоваться **следующими правилами:**

Статья должна быть напечатана в формате DOC (MS Word). Шрифт Times New Roman, размером 12-14 пунктов, через 1,5 интервала, поля — обычные.

На 1-й странице указываются УДК, авторский знак, название статьи, фамилия, инициалы автора, полное название учреждения и его подразделения, из которого выходит статья. Если авторы статьи работают в разных организациях, необходимо с помощью условных обозначений соотнести каждого автора с его организацией.

На последней странице текста статьи в обязательном порядке указываются имена, отчества и фамилии всех авторов, их должности, места работы с адресом, а также их почтовые адреса, номера телефонов и адреса электронной почты.

Объем оригинальной работы не должен превышать 15 страниц машинописного текста, сообщений – 6, лекций – 20, обзора литературы – 25, рецензий, обсуждений и комментариев – 5 страниц. При подготовке обзорных статей рекомендуется ограничивать список использованной литературы 50 источниками.

Объем графического материала – минимально необходимый. Рисунки и схемы в электронном виде представить с расширением JPEG (разрешение 300 dpi, цвет – оттенки серого) отдельными файлами (изображения в текст статьи вставлять не нужно). В тексте статьи указывается место расположения рисунков и схем, с указанием названия соответствующего файла.

Таблицы должны иметь заголовки и четко обозначенные графы, удобные для чтения. Каждая табли-

ца набирается на отдельной странице и печатается через 1 интервал. Фототаблицы не принимаются.

План построения оригинальных статей: введение, материалы и методы, результаты, обсуждение (допускается объединение разделов «результаты» и «обсуждение»), выводы и библиографический список. В разделе «материалы и методы» должна быть ясно описана организация проведения данного исследования.

Следует использовать общепринятые сокращения (аббревиатуры), причем при первом употреблении термин пишется полностью, а в скобках аббревиатура (АБВ), которая используется далее в статье. Например: детский церебральный паралич (ДЦП).

Название статьи, ФИО авторов, места их работы, резюме и ключевые слова представлять на двух языках – русском и английском.

Резюме должно обеспечить понимание главных положений статьи.

Оформление списка литературы производится в порядке цитирования, **но не по алфавиту**. Ссылки по тексту статьи проставляются арабскими цифрами в квадратных скобках, например [7], цифры должны совпадать с номером цитируемого источника в списке литературы.

При ссылке на монографии указываются ФИО автора(ов), полное название книги, город, название издательства, год выпуска. Если цитируются отдельные страницы, указать их «от и до».

При ссылке на статьи из журналов указывается ФИО автора, полное название статьи, название журнала, год выхода, том, номер, страницы «от и до».

При ссылке на авторефераты диссертаций указываются ФИО автора, полное название работы, докторская или кандидатская, город, год издания.

Ссылки на Интернет-документы оформляются следующим образом – указывается название веб-страницы, ее веб-адрес и дата обращения.

Авторам необходимо представить электронную версию статьи на адрес электронной почты naordi@yandex.ru для предварительного рецензирования статьи редакцией, и при положительном решении о публикации, авторам необходимо представить два печатных экземпляра рукописи, соответствующих требованиям редакции на адрес:

119602 г. Москва, Мичуринский проспект, д. 74, Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы, редакция журнала «Детская и подростковая реабилитация».

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ

УДК 616.711-085,828
Ш59

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

С.Н. Шилов¹, О.М. Павлова², Н.А. Шнайдер³

1«ГОУ ВПО Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева Федерального агентства образования и социального развития», кафедра специальной психологии,

2 Городская клиническая больница № 6 имени Н.С. Карповича,

3 ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития», Красноярск

THE EMPLOYMENT OF CONTEMPORARY METHODS OF FUNCTIONAL DIAGNOSTICS IN OBJECTIVE ESTIMATION OF EXPRESSIVENESS DEGREE OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER SYNDROME

S.N. Shilov¹, O.M. Pavlova², N.A. Shnaider³

1Krasnoyarsk State Teacher's Training University named after V.P. Astaf'ev,

2Social Psychology Department, Municipal Clinical Hospital № 6 named after N.S.Karpovich;

3Krasnoyarsk State Medical University named after professor V.F. Voyno-Yasentsky, Krasnoyarsk

РЕЗЮМЕ

Статья рассчитана на врачей-психоневрологов, специалистов по функциональной диагностике, студентов медицинских и биологических вузов, а также родителей детей, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. В статье представлен обзор проблемы СДВГ, описаны одни из последних методов немедикаментозной коррекции СДВГ с использованием методов нейробиоуправления. Кроме того, статья знакомит с новыми подходами к диагностике этого синдрома с использованием современных методов функциональной диагностики.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания, диагностика, БОС-терапия, электроэнцефалография, функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

SUMMARY

The article is intended for neuropsychiatrists, experts in functional diagnostics, students of medical and biological faculties, and also parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) syndrome. The review of ADHD problems is presented in the article; some of the latest methods of non medicamentous correction of this syndrome with use of methods neurotherapy are described. Besides, the article acquaints with new approaches to diagnostics of this syndrome with use of modern methods of functional diagnostics.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) syndrome, diagnostics, the Biofeedback-therapy, electroencephalography, a functional magnetic resonance imaging (fMRI), a magnetic resonance imaging (MRI).

Далее – содержание статьи.

ПРАВИЛА РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ РУКОПИСЕЙ

Рукописи, поступившие в редакцию журнала «Детская и подростковая реабилитация», рецензируются непосредственно в редакции. При необходимости для рецензирования привлекаются сторонние специалисты, работающие в научных направлениях, соответствующих теме статьи.

Рецензирование проводится конфиденциально. Рецензенты уведомляются о том, что присланные им рукописи являются интеллектуальной собственностью авторов и относятся к сведениям, не подлежащим разглашению.

Рецензия дает объективную оценку статье, содержит обоснованный всесторонний анализ ее достоинств и недостатков.

В рецензии отражаются замечания рецензента и вывод о возможности опубликования статьи в представленном виде, либо о необходимости доработки статьи, либо о нецелесообразности ее опубликования.

При положительной рецензии ее копия направляется редактором автору с указанием сроков публикации. Оригиналы рецензий хранятся в редакционной коллегии в течение 1 года со дня публикации статей и по запросам предоставляются в экспертные советы ВАК.

Если в рецензии имеется указание на необходимость внесения исправлений, то статья направляется автору на доработку.

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО ОБЪЕДИНЕННОМУ КАТАЛОГУ АГЕНТСТВА ПЕЧАТИ И РОЗНИЦЫ «ПРЕССА РОССИИ»

«ЛФК И МАССАЖ.ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И МАССАЖ»

Для индивидуальных подписчиков44018

Для предприятий и организаций44019

(периодичность: 3 номера в полугодие)

«ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

Для индивидуальных подписчиков82493

Для предприятий и организаций82494

(периодичность: 1 номер в полугодие)

«РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ»

Для индивидуальных подписчиков83256

Для предприятий и организаций83257

(периодичность: 1 номер в полугодие)

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО ОБЪЕДИНЕННОМУ КАТАЛОГУ АГЕНТСТВА «РОСПЕЧАТЬ»

«ЛФК И МАССАЖ.Лечебная физическая культура и массаж»

Для индивидуальных подписчиков44018

Для предприятий и организаций44019

(периодичность: 3 номера в полугодие)

**По вопросам подписки обращаться в редакцию
по телефонам: 8-495-755-61-45, 8-495-784-70-06**

Президент Общероссийского общественного фонда
«Социальное развитие России» д.м.н., профессор
Фарид Анасович Юнусов

Свидетельство о регистрации средства массовой информации Минпечати РФ ПИ № 77-12750 от 31 мая 2002 г. Лицензия на издательскую деятельность Минпечати РФ ИД № 05368 от 12 июля 2001 г.

Тираж 2000 экз. Отпечатано в ООО «Пресс-Арт». Заказ № 1678. Цена свободная.

