

# «ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

## РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ПЕРИОДИЧЕСКИХ ИЗДАНИЙ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ВАК РФ  
ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ ОСНОВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИССЕРТАЦИЙ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ

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



электронная версия журнала размещена на сайте [www.rrcdetstvo.ru](http://www.rrcdetstvo.ru)

### ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

**Лильин Е.Т.** – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный реабилитолог-эксперт Росздрава, директор ФГУ РРЦ «Детство» Росздрава, академик РАЕН, Москва, Россия

### ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

**Шарандак А.П.** – д.м.н., профессор, заместитель директора ФГУ РРЦ «Детство» Росздрава, Москва, Россия

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

**Богданов О.В.** – д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, директор АНО «Возвращение», Санкт-Петербург, Россия

**Глушенкова В.А.** – начальник Управления организации медико-социальной помощи детям и матерям Росздрава, Москва, Россия

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

**Дымнич Т.С.** – к.соц.н., первый заместитель Министра социальной защиты населения Московской области, Москва, Россия

**Калинина Л.В.** – д.м.н., профессор кафедры нервных болезней педиатрического факультета РГМУ, Москва, Россия

**Корсунский А.А.** – д.м.н., начальник Управления лицензирования Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Москва, Россия

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

**Праздников Э.Н.** – д.м.н., профессор, генеральный секретарь «Российского красного креста», Москва, Россия

**Пузин С.Н.** – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, академик РАМН, директор ФГУ Федерального научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Росздрава, Москва, Россия

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

**Сологубов Е.Г.** – д.м.н., главный врач детской психоневрологической больницы №18 г. Москвы, Москва, Россия

**Студеникин В.М.** – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник НЦЗД

НИИ педиатрии РАМН, Москва, Россия

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

**Федин А.И.** – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный врач ЦКБ Святителя Алексия Митрополита Московского Московской патриархии Русской Православной церкви, Москва, Россия

**Хан М.А.** – д.м.н., профессор, руководитель отдела заболеваний детей и подростков ФГУ РНЦ восстановительной медицины и курортологии Росздрава, главный детский физиотерапевт и курортолог Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

**Юнусов В.А.** – д.м.н., профессор, ректор Российской академии медико-социальной реабилитации, Москва, Россия

### ОТВЕТСТВЕННЫЕ СЕКРЕТАРИ

**Крутякова Е.Н.** – заместитель директора по психолого-педагогической работе РРЦ «Детство», Москва, 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

**Крошнин С.М.** – к.м.н., заслуженный врач РФ, член медицинского комитета Европейской национальной лиги по плаванию, главный врач Московской областной больницы восстановительного лечения, Москва, Россия

**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.**



Международная топливно-энергетическая Ассоциация



МОО «Ассоциация защиты информации»



МОСКОВСКАЯ  
АССОЦИАЦИЯ  
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ



Союз производителей нефтегазового оборудования

**РЛС**  
РЕГИСТР ЛЕКАРСТВЕННЫХ  
СРЕДСТВ РОССИИ

**Медицинская  
газета**

МОСКВА

2008

Информационная поддержка:  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
РОССИЙСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ  
ЦЕНТР «ДЕТСТВО» РОСЗДРАВА

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>КОЛОНКА РЕДАКТОРА</b>	<b>3</b>	РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ УСТНОЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ СО ЗРИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
		<b>О.В. Дорошенко, Г.И. Гринчук</b>	<b>37</b>
<b>ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ</b>			
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА НА БАЗЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА		СРЕДСТВА И МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ	
<b>А.С. Носко, Л.М. Рудницкая, Е.Т. Лильин</b>	<b>4</b>	<b>С.Н. Мухина</b>	<b>42</b>
ОРГАНИЗАЦИЯ ДИЕТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ РАННИХ СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ		<b>ОБЗОР</b>	
<b>З.Г.Ларионова, И.Я. Конь, А.П. Шарандак</b>	<b>9</b>	СИНДРОМ РЕТТА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР	
		<b>М.Ю. Бобылова, М.Е. Максимова</b>	<b>48</b>
<b>ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ</b>			
МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА ВЕГЕТАТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОДРОСТКОВ		<b>ОБМЕН ОПЫТОМ</b>	
<b>Р.Ф. Гимранов, З.А. Кубанов, Ж.В. Гимранова, А.Б. Рустамов, Р.Р. Галимов</b>	<b>18</b>	МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ	
		<b>Ю.А. Кондратьев</b>	<b>56</b>
<b>ПРАВА РЕБЕНКА</b>			
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЛИЧНОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ		ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА (ИПР) – ОСНОВА РЕАБИЛИТАЦИИ	
<b>Е.В. Фадеева, Б.М. Коган</b>	<b>24</b>	<b>В.Г. Кальте</b>	<b>59</b>
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ПРОЦЕССЕ НАДОМНОГО ОБУЧЕНИЯ		<b>РАЗНОЕ</b>	
<b>Д.Н. Ефремова</b>	<b>29</b>	<b>ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЧИТАТЕЛЕЙ</b>	<b>66</b>
ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО КОРРЕКЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО НА ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ОБУЧЕНИЮ У УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ УЧАЩИХСЯ		<b>ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ</b>	<b>68</b>
<b>М.В. Лузик</b>	<b>32</b>		

## КОЛОНКА РЕДАКТОРА

Е.Т. Лильин

Уважаемые читатели!

Как известно, нынешний 2008 год был объявлен президентом РФ В.В. Путиным «Годом семьи». В связи с этим особое внимание специалистов-реабилитологов привлекают проблемы семей, имеющих детей с ограниченными возможностями. Полагаем, что в основе решения этих проблем должны лежать усилия направленные не только на улучшение материального благополучия. Наши усилия должны находить свое отражение во всех жизненных сферах. Такие вопросы, как организация работы дневных стационаров для больных с детским церебральным параличом, обеспечение правильного или диетического питания у детей с определенной патологией и ряд других, включая вопросы социально-юридической помощи приобретают особое значение. Особо укажем, что вновь избранный президент РФ Д.А. Медведев объявил приоритетными ряд направлений для дальнейшего развития медико-социальной помощи детям в Российской Федерации. Исходя из этого, опыт отдельных регионов по профилактике детской инвалидности и социальной реабилитации детей-инвалидов, а также мнение квалифицированных специалистов в своих отраслях приобрели большое значение.

Редакция журнала продолжает свою работу, направленную на развитие и совершенствование службы детской реабилитологии в России, поэтому в номере Вы найдете информацию не только о значении и правильном использовании индивидуальных программ реабилитации (ИПР), но и о возможности изучения опыта в этом направлении наших зарубежных коллег. Надеемся, что этот выпуск журнала будет интересен не только рядовым



читателям, но и региональным руководителям, ответственным за организацию помощи детям с ограниченными возможностями. Не останавливайтесь на достигнутом! В добрый путь, уважаемые коллеги!

P.S. Редакция журнала считает своим долгом проинформировать читателей о проведении крупнейшего в Европе семинара посвященного социальной защите и социальной адаптации инвалидов в октябре 2008 г в Дюссельдорфе (см. стр. 66). Ждем Ваших заявок на участие.

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА НА БАЗЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

А.С. Носко, Л.М. Рудницкая, Е.Т. Лильин  
ФГУ РРЦ «Детство» Росздрава, Москва

### SUMMARY

*At the present stage of public health services development the explosive question about organization of economically effective hospitalsubstituting technologies is raised up. One of which kinds is the day time hospital. The successful attempt of work of a day time hospital for children-invalids with a various psycho neurological diseases, organized on the basis of Federal State Institution "Russian Rehabilitation Center "Ditto" is described in this article. The presented data testify that application of modern methods of complex rehabilitation and the effective organization of medical process allow to achieve high results of rehabilitation that testifies to indisputable expediency and economic correctness of creation of day time hospitals for children with a various psycho neurological pathology in regional and municipal clinics in Russian Federation.*

**Keywords:** A day time hospital, Rehabilitation, Children-invalids, Cerebral Palsy.

### РЕЗЮМЕ

*На современном этапе развития системы здравоохранения достаточно остро встает вопрос об организации экономически эффективных стационарзамещающих технологий, одним из видов которых является дневной стационар. В данной статье описан опыт работы дневного стационара психоневрологического профиля для детей-инвалидов, организованного на базе Федерального государственного учреждения «Российский реабилитационный центр «Детство» Росздрава. Представленные данные свидетельствуют о том, что применение современных методов комплексной реабилитации, а также эффективная организация лечебного процесса позволяют добиться высоких результатов реабилитации, что свидетельствует о бесспорной целесообразности и экономической оправданности создания дневных стационаров для детей с различной психоневрологической патологией в региональных и муниципальных ЛПУ Российской Федерации.*

**Ключевые слова:** дневной стационар, реабилитация, дети-инвалиды, детский церебральный паралич.

На фоне сохраняющейся за последние годы тенденции к увеличению уровня неврологической заболеваемости, приводящей к стойкому ограничению возможностей, среди населения в возрасте от 0 до 17 лет крайне важной задачей здравоохранения является повышение качества оказания медицинской помощи детскому населению.

Анализ динамики детской инвалидности за счет заболеваний нервной системы на примере Санкт-Петербурга показал, что в 2000 году уровень инвалидности в данном регионе составлял 3,91‰ и достиг к 2005 г. значения 3,45‰ [4]. По данным ВОЗ уровень детской неврологической инвалидности в странах Европы за период с 2004 по 2005 гг. возрос от 3,33‰ до 3,43‰, а тренд динамики уровня дет-

ской инвалидности вследствие заболеваний нервной системы прогнозирует рост показателя к 2009 году до 5,0‰.

Результаты специальных исследований свидетельствуют, что от 50 до 70% данного контингента больных, получающих реабилитацию в стационарах, могли бы получать более эффективное и значительно менее дорогостоящее восстановительное лечение в условиях дневных стационаров поликлиник, больничных учреждений и стационаров на дому.

В данной статье рассмотрена организация работы дневного стационара реабилитационного профиля ФГУ «Российский реабилитационный центр «Детство» Росздрава для больных детского возраста с различной психоневрологической патологией:

детский церебральный паралич, последствия перинатальных поражений ЦНС, последствия острых нарушений мозгового кровообращения, инфекционно-воспалительных заболеваний ЦНС, хромосомные болезни, наследственные дегенеративные заболевания, задержка психоречевого развития, различные формы нарушения речевого развития, аутистический синдром и т.д. Это отделение было развернуто в ноябре 2005 года, мощностью 28 коек.

Структура дневного стационара организована согласно стандартам, разработанным по опыту работы отделений психоневрологического профиля нашего Центра и выглядит следующим образом:

- Семь 4-местных палат. Каждые две палаты объединены общим холлом с туалетом и душевой;
- Пост медицинской сестры;
- Процедурный кабинет;
- Кабинет зав. отделением;
- Ординаторская;
- Кабинет старшей медицинской сестры;
- Кабинет сестры-хозяйки;
- Столовая;
- Игровая;
- 2 кабинета психологов;
- 2 кабинета логопедов-дефектологов;
- 2 зала для проведения занятий под руководством кондуктологов;
- Кабинет массажа на 2 массажных стола;
- Сенсорная комната;
- Кабинет для занятий Монтессори-терапией;
- Компьютерный класс;
- Кабинет для проведения занятий по социально-бытовой адаптации;
- Комната отдыха для родителей.

Согласно мощности 28 реабилитационных коек штат дневного стационара укомплектован следующими сотрудниками:

- Заведующий отделением – 1 ст.;
- Врач-невролог – 2 ст.;
- Врач-педиатр – 0,5 ст.;
- Старшая медицинская сестра – 1 ст.;
- Сестра-хозяйка – 1 ст.;
- Медицинская сестра палатная – 2 ст. (работа осуществляется по графику через день);
- Медицинская сестра процедурного кабинета

– 1 ст.;

- Воспитатель-методист – 2 ст. (специалист-кондуктолог);
- Олигофренопедагог – 1 ст.;
- Логопед – 1 ст.;
- Психолог – 2 ст.;
- Учитель-дефектолог – 2 ст.;
- Воспитатель – 2 ст.;
- Медсестра по массажу – 2 ст.;
- Санитарка – 2 ст.

Итого: 22,5 ставки.

Как уже говорилось, на базе дневного стационара получают лечение больные с различной психоневрологической патологией. В нашем отделении, согласно общемировым стандартам реабилитации, мы стараемся соблюдать принцип интегративности, проводя совместную реабилитацию больных с синдромом двигательных нарушений и пациентов с умственной отсталостью. Это позволяет увеличить степень социальной адаптации и, согласно нашему опыту, что так же совпадает с данными мировой литературы, увеличивает эффективность восстановительного лечения детей с психоневрологической патологией. Так, за время работы с ноября 2005 по июнь 2007 года на базе дневного стационара получали необходимое лечение 549 больных в возрасте от 2 до 17 лет (средний возраст  $6,7 \pm 0,5$  лет), из них 316 больных с синдромом двигательных нарушений различной этиологии, а 233 – с умственной отсталостью.

В дневном стационаре, как и во всех отделениях ФГУ РРЦ «Детство», в качестве ведущего метода лечения мы применяем метод кондуктивной терапии, который основан на принципах кондуктивной педагогики, разработанной А. Пето в 50-х годах прошлого века. Основным направлением кондуктивной педагогики является интеграция ребенка в условия социальной среды, что достигается путем расширения спектра целенаправленных действий больного в сочетании с психолого-педагогической и логопедической коррекциями. В процессе лечения проводятся занятия, направленные на одновременное формирование движений в онтогенетических этапах двигательного развития, развитие мышления, памяти, внимания, эмоциональной сферы и других сторон интеллектуальной деятельности, ликвидацию

логопедических проблем.

На современном этапе применение всего спектра реабилитационных технологий: медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, методики психосенсорной коррекции, биологической обратной связи, компьютерные и социально-бытовые занятия, игротерапия и т.д. в структуре кондуктивной педагогики позволяют закономерно применять термин «кондуктивная терапия» и позиционировать его как крайне эффективный метод реабилитации больных детского возраста с психоневрологической патологией [1, 2], что доказательно изложено в материалах более чем десяти кандидатских работ, которые были проведены на базе нашего Центра за последние пять лет.

Хочется отметить особую методическую организацию работы психологов в структуре кондуктивной терапии, которая заключается не только в коррекции нарушений психологической сферы у наших пациентов, но и, что крайне важно, в оказании консультативной помощи родителям, коррекции отношений внутри семьи ребенка с ограниченными возможностями, что позволяет повысить уровень медико-психолого-логопедической диагностики, эффективность терапии и коррекционных занятий. Особое внимание в структуре метода уделяется повышению уровня социально-бытовой адаптации детей-инвалидов, что является наиболее общим, интегративным отражением состояния двигательной и психо-речевой сфер ребенка с ограничением возможностей.

Направление на госпитализацию в дневной стационар выдается неврологом поликлиники ФГУ РРЦ «Детство» по результатам проведенного неврологического обследования и отсутствия противопоказаний к лечению (эпилепсия с частыми эпилептическими приступами, выраженные психические нарушения и тяжелая умственная отсталость, хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации, сахарный диабет, туберкулез и тубинфицированность, онкологические заболевания, несоциализированные расстройства поведения) и утверждается главным врачом либо заведующим дневным стационаром.

Поступление в дневной стационар осуществляется через приемное отделение, где на каждого пациента оформляется история болезни.

Лечение в дневном стационаре осуществляется с 9 до 14 часов с двумя перерывами: с 11.00 до 11.30 на завтрак и с 13.00 до 13.30 на обед, с понедельника по пятницу.

В дневном стационаре используется заездная система поступления: на курс лечения длительностью три недели пациенты поступают в один день. Так называемый «заезд» комплектуется согласно следующим принципам:

- формирование однородных реабилитационных групп, что достигается путем тщательного отбора пациентов на заезд по нозологическому и возрастному критерию. Такой подход способствует повышению эффективности лечения, увеличению количества групповых занятий, составлению жесткого расписания для специалистов и, тем самым, уменьшению количества времени, необходимого для оказания помощи пациенту в течение дня, в результате чего появляется возможность организовать вторую смену работы дневного стационара с 14.00 до 18.30 с привлечением сотрудников, работающих в первую смену;
- количество пациентов, записанных на заезд, должно незначительно превышать количество койко-мест в отделении, поскольку, по нашему опыту, до 10% больных не поступают на лечение, чаще всего по причине ОРВИ, возникшей у ребенка или мамы, либо по семейным обстоятельствам того или иного рода.

В дневном стационаре используется принцип реабилитационной бригады. Реабилитационная бригада состоит из врача-невролога, логопеда, психолога и кондуктолога (специалиста по кондуктивной педагогике), которые на основании данных анамнеза, результатов осмотра в отделении, дополнительных обследований оценивают реабилитационный потенциал и разрабатывают индивидуальный реабилитационный план ведения больного, корректируют его с учетом динамики состояния ребенка на фоне проводимого лечения. Такой подход мы считаем крайне важным, поскольку он позволяет выработать общую медико-психолого-педагогическую концепцию лечения пациента, что значительно повышает эффективность реабилитационного процесса.

В первый день заезда ребенок обязательно дол-

жен быть осмотрен заведующим отделением и всеми специалистами реабилитационной бригады. План лечения и обследования назначается согласно наличию строго обоснованных показаний к проведению каждой процедуры. Опыт нашей работы показывает, что достаточно часто родители пациентов настаивают на проведении клинически необоснованных процедур и обследований. Это мешает нормальному ходу реабилитационного процесса, снижает эффективность восстановительного лечения за счет проведения бессмысленной работы, в результате чего сокращается время, затрачиваемое на необходимые процедуры, и возрастает стоимость лечения. В связи с этим крайне важна работа с родителями, которую проводят психотерапевты и психологи.

После первичного осмотра пациентов распределяют на реабилитационные группы. Каждую группу курирует, как правило, одна реабилитационная бригада. Еще раз подчеркнем, что для каждого пациента составляют индивидуальное расписание, так называемый реабилитационный маршрут, на каждый день пребывания в отделении. В расписание включаются групповые и индивидуальные занятия с кондуктологом, логопедом, дефектологом и психологом, развитие мелкой моторики, занятия по социально-бытовой адаптации, сенсорная комната, звуковой луч, опти-музыка, иппотерапия, агротерапия, эрготерапия, занятия в компьютерном классе, массаж, физиотерапевтические процедуры.

Составляя индивидуальное расписание, следует стараться сконцентрировать занятия с кондуктологом, психологом и логопедом на утренние часы, по причине повышенной работоспособности наших пациентов именно в это время. После завтрака проводится массаж, физиотерапевтическое лечение и необходимые обследования и консультации врачей-специалистов.

Дополнительные обследования, клинические анализы, консультации специалистов и физиотерапевтическое лечение проводятся на базе поликлиники восстановительного лечения нашего Центра.

Во избежание вспышек инфекционных заболеваний медицинская сестра отделения каждое утро осуществляет термометрию, осмотр кожных покровов и слизистых всех пациентов. Данные заносятся в специальный Журнал ежедневного осмотра

пациентов.

В конце курса лечения в дневном стационаре специалисты реабилитационной бригады оценивают комплексную динамику стато-локомоторного развития и психо-речевой сферы, достигнутые в результате проведенного лечения, на основании чего составляют представление о реабилитационном прогнозе каждого больного. Это позволяет определить достаточную и эффективную кратность повторных курсов реабилитации и составить подробный план восстановительного лечения для каждого пациента на период до следующей госпитализации. Данную информацию заносят в подробную выписку, в которой также содержится информация о проведенном на базе нашего центра лечении, подробные рекомендации каждого из специалистов реабилитационной бригады, врачей-консультантов и результаты проведенных обследований.

Важным принципом работы нашего Центра является проведение восстановительного лечения с необходимой эффективной кратностью курсов, которую определяют согласно реабилитационному прогнозу каждого пациента. Запись на повторный заезд осуществляется лечащим врачом при выписке пациента по согласованию с заведующим дневным стационаром и главным врачом. Кратность лечения в нашем подразделении для большинства больных составляет 2-3 раза в год.

Крайне важной задачей на фоне сохраняющейся за последние годы тенденции преобладания в структуре детской неврологической инвалидности детей в возрасте 10–14 лет (38,9±0,9%) [4] является организация второй смены работы дневного стационара. Мы считаем, что создание для детей-инвалидов школьного возраста возможности проходить реабилитацию во второй половине дня и не прерывать столь необходимое школьное обучение по месту жительства является залогом увеличения темпов интеграции данной группы детей в общество. Вопрос организации второй смены работы дневного стационара также является крайне актуальным, поскольку очередь на госпитализацию в наше отделение такова, что на данный момент времени мы формируем заезд на февраль 2010 года.

Проведенная оценка результатов работы нашего отделения в период с ноября 2005 по июнь 2007 года

показала, что органичная организация лечебного процесса и применение эффективного метода реабилитации с достаточной кратностью курсов позволили добиться среди наших пациентов уменьшения количества больных с тяжелой степенью двигательных нарушений: с 31,2% до 6% и значительного увеличения больных с легкой степенью тяжести заболевания – с 27,3% до 72,8%. Также отмечалась выраженная положительная динамика в психо-речевой сфере, что в совокупности с уменьшением тяжести двигательного дефицита нашло отражение в увеличении темпов социально-бытовой адаптации наших пациентов: 81,8% больных могли передвигаться самостоятельно, 51,5% – освоили передвижение по лестнице, 90,9% детей стали одеваться самостоятельно, 87,9% – пользовались унитазом, 100% пациентов научились есть без посторонней помощи, при этом 72,7% из них использовали нож и вилку [3]. При сравнении полученных данных с результатами стационарных психоневрологических отделений Центра достоверной разницы в динамике не отмечалось.

Таким образом, подводя итог вышесказанному, можно отметить, что внедрение в практику лечения больных неврологического профиля дневного стационарирования в сочетании с четкой организацией работы соответствующего подразделения позволяет:

- повысить экономическую эффективность ЛПУ за счет уменьшения стоимости одного койко-дня (средняя стоимость койко-дня в стационарах неврологического профиля по Московской области в 2007 году составила 1 964,44 рубля, тогда как в дневных стационарах – 1 423,52 рубля), увеличения оборачиваемости койки, увеличения количества пролеченных за год больных, уменьшения средней длительности пребывания пациента на койке;
- улучшить качество оказания медицинской помощи;
- снизить уровень инвалидности среди детского населения;
- уменьшить необходимое число повторных госпитализаций пациентов в стационар, не только в результате высокой эффективности проводимого лечения, но и разработки программы амбулаторного лечения по месту жительства согласно рекомендациям специалистов днев-

ного стационара;

- улучшить преемственность между различными ЛПУ.

Представляет интерес тот факт, что организация на базе нашего Центра дневного стационара позволила перераспределить поток пациентов таким образом, что часть больных, проживающих в близлежащих к реабилитационному центру районах, прошли реабилитацию на базе дневного стационара, в результате чего значительно увеличилось количество пациентов из других регионов РФ, которые смогли получить столь необходимое лечение на стационарных койках нашего Центра.

Представленные данные позволяют говорить о целесообразности и необходимости не только организации дневных стационаров на базах реабилитационных центров, но также об открытиях целой сети своеобразных «филиалов» – дневных стационаров реабилитационного профиля для больных с различной психоневрологической патологией в региональных и муниципальных ЛПУ Российской Федерации.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Лильин Е.Т., Доскин В.А. Детская реабилитология. – М.: Издательский центр МБН, 1997. – 279 с.
2. Лильин Е.Т. Современные технологии реабилитации в педиатрии. // М., «ОДИ international», 2000. – 540 с.
3. Носко А.С. Роль искусственной локальной гипотермии в комплексной реабилитации больных спастическими формами детского церебрального паралича. // Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 24 с.
4. Янушанец Н.Ю. Состояние и пути оптимизации медицинской реабилитации детей с ограниченными возможностями вследствие заболевания нервной системы. // Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2007. – 18 с.

#### КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

**Анастасия Сергеевна Носко**, зав. отделением «дневной стационар поликлиники»

ФГУ РРЦ «Детство» Росздрова

Тел.: 739-26-52 – раб., 8-910-441-42-91 – моб.

**Лариса Матвеевна Рудницкая**, главный врач поликлиники с дневным стационаром

ФГУ РРЦ «Детство» Росздрова

Тел.: 739-26-52 – раб., 508-38-99 – моб.



## ОРГАНИЗАЦИЯ ДИЕТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ РАННИХ СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ

З.Г. Ларионова, И.Я. Конь  
 ГУ НИИ питания РАМН, Москва  
 А.П. Шарандак  
 ФГУ РРЦ «Детство», Москва

### THE ORGANIZATION OF A DIETARY FEED IN FAMILIES OF CHILDREN AND TEENAGERS WITH ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION AS THE FACTOR OF PREVENTIVE MAINTENANCE AND REHABILITATION OF EARLY VASCULAR ACCIDENTS

Z.G.Larionova, I.YA.Kon', A.P.Sharandak

#### THE RESUME

*Organization of a rational dietary feed in families of children and teenagers with essential arterial hypertension is one of the major factors of preventive maintenance and rehabilitation after possible early heart attacks and insults in more advanced age. In clause products and dishes for a feed of sick children are offered.*

**Keywords:** a dietary feed, children, teenagers, an arterial hypertension.

#### РЕЗЮМЕ

*Организация рационального диетического питания в семьях детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией является одним из важнейших факторов профилактики и реабилитации после возможных ранних инфарктов и инсультов в более старшем возрасте. В статье предложены продукты и блюда для питания больных детей.*

**Ключевые слова:** диетическое питание, дети, подростки, артериальная гипертензия.

Связь артериального давления с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) доказана многочисленными эпидемиологическими исследованиями, проведенными в различных странах мира, в том числе и в России. В настоящее время уровень артериального давления 140/90 мм рт. ст. и выше считается артериальной гипертензией (АГ). В России согласно этим критериям 39% женщин и 41% мужчин в возрасте 18 лет и старше страдают артериальной гипертензией, при этом многие из них не знают о своем заболевании, лечатся нерегулярно и плохо контролируют свое АД [18]. Общеизвестно, что АГ является ведущим фактором риска мозгового инсульта, ишемической болезни сердца (ИБС), застойной сердечной недостаточности, почечной недостаточности [18].

По данным Chalmers et al., 1996, АГ как изменяемый фактор, уменьшающий риск развития инсульта, стоит на первом месте и распространен в популяции до 30%. Многие исследования убедительно показали, что путем активного выявления и регулярного лечения артериаль-

ной гипертензии, можно на 40–50% снизить смертность от мозгового инсульта и в меньшей степени, на 15–20% – от ИБС. Возможно, это связано с тем, что наиболее часто используемые гипотензивные препараты (бета-блокаторы и диуретики) негативно влияют на другие факторы риска ИБС (липидный спектр, толерантность к углеводам, гиперурикемию), нейтрализуя таким образом позитивный эффект снижения артериального давления, поэтому принятие решения о назначении длительной медикаментозной терапии при небольшом повышении артериального давления может оказаться не таким простым, особенно у детей.

Литературные данные свидетельствуют о том, что условия для развития сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых формируются уже в детском и подростковом возрасте [6], поэтому высокая степень инвалидизации и преждевременной смерти в результате ишемической болезни сердца и мозгового инсульта у взрослых требуют обязательного раннего доклинического выявления АГ и профилактики ее уже в детском

возрасте. В связи с этим проблема эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) и ее профилактики занимает приоритетное положение в детской кардиологии.

За последние 30 лет структура кардиоваскулярной патологии детского и подросткового возраста претерпела существенные изменения, в частности, увеличился удельный вес сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) неревматического происхождения, среди которых особое место занимают артериальные гипертензии. По данным массовых обследований, артериальная гипертензия наблюдается в зависимости от возраста и избранных критериев у 2,4–18% детей и подростков [2]. Артериальное давление остается повышенным в дальнейшем у 33–42% подростков, т.е. у каждого третьего ребенка с артериальной гипертензией в дальнейшем возможно формирование гипертонической болезни [6].

По данным рекомендаций, разработанных экспертами Всероссийского общества кардиологов и Ассоциации детских кардиологов России, у детей старшего школьного и подросткового возраста именно ЭАГ является наиболее частой причиной артериальной гипертензии. Факторы, определяющие возникновение АГ у детей, многообразны и включают наследственность, личностные особенности, рост, вес, условия жизни.

Многие авторы склоняются к тому, что ЭАГ представляет собой наследственный мультифакториальный аутосомно-доминантный полигенный патологический процесс, характеризующийся фенотипической гетерогенностью, высокой частотой в популяции, сходством клинических и других проявлений болезни у ближайших родственников и пробанда, что соответствует коэффициенту наследуемости, превышающему 50–60% [20]. Наследственная предрасположенность в возникновении ЭАГ является лишь одним из факторов риска развития АГ. Сложные эффекты генетических факторов могут ослабляться физиологическими механизмами, обеспечивающими стабильность уровня артериального давления, в частности, каликреин-кининовой системой [6].

Хотя темпы формирования заболевания зависят от генотипа, наряду с этим большое внимание придается фенотипическим факторам, которые рассматриваются в настоящее время как модифицируемые факторы, так как их влияние на организм можно в той или иной

степени ограничить или скорректировать оптимальным образом жизни и медицинскими воздействиями. К числу модифицирующих фенотипических факторов наряду с употреблением алкоголя, курением, гиподинамией и психическим напряжением относятся и нерациональное питание и, в частности, такие факторы как избыточное потребление соли, насыщенных жиров, неблагоприятное соотношение в рационе омега-3 и омега-6 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), дефицит пищевых волокон [1].

Исследование большого количества детей в России (данные исследований РГМУ) выявило общее неблагополучие в обществе, характеризующееся высокой концентрацией негативных факторов социально-бытового плана среди детей из семей, где родители страдают тяжелой патологией, связанной с атеросклерозом, в том числе, осложненным гипертонической болезнью (ГБ) [11]. В большинстве случаев наличие такой патологии в семье не оказывает протективного воздействия на семейный уклад и формирование в семье активной позиции неприятия отрицательных факторов образа жизни.

Популяционная стратегия массовой профилактики АГ направлена на изменение образа жизни и окружающей среды больших контингентов населения с целью оздоровления образа жизни и предотвращения появления или снижения уровня факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Профилактическое и лечебное питание детей с АГ и детей из группы риска по развитию этого заболевания должно служить одной из необходимых мер комплексной профилактики и лечения АГ. Однако, по данным крупномасштабных эпидемиологических исследований, больные АГ и ГБ получают в большинстве случаев в начальных стадиях болезни только медикаментозную терапию, причем, лечение АГ у детей и подростков чаще начинают с медикаментозного лечения теми же препаратами, которые назначают взрослым.

Вместе с тем, во всех рекомендациях по лечению, в том числе и экспертов ВОЗ, указывается, что основу терапии АГ и ГБ в начальном периоде должно составлять, именно, немедикаментозное лечение, которое включает изменение образа жизни, увеличение двигательной активности, сокращение потребления алкоголя и табакокурения, и рационализацию питания [7]. Эксперты ВОЗ считают, что немедикаментозное лечение

ЭАГ у детей и подростков должно быть единственным методом лечения этого заболевания. В то же время научные исследования в нашей стране, в которых доказывалась неэффективность немедикаментозных методов лечения АГ у детей и подростков, возможно, обусловлены отсутствием разработок рекомендаций по организации диетической коррекции данного заболевания и питания детей из группы риска по развитию данного заболевания.

Диетотерапия является одним из необходимых звеньев комплексного лечения АГ, ГБ и ССЗ у взрослых, систематические же исследования, направленные на разработку методов диетотерапии при артериальной гипертензии у детей, в отличие от взрослых, практически отсутствуют. В руководствах по лечению АГ и ГБ, предназначенных для лечащих врачей и студентов вузов, этой проблеме посвящается не более нескольких фраз. Учитывая, что диета при данной патологии назначается на длительное время, необходима комплексная качественная модификация рациона питания детей, с учетом современных представлений о патогенезе ЭАГ. В связи с этим, целью данной работы является обоснование принципов диетотерапии у детей с ЭАГ. При этом, с учетом современных представлений о патогенезе АГ, целью ее диетической коррекции являются:

- нормализация артериального давления и улучшение функционального состояния почек и коры надпочечников;
- нормализация водно-солевого баланса и тонуса сосудов;
- профилактика возникновения избыточной массы тела у ребенка.

Исходя из этих целей, при разработке лечебно-профилактической диеты для детей с ЭАГ и детей из группы риска по развитию этого заболевания, мы руководствовались следующим:

- обеспечение потребностей детей в энергии и основных пищевых веществах: белках, жирах, углеводах в соответствии с возрастными физиологическими нормами;
- включение в рацион необходимого количества всех незаменимых эссенциальных элементов пищи (незаменимые аминокислоты, ПНЖК, пищевые волокна, витамины, минеральные вещества);
- ограничение потребления насыщенных жиров с

увеличением квоты ненасыщенных жирных кислот, оптимизация соотношения омега-3 и омега-6 ненасыщенных жирных кислот;

- ограничение потребления натрия в питании в соответствии с возрастными физиологическими потребностями;
- оптимизация соотношения в рационе натрия и калия в соответствии с возрастными физиологическими потребностями.

Потребление достаточных количеств белка представляется необходимым, так как в дошкольном и школьном возрасте интенсивно идут процессы роста и развития детей, поэтому особое значение следует придавать их обеспеченности белками, как основному пластическому материалу. Недостаточное поступление с пищей белков, в том числе и аминокислот, нарушает динамическое равновесие белкового анаболизма и катаболизма, сдвигая его в сторону преобладания распада собственных белков организма, в том числе белков-ферментов и гормонов.

Ограничение в рационе уровня белка неизбежно ведет к снижению поступления отдельных аминокислот, являющихся предшественниками важных физиологически активных веществ, в частности, триптофана, служащего предшественником никотиновой кислоты (витамин РР), и серотонина, которые активно участвуют в изменении АД [1]. В связи с этим, содержание белка в диете детей с АГ и детей из группы риска по развитию данного заболевания должно соответствовать возрастной физиологической потребности.

Уровень жиров в рационе также должен соответствовать физиологической потребности детей в них. Ограничение в питании детей с АГ и из группы риска по развитию этого заболевания жиров ниже физиологической потребности может быть рекомендовано только врачом, при наличии у них сопутствующих заболеваний: ожирения, гиперлипидемии, атеросклероза. В то же время с учетом современных представлений о роли нарушений липидного обмена в сердечно-сосудистой (СС) патологии важное значение имеет обеспечение оптимального соотношения полиненасыщенных и насыщенных жиров и жирнокислотного состава рациона. При этом основными требованиями к составу жирового компонента рациона должны служить:

- ограничение содержания животных жиров, содержащих холестерин и насыщенные жирные

кислоты, в количестве не более 30% от общего количества жира;

- обязательное включение в питание ПНЖК (w-6 и w-3 семейств) и применение их в оптимальных количествах (не более 10% от общей энергетической ценности диеты и соотношении 10:1–7:1);
- обеспечение оптимального соотношения насыщенных и ненасыщенных жирных кислот (1:1).

Особое значение в последние годы уделяется оптимальному соотношению в рационе w-3 и w-6 ПНЖК. Эти эссенциальные ПНЖК являются предшественниками различных классов эйкозаноидов, оказывающих разнонаправленное физиологическое действие, в том числе и в отношении регуляции тонуса сосудов и системы свертывания крови. Установлено, что дополнительное включение в рацион взрослых людей w-3 ПНЖК оказывает гипотензивное и гиполипидемическое действие. В связи с этим представляется целесообразным при построении рационов лечебных диет для детей с АГ обеспечить оптимальное соотношение в рационе w-6 и w-3 ПНЖК (не более чем 10:1–7:1).

В пользу этого говорят, в частности, исследования, проведенные в 70–80-х годах прошлого века в Гренландии. У эскимосов, потребляющих много жирной рыбы, содержащей в повышенном количестве полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) семейства омега-3, сердечно-сосудистые заболевания регистрируются значительно реже, чем у лиц, временно проживающих в этом регионе. Экспериментальные и клинические наблюдения, а также мультицентровые, плацебоконтролируемые эпидемиологические исследования, проведенные в последние годы, способствовали уточнению влияния ЖК разной степени насыщенности на обмен липидов и липопротеидов и развитие атеросклероза ИБС.

Результаты исследования 11 324 пациентов из стран Западной Европы показали, что применение в течение 3,5 лет рыбьего жира (1 г/сутки), содержащего ПНЖК семейства омега-3 (0,85 г/сутки) (ЭПК и ДГК) и 300 мг/сутки витамина Е привело к снижению летальности от ИБС на 17–30% и общей смертности на 14–20%. В опытах на спонтанно гипертензивных крысах при применении в диете рыбьего жира он снижал как систолическое, так и диастолическое АД. В другом опыте у гипертензивных крыс, получавших рыбий жир, наблюдалось снижение АД на 26 мм рт. ст., что было связано с нормализацией

сократительной активности артерий.

Общее количество углеводов в рационе также должно соответствовать возрастной физиологической норме потребления пищевых веществ. При этом с учетом современных представлений о патогенезе АГ, необходимо:

- ограничить продукты с высоким гликемическим индексом;
- обеспечить достаточное количество в рационе пищевых волокон.

Продукты с высоким гликемическим индексом, под которым понимают относительное (в %) увеличение содержания глюкозы в крови после приема 50 г углеводов, способствуют возникновению у больных нарушений жирового и углеводного обмена и, как результат, появлению избыточной массы тела. К таким продуктам относятся: сахар, варенье, джем, сдобные мучные кондитерские изделия (печенье, торты, пирожные и т.д.), макаронные изделия, манная крупа, сладкие напитки, концентрированные соки.

Большое внимание уделяется в последние годы такому фактору как пищевые волокна. Исследования в странах и регионах, где люди потребляют значительное количество овощей и фруктов и другой растительной пищи, показали, что там ниже заболеваемость неинфекционными хроническими заболеваниями, в том числе и АГ. Овощи и фрукты, зерновые и бобовые – главные и единственные источники пищевых волокон в питании человека, под которыми понимают съедобные части растений или аналогов углеводов, резистентных к перевариванию и всасыванию в тонком кишечнике, но полностью или частично расщепляемых в толстом кишечнике под влиянием микроорганизмов. Пищевые волокна (ПВ) представлены нерастворимыми полисахаридами: пектином, целлюлозой, гемицеллюлозой и т.д. Они улучшают моторику кишечника и эвакуацию пищи и продуктов ее переработки в организме. Кроме того, ПВ способны связывать желчные кислоты и влиять на их распределение вдоль ЖКТ, что ведет к снижению всасывания жиров.

Содержание витаминов и минеральных веществ в рационе детей с повышенным АД также должно соответствовать физиологической возрастной норме. Витамины обеспечивают организм регуляторами физиологических и биохимических процессов, лежащих в основе реализации большинства жизненно важных функций

организма и работы его органов и систем, в том числе и сердечно-сосудистой. При этом особое внимание следует уделять адекватному содержанию в рационе витаминов В1 и РР, которые участвуют в регуляции работы нервной системы и сосудов. Значительное внимание следует уделять минеральному составу пищи и, в частности, содержанию натрия, калия, кальция.

Как было уже отмечено, одним из фенотипических экзогенных факторов, влияющих на уровень артериального давления, является натрий, а также основной источник потребления натрия – поваренная соль. Уменьшение потребления поваренной соли относится к немедикаментозным мероприятиям с доказанной эффективностью в отношении снижения АД и развития сердечно-сосудистой патологии. По данным Chalmers et al., 1996, подсаливание еды включено в перечень изменяемых факторов риска развития инсульта, при распространенности в популяции до 30% [14]. Ограничение в питании соли в течение долгого времени считалось практически основным немедикаментозным способом лечения АГ у взрослых.

С современных позиций, ограничение потребления соли также является важным методом терапии АГ, но по данным международного исследования Intersalt при нормотонии в группе риска по развитию ЭАГ и при мягкой АГ – САД 130–159 мм рт. ст. – не отмечено значительного снижения цифр артериального давления при ограничении использования натрия в питании. Известны работы по изучению частоты АГ среди жителей приморских поселков на Хоккайдо и жителей Карпат, проведенные среди групп населения, вынужденно потреблявших значительно большие количества поваренной соли, что приводило к значительно большему распространению АГ в этих группах [18].

Международная программа Intersalt, в которой был проведен корреляционный анализ 52 групп населения, рассредоточенных по всему миру, а также эпидемиологические исследования доктора Law [3] с сотрудниками являются важными аргументами, подтверждающими роль потребления соли в развитии артериальной гипертензии. С другой стороны, есть данные и о том, что снижение потребления соли может задерживать рост АД с возрастом, а также предупреждать развитие гипертонии у лиц с пограничным давлением (Hofman et al.). Эпидемиологические данные, полученные в Японии (Perry J. J.), четко показали, что снижение потребления

соли до необходимого количества в популяции может привести к уменьшению распространенности АГ, а также к снижению частоты новых случаев инсультов. По данным некоторых исследователей, уменьшение потребления соли с 10 до 4,5 г в сутки снижает уровень САД на 4–6 мм рт. ст. [14].

Поскольку поваренная соль представляет собой хлорид натрия, значительное внимание уделяется роли в патогенезе АГ именно натрия – основному действующему началу поваренной соли, который является основным внеклеточным электролитом и находится в организме в межклеточных жидкостях в виде ионов. Ионы натрия отвечают за распределение воды в органах и тканях. Увеличение натрия ведет к пропорциональной задержке воды в них, при этом осмотическое давление поддерживается на одинаковом уровне за счет увеличения объема жидкости.

В последнее время появились сообщения о том, что натрий является не только одним из основных факторов риска АГ, но и независимым фактором риска увеличения массы миокарда, что в свою очередь резко увеличивает вероятность коронарной болезни сердца [18]. Повышение потребления поваренной соли, по последним данным, ухудшает геометрию и увеличивает жесткость сосудистой стенки, что увеличивает скорость распространения пульсовой волны [14]. Поскольку основным источником натрия является поваренная соль, ограничение потребления натрия до необходимого количества может быть достигнуто в первую очередь за счет ограничения потребления поваренной соли (таблица 1).

Суточное потребление натрия для подростков, по данным Американской Академии педиатрии, должно составлять 2 300 мг/день. В то же время эксперты ВОЗ рекомендуют ограничить соль в питании всех здоровых людей до 5 г в день. Мнения специалистов по поводу оптимальной потребности взрослых и детей в соли противоречивы. Так, по мнению А.А. Покровского, в оптимальных условиях за сутки взрослый человек теряет около 5,5–6,0 г натрия. Для восполнения этого количества достаточно около 15 г поваренной соли. Сходные данные приводит Б.Л. Смолянский: суточная потребность взрослого человека в поваренной соли – 10–12 г, что удовлетворяется за счет содержания ее в продуктах питания (около 7 г) и добавления соли в процессе приготовления пищи и еды (3–5 г).

Исходя из того, что 50–60% натрия человек получает

Таблица 1

Содержание натрия в пищевых продуктах и блюдах из них, с использованием при их приготовлении поваренной соли по утвержденной рецептуре (на 100 г съедобной части продукта или блюда)

Наименование пищевого продукта или блюда	Содержание натрия в мг на 100 г съедобной части (по таблицам И.М. Скурихина ГУ НИИ питания РАМН )		
Поваренная соль пищевая	39 300	Шпроты консервированные	635
<b>Мясо, продукты и блюда из мяса</b>		Кальмар свежий	110
Говядина 1-й категории	65	Креветка мороженая	540
Салат мясной	287	<b>Молоко, молочные продукты и блюда из молочных продуктов</b>	
Пирожки с мясом	375	Маргарин столовый	141
Говядина тушеная	444	Молоко различной жирности	52
Пельмени	561	Сливки	40
Бутерброд с колбасой	583	Масло сливочное несоленое	70
Биточки	775	Масло сливочное соленое	400
Сосиски молочные	795	Творог полужирный	44
Колбаса докторская	828	Молоко сгущенное	130
Окорок	967	Молоко сухое	400
Говядина жареная	1 104	Сметана 20%	35
Сырокопченая колбаса	2 217	Напиток «бифидок»	35
Свинина мясная	58	Творог плодово-ягодный 4%	34
Шпик соленый	1 170	Мороженое	50
Печень говяжья	104	Сыр «Адыгейский»	470
Паштет из печени	539	Сыр «Российский»	810
Язык в желе	639	Сыр «Голландский»	1 100
<b>Птица и блюда из птицы</b>		Брынза	1 200
Куры 1-й категории	70	Сыр плавленый	1 050
Курица жареная	1 075	Суп молочный	258
Котлета куриная	2 392	Вареники ленивые	267
<b>Рыба, продукты и блюда из различных видов рыбы и морепродуктов</b>		Запеканка творожная	415
Треска свежая	55	Сырники творожные	425
Треска жареная	1 051	<b>Яйца и блюда из яиц</b>	
Минтай припущенный	913	Яйцо цельное	134
Сельдь свежая	100	Яйцо под майонезом	210
Бутерброд с сельдью	1 080	Майонез	508
Сельдь соленая	5 380	Яичница (2 яйца)	404
Горбуша свежая	70	<b>Зерновые продукты и блюда из них</b>	
Горбуша, натуральные консервы	694	Мука, высший сорт	70
Горбуша соленая	5 343	Пряники	2
Икра горбуши	2 245	Хлеб «Бородинский»	236
Осетр свежий	100	Макароны отварные	256
Балык осетровый	3 474	Сдоба	433
		Хлеб формовой	499
		Крупа гречневая	3
		Каша гречневая	379
		Крупа «Геркулес»	20
		Каша овсяная	379

из различных видов продуктов, а 40–50% добавляется при приготовлении пищи в домашних условиях или при досаливании блюд непосредственно во время еды, ограничение использования соли в домашних условиях может явиться резервом снижения общего потребления соли. В связи с этим стандартной диетологической рекомендацией является: не солить или умеренно солить пищу при приготовлении и не добавлять соль во время еды, не употреблять часто соленья, копчености, консервированные продукты с использованием соли при приготовлении.

В Российской Федерации потребление натрия в питании не регламентируется, однако, учитывая представленные данные, мы полагаем, что ограничение потребления натрия является необходимым звеном диетотерапии АГ у детей. При этом, с нашей точки зрения, потребление соли при приготовлении блюд и подсаливании уже готовой пищи за столом должно быть ограничено до 3 г в сутки у младших школьников и до 5 г в сутки – у старших. Необходимо также ограничение использования в питании детей продуктов промышленного приготовления и домашнего консервирования с использованием в их рецептуре поваренной соли.

Наряду с рассмотренными исследованиями по оценке роли избытка натрия в развитии АГ, ряд работ посвящен физиологическому антагонисту натрия – калию, который, в отличие от натрия, способствует гипотензивному эффекту. Показано, что относительно высокое потребление калия, содержащегося во фруктах и овощах, обладает независимым протекторным действием в отношении АГ (Khaw k-t., Barrett-Connor E., 1987 г.) [18]. Более выраженное положительное воздействие на величину артериального давления оказывает оптимизация соотношения калия и натрия в рационе. По данным многих авторов, диетические рекомендации по снижению натрия и увеличения калия в потребляемых продуктах позволяют снизить уровень АД через 5–6 недель [16, 17, 18]. В то же время, в ходе программы Intersalt выявлено, что потребление калия, в среднем, у населения составляет лишь 48 ммоль в день, что в 2 раза меньше физиологической нормы.

Sarrucio F.P., MacGregor G.A. (1991 г.) провели метанализ опубликованных исследований по применению диеты с добавлением калия и показали, что такой подход приводит к снижению АД и отчасти к увеличению натрий-диуреза. Суточное потребление калия для

подростков, по данным Американской Академии педиатрии, должно составлять 4 700 мг/день, но увеличение потребления продуктов, богатых калием, не следует рекомендовать пациентам с гиперкалиемией, людям, получающим ингибиторы АПФ, калийсберегающие диуретики, бета-адреноблокаторы, при ХПН, с осторожностью следует относиться к увеличению потребления калия при начальных признаках нарушения почек.

При рассмотрении роли минерального компонента рациона в регуляции АД, значительный интерес представляют данные о возможных эффектах кальция. Существуют данные о том, что люди с высоким давлением употребляют с пищей значительно меньше кальция, чем люди с нормальным АД. Некоторые данные свидетельствуют о том, что у лиц с АГ немного повышен уровень общего кальция в сыворотке крови, хотя уровень ионизированного кальция снижен. Однако применение при ЭАГ препаратов кальция неэффективно, более того, центральная роль в патогенезе отводится повышению внутриклеточной концентрации свободного ионизированного кальция в гладкомышечных клетках артериол, приводящее к нарастанию их тонуса. В настоящее время нет данных о необходимости использования больших доз кальция в лечении ЭАГ. Таким образом, дети с ЭАГ должны получать в сутки необходимое в соответствии с их возрастом количество кальция.

На основании вышеизложенного, можно сформулировать основные принципы лечебного питания детей школьного возраста и подростков с ЭАГ и рекомендовать продукты и блюда для использования в их питании (таблица 2):

1. Физиологическая полноценность рациона, который содержит все необходимые незаменимые и заменимые факторы питания в количествах, соответствующих физиологической потребности детей и подростков в основных пищевых веществах и энергии, индивидуальное снижение энергетической ценности рациона в случаях сопутствующего ожирения у таких больных;
2. Оптимальный состав жиров в рационе с содержанием растительных масел в диете не менее 30% от общего содержания жиров и использование при приготовлении блюд технологий, где как можно меньше используется жир в кулинарной обработке (паровые, запеченные, отварные блюда);

3. Качественное изменение состава углеводов пищи, с учетом гликемического индекса продуктов и содержания в них пищевых волокон;
4. Ограничение потребления натрия в питании в виде поваренной соли при приготовлении блюд и подсаливании уже готовой пищи за столом, а также ограничение использования в питании продуктов промышленного приготовления и домашнего консервирования с использованием в рецептуре поваренной соли;
5. Обогащение рациона продуктами, содержащими калий, кальций, магний;
6. Формирование рационального режима питания у больных АГ.

Таблица 2

Продукты и блюда для питания больных детей с ЭАГ

Продукты и блюда	Разрешаются	Ограничиваются	Исключаются
<b>Хлеб и хлебобулочные изделия</b>	Хлеб из муки грубого помола, содержащий отруби, хлеб из цельного зерна	Хлеб ржаной и ржано-пшеничный	Сдобные мучные изделия
<b>Крупы, блюда и продукты из них</b>	Гречневая, овсяная, перловая, пшенная, каши и супы с ними	Рисовая, макаронные изделия	Бобовые
<b>Супы</b>	Супы на овощных отварах – вегетарианские (щи, борщи и т.д.); крупяные, молочные, фруктовые, свекольники		Бульоны мясные, рыбные, грибные, супы на бульонах, студни, заливные блюда
<b>Мясо и птица</b>	Нежирные сорта говядины, телятина, нежирная свинина, куры, индейка, кролики (в виде котлет, запеканок, отварного, а затем запеченного порционного мяса, тефтелей, фрикаделей, суфле, голубцов и др.)	Вареные колбасы типа «Докторской»	Продукты с высоким содержанием соли: консервы, копченые колбасы и деликатесы из мяса, ограничено в праздничные дни
<b>Рыба</b>	Нежирная (отварная, запеченная куском, а также в виде котлет, суфле, рулетов, тефтелей, фрикаделей и др.)	Малосоленая рыба для закусок и бутербродов	Продукты с высоким содержанием соли: пресервы, консервы, икра, деликатесы из рыбы, ограничено в праздничные дни
<b>Продукты моря</b>	Кальмары, мидии, морской гребешок, креветки, морская капуста (отварные и в виде пловов, котлет, запеканок)		Продукты с высоким содержанием соли: пресервы, консервы из морепродуктов
<b>Молоко и молочные продукты с пониженным содержанием жира</b>	Молоко, кисломолочные продукты (кефир, йогурт, бифи-кефир и др.), творог и блюда из него с фруктами, морковью и т.д., неострый сыр, сметана 10% (в блюдах)	Сыры твердые и плавленые	Продукты с высоким содержанием соли: брынза, сыры в рассолах
<b>Яйца</b>	Всмятку и в виде омлетов (не более 2-3 яиц в неделю)	Для приготовления различных блюд	Яйца жареные
<b>Жиры</b>	Масло сливочное несоленое, растительные масла (подсолнечное, кукурузное, рапсовое, оливковое, соевое) в натуральном виде и в блюдах (минимальное содержание растительного масла в рационе 10–15 г)	Маргарин для приготовления блюд	Жиры животные (говяжий, свиной, бараний), сало
<b>Овощи</b>	Картофель, белокочанная капуста, цветная капуста, морковь, свекла, огурцы, томаты, тыква, салат, зеленый горошек, зеленый лук, петрушка, укроп (свежие и отварные, в виде запеканок, рагу и др.)		Продукты с высоким содержанием соли: консервы из овощей, квашенные и маринованные овощи
<b>Фрукты, ягоды, орехи</b>	Яблоки, груши, сливы, вишня, клубника, малина, абрикосы, персики и др. (ежедневно в натуральном виде и в блюдах)	Орехи в небольших количествах, виноград, арбуз, дыня	



<b>Сухофрукты</b>	Инжир, курага, изюм, чернослив, шиповник		
<b>Кондитерские изделия</b>	Несдобное печенье, овсяное печенье, галетное печенье, крекеры, сахар для приготовления напитков и блюд	Шоколад и шоколадные конфеты, вафли с фруктовой начинкой, мед, варенье, джемы, зефир, пастила, мармелад, карамель	
<b>Соусы</b>	На овощном отваре, молочные, сметанные, томатные, фруктовые		Соусы типа «Кетчуп», «Майонез»
<b>Закуски</b>	Салаты из свежих овощей с растительным маслом, винегреты, овощная икра, салаты фруктовые и с отварными морепродуктами		
<b>Напитки</b>	Некрепкий чай, фруктовые и овощные соки, отвар шиповника, компот из сухофруктов (кураги, чернослива и т.д.), напитки из злакового кофе (цикорий, ячмень, рожь)	Какао 1-2 раза в неделю	Натуральный кофе, крепко заваренный чай, тонизирующие напитки типа «Кока-кола», «Пепси-кола», «Байкал»
<b>Соль поваренная</b>	5 г в сутки при приготовлении блюд		

Таким образом, организация рационального диетического питания в семьях детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией является одним из важнейших факторов профилактики их реабилитации после возможных ранних инфарктов и инсультов в более старшем возрасте.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Справочник по диетологии / Под редакцией Тутельяна В.А., Самсонова М.А. – М.: Медицина, 2002. – 16-81.
2. Александров А.А., Розанов В.Б. Эпидемиология и профилактика повышенного артериального давления // Российский педиатрический журнал. – 1998. – № 2. – 16-21.
3. Шарфетдинов Х.Х. Диетическая коррекция метаболических нарушений при сахарном диабете 2-го типа: Автореферат дисс. ... док. мед. наук. – М.; 2000:34.
4. Цыгин А.Н. // РМЖ Артериальная гипертензия у детей. – Май 1998. – Т. 6, № 9. – 574-578.
5. Конь И.Я. Некоторые актуальные проблемы современной детской диетологии (нутрициологии). Вопросы детской диетологии. – 2003. – № 1. – 8-15.
6. Леонтьева И.В. Артериальная гипертензия у детей и подростков. Лекция для врачей. – М., 2002. – 60.
7. Профилактика в детском и юношеском возрасте сердечно-сосудистых заболеваний, проявляющихся в зрелые годы: время действовать / Доклад комитета экспертов ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 1992. – 34.
8. Смолянский Б.Л. Справочник по лечебному питанию. – СПб., 1993. – 28.

9. Современные методы диагностики и лечения в детской нефрологии и урологии. Материалы 2-го Российского конгресса 21-23 октября. – 2002. – 59-62.
10. Мещерякова В.А. Диетическая коррекция факторов риска ишемической болезни сердца: Автореферат дисс. ... док. мед. наук. – М.; 1989:36.
11. Сборник материалов XIV сессии общего собрания Российской академии медицинских наук, посвященной 60-летию академии медицинских наук. – 2004. – 185-201.
12. Грибакин С.Г., Шилина Н.М. Роль липидов в питании детей: некоторые актуальные аспекты // Вопросы детской диетологии. – 2005. – Т. 3, № 2. – 40-45.
13. Диетология / Руководство под редакцией Барановского А.Ю. – 2006.
14. Артериальная гипертензия в вопросах и ответах. Справочник для практикующих врачей под редакцией проф. Моисеева В.С. – 2002. – 5-40.
15. Конь И.Я., Шилина Н.М., Вольфсон С.Б. Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты в профилактике и лечении болезней детей и взрослых // Лечащий врач. – Апрель 2006. – № 4. – 55-60.
16. Арабидзе Г.Г. Тактика лечения больных с мягкой артериальной гипертензией // Русский медицинский журнал. – 1996. – № 2. – 80-83.
17. Арабидзе Г.Г., Белоусов Ю.Б. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: Методические рекомендации. – М., 1996. – 48.
18. Болезни сердца // Руководство для врачей. Под редакцией академика РАМН Р.Г. Оганова, профессора И.Г. Фоминой. – М., 2006.

## МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА ВЕГЕТАТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Р.Ф. Гимранов, З.А. Кубанов, Ж.В. Гимранова, А.Б. Рустамов, Р.Р. Галимов

Кафедра неврологии и клинической нейрофизиологии  
ФПКМР Российский университет дружбы народов, Москва

### THE MULTIMODAL CAUSED POTENTIALS IN DEFINITION OF THE FORECAST OF VEGETATIVE STATE AT TEENAGERS

R.F. Gimranov, Z.A. Kubanov, J.V. Gimranova, A.B. Rustamov, R.R. Galimov

#### THE RESUME

*At heavy defeat of a brain at teenagers the cycle of a dream and wakefulness is sometimes restored, but though patients periodically open eyes, they do not realize surrounding conditions and do not react to the speech turned to them.*

*The primary goal of work is complex research of the multimodal caused potentials at sick teenagers with the purpose of definition of the forecast and planning of rehabilitation actions. We used results of the researches lead at 65 teenagers in a vegetative state: the investigated group of patients which in two months continued to be in a vegetative state and the group of patients which in two months send on various levels of consciousness. At all teenagers we investigated the multimodal caused visual potentials and defined a level of consciousness on a Glasgow scale before and after 10-minute stimulation.*

*As a result of the done work the opportunity and necessity of use of the multimodal caused potentials for forecasting current of vegetative state at teenagers is shown.*

**Keywords:** *multimodal, the teenagers, the caused potentials, a vegetative condition, stimulation.*

#### РЕЗЮМЕ

*При тяжелом поражении головного мозга у подростков иногда восстанавливается цикл сна и бодрствования, но, хотя больные периодически открывают глаза, они не осознают окружающую обстановку и не реагируют на обращенную к ним речь.*

*Основная задача работы – комплексное исследование мультимодальных вызванных потенциалов у больных подростках с целью определения прогноза и планирования реабилитационных мероприятий. Использовали результаты исследований, проведенных у 65 подростков в вегетативном состоянии. Исследовали группу больных, которые через два месяца продолжали находиться в вегетативном состоянии и группу больных, которые через два месяца вышли на различные уровни сознания. У всех подростков исследовали мультимодальные вызванные потенциалы и определяли уровень сознания по шкале комы Глазго до и после 10-минутной комплексной стимуляции.*

*В результате проделанной работы показана возможность и необходимость использования мультимодальных вызванных потенциалов для прогнозирования течения вегетативных состояний у подростков.*

**Ключевые слова:** *мультимодальные, подростки, вызванные потенциалы, вегетативное состояние, стимуляция.*

При тяжелом поражении головного мозга у подростков иногда восстанавливается цикл сна и бодрствования, но, хотя больные периодически открывают глаза, они не осознают окружающую обстановку и не реагируют на обращенную к ним речь.

Термин «вегетативный статус» (ВС) был предложен

V.Jennet и F.Plum в 1972 году [14]. По их мнению, этот термин в большей степени фиксирует внимание врачей на контрасте между грубым нарушением психических функций и сохранностью автономных и вегетативных функций. В этом состоянии утрачивается способность к познавательной деятельности, несмотря на относи-

тельную сохранность бодрствующего состояния [16]. В настоящее время ВС приобретает большое социальное значение в связи с достаточно быстрым увеличением его частоты, особенно в молодом и подростковом возрасте [8].

Ранее различными исследователями была показана высокая информативность различных видов вызванных потенциалов в оценке функционального состояния проводящих путей (афферентных и эфферентных), подкорковых образований и различных сенсорных и моторных зон коры больших полушарий головного мозга [1, 15], в том числе в диагностике вегетативных состояний [5, 19].

Основной задачей нашей работы было комплексное исследование мультимодальных вызванных потенциалов у больных подростков с целью определения прогноза выхода из вегетативного состояния.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДИКА

Работа выполнена на кафедре неврологии и клинической нейрофизиологии ФПКМР РУДН. В работе использовали результаты исследований, проведенных у 65 подростков в вегетативном состоянии. Больные подростки были разделены на две группы (таблица 1): первая (ср. возраст  $14,8 \pm 1,7$  лет) – 32 пациента, которые в результате динамического наблюдения через два месяца продолжали находиться в ВС и вторая группа (ср. возраст  $15,4 \pm 1,9$  лет) – 33 пациента, при динамическом наблюдении в течение двух месяцев вышли из вегетативного состояния на различные уровни сознания (от акинетического мутизма до полного восстановления сознания).

У всех больных подростков исследовали короткола-

тентные и длиннолатентные соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП), определяли моторные пороги и регистрировали вызванные моторные потенциалы, а также определяли уровень сознания по шкале комы Глазго. Данные исследования проводили до и после 10-минутной комплексной транскраниальной магнитной стимуляции и электростимуляции правого срединного нерва. Через два месяца повторно определяли уровень сознания по шкале комы Глазго.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

У обследованных больных подростков в вегетативном состоянии отмечались выраженные изменения амплитудно-временных характеристик, формы и конфигурации мультимодальных вызванных потенциалов: коротко- и длиннолатентных ССВП, ВМП при ТМС.

Регистрация и анализ ранних компонентов ССВП N11 и N13 показал, что у больных подростков в вегетативном состоянии проведение нервных импульсов по периферическим нервам, плечевому сплетению, спинномозговому корешкам, восходящим афферентным путям до ядер Голля-Бурдаха не нарушено. Данная закономерность наблюдалась как в 1-й, так и во 2-й группах, что указывало на малую информативность ранних компонентов N11 и N13 в прогнозе выхода из ВС.

Проведенный анализ более позднего компонента N19 ССВП выявил достоверные изменения ее временных характеристик с обеих сторон как в 1-й, так и во 2-й группе (таблица 2).

В нашем исследовании данный «центральное время проведения» (ЦВП) был изменен в сторону увеличения

Таблица 1

Общие характеристики групп подростков в вегетативном состоянии

	1-я группа	2-я группа
Всего	32 (18 муж. и 14 жен.)	33 (19 муж. и 14 жен.)
Средний возраст	$14,8 \pm 1,7$	$15,4 \pm 1,9$
Нетравматические ВС	9	9
Травматические ВС	23	24
Средний срок нахождения в ВС (дн.)	$60 \pm 8,2$	$61 \pm 8,5$
Исследования до комплексной стимуляции	шкала комы Глазго ( $6,2 \pm 1,4$ ), ССВП, АСВП, ЗВП и ЭРГ, ВМП и МП	шкала комы Глазго ( $6,1 \pm 1,5$ ), ССВП, АСВП, ЗВП и ЭРГ, ВМП и МП
Исследования после комплексной стимуляции	ССВП, АСВП, ЗВП и ЭРГ, ВМП и МП	ССВП, АСВП, ЗВП и ЭРГ, ВМП и МП
Исследования через 2 месяца	шкала комы Глазго ( $6,4 \pm 1,7$ ),	шкала комы Глазго ( $12,7 \pm 1,3$ ),

в обеих группах, в большей степени в 1-й группе. После проведения комплексной стимуляции у больных с плохим прогнозом ЦВП не изменилось, в то время как у пациентов с позитивным прогнозом достоверно изменилось в сторону снижения.

В нашем исследовании было достоверно показано, что у больных подростках с последующим выходом из ВС наблюдалась более частая регистрация ответов, более низкая латентность и более высокая амплитуда компонента P23. При этом несколько более предпочтительны в благоприятном исходе наличие ответов с обеих сторон или с левого полушария. После комплексной стимуляции у пациентов, которые через два месяца продолжали находиться в ВС (1-я группа) амплитудно-временные характеристики коркового компонента P23 ССВП не изменились, а у больных, которые через два месяца вышли из ВС, отмечались достоверные изменения в сторону увеличения амплитуды и снижения латентности P23.

В нашей работе наличие позднего компонента P250

и его амплитудно-временные характеристики, межполушарное представительство имели прямую корреляцию с процессами восстановления сознания. Во 2-й группе больных (с позитивным прогнозом) регистрировали достоверно большее количество ответов с обеих сторон, отмечалась более низкая латентность и более высокая амплитуда P250, по сравнению с аналогичными данными, полученными у пациентов 1-й группы. Последующая комплексная стимуляция вызвала позитивные изменения в амплитудно-временных характеристиках P250 только в группе больных, которые позднее вышли из данного вегетативного состояния.

У больных 1-й группы с неблагоприятным исходом отмечались более выраженные изменения значений моторных порогов и амплитудно-временных характеристик ВМП, чем у пациентов 2-й группы с благоприятным прогнозом.

В нашем исследовании средние значения индукции магнитного поля, вызывающие ВМП при ТМС, у больных

Таблица 2

**Среднестатистические амплитудно-временные значения коротколатентных ССВП до и после комплексной стимуляции у больных подростках в вегетативном состоянии (M±m)**

Показатели	До стимуляции		После стимуляции	
	Слева	Справа	Слева	Справа
1-я группа N19 латентность (мс)	21,8±1,2	21,6±1,3	21,7±1,2	21,6±1,3
1-я группа P23 латентность (мс)	27,7±2,1	27,9±2,2	27,8±2,3	27,8±2,3
1-я группа P23 амплитуда (мкВ)	0,2±0,1	0,2±0,1	0,2±0,1	0,2±0,1
1-я группа ЦВП (N13-N19) (мс)	7,9±2,1	7,8±1,9	7,9±2,2	7,8±2,1
2-я группа N19 латентность (мс)	20,9±0,7	20,8±0,6	20,1±0,6*	20,2±0,6*
2-я группа P23 латентность (мс)	26,2±1,4	26,4±1,5	24,6±1,1*	24,5±1,2*
2-я группа P23 амплитуда (мкВ)	0,4±0,2	0,4±0,2	0,8±0,3*	0,7±0,3*
2-я группа ЦВП (N13-N19) (мс)	7,7±1,8	7,8±1,7	7,2±0,7*	7,2±0,6*

Примечание: \* –  $p < 0,05$

Таблица 3

**Значение моторных порогов у больных подростках в вегетативном состоянии до и после комплексной стимуляции (% от максимальной индукции и в теслах)**

Показатели	До стимуляции	После стимуляции
1-я группа МП при ТМС моторной коры справа	98,6% (1,97 Тл)	96,8% (1,93 Тл)
1-я группа МП при ТМС моторной коры слева	99,7% (1,99 Тл)	98,3% (1,96 Тл)
1-я группа МП при ТМС ш/о поз-ка	72,1% (1,42 Тл)	70,9% (1,41 Тл)
2-я группа МП при ТМС моторной коры справа	86,1% (1,72 Тл)	71,3% (1,42 Тл) *
2-я группа МП при ТМС моторной коры слева	82,5% (1,65 Тл)	65,3% (1,31 Тл) *
2-я группа МП при ТМС ш/о поз-ка	70,8% (1,41 Тл)	69,7 (35%) (1,39 Тл)

Примечание: \* –  $p < 0,05$

с неблагоприятным прогнозом были достоверно повышены, по сравнению с аналогичными данными, полученными у пациентов с благоприятным прогнозом при стимуляции как правого, так и левого полушария (таблица 3). После проведения комплексной стимуляции значения МП с обеих сторон достоверно изменились только у пациентов 2-й группы, которые впоследствии вышли из вегетативного состояния.

Латентность ВМП у пациентов с последующим выходом из ВС (2-я группа) была достоверно ниже, чем у больных, которые через два месяца продолжали оставаться в бессознательном состоянии (1-я группа) (таблица 4). Данная закономерность отмечалась при магнитной стимуляции как правого, так и левого полушария, при этом у пациентов 1-й группы отмечалась тенденция к большим изменениям в левом полушарии. После проведения комплексной стимуляции именно у больных 2-й группы отмечались позитивные изменения временных характеристик ВМП в виде уменьшения проведения импульса по нисходящим путям, пирамидному тракту.

У пациентов с позитивным прогнозом отмечались достоверно меньшие значения центрального времени моторного проведения (ЦВМП), чем в группе больных с негативным течением заболевания при ТМС как левого, так и правого полушария. Проведенная комплексная стимуляция правого срединного нерва и транскраниальная магнитная стимуляция в проекции ствола мозга

достоверно изменили у пациентов с благоприятным исходом временные значения ЦВМП в сторону снижения средних значений.

В ходе проведенных нами исследований было выявлено, что амплитуда ВМП была снижена в обеих группах, но в большей степени у пациентов с неблагоприятным исходом (таблица 4). Межполушарные различия были незначительными в первой группе, во второй группе отмечалась тенденция к более высокой амплитуде при ТМС левого полушария. После проведения комплексной электрической и магнитной стимуляции у пациентов с неблагоприятным исходом значимых изменений амплитуды ВМП не произошло, в то время как у больных 2-й группы с благоприятным прогнозом достоверно увеличились эти показатели, и в большей степени при стимуляции левого полушария.

#### ОБСУЖДЕНИЕ

Компонент N19 ССВП указывает на состояние таламических ядер и является важным прогностическим критерием [10]. Более выраженные изменения, полученные в нашей работе, у пациентов, которые через два месяца продолжали находиться в ВС (1-я группа), по сравнению с больными, которые через два месяца вышли из данного состояния (2-я группа), указывали на более грубые поражения у этих больных таламических ядер – передних, дорсомедиальных, латеральных и

**Таблица 4**

**Среднестатистические амплитудно-временные значения ВМП при ТМС у больных подростков в вегетативном состоянии до и после комплексной стимуляции (M±m)**

Показатели	До стимуляции	После стимуляции
1-я группа амплитуда слева (мВ)	0,1±0,05	0,1±0,05
1-я группа амплитуд справа (мВ)	0,1±0,05	0,1±0,05
1-я группа латентность слева (мс)	34,4±4,9	34,1±6,5
1-я группа латентность справа (мс)	33,6±5,3	33,2±6,1
1-я группа ЦВМП слева (мс)	16,3±4,3	16,1±4,6
1-я группа ЦВМП справа (мс)	16,7±4,9	16,5±5,2
2-я группа амплитуда слева (мВ)	0,2±0,1	0,3±0,1 *
2-я группа амплитуд справа (мВ)	0,2±0,1	0,4±0,1 *
2-я группа латентность слева (мс)	28,7±3,4	28,1±4,4
2-я группа латентность справа (мс)	28,4±3,1	27,9±4,3
2-я группа ЦВМП слева (мс)	12,5±2,5	12,1±2,3
2-я группа ЦВМП справа (мс)	12,3±2,4	11,9±2,2

Примечание: \* –  $p < 0,05$

вентральных ядер таламуса [6].

Центральное время проведения характеризует прохождение нервного импульса от ядер Голля-Бурдаха до ядер таламуса [2]. Увеличение продолжительности центрального времени проведения является своеобразным индикатором ухудшения функций мозга в течение ВС [1]. Полученные нами данные могли указывать на преобладание органических поражений на участке от ядер Голля-Бурдаха до ядер таламуса у пациентов 1-й группы и функционального характера поражений пациентов 2-й группы. Комплексная электрическая и транскраниальная магнитная стимуляция мозга у больных 2-й группы вероятнее всего привела к позитивному сдвигу функционального состояния в результате нейрхимических и биоэлектрических изменений в среднем мозге, в первую очередь за счет изменения в восходящей ретикулярной формации ствола мозга.

Наибольшую роль в оценке прогноза у больных в ВС играл корковый компонент P23 ССВП. После комплексной стимуляции амплитуда P23 у пациентов с благоприятным исходом возросла. Эти данные указывали на способность нейронных элементов таламуса и первичной сенсомоторной коры к увеличению синхронизации, что может быть одним из механизмов активации компенсаторно-восстановительных процессов в ЦНС [4].

Ранее показано, что хорошим прогностическим признаком у больных в бессознательных состояниях является наличие поздних компонентов ВП [24]. Поздние компоненты в значительной степени зависят от активности неспецифических мультисинаптических систем головного мозга, в частности, медиобазальных, лимбических структур височных и лобных долей мозга, осуществляющих вторичную переработку периферической ноцицептивной информации [11]. Следовательно, полученные в нашей работе данные указывают на то, что комплексная стимуляция во 2-й группе привела к изменению функционального состояния лимбических структур мозга, которые имели «скрытые резервы».

При ТМС у неврологических больных наиболее часто изменяются именно амплитудно-временные характеристики ВМП [9, 18, 22], что согласуется и с нашими результатами.

Ранее другими исследователями было показано повышение МП у пациентов, страдающих амиотрофическим боковым склерозом и рассеянным склерозом, и это связывали с повреждением глиальных клеток [21], у

больных, перенесших инсульт и имеющих двигательные нарушения различной степени, МП также были повышены, но при этом страдали в основном нейронные элементы головного мозга [23], а у пациентов с идиопатической генерализованной эпилепсией и прогрессирующей миоклонической эпилепсией отмечались снижения МП, что было обусловлено особенностями течения обменных процессов мозга [20]. Таким образом, можно предположить, что у больных 1-й группы (негативный прогноз) отмечались более выраженные повреждения нейронных и глиальных элементов коры больших полушарий, чем у пациентов 2-й группы (позитивный прогноз), у которых преобладали в большей степени функциональные поражения. Именно поэтому комплексная стимуляция привела к изменению (снижению) значений возбудимости коры мозга.

Изменения временных характеристик ВМП при ТМС отражают изменения в пирамидном тракте [7, 12, 13]. У больных в (ВС) на временные характеристики ВМП при ТМС (латентность и центральное время моторного проведения) влияло в большей степени поражение пирамидного тракта, а так же в меньшей степени непосредственно моторной коры.

Показатели «центральное время моторного проведения» отражают прохождение нервного импульса от пирамидных клеток до спинного мозга [3]. Полученные нами данные указывали на большую степень именно функциональных поражений на участке от пирамидных клеток до спинного мозга в группе больных подростков с позитивным прогнозом, в отличие от пациентов с неблагоприятным прогнозом, у которых после комплексной стимуляции изменений не произошло так как, скорее всего, преобладали более грубые поражения на данном анатомическом уровне.

У больных подростков в ВС амплитуда ВМСП была существенно изменена, что совпадает с результатами, полученными другими исследователями у больных в вегетативном состоянии [2, 17, 19]. У пациентов с благоприятным прогнозом после комплексной стимуляции амплитуда ВМП при ТМС увеличилась, вероятнее всего за счет пластических перестроек в моторной коре головного мозга.

Таким образом, в результате проделанной работы и анализа полученных результатов показана возможность и необходимость использования мультимодальных вызванных потенциалов для более точного прогноза тече-

ния вегетативных состояний у подростков. Этот главный вывод был получен на основании комплексного анализа коротко- и длинноталентных соматосенсорных и моторных вызванных потенциалов в двух группах пациентов в вегетативном состоянии (по шкале комы Глазго  $6,2 \pm 1,4$  балла – 1-я группа и  $6,1 \pm 1,5$  балла – 2-я группа).

Пациенты первой группы через два месяца после обследования оставались в вегетативном состоянии (по ШКГ  $6,4 \pm 1,7$  балла), а во второй группе больных отмечалась положительная динамика с выходом из данного вегетативного состояния на различные уровни сознания (по ШКГ  $12,7 \pm 1,3$  балла). Использование ретроспективного анализа позволило выявить определенные закономерности в возможностях прогноза течения вегетативных состояний у подростков на ранних этапах болезни. В этом важную роль сыграл процесс изменения функционального состояния активирующих систем мозга при помощи комплексной электрической стимуляции правого срединного нерва и транскраниальной магнитной стимуляции в проекции ствола мозга.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гимранов Р.Ф., Гимранова Ж.В., Еремина Е.Н., Мальцева Е.А., Богданов Р.Р. Диагностика заболеваний нервной системы. – М.: Изд. РУДН, 2003. – 302 с.
2. Гнездицкий В.В. Зрительные вызванные потенциалы. В кн.: Вызванные потенциалы мозга в клинической практике. – Таганрог: Издательство ТРТУ, 1997. – 44–59 с.
3. Гимранов Р.Ф. Транскраниальная магнитная стимуляция. – М.: Аллана, 2002. – 164 с.
4. Любимов Н.Н., Рыбицкий В.Н., Федан В.А. Компенсаторно-восстановительные процессы в зрительной системе после перерезки зрительного тракта у кошек. В кн.: Центральные механизмы компенсаторного восстановления функции. – Ереван, 1983. – 245 с.
5. Нейрофизиологические исследования в клинике. Под ред. Г.А. Щекучьева. – М.: Антидор, 2001. – 232 с.
6. Adams JH, Graham DI, Jennett B. The neuropathology of the vegetative state after an acute brain insult. *Brain*. 2000; 123(7):1327-38.
7. Alfonsi E., Merlo I.M., Monafa V., Lanzi G., Ottolini A., Veggjotti P., Moglia A. Electrophysiological study of central motor pathways in ataxia-Telangiectasia. *J.Child.Neurol.*, 1997, 12, 327-331.
8. Borthwick CJ, Crossley R. Permanent vegetative state: usefulness and limits of a prognostic definition. *NeuroRehabilitation*. 2004;19(4):381-9.
9. Boylan L.S., Pullman S.L., Lisanby S.H., Spicknall K.F., Sackein H.A. Repetitive transcranial magnetic stimulation to SMA worsens complex movements in Parkinson's disease. *Clin.Neurophysiol.*, 2001, v.112, pp.259-64
10. de Beyl DZ. SSEPs and prognosis in postanoxic coma: only short or also long latency responses? *Neurology*. 2006 Aug 22;67(4):583-6.
11. Desmedt J. E. *Visual Evoked Potentials in Man: New Developments*. 1977, Oxford: Clarendon, 460.
12. Day BL, Dick J.P.R., Mardsen C.D., Nacashima K., Rothwell J.C., Shannon K., Thompson P.D. Interaction between electrical and magnetic stimulation of the human brain. *J Physiol*, 1987; 384:74P.
13. Escudero J.T., Lopez-Trigo J.P., Sancho J.R., Escudero M.T., Lainez J.A. Magnetic brain stimulation in patients with ischemic stroke. *Symp.Magn.Brain Stim.*, Aachen, 1991, P.12.
14. Jenett B., Plum F. Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a Name.// *Lancet*. – 1972–1.-p.734-737.
15. Kane N.M., Curry S.H., Rowlands C.A. Event-related potentials: Neurophysiological tools for predicting emergence and early outcome from traumatic coma. *Intensive care Med.*, 1996, v.22, pp.39-46.
16. Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state (first part) // *N. Engl. J. Med.*-1994.-Vol.330.-p.1499-1508.
17. Nakamura Y, Nakatsukasa M, Iyata Y, Yamaki JT, Ohira T, Takase M, Mine T, Toya S. Clinicophysiological study of multimodality evoked potentials and computed tomographic findings in persistent vegetative state. *No To Shinkei*. 1988 Apr;40(4):341-50.
18. Neilson J.F. Frequency-dependent conduction delay of motor evoked potentials in multiple sclerosis. *Muscle and nerve*, 1997, 20, 1264-1274.
19. Plekhanova SA, Gnezditskii W, Piradov MA, Popova LM. Role of multimodal evoked potentials in evaluations of persistent vegetative state of nontraumatic origin *Anesteziol Reanimatol*. 2002 Nov-Dec;(6):39-44.
20. Reutens D.C., Puce A., Berkovic S.F. Cortical hyperexcitability in progressive myoclonus epilepsy: a study with transcranial magnetic stimulation. *Neurology*, 1993, v.43, p. 186-192.
21. Ravenborg M., Blinkenberg M., Dahl K. Standardization of facilitation of compound muscle action potentials evoked by magnetic stimulation of the motor cortex. Results in healthy volunteers and in patients with multiple sclerosis. *EEG and*

Clin. Neurophysiol., 1991, v.81, p. 195-201.

22. Seibner H.R., Peller M., Takano B., Conrad B., New insights into brain function by combination of transcranial magnetic stimulation and functional brain mapping. *Nervenarzt.*, 2001, v.72, pp.320-326.
23. Xing J., Katayama Y., Yamamoto T., Hirayama T., Tsubokawa T. Quantitative evaluation of hemiparesis with corticomycographic motor evoked potential by TMS.

J.Neurotrauma, 1990, v.7, p. 57-64.

24. Zandbergen EG, Koelman JH, de Haan RJ, Hijdra A. SSEPs and prognosis in postanoxic coma: only short or also long latency responses? *Neurology.* 2006 Aug 22;67(4):583-6.

**Ринат Фазылжанович Гимранов:**

Тел.: 643-57-07, 619-63-32. Rgimranov@mail.ru

Поступила: 11.09. 2007

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЛИЧНОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**Е.В. Фадеева, Б.М. Коган**

Московский государственный педагогический университет,  
ФГУ РРЦ «Детство», Москва

### USING PLAY THERAPY METHODS FOR CORRECTION OF THE PERSONALITY DEVIATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

**E.V. Fadeeva, B.M. Kogan**

#### SUMMARY

*In medical and psycho-correction experience art-therapy is understand as whole complex of methods constructed on application of different kinds of art in the original symbolical form which allow by means of activization of creative abilities child to carry out correction of psycho-comatical, psycho-emotional and personality displays. In our practice art-therapy is used on individual and group studies with children having motor failure, a delay of psycho-speech development, chromosomal diseases. Using methods of art-therapy, we achieve not only activization of creative potential of the child with the limited opportunities, but also we can influence over a zone of the nearest development, formation of adequate behaviour and provide correction of devitations of interpersonal interaction, child-parental connection.*

**Keywords:** children having motor failure, art-therapy, creative abilities.

#### РЕЗЮМЕ

*Современные исследования в области специальной психологии и педагогики подтверждают положительное влияние творчества на коррекцию детей с различными отклонениями в развитии. Арттерапия, изотерапия, сказкотерапия могут быть использованы там, где требуется психологическая коррекция, психотерапевтическая помощь или дополнительная диагностика. В лечебной и психокоррекционной практике арттерапию понимают как совокупность методик, построенных на применении разных видов искусства в своеобразной символической форме и позволяющих с помощью активизации творческих способностей ребенка осуществлять коррекцию психосоматических, психоэмоциональных и личностных проявлений. Используя приемы и методы арттерапии, мы добиваемся не только активизации творческого потенциала ребенка с ограниченными возможностями, но и оказываем влияние на зону ближайшего развития, обеспечиваем коррекцию нарушений межличностного взаимодействия, детско-родительских отношений, оказываем влияние на формирование адекватного поведения.*

**Ключевые слова:** детский церебральный паралич, арттерапия, изотерапия, сказкотерапия.



Игровая терапия – это метод психотерапевтического воздействия на детей и взрослых с использованием игры. Игра оказывает сильное влияние на развитие личности, способствует созданию близких отношений между участниками игры, помогает снимать напряженность, повышает самооценку, позволяет поверить в себя в различных ситуациях общения, снимая опасность социально значимых последствий [3].

Игровую терапию можно описать как опыт, чувства, мысли и желания человека, проецируемые на игрушки и различные материалы, такие как песок, краска и вода. Ребенок выбирает для себя такие игрушки, на которые он может спроецировать свой прежний опыт, примерить желаемые роли и взаимоотношения. Важность символической игры состоит в том, что ребенок исследует свой прошлый опыт с возможностью оставаться на безопасном расстоянии от реальной действительности. Игровая терапия – метод коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений у детей, в основу которого положен свойственный ребенку способ взаимодействия с окружающим миром – игра.

Игра – это произвольная, внутренне мотивированная деятельность, предусматривающая гибкость в решении вопроса о том, как использовать тот или иной предмет. Игра является для ребенка тем же, чем речь является для взрослого. Это средство выражения чувств, исследования отношений и самореализации. Игра представляет собой попытку ребенка организовать свой опыт, свой личный мир. В процессе игры ребенок переживает чувства контроля над ситуацией, даже если реальные обстоятельства этому противоречат.

Дошкольный возраст является периодом интенсивного формирования психики на основе тех предпосылок, которые сложились в раннем детстве. По всем линиям психического развития возникают новообразования различной степени выраженности, характеризующиеся новыми свойствами и структурными особенностями. Происходят они благодаря многим факторам: речи и общению со взрослыми и сверстниками, различным формам познания и включению в различные формы деятельности (игровые, продуктивные, бытовые). Наряду с новообразованиями возникают сложные социальные формы психики, такие как личность и ее структурные элементы – характер, интересы, способности.

Игровая деятельность активизирует формирование произвольных психических процессов: произвольного

внимания и памяти, способствует развитию умственной деятельности, воображения, знаковых функций речи, совершенствованию двигательной и волевой сфер. Через игру ребенок выражает бессознательные импульсы, влечения, подавляемые фантазии. Спонтанное самовыражение в игре позволяет ребенку освободиться от болезненных внутренних переживаний, связанных с негативным эмоциональным опытом, а включение волевых механизмов, активизация творческого поиска новых, более адекватных способов реагирования в проблемных ситуациях, наряду с более глубоким пониманием своего «я» и своих отношений с другими людьми, способствуют позитивным изменениям на поведенческом уровне.

В младшем школьном возрасте игра уже не занимает столь важного места, которое характерно для нее в дошкольном возрасте, но все же она имеет немалое значение в психическом развитии младшего школьника. Школьников, в отличие от детей дошкольного возраста, которых больше всего привлекает сам процесс игры, начинает интересовать исход игры, ее результат. Игры школьников в значительно большей степени требуют целенаправленности и волевой регуляции поведения, сложная система общественных взаимоотношений и зависимостей, устанавливающихся в школе, постепенно начинает пронизывать всю жизнь и деятельность детей.

Игра не исчезает в младшем школьном возрасте, она приобретает новые формы и новое содержание. Для детей младшего школьного возраста характерны игры с правилами, регулирующие расстановку сил в детском коллективе. Особенно типичны для них игры с распределением на «команды», где всегда можно заметить элементы соревнования, борьбы и взаимной поддержки [1].

Специалисты, работающие с детьми, имеющими проблемы в развитии, психологи, дефектологи, логопеды, психотерапевты и педагоги, уже давно заметили, что ребенку намного проще выражать свои переживания, потребности, мечты в игровом процессе. Основная цель игровой терапии – помочь ребенку выразить свои переживания наиболее приемлемым для него способом – через игру, а также проявить творческую и социальную активность в разрешении сложных жизненных ситуаций, «отыгрываемых» или моделируемых в игровом процессе.

Своеобразие социальной ситуации развития детей с детским церебральным параличом (ДЦП) является

результатом сложного взаимодействия неблагоприятного органического фона, на который накладываются разнообразные психотравмирующие обстоятельства, приводящие к возникновению двигательной, эмоциональной, коммуникативной, сенсорной депривации. Наиболее значимыми среди проявлений нарушенного развития являются двигательные, речевые и интеллектуальные нарушения.

Среди психотравмирующих обстоятельств, способствующих нарушению личностного развития, следует отметить явления госпитализма, психическую травматизацию, связанную с лечебными процедурами, неправильный тип семейного воспитания (чаще по типу гиперопеки); ограничение социальных контактов и трудности взаимоотношений со здоровыми сверстниками, переживание недоброжелательного отношения окружающих [4].

Игротерапия как средство динамического воздействия на разбалансированную личностную, эмоционально-волевою и коммуникативную сферы детей дошкольного и младшего школьного возраста с ограниченными возможностями решает ряд важнейших коррекционных задач. Она позволяет повысить уровень социальной адаптации больного ребенка, подготовить к принятию новой социальной роли – школьника, снизить уровень ситуативной и личностной тревожности, навязчивых страхов (темноты, резких звуков, высоты, передвижения и т.д.), сформировать адекватную самооценку.

Игротерапия используется как в индивидуальной, так и в групповой форме. Главным критерием предпочтения групповой игротерапии является наличие у ребенка социальной потребности в общении. Групповая игротерапия – это психологический и социальный процесс, в котором дети естественным образом взаимодействуют друг с другом, приобретают новые знания не только о других, но и о себе. Этот метод подразумевает игру как терапевтический процесс и является эффективным средством коррекции функциональных нервно-психических расстройств, психосоматических заболеваний и психопрофилактики. Групповая игротерапия призвана помочь ребенку осознать свое реальное «я», повысить его самооценку и развить потенциальные возможности, отрегулировать внутренние конфликты, страхи, агрессивные тенденции, уменьшить беспокойство и чувство вины [5].

Приводимые нами варианты авторских терапевтиче-

ских сказок и следующих за ними ролевых игр являются примером возможных практических занятий психолога, работающего с детьми с нарушениями развития, в частности с детским церебральным параличом. В процессе групповой и индивидуальной игротерапии возможно использование элементов и приемов сказкотерапии, арттерапии, танцевальной терапии, проективного рисунка, содержание которых отвечает развивающим и коррекционным задачам реабилитации. Под коррекционным воздействием мы понимаем «замещение» неэффективного стиля поведения на более продуктивный, снятие нервно-психического напряжения, развитие творческих возможностей, совершенствование взаимоотношений с окружающим миром, эмоциональную поддержку ребенка.

#### СКАЗКА О ДВУХ БРАТЬЯХ И СИЛЬНОЙ ВОЛЕ [7]

*Давным-давно в одной далекой стране жили-были два брата. Они жили очень дружно и все делали вместе. Оба брата хотели стать героями. Один брат сказал: «Герой должен быть сильным и смелым». И он стал тренировать силу и ловкость. Он поднимал тяжелые камни, лазал по горам, плавал в бурной реке. А другой брат сказал, что должен быть упорным и настойчивым, и стал тренировать силу воли. Ему хотелось бросить работу, но он доводил ее до конца. Ему хотелось съесть на завтрак пирожок, но он оставлял его на ужин. Он научился говорить «нет» своим желаниям.*

*Прошло время, братья выросли. Один из них стал самым сильным человеком в стране, а другой – самым настойчивым и упорным, человеком с сильной волей. Но однажды случилась беда: на страну напал страшный Черный Дракон. Он уносил скот, жег дома, похищал людей.*

*Братья решили спасти свой народ. «Я пойду и убью дракона», – сказал первый брат. «Сперва нужно узнать, в чем его слабость», – ответил другой брат. «Мне не нужно знать, в чем его слабость», – сказал силач, – главное, что я сильный». И он отправился к высокой горе, на которой стоял замок Черного Дракона.*

*«Эй, дракон! Я пришел победить тебя! Выходи на бой!» – закричал силач. Ворота замка распахнулись, и навстречу ему вышел страшный Черный Дракон. Его черные крылья заслоняли небо, его глаза горели, как факелы, а из пасти вырывался огонь. Увидев это чудовище, силач почувствовал, как страх заполняет его сердце, и стал медленно отступать от дракона. А*

дракон начал расти и расти, вдруг он щелкнул хвостом, и сильный брат превратился в камень.

Узнав о том, что случилось с силачом, его брат решил, что пришел и его черед сразиться с Драконом. Но как его победить? И он решил спросить совета у мудрой Черепахи, которая жила на другом конце земли.

Путь к этой черепахе лежал через три очень опасных королевства. Первым было королевство Хочукалок. У человека, попавшего в это королевство, сразу появлялось множество желаний: ему хотелось получить красивую одежду, дорогие украшения, игрушки и лакомства, но стоило ему сказать «хочу», как он тут же превращался в «хочукалку» и навсегда оставался в этом королевстве. У нашего героя тоже появилось множество желаний, но он собрал всю свою силу воли, сказал им «нет» и миновал первое опасное королевство.

Далее попал брат в королевство Тыкалок. Его жители все время друг друга дергали и отвлекали от дел, поэтому там никто не мог ничего делать: ни работать, ни учиться, ни отдыхать. Нашему герою тоже захотелось подергать других за руки, поприставать к прохожим, но он снова использовал свою силу воли, в «тыкалку» не превратился и пошел дальше в самое опасное третье королевство.

Называлось оно королевством Якалок. В нем жили люди, которые постоянно выкрикивали: «Я! Я! Вызовите меня! Спросите меня!», и никого не хотели слушать эти люди, кроме самих себя. Трудно пришлось нашему герою в этом королевстве. Понадобилась ему вся сила его воли, которую он тренировал много лет. Да и то приходилось ему рукой рот закрывать, чтобы «Я! Я!» из него не выскочило. Но сумел он все-таки благополучно миновать и это королевство и добраться до мудрой Черепахи.

– Здравствуй, Черепаха! – поздоровался он. – Научи меня, как победить Черного Дракона.

– Победить Черного Дракона может только человек с очень сильной волей, – отвечала Черепаха. – Но ты прошел через все три опасных королевства, – значит, воля твоя очень крепка. А чем сильнее воля человека, тем слабее страшный дракон. Иди, ты победишь.

И Черепаха закрыла глаза, а наш герой поклонился ей и отправился обратно в свою страну.

Он подошел к воротам замка, где жил Черный Дракон, и вызвал его на бой. Дракон вышел из замка, расправил черные крылья и пошел навстречу смельчаку. Герою стало страшно при виде чудовища. Но он собрал

всю свою силу воли и поборол страх. Он стоял на месте и не отступал ни на шаг. И вдруг... страшный Дракон начал уменьшаться, он становился все меньше и меньше. Пока совсем не исчез. Черепаха сказала правду: чем сильнее воля человека, тем слабее Дракон.

Как только Дракон исчез, рассыпался и его черный замок, а навстречу герою выбежали живые и невредимые жители страны, и среди них был и его брат. С тех пор все они жили счастливо.

Так сильная воля помогла герою победить зло.

Далее автор предлагает проведение тематических игр, направленных на развитие произвольности, воображения, совершенствования коммуникативных навыков.

«Тыкалки». Дети садятся на стулья, упираются ногами в пол и «замирают». Ведущий медленно считает до десяти, проходит между детьми и легонько щекает каждого. Детям необходимо сохранять неподвижность и не рассмеяться. При повторном выполнении водящим становится один из детей.

«Хочукалки». Ведущий кончиком карандаша медленно рисует в воздухе какую-нибудь известную детям букву. Детям предлагается угадать букву, но не кричать тут же правильный ответ, а преодолев свое «хочу выкрикнуть», дождаться команды ведущего и ответ прошептать.

Процесс игровой психотерапии, по Захарову, складывается из четырех взаимно перекрывающихся этапов: объединения детей в группу, рассказов, игры, обсуждений. Рассказы сочиняются дома и по очереди рассказываются в группе. Последующая игра проводится на тему, предлагаемую детьми и терапевтом. В играх последовательно воспроизводятся рассказы, сказки, условные и реальные ситуации [5].

#### **СКАЗКА ДЛЯ ХВАСТУНОВ. КОТЕНОК МАТРОСЕНОК. АЛЛА ВОЛОДЬКИНА [2]**

Однажды в классе, где учился сын Кота Матроскина, Котенок Матросенок-младший, произошли не очень приятные события – одноклассники объявили Матросенку бойкот, заявили, что не хотят с ним больше общаться – уж больно надоело всем слушать, как Матросенок хвастается. И вправду, была у Матросенка такая нехорошая привычка – как начнет рассказывать о том, как хорошо живет его семья, так никак и не может остановиться: и молоко-то корова Матроскиных дает самое жирное в Простоквашине, и игрушек-то у

него видимо-невидимо, и компьютер-то у него самой последней модели, а «Вискаса» у Матроскиных дома столько, что им можно всех котов в Простоквашине целый год кормить.

Обиделся Матросенок, заплакал, побежал домой родителям на своих одноклассников жаловаться. И вот сидит семья Матроскиных, пригорюнившись. Папа с мамой сыночку слезы вытирают, а как помочь – не знают. И вдруг – стук в дверь, открыли – входит дядя Федор – приехал проведать своего старого друга кота и все его семейство. Усадили Матроскины дорогого гостя за стол, накормили, и давай рассказывать дяде Федору о беде своего сына. А котенок все время всхлипывает и причитает: «Ну почему они меня не любят? Ну почему они такие злые?».

Задумался дядя Федор на несколько минут, а потом сказал:

– Ты знаешь, Матросенок, я думаю, тебе не стоит обижаться на своих одноклассников. Глупо ждать от окружающих дружбы и теплоты, если сам ты ничего хорошего и доброго для своих товарищей не делаешь, а только и умеешь, что хвастаться. Если хочешь дружбы – забудь все обиды и постарайся первым сделать шаг навстречу одноклассникам.

– А как?

– Да очень просто. Вот, например, у тебя дома много разных книг, кассет, дискет с играми. Наверняка твоим товарищам будет приятно, если ты предложишь им почитать интересную книгу, дашь посмотреть кассету с хорошим фильмом или дискету с новой игрой. А твоим дорогим футбольным мячом вы с одноклассниками могли бы вместе играть после уроков.

Вообще подумай, что хорошего и полезного ты можешь сделать для своего класса, – закончил дядя Федор.

Матросенок молча встал, тихонько ушел в свою комнату, закрыл за собой дверь – видно, слова дяди Федора взволновали его.

И вот с этого самого дня что-то стало меняться в Матроскине-младшем. Перестал он хвастаться, и в классе стал вести себя совсем по-другому: кому книгу даст почитать, кому диск с игрой принесет, а с кем-то поделится на переменке вкусным «Вискасом».

И то ли волшебство произошло, то ли в чем другом причина, только постепенно стало меняться отношение одноклассников к Матросенку – котята стали принимать

его в свои игры, ходить к нему в гости, и даже приглашать к себе на дни рождения. И кто знает, может и закончится это все крепкой дружбой, которая необходима не только котяткам из Простоквашина, но и всем нам.

К.А. Семенова отмечает, что правильно организованные игры способствуют психическому и речевому развитию, приобретению запаса сведений и представлений, овладению различными навыками у детей с церебральными параличами; что именно в игре осваиваются общественные функции и соответствующие нормы поведения, формируется личность ребенка [6]. Социальная адаптация больных детским церебральным параличом зависит не только от становления двигательных, интеллектуальных и речевых функций, но и уровня развития эмоционально-волевой сферы личности. Игра как деятельность представляет собой территорию, где ребенок как здоровый, так и с нарушениями развития, получает возможность свободного беспрепятственного самовыражения, исследования и изучения собственных чувств и переживаний, может освободиться от эмоциональной напряженности и фрустраций.

Игровое взаимодействие ребенка с ограниченными возможностями со взрослым или со сверстником позволяет моделировать социальные взаимоотношения в доступных ему проявлениях. Например, игродраматизация способствует коррекции эмоциональной сферы, кукольный театр позволяет примерить на себя другие роли, а распределение ролей моделирует социальный статус внутри группы. Строительные игры позволяют помимо наблюдения за моторными навыками, диагностировать конструктивные и деструктивные намерения. Игровые методики, активизирующие познавательную деятельность, – это творческие игры, конкурсы и турниры.

Традиционно коррекционно-психологическое сопровождение обеспечивает создание условий для повышения автономности и социальной активности детей, для развития интеллектуальных процессов, формирования ценностных установок, соответствующих психическим и физическим возможностям ребенка. Базируясь на личностном и системно-ориентированном подходе, психологическая реабилитация представляет собой комплексную систему всесторонней динамической, диагностической и коррекционной помощи. Анализ состояния эмоционально-личностного развития и оценка

особенностей социализации детей с церебральным параличом, представленные в исследованиях разных авторов, указывают на необходимость всесторонней коррекционно-педагогической работы по интеллектуальному, социальному и личностному развитию, важным элементом которой являются методы игровой терапии.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: Под ред. Фильдштейна Д.И. – М.: Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЕК», 1995. – 352 с.
2. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. – СПб.: ООО «Речь», 2000. – 310 с.
3. Киселева М.В. Арттерапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. – СПб.: Речь, 2007. – 160 с.
4. Кроткова А.В. Социальное развитие и воспитание дошкольников с церебральным параличом: Учебно-методическое пособие. – М.: ТЦ Сфера, 2007. – 144 с.
5. Осипова А.А. Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов. – М.: ТЦ Сфера, 2007. – 512 с.
6. Семенова К.А., Махмудова Н.М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: Руков. для врачей. Под ред. Маджидова Н.М. – Т.: Медицина, 1979. – 490 с.
7. Хухлаева О.В., Хухлаев О.Е., Первушина И.М. Маленькие игры в большое счастье. Как сохранить психическое здоровье дошкольника. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2001. – 224 с.

#### АВТОРЫ:

**Евгения Владимировна Фадеева:**

Тел: 8-499-610-44-73 (дом.); 8-916-975-76-00.

ФГУ РРЦ «Детство» Росздрав, психолог

МГПУ, психологический факультет, кафедра клинической и специальной психологии; аспирант

Поступила 16.05. 2007

## ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ПРОЦЕССЕ НАДОМНОГО ОБУЧЕНИЯ

**Д.Н. Ефремова**

Московский государственный областной университет, Москва

Методологической основой изучения личности детей с психическим дизонтогенезом является концепция Л.С. Выготского (1956) о сущности дефективности, в которой подчеркивается, что огромную роль в развитии личности аномального ребенка играют среда и общество. Физический недостаток сам по себе не делает ребенка дефективным, но изменяя позицию личности, приводит к появлению особых черт в его поведении и характере. А.Н. Леонтьев подчеркивал, что необходимой предпосылкой научного психологического анализа личности является различение понятий «индивид» и «личность», где личность есть относительно поздний продукт как общественно-исторического, так и онтогенетического развития человека.

Личность развивается не генотипически, а в процессе воспитания, обучения, т.е. личностного развития. Концепция Н.Д. Левитова (1960) о чертах строения характера

как целого, где под чертами характера Левитов описывал его цельность, сложность, динамичность и силу, доказывает значение семейного и школьного воспитания в становлении характера школьников. При недостаточном внимании к развитию черт характера у учащихся закрепляются отрицательные формы поведения, становясь впоследствии недостатками характера, приводят к конфликтам в межличностном взаимодействии, развитию психологического дискомфорта у окружающих.

В.Н. Мясищев (1960) в своей концепции о структурно-динамических характеристиках личности подчеркивал, что к первичным особенностям относятся динамические свойства личности, обусловленные свойствами нервной системы и особенностями заболевания. На основе первичных симптомов возникают вторичные особенности в форме различных характерологических сдвигов, представляющих собой результат сложных взаимодей-

ствий внешних и внутренних факторов. Возникновение вторичных особенностей личности больного ребенка может быть вызвано рядом причин, к которым относятся переживания по поводу дефекта, условия воспитания, характер отношений в семье ребенка.

Н.Д. Левитов (1969) в работе «Психическое состояние беспокойства, тревоги», (журнал «Вопросы психологии» № 1), описывая актуальные формы проявления тревоги, как объективно наблюдаемые, так и субъективные, отмечал, что сложности, связанные с их идентификацией, определяются их индивидуальным характером и обычно не выделяются из форм поведения специфичных для психического напряжения в целом. Следовательно, недостаточное обращение внимания в процессе обучения и воспитания как на динамику развития личности в целом, так и на формирование отдельных составляющих черт характера, приводит к нарушению системы отношений ребенка. Если средствами воспитания и обучения он не приобретает в ходе своего (динамического) развития способности формировать собственный образ, соответствующим образом решать жизненные проблемы, то это может привести к нарушению социальной адаптации и дальнейшей социализации такого ребенка.

Среди механизмов патологического формирования личности у лиц с физическими нарушениями ведущая роль принадлежит реакции личности на осознание дефекта, физической неполноценности (Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук). Негативное влияние на развитие личности таких факторов, как психическая и социальная депривация (например, ранние госпитализации, изоляция от сверстников), неправильные установки семейного воспитания, своеобразное внутреннее отношение окружающих к ребенку с нарушениями опорно-двигательного аппарата, обуславливают незрелость его эмоционально-волевой сферы, эгоцентризм, повышенную внушаемость, отсутствие уверенности в себе, слабую ориентированность в бытовых и практических вопросах жизни.

Дети с церебральным параличом растут пугливыми, нерешительными, они теряются в новых условиях. В школе такие дети тревожны, испытывают страх перед устным ответом. Они ничем не увлекаются, все свободное время тратят на приготовление уроков, стремятся заучить заданное наизусть. У школьников развиваются потребительские установки, неспособность и нежелание самостоятельной практической деятельности.

Трудности социальной адаптации способствуют развитию таких черт личности как робость, застенчивость, непонимание своих интересов. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

Е.М. Мастюкова (1985) определяет, что нарушение личности при ДЦП чаще всего встречается по типу психического инфантилизма. Поражение незрелого мозга приводит к тому, что формирование лобных долей происходит замедленно и неравномерно, что является причиной изменения личности. Специфическим условием развития психического инфантилизма является неправильное воспитание, ограничение деятельности и общения, что связано с двигательной и речевой недостаточностью при ДЦП. Э.С. Калижнюк (1987) отмечает, что наиболее часто при ДЦП встречаются астеноневротический, психоастенический, реже – неустойчивый и возбудимый типы акцентуации личности.

Н.Д. Левитов, исследуя развитие психологических особенностей подростков, формирование их характера, подробно анализируя причины недостатков в поведении и трудности их преодоления, определял значимую роль условий воспитания в семье как основополагающей среде. Признание родителями в присутствии детей своего бессилия, неспособности выдерживать единую, твердую линию в воспитании, отсутствие выдержки, отрицательные примеры и отсутствие внимания к нравственному воспитанию сказываются на снижении авторитета родителей и ведут к закреплению у детей патологических черт личности. Позиция Н.Д. Левитова актуальна и на современном этапе развития подходов психологической коррекции поведения ребенка, в том числе имеющего нарушения опорно-двигательного аппарата.

Взаимоотношения «мать-ребенок», как базовая составляющая фактора семейного воспитания, выделяются в настоящее время в качестве центральной причины тревожности практически всеми исследователями, независимо от того, к какому психологическому направлению они принадлежат (Н.М. Гордеева, А.И. Захаров, А.С. Спиваковская, В.С. Манова-Томова, М. Раттер, Б. Филлипс, А.М. Прихожан и др.).

Изучение эмоциональной сферы подростков с диплегической и гемипаретической формами ДЦП при нормальном интеллекте (И.И. Мамайчук, 2000) выявляет высокие показатели эмоциональной нестабильности, что свидетельствует о неуравновешенности, легкой

возбудимости, повышенной лабильности. Применение опросника Кеттела показывает более низкие интеллектуальные возможности при ДЦП в связи с эмоциональной дезорганизацией мышления; выявляется сдержанность, повышенная озабоченность, склонность к пессимизму, доминирование тревожно-депрессивного фона настроения, высокая степень фрустрированности, повышенная зависимость от окружающих, конформность.

Проведенное нами исследование особенностей развития тревожности у учащихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата (г. Одинцово) в системе надомного обучения также обнаруживает связь тревожности с характеристиками семьи и семейного воспитания. В этой работе участвовали учащиеся 2, 3, 6, 7 и 9-го классов и их родители (преимущественно матери, бабушки), всего 26 младших школьников (2, 3 класс), 58 учащихся средней школы. Тревожность у младших школьников определялась по методике Е. Амен, у остальных школьников по шкалам методики Б. Филлипса. Для родителей во всех случаях использовался взрослый вариант шкалы Дж. Тейлор. Работа проводилась индивидуально.

Для сопоставления использовался коэффициент корреляции Пирсона. Проведенный корреляционный анализ показал наличие прямой связи между тревожностью детей и родителей (матери) во всех группах: прямой связи у учащихся младших классов (коэффициент корреляции + 0,66/ + 0,71), у учащихся 6, 7 и 9-го класса (+ 0,69/ + 0,73).

Анализ полученных данных показал наличие связи тревожности детей и родителей, что соответствует и научным данным о том, что эмоциональные трудности и проблемы встречаются у тех детей, родители которых характеризуются личностными нарушениями, агрессией, склонностью к невротоподобным состояниям, депрессией (А.И. Захаров, М. Раттер, Д.Н. Исаев, А.М. При-

хожан). Само по себе установление подобной связи не показывает, каким образом связаны тревожность детей и родителей. Изучая связь эмоционального самочувствия родителей и наличие устойчивой тревожности у детей, А.М. Прихожан (2000) предполагает, что тревожность родителей на тревожность детей влияет через подражание, воздействие на условия жизни ребенка (ограничение контактов со сверстниками, чрезмерная опека и пр.).

В этой части работы мы сравнивали полученные результаты с данными эмоционально тревожных детей без нарушений опорно-двигательного аппарата (соответственно 58 и 66 человек). Для работы с родителями использовалась методика САН (самочувствие, активность, настроение), с помощью которой мы просили оценить, каковы обычно их самочувствие, преобладающий фон настроения и активность в ситуации общения с детьми, а также в отсутствие детей. Достоверность результатов оценивалась при помощи  $\chi^2$  – критерия Пирсона и обеспечивалась на уровне  $p \leq 0,05/p < 0,01$ . Распределение ответов родителей тревожных и эмоционально благополучных учащихся представлено в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что оценки своего психофизиологического состояния родителей тревожных детей с ДЦП и без нарушения опорно-двигательного аппарата существенно не различаются. В целом родители определяют свое состояние как раздраженное, унылое и безрадостное.

В научной литературе (А.М. Прихожан, 2000) неоднократно приводились доказательства того, что на микро-социальном уровне (семья) достаточно часто отражаются все изменения, происходящие на макросоциальном уровне. Переживание нестабильности окружающего мира, предчувствие угрозы (т.е. тревоги в собственном смысле слова) со стороны взрослых передается ребенку, причем это чувство перенасыщено гиперопекой о его жизни и здоровье. Это создает у ребенка чувство

Таблица 1

## Самооценка эмоционального самочувствия родителей тревожных и эмоционально благополучных учащихся

Группы исследуемых детей	Ответы родителей (%)					
	Самочувствие		Активность		Настроение	
	С детьми	Без детей	С детьми	Без детей	С детьми	Без детей
Тревожные дети с ДЦП	3,8	3,9	4,9	5,6	2,4	2,2
Тревожные дети без нарушений ОДА	4,0	5,2	4,4	5,2	3,1	3,8

беззащитности, неуверенности, развивает и закрепляет тревожность по закону «психологического круга».

Полученные данные свидетельствуют, таким образом, что тревожные дети растут в семьях, в которых, по крайней мере, один взрослый испытывает эмоциональное неблагополучие. В школьном возрасте у детей с ДЦП (Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук) появляется страх за свое здоровье. Чаще это отмечается у детей, которые воспитываются в семье, где все внимание сосредоточено на болезни. Такие дети даже в собственной семье (в знакомой обстановке) чувствуют себя менее уверенно и больше сосредоточены на собственных болезненных ощущениях. Вследствие этого снижается общая осведомленность и практические навыки освоения окружающего. Развивается страх при столкновении с неизвестными явлениями, ограничивается кругозор.

Роль феноменов тревожности в возникновении широкого круга патологических явлений и как составляющей картины различных расстройств, как соматических, так и психических, всегда подчеркивалась в психологической и медицинской литературе (Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В., 2005; Захаров А.И., 2004; Менделевич О.В., 2007). Актуальность проблемы изучения данной проблемы обусловлена распространенностью невротических и психосоматических расстройств, явлений школьной дезадаптации.

Подавляющее большинство исследователей в области эмоционального развития (Астапов В.М., 2004, Лукасик А.В., 2004, Прихожан А.М., 1996 и др.) подчеркивают негативную роль устойчивой личностной тревожности в психическом развитии. Современный взгляд

на роль семьи и ближайшего социального окружения ребенка (в такой круг включен и педагог, обучающий ребенка на дому) должен включать анализ механизмов, опосредующих действие тревожности на психическое развитие. Ключевым является понимание личностных ресурсов сопротивления, овладения тревогой. А.М. Прихожан (1996) указывает, что подобное понимание тревоги лежит в основе современных подходов к психологической помощи таким детям. Современные модели психологической помощи детям с повышенной тревожностью опираются, прежде всего, на формирование эффективных стратегий совладания с переживанием тревоги и кризисных ситуаций.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Соматизация психических расстройств в детском возрасте. – М., 2005.
2. Прихожан А.М. Психологическая природа и возрастная динамика тревожности. Дис. докт. психол. наук. – М., 1996.
3. Стребелева Е.А. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания. Методическое пособие. – М., 2002.
4. Шевченко С.Г. Вариативные формы образования детей с трудностями обучения в массовых школах. Дефектолог. – 1996. – № 1.

соискатель кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики МГОУ, Москва  
Email: dnefremova@mail.ru  
Поступила 12. 06.2007

## ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО КОРРЕКЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО НА ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ОБУЧЕНИЮ У УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ УЧАЩИХСЯ

**М.В. Лузик**

Школа № 486 ЦОУО г. Москва

Основной задачей работы специальной (коррекционной) школы VIII вида является подготовка умственно отсталых учащихся к жизни в обществе и к трудовой деятельности. Современная концепция специального образования рассматривает готовность к жизни в окружаю-

щем социуме как основной конечный результат работы школы. Вся деятельность школы нацелена на формирование знаний, умений и навыков по основным учебным предметам без учета их значения для послешкольной адаптации учащихся. Изменить сложившуюся ситуацию



может только усиление процесса социализации обучения через переосмысление его роли в жизни учащихся.

В процессе трудовой деятельности умственно отсталых учащихся не только повторяются трудовые операции, но и моделируются типично жизненные ситуации. При выполнении трудовых заданий от учеников требуется слаженность действий, умение устанавливать правильные деловые отношения, организованность, желание работать для всех. Систематическое выполнение подобных дел, особенный эмоциональный настрой (готовность принять участие в занятиях самообслуживающим и хозяйственно-бытовым трудом, удовлетворение от оказания помощи товарищу, учителю, родителям) способствует формированию таких нравственных качеств как трудолюбие, настойчивость, доброжелательное отношение к окружающим, способствует формированию общественно значимых мотивов трудовой деятельности.

Для умеренно умственно отсталых учеников крайне важно овладение навыками самообслуживающего и хозяйственно-бытового труда, как имеющих большую практическую направленность.

Именно через факт самообслуживания ребенок впервые устанавливает известные отношения с окружающими людьми, осознает свои обязанности по отношению к ним. Через эту деятельность ребенок узнает цену заботам о себе и приобретает умение действительно заботиться о своих близких и родственниках.

Занятие хозяйственно-бытовым трудом также имеет большое значение в жизни человека с умеренной степенью нарушения интеллектуального развития. Такой труд создает возможности для воспитания у детей элементарных навыков культуры труда: рациональной организации индивидуальной и коллективной работы (например, наведение порядка в классе), предварительного планирования работы, умения отобрать необходимые материалы для выполнения задания, бережного отношения к ним, стремления сделать работу хорошо и своевременно.

Осознание общественной значимости выполняемой работы является исключительно важным мотивом, способным изменить отношение к заданию, положительно влияющим на характер, способы выполнения и эффективность действий.

Формирование мотивации учения находится в тесной взаимосвязи с содержанием предмета, в рамках которого она формируется. Предмет является сред-

ством формирования мотивации. Учитывая значение самообслуживающего и хозяйственно-бытового видов труда в жизни умеренно умственно отсталого ребенка, формирование мотивации мы предлагаем осуществлять непосредственно на уроках самообслуживания и хозяйственно-бытового труда. Важным аргументом в пользу этого является следующее обстоятельство: ребёнок, реализуя свою потребность в деятельности, проявляет старательность и усидчивость. Кроме того, школьник учится планировать, контролировать свои действия, оценивать свои возможности, что приводит к возникновению учебного и социального интереса не только к результату, но и к процессу деятельности.

Эти предметы могут стать тем средством обучения, которое, отвечая потребностям и интересам ребёнка, находя эмоциональный отклик в его душе, будет способствовать развитию его личности в целом и мотивационной сферы в частности. При участии в этих видах трудовой деятельности и межличностного взаимодействия ребёнок приобретает такой социальный опыт, который ведёт его к пониманию жизненных ситуаций и к выработке адекватного отношения к ним. Целью приобретения этого опыта является последующая социальная адаптация и реабилитация детей-инвалидов в обществе.

Игра, как средство коррекции недостатков развития мотивационной сферы умственно отсталых учащихся, имеет огромное значение на всех годах обучения.

Игра во время урока – это, в сущности, социальная практика ребенка, возможность проверить себя в обстановке, приближенной к реальности. Именно в коллективной игре дети накапливают социальный опыт, привыкают считаться с интересами других людей, вступают в разнообразные контакты.

Мотивы для общения могут быть разными: стремление получить одобрение со стороны окружающих (взрослых и детей), любознательность, непосредственность, стремление удовлетворить пробудившийся интерес, поделиться своими радостями и огорчениями, оказать помощь товарищу.

Сюжетно-ролевая игра с дидактическим наполнением позволяет нам уточнить и закрепить социальные навыки (коммуникативные навыки интегрирования, навыки социального ориентирования, навыки самообслуживания, хозяйственно-бытовые навыки), стимулирует процесс целеполагания с последующим анализом

образующихся мотивов.

Мы можем предположить, что специально организованное коррекционное обучение окажет положительное влияние на становление мотивации учения. Объектами формирования мотивации будут все её компоненты: мотивы, цели, эмоции.

Мотивация (от лат. moveo – двигаю) – общее название для процессов, методов и средств побуждения учащихся к продуктивной познавательной деятельности, активному освоению содержания образования. Говоря о мотивации учения, мы имеем в виду позицию обучаемых в противовес мотивации образования, осуществляемой с позиции обучающихся. Мотивация основывается на мотивах, под которыми понимаются конкретные побуждения, причины, заставляющие школьника осуществлять учебную деятельность. Сложность понимания учителем мотивов учения школьников заключается в том, что учитель почти никогда не имеет дело с одним действующим мотивом, а почти всегда с целым комплексом мотивов, которые не только обогащают друг друга, но и вступают в противоречие.

В специальной психологии и специальной педагогике второй половины XX века частично поднимались вопросы обучения и воспитания учащихся с умеренной степенью нарушения интеллектуального развития (И.М. Бгажнокова, Г.М. Дульнев, Л.В. Занков, Х.С. Замский, Т.Н. Исаева, А.Р. Маллер, Н.Г. Морозова, Б.И. Пинский, И.М. Соловьев, С.Я. Рубинштейн, А.М. Царёв, Т.В. Цикото, Ж.И. Шиф, Л.М. Шипицина, Я.Г. Юдилевич), но преобладающее мнение о так называемой «необучаемости» детей этой категории привело к тому, что научные разработки в области теории и методологии обучения и воспитания детей с умеренной умственной отсталостью практически не велись.

Ситуация изменилась лишь во второй половине 90-х годов. Ратификация Россией в 1991 году международных документов открывает новые пути для развития идеи социальной и педагогической интеграции детей с нарушением интеллектуального развития. Социальный запрос общества повышает требования к процессу обучения и воспитания этих детей. Содержание обучения должно соответствовать современным тенденциям. Опыт педагогической работы во всем мире показывает, что реабилитация людей с интеллектуальными нарушениями осуществляется только через включение их в жизнедеятельность всего общества.

Мы предположили, что так как умеренно умственно отсталые учащиеся обладают мотивацией учения, то проводимое с ними целенаправленное специальное коррекционное обучение, в условиях специальной (коррекционной) школы VIII вида, будет способствовать как усилению мотивации, так и изменению иерархии мотивов.

Формирование мотивации учения умеренно умственно отсталых школьников на уроках самообслуживающего и хозяйственно-бытового труда будет эффективным при соблюдении следующих условий:

- включение в каждый урок по самообслуживающему и хозяйственно-бытовому труду разнообразных упражнений и дидактических игр, способствующих упрочению всех сторон мотивации;
- использование методов и приёмов, соответствующих возрастным и индивидуальным особенностям умеренно умственно отсталых школьников;
- раскрытие многофункциональности самообслуживающего и хозяйственно-бытового видов труда;
- мотивирование отдельных этапов уроков по самообслуживающему и хозяйственно-бытовому труду.

Для проверки выдвинутого нами предположения о роли специального коррекционного обучения в формировании учебной мотивации был необходим длительный психолого-педагогический эксперимент, который предполагал поиск специальных условий организации деятельности учащихся, влияющих на особенности формирования мотивации учения. Достоинством такого эксперимента является его органическая включенность в учебно-воспитательный процесс.

Первым этапом при разработке методики формирования мотивации учения умеренно умственно отсталых школьников явилось комплексное изучение возможностей учащихся. В ходе обследования изучалась документация, история развития ребенка, особенности личности и социальный статус семьи ребенка. Проводились беседы с педагогами школы с целью ознакомления с личностными особенностями испытуемых. Затем было проведено тестирование детей. Мы наблюдали за детьми во время выполнения тестовых заданий, во время уроков и во время внеурочной деятельности.

Результаты комплексного обследования учащихся были учтены при планировании уроков по самообслуживающему и хозяйственно-бытовому труду для учащихся

разных классов и легли в основу определения индивидуальных коррекционно-образовательных маршрутов для каждого испытуемого.

В рамках образовательного процесса мы предлагаем следующие направления специального коррекционного обучения, направленного на формирование мотивации учения:

1. Собственно мотивационное направление;
2. Направление обучения целеполаганию;
3. Направление эмоционального отношения к учению.

Учитывая направление специального коррекционного обучения, нами были разработаны: цикл специальных коррекционных упражнений, направленных на формирование всех сторон мотивации (в соответствии с программой обучения глубоко умственно отсталых детей по предметам «самообслуживание» и «хозяйственно-бытовой труд») и цикл сюжетно-ролевых и дидактических игр, имеющих как познавательную, так и социальную направленность. По мере взросления учеников и перехода из класса в класс упражнения и игры усложнялись и степень оказываемой учителем помощи уменьшалась.

Специальное коррекционное обучение также включало работу по мотивированию отдельных этапов уроков по самообслуживающему и хозяйственно-бытовому труду. Она заключалась:

- в побуждении к новой деятельности, усилении акцента на предстоящей работе;
- в пробуждении интереса к разным видам деятельности, к формам сотрудничества;
- в подкреплении ситуации успеха, дифференцировании оценки труда;
- в обсуждении имеющихся трудностей.

Охарактеризуем проведённую работу по каждому направлению.

### 1. Собственно мотивационное направление.

Сначала нами была организована работа по актуализации и коррекции прежних мотивов с последующей стимуляцией к появлению новых мотивов. Мы создавали рабочие ситуации на уроках самообслуживающего и хозяйственно-бытового труда, во время которых могли проявляться те или иные мотивы, и ситуации реального выбора одного из мотивов.

Мы использовали методические приемы, сгруппировав их следующим образом.

А. Приемы, способствующие формированию мотивации в целом:

- включение учеников в коллективные формы деятельности;
- сотрудничество ученика и учителя;
- привлечение учеников к оценочной деятельности и формирование самооценки;
- поощрение познавательной активности учащихся;
- занимательное изложение учебного материала.

Б. Приемы, обеспечивающие индивидуальный подход при формировании мотивации слабо мотивированных детей:

- восстановление положительного отношения к учению;
- ориентация на процесс, а не на результат учебы;
- закрепление умения учиться.

### 2. Направление обучения целеполаганию.

Здесь построение работы мы начали с тех целей, которые могут быть достижимы в течение относительно короткого времени, чтобы как можно быстрее получить первые позитивные результаты, т.к. даже маленькие удачи создают условия для положительных переживаний успеха. Мы учили умеренно умственно отсталых школьников ставить цели, достигать их в процессе обучения и понимать, что от правильно поставленной цели зависит результат их учебных действий, а значит, и реализация их мотивов.

Специальные приемы, направленные на обучение целеполаганию:

- поощрение готовности к сотрудничеству;
- создание ситуаций выбора при определении целей;
- обучение целеполаганию в учении;
- укрепление устойчивости целей и развитие упорства в их реализации.

### 3. Направление эмоционального отношения к учению.

Работа в этом направлении была обращена на создание благоприятных условий для формирования мотивации и соответствующей позитивной атмосферы. Мы создавали в классе ситуации для поддержания у школьников общего положительного отношения к учению, школе, педагогам. Содержательный, эмоционально привлекательный процесс выполнения задания

помогал актуализировать учебные мотивы. Для старших классов мы использовали следующие приемы:

- обсуждение в классе во время урока вопросов, которые волнуют учеников в связи с выполнением трудовых заданий;
- предоставление возможности высказываться, обращать на себя внимание с целью получения похвалы или помощи, при возникновении затруднений;
- применение взаимоконтроля и взаимопроверки работы на любом этапе урока.

Мы осуществляли подкрепление положительных побуждений эмоциональным удовлетворением за счет авансирования результатов и информации о правильности решения.

Мы тщательно подходили к подбору содержательной части обучения, так как оно выступает для наших учеников в первую очередь в виде той информации, которую они получают от учителей-дефектологов. Информация вне потребностей ребенка не имеет для него какого-либо решающего значения и, соответственно, не оказывает на него сильного воздействия, а значит и не вызывает ответных действий. Поэтому, составляя программу индивидуальных занятий и планируя уроки по самообслуживанию и хозяйственно-бытовому труду, при подборе учебного материала мы учитывали характер потребностей наших учеников и возможное прогнозирование их развития.

Какую бы деятельность ученики ни осуществляли, она должна быть мотивирована. Мотивация учения в рамках урока представляет собой завершённый цикл и состоит из ряда этапов: мотивацию начала работы (готовность, включенность), мотивацию хода выполнения работы и мотивацию завершения работы (удовлетворённость результатами работы, постановка дальнейших целей). Задача учителя состояла в том, чтобы ученик был постоянно мотивирован к действиям – как в начале, так в середине и в конце урока. Но по содержанию мотивация на каждом этапе урока была различна.

Планируя уроки, мы старались, чтобы в их начале каждый ученик узнал, с чем именно полезным и новым он познакомится сегодня и где он сможет это применить. Мы стремились к тому, чтобы по ходу уроков ученик понял, каким образом ему надо действовать, чтобы получить удовлетворение от трудового процесса, и чтобы в конце урока каждый школьник мог ответить,

выполнены поставленные задачи или нет, приобрёл ли он для себя положительный личный опыт.

Успешно справившись со своей работой, ученики испытывали чувство удовлетворения, у них появлялась вера в свои силы («и это умею, и это могу»).

Создание устойчивой мотивации, которая была бы адекватна поставленным целям, является на сегодня одним из основных условий успешности школьного обучения умеренно умственно отсталых учащихся. Основные линии развития мотивации к учению у школьников с нарушением интеллектуального развития умеренной степени – качественное преобразование мотивов и их реструктурирование. Эти линии ведут к повышению значимости мотивации, к достижению успеха, к усилению взаимосвязи между отдельными мотивами, к появлению новых и к исчезновению старых мотивов, к приобретению мотивационными системами учащихся чёткой оформленности.

Таким образом, важнейшими условиями повышения уровня мотивации учения являются включение в процесс обучения практических заданий, имеющих как личностный, так и общественный смысл для каждого ученика, и дидактических игр, способствующих установлению доступных социальных связей на уровне коллектива класса, коллектива школы, школьной среды в целом.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 162-176 с.
2. Бим-Бад Б.М., Петровский А.В. Образование в контексте социализации // Педагогика. – 1996. – № 1.
3. Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. – М.: Просвещение, ВЛАДОС, 1995. – 111 с.
4. Маллер А.Р., Цикото Г.В. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. – М.: АCADEMA, 2003. – 208 с.
5. Маркова А.К., Матис Т.А., Орлов А.Б. Формирование мотивации учения. – М.: Просвещение, 1990. – 44-75 с.
6. Обучение сюжетно-ролевой игре дошкольников с проблемами в интеллектуальном развитии. // Под ред. Баряевой Л.Б., Зарина А.П., Соколовой Н.Д. – СПб., 1996. – 95 с.
7. Петрова В.Г., Белякова И.В. Психология умственно отсталого школьника. – М.: АCADEMA, 2004. – 160 с.

8. Талызина Н.Ф. Педагогическая психология: Учеб. пособие для студ. пед. учеб. заведений. – М.: Изд. центр «Академия», 1998. – 288 с.

М.В. Лузик педагог-дефектолог специальной (коррекционной) школы № 486 ЦОУО г. Москвы. Email: lusik@mail.ru  
Поступила 12.06.2007

## РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ УСТНОЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ СО ЗРИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

О.В. Дорошенко<sup>1</sup>, Г.И. Гринчук<sup>2</sup>

<sup>1</sup> кафедра дошкольной дефектологии МПГУ

<sup>2</sup> ГОУ «Начальная школа – детский сад» № 1889 ЗАО г. Москвы

### EARLY REVEALING AND CORRECTION OF INFRINGEMENTS OF ORAL SPEECH AT CHILDREN WITH VISUAL PATHOLOGY

O.V.Doroshenko, G.I.Grinchuk

#### THE RESUME

*The actual problem of the organization of correctional work in Service of the early help to children with infringements of sight on the basis of special preschool establishment of a compensating kind is mentioned. Problems principles stages and the matter of correction-pedagogical work with children of early age with a visual pathology and their parents are formulated.*

**Keywords:** *modernization, the early help, speech ontogenesis, preventive maintenance, propaedeutics, correction, integrated approach.*

#### РЕЗЮМЕ

*Затронута актуальная проблема организации коррекционной работы в Службе ранней помощи детям с нарушениями зрения на базе специального дошкольного учреждения компенсирующего вида. Сформулированы задачи принципы этапы и содержание коррекционно-педагогической работы с детьми раннего возраста со зрительной патологией и их родителями.*

**Ключевые слова:** *модернизация, ранняя помощь, речевой онтогенез, профилактика, пропедевтика, коррекция, интегрированный подход.*

На современном этапе развития науки и практики одним из основных направлений модернизации специального образования является ранняя предупреждающая помощь детям на основе своевременного выявления нарушений в развитии (Н.Н. Малофеев, 2007) [4]. Это обусловлено возрастающей ценностью раннего возраста как сензитивного периода для становления ведущих линий развития – познавательной, речевой, моторной и социальной.

В последнее время увеличивается количество детей с тяжелой зрительной патологией, такой как частичная атрофия зрительного нерва, врожденная миопия высокой степени, патология хрусталика и т.д. В ГОУ «Начальная школа – детский сад» № 1889 компенси-

рующего вида (для детей с нарушениями зрения) ЗАО г. Москвы с ноября 2007 г. функционирует Служба ранней помощи детям с нарушениями зрения. Группа раннего развития детей состоит из двенадцати человек в возрасте от 1 года 6 мес. до 3 лет. У всех детей имеются зрительные нарушения, у 80% отмечаются различные сопутствующие заболевания, что негативно отражается на их дальнейшем психоречевом развитии. 25% детей являются инвалидами по зрению.

Коррекционную работу с детьми группы раннего развития ведут тифлопедагог, логопед, психолог и социальный педагог, музыкальный руководитель на специально организованных индивидуальных и подгрупповых занятиях. Наблюдение за состоянием зрения

детей и осуществление лечебно-восстановительной работы проводится медицинскими сотрудниками: врачом-офтальмологом и медсестрой-ортопедисткой. Необходимо отметить, что занятия с детьми проводятся 1-2 раза в неделю в присутствии их родителей. При организации занятий особое внимание обращается на использование сохранного зрения у детей и развитие сенсомоторной сферы.

Основным новообразованием раннего возраста является речь. Проблема формирования речи у детей раннего возраста с отклонениями в развитии является предметом исследования известных ученых в области коррекционной педагогики. Это исследования Н.Д. Шматко, Т.В. Пельмской (2003), Л.П. Носковой, Л.А. Головниц (2007) – при нарушениях слуха; Е.Ф. Архиповой (2007) [1], О.Г. Приходько (2002) [6] – при нарушениях опорно-двигательного аппарата; О.С. Никольской (2003) – при нарушениях эмоциональной сферы; Е.А. Стребелевой (1998) – при интеллектуальной недостаточности; Ю.А. Разенковой (2004) – в условиях социальной депривации и др.

Раннее речевое развитие детей с нарушениями зрения изучено недостаточно. В научных исследованиях Л.С. Волковой, Л.И. Солнцевой, Н.С. Костючек, Т.П. Свиридюк, И.В. Новичковой, Л.И. Плаксиной, И.В. Югановой, М. Брамбринг [2], С.М. Хорош [7] и др. были четко показаны следующие положения:

- 1) речевое развитие детей со зрительной патологией происходит замедленно, но по тем же закономерностям, что и у нормально развивающихся сверстников;
- 2) состояние речи напрямую не зависит от степени тяжести нарушения зрения;
- 3) речь формируется по подражанию, т.е. основное значение на этапе раннего развития ребенка имеет его социально-речевая среда;
- 4) накладываясь на зрительную патологию, нарушения речи обуславливают снижение познавательной активности детей, что становится причиной негативного отношения детей к обучению и воспитанию, а в дальнейшем затрудняет овладение учебным материалом.

Таким образом, **основная задача** в работе с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии, в частности с нарушениями зрения, – выявить причину речевого дизонтогенеза и определить эффективные пути пропе-

девтического и коррекционного воздействия.

В настоящее время у детей со зрительным дефектом значительно чаще стали встречаться речевые нарушения, которые проявляются в самых различных формах: от единичных нарушений звукопроизношения до таких сложных речевых расстройств, как ЗРР, моторная алалия, часто осложненные ПЭП, ММД, ЗПР различного генеза и другими сопутствующими заболеваниями.

В этой связи ранняя коррекционно-педагогическая помощь детям в условиях дошкольного учреждения компенсирующего вида (для детей с нарушениями зрения) достаточно актуальна и реализуется в **двух направлениях**:

- во-первых, своевременное выявление и профилактика недостатков речи, что предупреждает возникновение возможных трудностей в процессе обучения и воспитания;
- во-вторых, коррекция уже имеющихся речевых нарушений.

Преодоление недоразвития речи у детей осуществляется путем использования поэтапной системы формирования речи. Она предусматривает учет следующих **принципов** [3]:

- раннее воздействие на речевую деятельность с целью предупреждения вторичных отклонений;
- развитие речи с опорой на закономерности становления детской речи в норме (по А.Н. Гвоздеву (1961); С.Н. Цейтлин (2000) и др.);
- индивидуально-дифференцированный подход к детям в процессе логопедической работы, т.е. учет их структуры дефекта, потенциальных возможностей и способностей;
- личностно-ориентированное логопедическое воздействие на детей, т.е. учет интересов каждого ребенка, формирование речевого этикета, обучение способам вербального и невербального взаимодействия ребенка со сверстниками и взрослыми;
- взаимосвязь формирования фонетико-фонематических и лексико-грамматических компонентов языка;
- связь речи с другими сторонами психического развития и др.

Анализ научно-теоретической литературы по проблемам речевого развития ребенка раннего возраста позволил нам представить речевой онтогенез в виде мо-

дели, состоящей из пяти компонентов (см. схему 1).

Данная модель отражает детали процесса раннего речевого онтогенеза, условия его нормального протекания, компоненты речезыкового становления и позволяет выделить основные причины отставания в речевом развитии:

- 1) незрелость перцептивных основ различной модальности;
- 2) ограниченность общения взрослых с ребенком в период преречевого и начального речевого становления.

Организация логопедической работы с детьми раннего возраста заключается в следующем:

- выявление причин отклонений речевого развития;
- разработка содержания, форм и методов пропедевтического логопедического воздействия.

Основными методами изучения детей являются:

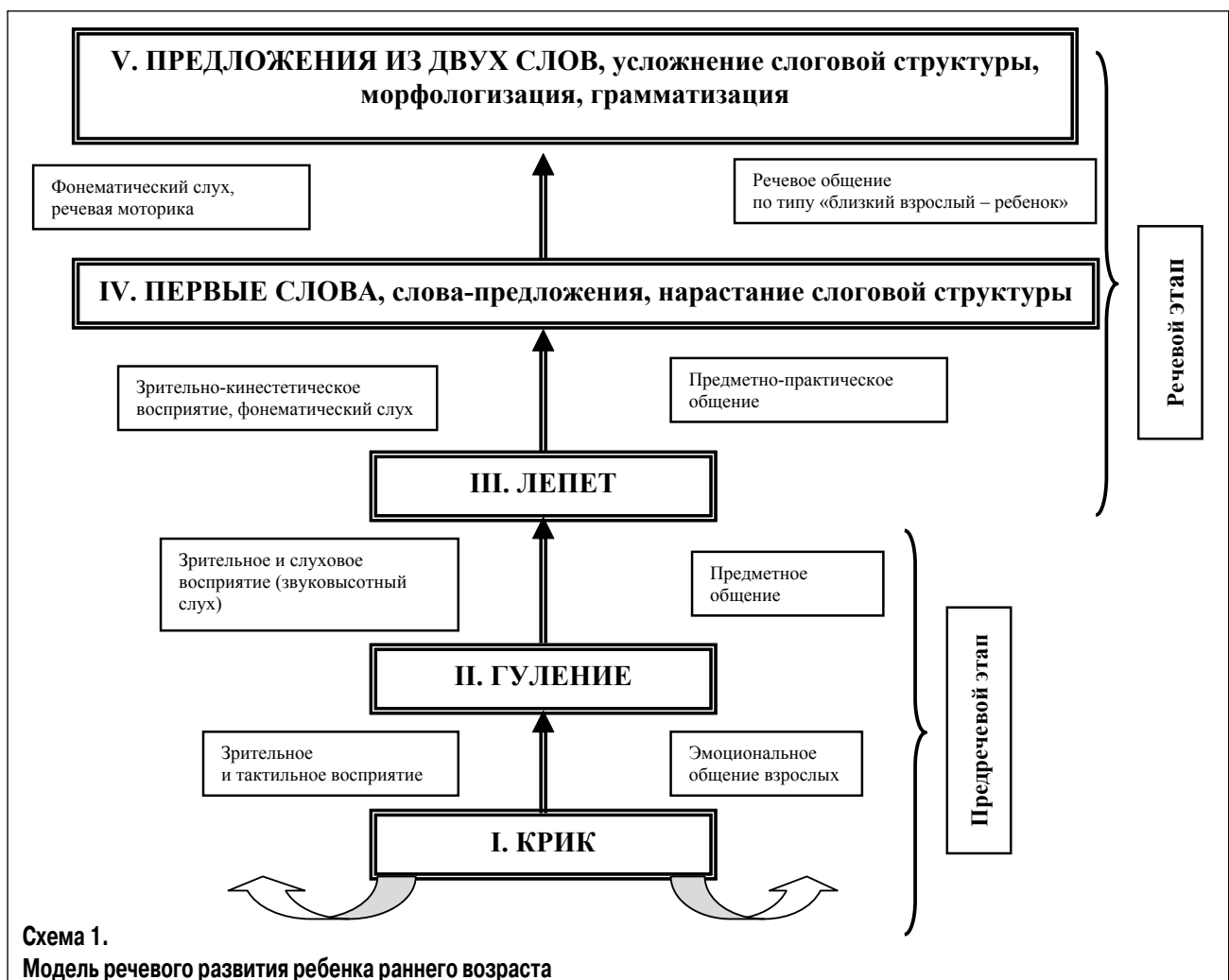
- 1) анализ медицинской документации с целью уточнения анамнестических данных о ребенке;

- 2) анкетирование и беседа с родителями;
- 3) психолого-педагогическое обследование детей раннего возраста;
- 4) видеонаблюдение;
- 5) экспериментально организованные игры-задания;
- 6) статистическая обработка полученных данных;
- 7) разработка индивидуально-перспективного плана коррекционно-развивающей работы на каждого ребенка.

На начальном этапе проведения коррекционной работы с детьми необходимо четко определить состояние их речевых и слуховых возможностей. Это осуществляет логопед (специалист, занимающийся проблемами речи) с помощью родителей детей.

Наиболее эффективные формы организации коррекционных занятий с детьми раннего возраста:

- интегрированные подгрупповые и индивидуальные коррекционно-развивающие занятия;
- консультации для родителей (индивидуальные и



групповые).

**Основной прием** логопедической работы – это организация обращенной к ребенку речи с использованием его слухового и зрительного внимания.

**Требования к речи взрослого** при общении с ребенком раннего возраста:

1. ограничение вербальной инструкции взрослого 2–3 словами (7–8 слогами);
2. выдерживание паузы до 5 сек. после предъявления инструкции и в случае невыполнения повторение ее в первоначальном варианте;
3. обязательное наличие в инструкции опорного элемента для ее понимания ребенком (хорошо знакомое ребенку слово, указательный жест, мелодекламация инструкции: пропевание, утрированное интонирование с выделением ударного слога, музыкальное сопровождение речевой инструкции).

Учет этих требований со стороны дефектолога и родителей способствует развитию понимания речи ребенком. Обобщенно развитие понимания речи детей представлено в работе Н.С. Жуковой, где выявлены **шесть уровней понимания речи (по Н.С. Жуковой, 1961)**<sup>1</sup>:

**I уровень** – выражено речевое внимание, ребенок прислушивается к голосу, адекватно реагирует на интонацию, узнает знакомые голоса. Этот уровень здоровый ребенок проходит от 3 до 6 месяцев.

**II уровень** – понимает отдельные инструкции в знакомых словосочетаниях, подчиняется некоторым словесным инструкциям: «Поцелуй маму», «Где папа?», «Дай ручку», «Нельзя» и т.д. Этот уровень здоровый ребенок проходит от 6 до 10 месяцев.

**III уровень** – понимает названия отдельных предметов и игрушек:

- понимает только названия предметов и игрушек (10–12 мес.);
- узнает их на картинках (12–14 мес.);
- узнает их на сюжетной картинке (15–18 мес.).

**IV уровень** – понимает названия действий в различных ситуациях: «Покажи, кто сидит», «Кто спит?» и т.д.

<sup>1</sup> Характеристика уровней заимствована из методических рекомендаций по проведению клинико-психологического обследования детей раннего возраста, страдающих церебральным параличом, составленных Е.М. Мастюковой и Н.В. Симоновой (1972).

- понимает двуступенчатую инструкцию: «Пойди на кухню, принеси чашку», «Возьми платок, вытри нос» и т.д. (2 года);
- понимает значение предлогов в привычной конкретной ситуации, в привычной ситуации начинает понимать вопросы косвенных падежей: «На чем ты сидишь?», «Во что играешь?» и т.д. (2 года 6 мес.);
- устанавливает причинно-следственные связи (2 года 6 мес.).

**V уровень** – понимает прочитанные взрослым короткие рассказы и сказки (2 года 6 мес. – 3 года).

**VI уровень** – понимает значение сложноподчиненных предложений, понимает значение предлогов вне привычной конкретной ситуации (к 4 годам).

Пропедевтическое воздействие при отклонениях речевого развития у детей раннего возраста включает следующие **направления**:

#### **I. Развитие интонации, мелодики, ритма.**

Данное направление логопедической работы реализуется в два этапа:

##### **– развитие интонации и мелодики:**

- восприятие речи посредством пропевания песен-потешек в музыкальном сопровождении и без него, ритмизованной речи в сочетании с движениями;
- воспроизведение речи посредством сопряженного пропевания слов (совместно с взрослым), фразы вслед за взрослым (отраженно); голосовое модулирование ребенком: пение гласных звуков, слогов (плавно, слитно, с нарастанием и спадом интенсивности, с изменением высоты звучания), подкрепляемое соответствующим движением ведущей руки; протягивание звонких согласных с нарастанием интенсивности голоса.

##### **– развитие чувства ритма слова, фразы.**

Этот раздел работы строится с учетом онтогенетической последовательности: от двусложных слов с выделением первого ударного слога к двусложным словам со вторым ударным слогом.

Приемы работы:

- 1) прохлопывание, пропрыгивание, простукивание ритма слова совместно с взрослым;
- 2) аккордово-мелодическое сопровождение ритма речи, с помощью которого ребенок самостоятельно прохлопывает, простукивает ритм слова,



фразы.

## II. Формирование фонематического восприятия.

Логопедическая работа по этому разделу строится в следующей последовательности:

- 1) развитие слухового внимания к неречевым звукам и месту их локализации;
- 2) дифференциация неречевых звуков через их соотнесение с реальным объектом или сюжетным героем;
- 3) дифференциация звукоподражаний через их соотнесение с сюжетными героями;
- 4) дифференциация существительных, сходных по фонетическому оформлению и отличающихся одним-двумя звуками.

## III. Формирование артикуляционного праксиса

(развитие артикуляционной моторики, стимуляция произвольного артикулирования).

Основной прием логопедической работы – имитация акта жевания, который включает в себя координированные движения мышц рта и глотки, а также элементы логопедического массажа (массаж зубной щеткой, губной захват соломинок с уменьшением диаметра, стимуляция движений языка вперед, вверх, в стороны и т.п.).

Особую роль в пропедевтическом этапе речевого развития детей раннего возраста играют **родители**. Их задача – выполнять все рекомендации логопеда и организовывать коррекционно-развивающую среду дома, а также систематически посещать занятия с их детьми и консультации логопеда.

**Структура логопедического занятия-консультации** состоит из трех частей:

**1 часть** – просмотр и обсуждение видеозаписи интегрированного коррекционно-развивающего занятия; разъяснение основных методов и приемов, используемых на занятиях с их детьми (цель, задачи, содержание, технология организации и проведения в домашних условиях);

**2 часть** – консультирование по **различным аспектам речевого онтогенеза в соответствии с разработанным планом**;

**3 часть** – свободный обмен мнениями по поводу достижений или трудностей отдельных детей, с подробным комментарием дефектолога.

В результате представленной системы работы уда-

ется минимизировать отклонения в речевом развитии детей раннего возраста и предупредить возникновение тяжелых форм речевого недоразвития в дошкольном и младшем школьном возрасте. Раннее начало коррекционной работы способствует своевременному развитию детей и обеспечивает эффективность коррекционно-педагогического воздействия в дошкольном возрасте.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: Учебное пособие. – М.: Астрель, 2007. – 222 с.
2. Брамбринг М. Воспитание слепого ребенка раннего возраста в семье / Пер. с нем. – М., 2003.
3. Гриншпун Б.М. О принципах логопедической работы на начальных этапах формирования речи у моторных алаликов // Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова – Т. II. – М., 1997. – С. 112–122.
4. Малофеев Н.Н. Ранняя помощь – приоритет современной коррекционной педагогики // Дефектология. – 2003. – № 4. – С. 7–11.
5. Микшина Е.П., Валькова И.А. Этапы обслуживания ребенка и семьи в Службе ранней помощи // Дефектология. – 2003. – № 5. – С. 70–76.
6. Приходько О.Г. Воспитание и обучение детей раннего возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата / В кн. Специальная дошкольная педагогика / Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Академия, 2002. – С. 183–219.
7. Солнцева Л.И., Хорош С.М. Воспитание слепых детей раннего возраста. Советы родителям: Практическое пособие. – 2-е изд. – М., 2004.

## АВТОРЫ:

### Оксана Викторовна Дорошенко

Ст. преподаватель кафедры дошкольной дефектологии Московского Педагогического Государственного Университета, учитель-логопед высшей категории.

Тел.: дом. 936-14-74; моб. 8-917-562-77-59.

### Галина Ивановна Гринчук

Зам. директора по коррекционной работе ГОУ «Начальная школа – детский сад» № 1889 ЗАО г. Москвы.

Тел: раб. 733-53-58; моб. 8-903-270-98-04.

Поступила 08.06.2007

## СРЕДСТВА И МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ

С.Н. Мухина

Академия повышения квалификации и профессиональной  
переподготовки работников образования, Москва

### MEANS AND METHODS OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH FEATURES OF DEVELOPMENT S.N. Mukhina

#### THE RESUME

*The operational experience on studying the most effective and accessible ways of development of expressiveness of movements, as way of nonverbal dialogue at children with deviations in development by means of musical-rhythmic employment is generalized. Directions of work on development of expressiveness of the movements, based on development of a motility, feeling of a rhythm, mental processes and the nonverbal communications are presented.*

**Keywords:** expressive movements, is musical-rhythmic activity, the moving organization, feeling of a rhythm, mental sphere, nonverbal dialogue.

#### РЕЗЮМЕ

*Обобщен опыт работы по изучению наиболее эффективных и доступных путей развития выразительности движений, как способа невербального общения у детей с отклонениями в развитии средствами музыкально-ритмических занятий. Представлены направления работы по развитию выразительности движений, основанные на развитии моторики, чувства ритма, психических процессов и невербальной коммуникации.*

**Ключевые слова:** выразительные движения, музыкально-ритмическая деятельность, двигательная организация, чувство ритма, психическая сфера, невербальное общение.

Проблема оказания помощи лицам с ограниченными возможностями относится к числу важных и актуальных, так как их численность неуклонно растет. Основной задачей процесса реабилитации является создание условий, направленных на социальную адаптацию инвалидов. Значительные трудности социальной адаптации детей с особенностями развития и инвалидностью обусловлены не только свойствами мыслительной деятельности и физическими возможностями, но и незрелостью их переживаний и эмоциональной регуляции поведения. Следовательно, для регуляции внутренних состояний и внешних их проявлений, установления адекватного социального взаимодействия необходимы средства и методы, направленные на социальную адаптацию.

Среди существующих направлений работы в центрах реабилитации разрабатываются новые психолого-педагогические программы: «Иппоте-

рапия», «Вокалотерапия», «Реабилитация детей средствами музыки», но, к сожалению, в них недостаточно внимания уделено психомоторному развитию средствами музыкально-ритмических занятий, необходимых для дополнительной помощи в реабилитации детей с отклонениями в развитии.

Цель данной статьи – предложить специалистам реабилитационных центров новые направления и методы работы с детьми с отклонениями в психомоторном развитии.

Мы придерживаемся мнения зарубежных специалистов, что музыкально-ритмические движения являются неотъемлемой частью программ воспитания дошкольников с целью психомоторного развития, так как движения под музыку – это синтетический вид деятельности, развивающий чувство ритма, двигательные способности, а также психические процессы, которые лежат в их основе.

Предлагаемая нами методическая разработка

«Выразительное движение» для детей от 4,5 лет основана на ритмопластике. Для проведения занятий по нашей программе не требуется больших затрат. Необходима комната, где могут расположиться до пятнадцати детей, магнитофон и аудиокассеты с записью. Оптимальный режим проведения занятий: два раза в неделю по 20–40 минут. Содержание программы, практический материал могут варьироваться с учетом поставленных целей. Главное, на что должен быть нацелен педагог, – это приобщение к движению под музыку всех детей, которым нужно помочь обрести чувство уверенности в своих силах.

Ведь доказано, что занятия движениями для детей с задержкой или патологией в развитии имеют особое значение, потому что двигательные упражнения тренируют в первую очередь мозг, подвижность нервных процессов (исследования Н.А. Бернштейна, И.М. Сеченова, В.М. Бехтерева и др.). В то же время, движение под музыку – один из самых привлекательных видов деятельности для ребенка, игра, возможность выразить эмоции, реализовать свою энергию, поэтому оно в целом сказывается благотворно на его состоянии и воспитании [1].

Работа по развитию выразительного движения примыкает к психологическим и психотерапевтическим методам, общей задачей которых является реабилитация детей-сирот с отклонениями в развитии.

Так как в основе выразительного движения лежат эмоции, а эмоции в жизни человека имеют огромное значение, то мы можем предположить, что чем меньше эмоция представлена и переработана на психологическом уровне в виде осознанных чувств гнева, печали и т.д., тем сильнее звучит её телесный компонент в виде сердцебиений, потоотделения, мышечных зажимов, ведущих к болевым ощущениям. Эмоциональный разряд, формирующийся в глубинах мозга, требует выхода, а программа по развитию выразительного движения и является этим выходом.

Теоретической основой процесса развития психомоторики у детей послужило положение В.П. Зинченко о том, что обучение должно быть направлено на установление взаимодействия зрительного, слухового, кинестетического и других видов восприятия [5].

Учитывая огромную роль кинестетического анализатора в восприятии, а также его способность быть связующим звеном в межа анализаторных отношениях и осуществлять межа анализаторный синтез (Б.Г. Ананьев, А.Р. Лурия), мы посчитали, что важное значение в ходе обучения должно придаваться изучению совокупности двигательных, ритмических и психических компонентов [3].

Основываясь на положении о том, что выразительная способность движения, в основе которой лежит усвоение индивидом сенсорных эталонов, должно осуществляться покомпонентно и идти от усвоения отдельных структурных элементов движения, ритма и эмоций к изучению целостных структур. Предполагалось, что использование моделирования, перевод двигательно-ритмических компонентов из одной модальности в другую обеспечит успешность овладения детьми выразительностью движений, это повлияет на постепенную интериоризацию выразительности. А овладение возможностью замещения между двумя объектами, усвоение способов кодирования и декодирования поступающей сенсорной информации поможет знаковому опосредованию деятельности, следовательно, качественно повысит регуляцию движений ребенка, что будет способствовать более успешному переходу на новую ступень социального развития.

Если учесть, что отличительной чертой процесса регуляции сознательной деятельности у человека является то, что эта регуляция совершается у него при положительном эмоциональном настроении, то становится понятной роль эмоционального состояния при формировании и протекании у ребенка высших психических процессов. Поэтому особой задачей формирующего обучения было соединение образа двигательно-ритмической структуры выразительности движения с эмоциональным настроением, т.к. основное значение для генезиса перцептивных действий имеет выразительность, фиксирующая эталонный образ.

Кроме того, эмоция может являться еще и способом моделирования структур движения и ритма, т.к. двигательный анализатор, как особая составляющая психомоторного компонента, генетически связан с проявлениями элементарной ритмичности у ребенка уже на первом году жизни. Исследование

возрастных периодов детского организма с позиции высшей нервной деятельности (М. Кольцова, С. Гальперин) и развитие анализаторных систем и опорно-двигательного аппарата показали, что ритмическая деятельность отражает общие особенности развития организма в онтогенезе [4].

В дошкольном возрасте эстетическое ощущение ритма у детей принимает стойкую форму. Они имеют возможность решать образно-выразительные задания, в которых ритм приобретает функции способа выражения душевных переживаний и чувств. Музыка – это эмоции, ритм, а ритм – это такой компонент музыки, который наиболее натурально отражен в движении. Поэтому музыкально-ритмическая деятельность нравится детям, привлекает их своей эмоциональностью и возможностью активно выразить свои чувства.

В работе по развитию психомоторики необходимо использовать три блока:

- двигательно-организующая (регуляционная) деятельность;
- имитационно-выразительная (идентификационная) деятельность;
- двигательно-расслабляющая (релаксационная) деятельность.

Основными приемами работы, направленными на развитие психомоторики, являлись:

- прием развития навыка правильного движения на основе мышечных ощущений, восприятия пространства и чувства ритма;
- прием создания эмоционального образа на фоне музыкального восприятия;
- дополнительные приемы работы, использованные в ходе обучения:
- сильное напряжение мышц с последующим их расслаблением; пение отрывков из песен; выделение метрической пульсации и ритмического рисунка из музыкального произведения; пение мелодии с «ритмическими словами» «та» и «ти-ти»;
- привлечение внимания к звучащему музыкальному произведению; совершение действий в соответствии со звуковым сигналом; с настроением музыкальных произведений, сопоставление их со сказочным персонажем; развитие подражания через восприятие;

- восприятие всеми участниками себя неким «единым телом», где каждый выступает продолжением другого и неотъемлемой частью общего.

**Основной формой работы** являлась групповая. Она проводилась с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка. В случае необходимости использовалась индивидуальная форма работы для более полного усвоения каждым ребенком программы обучения.

Концептуальные основы педагогической работы позволили определить следующие **направления в развитии выразительности движений**:

- развитие музыкальности;
- развитие двигательной организации;
- развитие психических процессов.

Рассмотрим каждое из выделенных направлений подробно.

### **1. Развитие музыкальности:**

- воспитание интереса и любви к музыке, потребности слушать знакомые и новые музыкальные произведения, двигаться под музыку, узнавать, что это за произведения и кто их написал;
- обогащение опыта по слушанию музыки разнообразными по стилю и жанру музыкальными сочинениями;
- развитие умения выражать в движении характер музыки и ее настроение, передавая как контрасты, так и оттенки настроений движениями;
- развитие умения передавать основные средства музыкальной выразительности: темп (ускорения и замедления); динамику (усиление и уменьшение звучания, разнообразие динамических оттенков); регистр (высокий, средний, низкий); метроритм; различать 2-3-частную форму произведения;
- развитие способности различать жанр произведения (плясовая, вальс, полька, старинный и современный танец); песня (песня-марш, песня-танец и др.), марш, разный по характеру, и выразить это в соответствующих движениях.

### **2. Развитие двигательной организации.**

Развитие способности передавать в пластике

музыкальный образ, используя перечисленные ниже виды движений.

Основные движения:

- ходьба – бодрая, спокойная, топающим шагом, вперед и назад (спиной), с высоким подниманием колена (высокий шаг), ходьба на четвереньках, с ускорением и замедлением;
- бег – легкий, ритмичный, передающий различный образ;
- прыжковые движения – на одной, на двух ногах, с продвижением вперед, различные виды галопа (прямой галоп, боковой галоп), поскок «легкий» и «сильный» и др.;
- общеразвивающие движения – на различные группы мышц и различный характер, способ движения (упражнения на плавность движений, махи, пружинность); упражнения на развитие гибкости и пластичности, точности и ловкости движений, координации рук и ног;
- имитационные движения – различные образно-игровые движения, раскрывающие понятный детям образ, настроение или состояние, динамику настроений, а также ощущения тяжести или легкости, разной среды – «в воде», «в воздухе» и т.д.;
- плясовые движения – элементы народных плясок, доступные по координации, танцевальные упражнения из современных ритмических танцев, а также разнонаправленные движения для рук и ног, и др.
- самостоятельные перестроения на основе танцевальных композиций («змейка», «воротики», «спираль» и др.), нахождение свободного места в зале, перестроение в круг, умение становиться в пары и друг за другом.

### 3. Развитие психической сферы:

- развитие переключаемости – умение переключаться с одного движения на другое в соответствии с различным темпом, ритмом и формой музыкального произведения – по фразам;
- развитие восприятия, внимания, памяти – на основе усложнения заданий (увеличение объема движений, продолжительности звучания музыки, разнообразия сочетаний упражнений и т.д.);

- развитие умения выражать различные эмоции в мимике и пантомимике: радость, грусть, страх, тревога, и т.д., разнообразные по характеру настроения, например: «Чебурашка», «Веселые путешественники» и др.

Приведем примеры заданий и музыкальных номеров, используемых в работе с детьми от 4,5 лет.

#### 1. Развитие общей моторики.

##### Задачи:

- развитие двигательной активности, регуляция мышечного тонуса;
- формирования одновременных и реципрокных сенсомоторных взаимодействий, ощущения границ своего тела и его положения в пространстве.

Цель: Совершенствовать организацию движений, при этом добиться одновременных сенсомоторных взаимодействий.

Приведем фрагменты заданий по **регуляции мышечного тонуса**.

Фрагмент 1. «Лодочка». Ребенок ложится на спину, вытягивая руки над головой. По команде одновременно поднимает прямые ноги, руки и голову. Поза держится максимально долго. Затем выполняется аналогичное упражнение лежа на животе.

Фрагмент 2. «Соломинка». Исходное положение – лежа на спине, ноги вместе, руки по швам. Голова приподнимается над полом так, чтобы ребенок видел пальцы ног. Поза удерживается максимально долго.

Фрагмент 3. «Дерево». Ребенок сидит на корточках, голова прижата к коленям, колени обхватываются руками. Это семечко, которое постепенно прорастая, превращается в дерево. Дети очень медленно поднимаются на ноги, выпрямляют туловище, вытягивают руки вверх. Тело напряжено, «дерево тянется к солнышку». От сильного порыва ветра «дерево» должно согнуться. Ребенок резко сгибается в талии, расслабляя верхнюю часть туловища, руки и голову, в то время как нижняя часть туловища должна остаться напряженной и неподвижной.

Цель: развивать **координацию движений**.

Фрагмент 1. «Гусеница». Из положения «лежа на животе» изображаем гусеницу: руки согнуты в локтях, ладони упираются в пол на уровне плеч; вы-

прямяя руки, ложимся на пол, затем сгибаем руки, поднимаем таз и подтягиваем колени к локтям.

Фрагмент 2. «Слоник». Ребенок становится на четыре конечности так, чтобы вес был распределен поровну между руками и ногами. Одновременные шаги правой стороной, затем левой.

Фрагмент 3. «Гусята». Отрабатывается «гусиный» шаг с прямой спиной по четырем направлениям (вперед, назад, вправо, влево).

Цель: Добиваться одновременных сенсомоторных взаимодействий.

Фрагмент 1. «Передай мяч». Игра проводится в форме командного соревнования. Дети в каждой команде стоят в затылок друг другу на расстоянии вытянутой руки. Первый передает мяч второму сверху над головой и т.д. Другой вариант – передача мяча сбоку с поворотом корпуса вправо или влево.

Фрагмент 2. «Ладушки». Дети встают друг напротив друга в парах, согнутые в локтях руки поднимаются к плечам таким образом, чтобы ладони обеих рук соприкасались с ладонями партнера. Дети выполняют сначала хлопок своими руками, возвращают руки в исходное положение, затем хлопок по рукам партнера. Исходное положение и движения повторяются.

## 2. Развитие чувства ритма.

**Задачи:** формировать слухо-ритмические навыки.

Приведем примеры заданий.

Фрагмент 1. Ребенку предлагается слуходвигательное сравнение простых ритмических фраз, различающихся минимально:

Пример 1:

Скок, скок, по-скок,  
мо-ло-дой дроз-док.

Пример 2:

Бьют часы на башне: бам-бам.

А настенные живей: тик-так, тик-так.

Данное задание позволяет ребятам получить общее впечатление о том, что ритм состоит не только из равномерных «шагов»-долей, но также и из более коротких звуков.

Фрагмент 2. Ребенка знакомят с применением особых названий ритмических элементов, удобных для произнесения и исполнения ритмических фигур.

Например:

а) шаг шаг шаг шаг

бе-гать шаг шаг шаг

б) ДОН ДОН ДОН ДОН

ДИ-ЛИ ДОН ДОН ДОН

в) ТА ТА ТА ТА

ти – ти ТА ТА ТА

Например: Горн трубит сигнал с утра –

На зарядку нам пора.

Та, Та, Та, Та.

ти – ти, Та, Та, Та.

Фрагмент 3. Перед ребенком располагают символическое обозначение ритмических фраз, которые могут состоять вначале из знакомых предметов (к примеру, веревок различной длины), затем заменяются упрощенными нотами (без головок):

Пример:

| | | |

□ | | |

Цель: развитие слухового внимания, дифференциация ритмических сигналов.

Фрагмент 4. «Ритм по кругу». Дети садятся в круг на колени. Первый вариант – хлопают в ладоши по очереди один раз, следующий – два раза и т.д.

## 3. Развитие эмоций.

**Задача:** выражать свое эмоциональное состояние с помощью мимики и пантомимики.

Цель: формировать внутреннюю экспрессию, динамичность, способность к выразительному, одухотворенному исполнению движений.

Фрагмент 1. «Зоопарк». Ребенок изображает различных животных, насекомых или птиц. Остальные члены группы должны отгадать изображаемое животное.

«Лошадка»: укрепляются мышцы ног.

«Зайчик»: тренируются «прыгательные» движения, мышцы ног.

«Лягушка»: развивается координация, «прыгательные» движения, мышцы ног, спины.

«Паук»: развивается координация, мышцы ног, спины.

«Таракан»: в принципе простое ползание на четвереньках (особенно полезно, если ребенок в младенчестве не ползал), развивается координация, пространственная ориентация.

«Медведь»: упражнение для отдыха, тренируется вестибулярный аппарат.

«Птичка»: тренируется координация рук и тела, мышцы плеча и предплечья.

#### 4. Развитие коммуникации.

**Задачи:** умение взаимодействовать с детьми во время занятий; воспитание культурных привычек в процессе группового общения с детьми и взрослыми.

**Приемы:** всем участникам ощущать себя неким «единым телом», где каждый выступает продолжением другого и неотъемлемой частью общего.

Цель: воспитание умения взаимодействовать и сопереживать другим людям, умение вести себя в группе.

Фрагмент 1. Взрослый побуждает детей принять участие в ритуале приветствия. Дети образуют круг. Педагог под музыкальное сопровождение пропевает слова:

Дай ладошечку, моя крошечка,  
Я поглажу тебя по ладошечке.

Фрагмент 2. Педагог с детьми стоят в кругу, руки опущены. Под музыку педагог, протягивая ладонь правой руки к соседнему ребенку, пропевая, здоровается с ним, обращаясь к нему по имени. Каждый ребенок передает приветствие следующему по кругу, пока не дойдет до педагога.

Это осуществлялось посредством системы учебных заданий и **методических приемов**, повышающих интерес детей к овладению танцевальными движениями, активизирующих невербальное общение, межличностное взаимодействие, ведущее к повышению уровня развития психомоторики.

Эффективность занятий, по нашему убеждению, напрямую зависит от успешности налаживания и углубления личных контактов с детьми: – игры: развивающие психические процессы, двигательную и ритмическую организацию с использованием соответствующих пособий, сюжетно-танцевальные композиции, основанные на детском музыкальном репертуаре; сначала при проведении игр идет опора на такую особенность детей, как участие взрослого, впоследствии игры приобретают для детей самостоятельную привлекательность.

Таким образом, от полного неприятия сотрудничества до осознания радости общего творчества

и получения удовольствия, как от достигнутого совместно результата, так и от процесса деятельности происходят изменения в эмоциональном состоянии детей и их психомоторном развитии.

Несомненно, ряд проблем остается пока не решенным, но надеемся, что использование предложенных нами направлений и приемов в работе с детьми с отклонениями в развитии поможет в реабилитации детей с положительным эмоциональным настроением, что окажет позитивное влияние на психомоторное развитие и социальную адаптацию этих детей. Работа по этим направлениям на данный момент кажется нам приоритетной, и обмен опытом представляется особенно важным.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. – М., 1966.
2. Буренина А.И. Ритмическая пластика для дошкольников. – СПб., 1993.
3. Дорфман Л.Я. Исследование влияния музыки на психомоторику в связи с особенностями нейродинамики: Автореферат дис. ... канд. психол. наук. – Пермь, 1980.
4. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. – М., 1973.
5. Озеров В.П. Психологические основы диагностики и формирования психомоторных способностей у школьников и студентов. Автореферат дис. ... докт. психол. наук. – М., 1993.
6. Сеченов И.М. Избранные философские и психологические произведения. – М., 1947.
7. Тупоногов Б.К. Основы коррекционной педагогики. – М., 2004.
8. Запорожец А.В. Психическое развитие ребенка. – М., 1986.

#### С.Н. Мухина

Аспирант кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии Академии повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования, педагог-психолог ГОУ «Детский сад № 38», г. Москва  
Тел. 8-915-270-69-64  
s.muxina@gmail.com.

Поступила 14. 01. 2008

# СИНДРОМ РЕТТА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

М.Ю. Бобылова, М.Е. Максимова  
ФГУ Российский реабилитационный центр «Детство»

## RETT SYNDROME: THE REVIEW OF THE LITERATURE AND CASE OF DISEASE IN FEMALE

Bobylova M.Yu., Maksimova M.E.  
Russian Rehabilitation Center

### THE RESUME

*Rett syndrome is a seldom condition. It is observed as a rule in females. Rett syndrome is characterized by autistic regress after the period of normal development. Rett syndrome is the association of mental frustration to heavy neurological symptoms and morphological changes of a brain (progressive atrophy of the brain).*

*The clinical case is presented here showing complexity of statement of the correct diagnosis at early age and aspects of the differential diagnosis with a cerebral palsy.*

**Keywords:** Rett syndrome, autism, children, cerebral palsy, MECP2, MRI.

### РЕЗЮМЕ

*Синдром Ретта - редкое заболевание, встречающееся в основном у девочек, характеризующееся аутистическим регрессом после периода нормального развития и сопровождающееся сочетанием психических расстройств с тяжелыми неврологическими нарушениями и морфологическими изменениями мозга. В 95% случаев заболевание наследуется по X-сцепленному рецессивному типу (мутация MECP2). Приведенный в статье клинический пример демонстрирует сложность постановки правильного диагноза в раннем возрасте и аспекты дифференциального диагноза с детским церебральным параличом.*

**Ключевые слова:** синдром Ретта, аутизм, дети, детский церебральный паралич, ДЦП, мутация MECP2, МРТ.

**Синдром Ретта (CP)** относится к расстройствам аутистического спектра, встречается только у девочек, возникает после периода нормального развития, сопровождается сочетанием психических расстройств с тяжелыми неврологическими нарушениями и морфологическими изменениями мозга.

Заболевание впервые описал австрийский педиатр Андреас Ретт в 1966 году у девочек с регрессом психического развития, аутичным поведением, заменой произвольных движений специфическими стереотипиями в кистях [29]. Шведский исследователь В. Hagberg выделил синдром в самостоятельную нозологическую единицу и сформулировал его основные диагностические признаки. Он отметил наличие классического фенотипа у 75% обследованных в возрасте от 2 до 57 лет. Остальные 25% составляют атипичные формы, сопровождающиеся

стертой клинической картиной [15].

Частота CP варьирует от 0,72:10 000 до 3,5:10 000 в общей популяции, среди специфических причин тяжелой умственной отсталости у девочек, уступая синдрому Дауна [20]. Удельный вес CP среди умственно отсталых девочек в России составляет 2,48%. Частота CP у глубоко умственно отсталых женщин составляет не менее 10%. Случаи возникновения CP у мальчиков единичны [2].

### МОРФОЛОГИЯ И НЕЙРОХИМИЯ

При морфологических исследованиях аутопсийного материала умерших больных обнаружено снижение веса головного мозга на 12–34% по сравнению с соответствующим возрасту контролем, уменьшение числа нейронов и глиоз в коре больших полушарий и мозжечка, передних рогах спинного мозга и спинальных ганглиях, снижение



пигментации в черном веществе и аксональная дегенерация в хвостатом ядре [7, 8]. Атрофия паренхимы мозга выявляется при компьютерной и магнитно-резонансной томографии [27].

Анализ морфологических изменений при СР указывает на замедление развития мозга после рождения и остановку его роста в целом, и дендритического ветвления нейронов в частности, к четырем годам [10]. Замедление роста тела и отдельных органов (сердца, печени, почек, селезенки) становится заметно к 4–6 годам. Длительно сохраняется незрелость проводящей системы сердца, напоминающей проводящую систему новорожденных [12].

Нейроморфологические данные послужили основанием для появления гипотезы «прерванного развития мозга» [8]. Затем было доказано наличие низкого числа дендритных шипиков и нарушение структуры дендритного ветвления нейронов коры и базальных ганглиев. Патология синаптических связей подтверждает гипотезу о нарушенном развитии мозга. С помощью позитронно-эмиссионной томографии обнаружены снижение плотности глутаматных рецепторов в базальных ганглиях, дофаминергических нейронов в хвостатом ядре, гипофункция холинергической системы, ослабление мозгового кровотока [11, 18]. И снижение активности лобных отделов мозга при нейрофизиологических исследованиях [3, 28].

В связи с гипотезой о «прерванном развитии» особый интерес представляют результаты исследования фактора роста нервов при СР: были выявлены его снижение в цереброспинальной жидкости и повышение титра аутоантител к этому фактору в крови [30]. Время возникновения заболевания совпадает с критическим периодом нейроморфологических, нейрохимических и нейрофизиологических перестроек мозга, в которых, возможно, задействованы механизмы программирования апоптоза [1].

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

В 95% случаев к заболеванию приводит мутация МЕСР2, который находится в конце длинного плеча Х-хромосомы Хq28 [5]. Атипичная форма СР (5%), характеризующаяся инфантильными спазмами и ранним началом судорог, возникает при мутации CDKL5 в гене Хq22 [33].

У мальчиков с мутацией МЕСР2 отмечается неонатальная энцефалопатия, приводящая к смерти вскоре после рождения [19, 24]. Фенотипические мальчики с типичными клиническими проявлениями СР имеют кариотип 46, ХХ или 46, ХХУ и мутацию гена МЕСР2 [15]. У мальчиков с СР выявляется соматический мозаицизм: часть клеток с нормальным геном и часть – с мутированным [32].

Тяжесть СР у девочек зависит от типа и расположения мутации МЕСР2 и степени инактивации Х-хромосомы. Если большинство клеток мозга экспрессируют Х-хромосому с нормальным аллелем МЕСР2, СР проявляется в легкой степени. Если же в большинстве нейронов активирована Х-хромосома с мутантным МЕСР2 аллелем, СР протекает очень тяжело, как и в случаях фенотипических мальчиков с мутацией МЕСР2 (поскольку у них имеется единственная Х-хромосома) [18].

СР связан со спонтанной мутацией при гаметообразовании у одного из родителей. Большая часть мутаций гена МЕСР2 происходит в сперматозитах, причем только девочки могут наследовать патологический ген МЕСР2 (мальчики наследуют Y-хромосому от отца, которая не содержит копию МЕСР2) [16].

### КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ СИНДРОМА РЕТТА

**1. Стереотипии.** Утрата целенаправленных движений рук (захват игрушек, держание бутылочки) обычно начинается в возрасте 6–8 месяцев, достигая максимума в 3–4 года. Одновременно появляются характерные стереотипии в руках, заполняющие почти весь период бодрствования. Они напоминают «мытьё рук» или «ладушки»: кисти сжимаются, хлопают и потирают друг друга на уровне груди, лица, иногда за спиной. Могут присутствовать и другие стереотипии.

**2. «Приобретенная» микроцефалия.** Окружность головы пробандов при рождении оценивается как нормальная. Приостановка роста головы совпадает с манифестацией заболевания и является следствием замедления роста мозга.

**3. Познавательная активность.** У больных крайне ограничены интеллектуальные, речевые и адаптивные способности. Для их оценки используются стандартные психологические тесты, кото-

рые выявляют отставание умственного развития (у большинства пациентов в возрасте от 1,5 и более лет оно оценивается ниже, чем у детей 8-месячного возраста). Дети, достигшие определенного уровня развития речи, общения и социальной адаптации, после манифестации заболевания утрачивают эти навыки. Со слов родителей, экспрессивная и импрессивная речь, социальные навыки теряются в среднем в возрасте 4–11 месяцев, а навыки самообслуживания – в 12–14 месяцев.

**4. Атаксия и апраксия.** Движения туловища и конечностей характеризуются нарушениями координации движений (атаксией) и затруднениями в планировании произвольных действий (апраксией). Движения отрывисты и резки, равновесие нарушено, походка – на широко расставленных негнущихся ногах с раскачиванием из стороны в сторону, отмечается тремор. При ранней манифестации заболевания навык ходьбы не развивается. Большинство детей с СР, умеющих ходить, постепенно теряют эту способность по мере прогрессирования болезни.

**5. Дыхательные расстройства** включают нерегулярное дыхание, приступы гипервентиляции, апноэ продолжительностью 1–2 минуты, сопровождающиеся цианозом и иногда обмяканием. Дыхательные нарушения наблюдаются только в состоянии бодрствования и отсутствуют во сне [25].

**6. Эпилептические приступы** полиморфны и плохо поддаются антиэпилептической терапии. Наиболее часто наблюдаются генерализованные тонико-клонические приступы, простые и сложные парциальные судороги, миоклонические приступы. Частота судорожных приступов различна, с возрастом они становятся реже. Типично наличие у пациентов неэпилептических пароксизмов – апноэ, тремор, вздрагивания, эпизоды остановки взора с прекращением двигательной активности [12].

**7. Сколиоз** возникает вследствие дистонии мышц спины и прогрессирует по мере развития заболевания. При рентгенологическом обследовании кисти выявляется укорочение костей и уменьшение плотности костной ткани. Укорочение дистальной фаланги большого пальца отмечалось во всех возрастных группах.

**Течение** заболевания неуклонно прогрессирующее.

СР обычно возникает у детей с нормальным развитием в течение первых месяцев жизни. Затем происходят остановка в развитии и катастрофический регресс всех форм психической деятельности с возникновением моторных стереотипий и аутизма. Условно выделяют четыре стадии [1, 2, 30].

**1 стадия – стагнации.** Нередко наблюдаются врожденная гипотония, темповая задержка двигательных навыков (сидения, ползания, ходьбы). Возраст дебюта первых симптомов заболевания колеблется от 4 месяцев до 2,5 лет; чаще всего от 6 месяцев до 1,5 лет. Останавливается психическое развитие, снижается или исчезает интерес к играм и окружающим людям. Поведение ребенка в целом аутистично. Обращают на себя внимание диффузная мышечная гипотония и замедление роста головы.

**2 стадия – «быстрого регресса»** – начинается, как правило, в возрасте 1–3 лет и сопровождается приступами беспокойства, «безутешного крика», нарушением сна. В течение нескольких недель – месяцев ребенок утрачивает ранее приобретенные навыки, в частности, пропадают целенаправленные движения рук, распадается речь. Одновременно появляются стереотипные движения моющего и протирающего характера. Наблюдаются также и другие насильственные движения: дотрагивание руками до подбородка, головы, груди; нанесение кулаками ударов по щекам, подбородку, заведение рук за спину и т.п. Перечисленные движения совершаются непрерывно, реже через небольшие интервалы, за исключением периода сна.

Пропадает способность к удерживанию в руках предметов (вложенные в руки игрушки, ложка тут же выпадают). В связи с постоянными движениями протирающего характера в области II и III фаланг I и II пальцев развиваются гипертрофия мышц, мозолистые утолщения и эксфолиация кожных покровов IV и V пальцев рук и соответственно в области пястных костей, напротив, заметно истончение и атрофия мышц [22].

Дети широко расставляют ноги при ходьбе и покачиваются. Мышечный тонус непостоянен, от гипотонии до спастичности. Легкая дистальная атрофия мышц стоп и голеней сопровождается вегетативными нарушениями по типу «носков». Рекурвация

в суставах приводит к частым падениям. Движения туловища обедняются, голова втягивается в плечи. Гипертонус шейных и плечевых мышц сочетается со сколиозом и кифосколиозом. При прогрессировании описанных нарушений дети вообще теряют способность к изменению положения тела (из положения лежа не могут сесть или встать).

Более чем у половины детей наблюдаются аномалии дыхания в виде апноэ, чередующиеся с периодами гипервентиляции, возможно появление судорожных приступов. Ребенок начинает игнорировать обращенную речь, избегает зрительного и тактильного контакта. Появляются гримасничание, нахмуривание бровей, зажмуривание глаз. Иногда симптоматика нарастает столь быстро и драматично, что необходимо исключать энцефалит.

**3 стадия – относительной стабильности** – охватывает длительный период дошкольного и раннего школьного возраста. На первый план выступают глубокая умственная отсталость, судорожные приступы и экстрапирамидные нарушения. Одновременно несколько смягчается насильственность «моющих» и других движений в кистях рук. Появляется крупноразмашистый тремор головы, туловища, рук, усиливающийся при попытке выполнения направленных движений.

Утрачивается способность жевать, появляются поперхивания, а затем нарушается и глотание. Приступы беспокойства реже, сон улучшается. Возможно понимание простейших жестов бытового содержания. Сохраняются глазная реакция «глаза в глаза» и реакция откликания на зов, но они резко отсрочены и кратковременны. В отношениях с близкими сохраняется «тактильная игра» (свойственная детям первого года жизни) с возможностью легкого эмоционального оживления.

**4 стадия – «тотального слабоумия»** – характеризуется прогрессированием двигательных нарушений, начинается к концу первого десятилетия жизни. Пациенты становятся обездвиженными, нарастают спастика, мышечные атрофии и вторичные скелетные деформации (в частности, сколиоз), вегетативные полиневритические расстройства, особенно выраженные в нижних конечностях, отставание в росте без задержки полового созревания, иногда развивается кахексия. Судороги становятся

реже, эмоциональные реакции обогащаются. Продолжительность жизни – до 25 лет.

### ДИАГНОСТИКА

Практически во всех случаях, даже при отсутствии клинических судорог, наблюдаются нарушения на электроэнцефалограмме, начиная примерно с двухлетнего возраста [3]. Наблюдается увеличение амплитуды и снижение частоты фонового ритма в период бодрствования, а также эпилептиформные разряды, количество которых значительно больше во время сна [4]. Примерно с шестилетнего возраста доминирует монотонный  $\alpha$ -ритм, который в дальнейшем, после 20 лет, имеет тенденцию локализации в центрально-теменной области [27].

При компьютерной томографии отмечается субатрофия коры головного мозга. Магнитно-резонансная томография обнаруживает билатеральную атрофию в лобно-височных областях коры больших полушарий и признаки атрофии мозжечка лишь на третьем–четвертом десятилетии жизни [26].

Метод позитронной эмиссионной томографии показывает значительное снижение общего церебрального кровотока и ослабление метаболизма при СР, что напоминает распределение мозгового кровотока у детей грудного возраста [17].

### КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Диагноз основывается на распознавании характерной клинической картины. Международная ассоциация по изучению СР предложила группу диагностических критериев, которые разделены на **необходимые, дополнительные и исключющие**. Классическая форма СР может быть диагностирована, если у пациента присутствуют все необходимые критерии (женский пол не входит в их число). Вторая группа состоит из дополнительных критериев, многие из которых обычно имеются у больных, но ни один из них не является обязательным для постановки диагноза. Третья группа – исключющие критерии, одного из которых достаточно, чтобы отвергнуть СР у пробанда.

#### **Необходимые диагностические критерии:**

- нормальные пренатальный и перинатальный периоды, нормальная окружность головы при

рождении с последующим замедлением роста головы между 5 месяцами и 4 годами;

- утрата приобретенных навыков в возрасте от 6 до 30 месяцев, связанная по времени с нарушением общения;
- грубое нарушение экспрессивной и импресивной речи и грубая задержка психомоторного развития;
- стереотипные движения рук, напоминающие выжимание, стискивание, хлопки, «мытьё рук», потирание;
- нарушения походки (апраксии и атаксии), выявляющиеся в возрасте 1–4 лет.

Диагноз считается предварительным до двух-пятилетнего возраста.

#### **Дополнительные критерии:**

- дыхательные расстройства (периодические апноэ во время бодрствования, сменяющиеся гипервентиляцией, форсированное изгнание воздуха и слюны);
- судорожные припадки;
- спастика, дистония и атрофия мышц;
- периферические вазомоторные расстройства;
- сколиоз, задержка роста, маленькие ступни;
- электроэнцефалографические аномалии (замедление основного ритма в состоянии бодрствования, эпилептиформные разряды).

Наконец, к исключаящим критериям относят очевидность внутриутробной задержки роста, органомегалию или другие признаки болезней накопления, ретинопатию или атрофию дисков зрительных нервов, микроцефалию при рождении, очевидность перинатального повреждения мозга, идентифицированное обменное или другое прогрессирующее неврологическое заболевание, неврологические нарушения в результате тяжелой инфекции или черепно-мозговой травмы.

**Атипичные формы.** У ряда больных симптомы полностью не соответствуют классическому течению СР. Эти случаи классифицируют как неполные, или атипичные, формы. При неполной форме у больного присутствуют многие, но не все из необходимых симптомов. Атипичные формы – это случаи СР, которые соответствуют всем необходимым критериям диагностики, но имеют отклонения от типичного те-

чения. В частности, при атипичной форме синдрома судороги являются дебютом заболевания. Раннее начало эпилепсии не оказывает существенного влияния на течение и прогноз болезни, однако вызывает дифференциально-диагностические трудности. При атипичном варианте синдрома с частично сохраненной речью больные имеют некоторые речевые навыки, течение заболевания у них более мягкое, чем при классической форме [35]. Известны также атипичные варианты синдрома с аномальным развитием ребенка с рождения и случаи синдрома Ретта у мальчиков [19].

#### **ПРОГНОЗ**

Диагностика СР стала возможна не более 15 лет назад. Некоторые пациенты погибают в детском и юношеском возрасте, обычно в результате дистрофии, осложнений, связанных с нарушением вентиляции легких вследствие сколиоза, иногда во время эпилептического статуса [13]. Однако ряд больных достигает возраста 20–30 и более лет. Часть из них обездвижены, у других состояние остается относительно стабильным, с небольшой положительной динамикой.

Мальчики с мутацией МЕСР2 (кариотип 46, ХХ или 46, ХХУ) умирают в первые два года жизни от тяжелой энцефалопатии [19].

#### **ЛЕЧЕНИЕ**

Терапия СР требует междисциплинарного интегрированного подхода (с участием педиатра, невролога, психиатра, психолога, логопеда, врача ЛФК, ортопеда, диетолога) и включает симптоматическое и поддерживающее лечение; лечебную физкультуру, занятия с педагогами и логопедами. Медикаментозная терапия синдрома Ретта не разработана [23].

#### **Симптоматическое лечение включает:**

- лечение желудочно-кишечного рефлюкса, сбалансированная диета;
- купирование судорог;
- профилактика сколиоза;
- профилактика синдрома удлиненного интервала QT;
- развитие навыков общения и поведенческая терапия.

Для купирования эпилепсии назначают антиэпилептические препараты [34]. Улучшение двигательной активности наблюдается при назначении леводопы, предшественника дофамина, или его агонистов. У больных в 4-й стадии заболевания препараты леводопы уменьшают ригидность мышц. Налтрексон (антагонист опиатных рецепторов) поддерживает регулярность дыхания, но способствует более быстрому течению болезни и утрате двигательных навыков. У больных, получающих антиэпилептические препараты, развивается дефицит карнитина, в таком случае показано назначение препаратов левокарнитина.

Лечебная физкультура включает упражнения, направленные на поддержание гибкости и амплитуды движений конечностей, а также как можно более длительное сохранение навыка ходьбы.

Предлагаются психологические программы максимального развития оставшихся сохранными двигательных навыков и формирования на их основе «языка общения». Используется также музыкальная терапия, так как она оказывает благоприятный успокаивающий эффект на детей и частично компенсирует нарушение контакта с окружающим миром [21, 31].

#### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР. РЕБЕНОК А.Л.,

##### 2 ГОДА 3 МЕСЯЦА

**Диагноз: Синдром Ретта. Симптоматическая эпилепсия. Грубая задержка психоречевого развития. Аутистический синдром. Удвоение чашечно-лоханочной системы левой почки.**

Девочка поступила в отделение впервые с жалобами на задержку двигательного и психического развития, отсутствие речи.

**Анамнез:** Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с патологией плаценты, срочных родов со стимуляцией на фоне первичной слабости родовой деятельности. При рождении вес 3 300, рост 53 см. Раннее развитие с задержкой становления двигательных навыков на 1-м году. Лепет отмечался до 6-7 мес. Затем на фоне вакцинации против полиомиелита развилась вялость, мышечная гипотония, после чего постепенно исчез лепет. В 1 год поставлен диагноз: ДЦП, атонически-астатическая форма. Симптоматическая эпилепсия?

**При осмотре:** в соматическом статусе патологии

не выявлено. Ребенок в сознании, сидит с поддержкой, постоянные навязчивые стереотипии в руках (типа «ладушек», с поворотом головы и прищелкиванием языком). Во время осмотра отмечаются частые эпизоды «замирания» с застыванием взора без двигательных феноменов. Обращенную речь не понимает, просьбы не выполняет, зрительный и тактильный контакт непродолжителен. ЧН: косоглазие непостоянное сходящееся, псевдобульбарный синдром. В двигательной сфере: мышечная дистония, сухожильные рефлексы симметричные, снижены, патологических рефлексов не выявлено, брюшные рефлексы снижены. Координаторная проба и чувствительность не исследована по тяжести состояния. Произвольный контроль тазовых функций не сформирован.

#### **В отделении обследована:**

1. Клинический анализ крови, мочи – показатели в пределах нормы.
2. УЗИ внутренних органов: со стороны органов брюшной полости изменений не выявлено. Удвоение чашечно-лоханочной системы левой почки.
3. ЭЭГ: Альфа-ритм фрагментарный с частотой 7,5–8 Гц. Увеличение индекса бета-колебаний и медленных волн. Выраженные диффузные изменения органического характера, умеренная ирритация коры. Патологических форм активности в данной записи нет.
4. На видео-ЭЭГ-мониторинге сна: эпилептиформная активность с вероятным очагом в глубине левого полушария (височно-центрально-теменные отделы) с тенденцией к генерализации. Приступов не отмечено.
5. На МРТ головного мозга: корковая атрофия лобно-височных отделов, перивентрикулярная лейкомаляция.
6. Окулист: ОУ – косоглазие, непостоянное, сходящееся. Гиперметропия слабой степени.
7. Ортопед: Ребенок не сидит, не ходит самостоятельно. Конечности одинаковой длины. Отмечается разгибательная контрактура коленных суставов, выраженная гипотония мышц нижних конечностей. Опора на полную стопу, отмечаются признаки нестабильности тазобедренных суставов.
8. Психолог: Интеллектуальное развитие ребенка

проходит в рамках задержки, соответствует основному заболеванию. Ведущая деятельность не сформирована. Восприятие нарушено, концентрация снижена, устойчивость снижена. Навыки общения отсутствуют. Мелкая моторика нарушена. Конструктивный праксис не сформирован. Сотрудничество отсутствует. Эмоционально-волевая сфера развивается с задержкой. Утомляемость повышена. Истощаемость повышена.

9. Логопед: Сенсомоторная алалия.

**На основании данных анамнеза (нарастание задержки речевого развития после 6 мес., постепенный регресс навыков общения и снижение эмоциональности), клинической картины (преобладание психоэмоциональных нарушений в виде аутичного поведения, двигательных стереотипий), данных электроэнцефалографии и нейровизуализации диагноз «детский церебральный паралич» был подвергнут сомнению, учитывая нехарактерное для ДЦП течение. У ребенка заподозрен синдром Ретта.**

При цитогенетическом исследовании методом SSCP (анализ кодирующей последовательности гена MeCP2, секвенирование 3 и 4 экзонов MeCP2) обнаружена стандартная миссенс-мутация в 4 экзоне гена MeCP2 (с. 473С →Т; р.Т158М). Таким образом, синдром Ретта был подтвержден.

Изменение диагноза повлекло за собой коррекцию реабилитационного подхода.

Девочке рекомендованы систематические реабилитационные курсы, направленные на:

- 1) стабилизацию психического развития (понимание речи взрослого, выполнение простейших инструкций; налаживание эмоционального контакта со взрослыми, работа над фиксацией взгляда), наблюдение психолога и логопеда-дефектолога;
- 2) контроль функций внутренних органов (динамика анализов мочи, радиодинамическая нефросцинтиграфия, наблюдение нефролога);
- 3) профилактику осложнений.
  - дневной видео-ЭЭГ-мониторинг, при обнаружении абсансов – назначение антиэпилептических препаратов (депакин),
  - изготовление лонгет на коленные суставы.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Синдром Ретта – редкое состояние. Длительных наблюдений больных при этом синдроме не описано ни в отечественной, ни в зарубежной литературе, в отличие, например, от синдрома Дауна. На стадии разработки находятся алгоритмы реабилитации, но долгосрочный прогноз детей, получающих специализированную помощь, неизвестен.

Проблема дальнейшей реабилитации состоит в том, что данному ребенку необходимо наблюдение специалистов (врачей, педагогов, психологов и логопедов), умеющих работать не просто с ранним детским аутизмом, а именно с синдромом Ретта, знающих особенности течения этого заболевания и его прогноз. К сожалению, количество детских учреждений такого уровня на территории Российской Федерации явно не соответствует числу детей, нуждающихся в них.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Башина В.М., Симашкова Н.В., Горбачевская Н.Л., Якупова Л.П. и др. Клинические и нейрофизиологические аспекты синдрома Ретта // Журнал невропатол. и психиатр. – 1993. – Т. 93, вып. 4. – С. 52–55.
2. Казанцева Л.З., Улас В.Ю. Синдром Ретта у детей // Лечащий врач. – 1998, № 6. – С. 13.
3. Горбачевская Н.Л. и др. Электроэнцефалографическое исследование детской гиперактивности // Физиология человека. – 1996. – Т. 22, № 5. – С. 49.
4. Aldrich M., Garofalo E., Drury I. Epileptiform abnormalities during sleep in Rett syndrome // EEG Clin. Neurophysiol., 1990, 75, № 5, P. 365-370.
5. Amir, R. E.; Van den Veyver, I. B. et al. : Rett syndrome is caused by mutations in X-linked MECP2, encoding methyl-CpG-binding protein 2. Nature Genet. 23: 185-188, 1999
6. Armstrong D. The neuropathology of the Rett syndrome// Brain Development. – 1992. – Vol. 14. – P. 89-98.
7. Armstrong DD: Review of Rett syndrome. J Neuropathol Exp Neurol 1997 Aug; 56(8): 843-9
8. Belichenko P. V., Hagberg B., Dahlstrom A. Morphological study of neocortical areas in Rett syndrome//Acta neuropathol. – 1997. – Vol. 93. – P. 50-61.
9. Belichenko P. V., Oldfors A., Hagberg B. et al. Rett syndrome: 3-D confocal microscopy of cortical pyramidal dendrites and afferents//Neuro Report. – 1994. – № 5. – P. 1509-1513.

10. C. Chiron, C Bulteau, C. Loc'h et al. Dopaminergic D2 Receptor SPECT Imaging in Rett Syndrome: Increase of Specific Binding in Striatum *The Journal of Nu Medicine Vol.* 34 No.10 october 1993
11. Ellaway, C. J.; Sholler, G.; Leonard, H. et al. : Prolonged QT interval in Rett syndrome. *Arch. Dis. Child.* 80: 470-472, 1999.
12. Glaze DG, Schultz RJ, Frost JD: Rett syndrome: characterization of seizures versus non-seizures. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1998 Jan; 106(1): 79-83.
13. Guideri, F.; Acampa, M.; Hayek, G. et al. : Reduced heart rate variability in patients affected with Rett syndrome: a possible explanation for sudden death. *Neuropediatrics* 30: 146-148, 1999.
14. Hagberg B., Aicordi J. et al. A progressive syndrome of autism, dementia, ataxia and loss of purposeful hand use in girls: Rett's syndrome. Report of 35 cases // *Ann. Neurol.*, 1983, № 14, P. 471-479.
15. Hammer, S.; Dorrani, N. et al. : Rett syndrome in a 47,XXX patient with a de novo MECP2 mutation. *Am. J. Med. Genet.* 122A: 223-226, 2003.
16. Hoffbuhr K, Devaney JM, LaFleur B: MeCP2 mutations in children with and without the phenotype of Rett syndrome. *Neurology* 2001 Jun 12; 56(11): 1486-95.
17. Horská, S. Naidu, E. H. et al. Quantitative 1H MR spectroscopic imaging in early Rett syndrome *Neurology* 2000;54:715
18. Huppke P, Laccone F, Kramer N, et al: Rett syndrome: analysis of MECP2 and clinical characterization of 31 patients. *Hum Mol Genet* 2000 May 22; 9(9): 1369-75
19. Kankirawatana P, Leonard H, Ellaway C, et al: Early progressive encephalopathy in boys and MECP2 mutations. *Neurology* 2006 Jul 11; 67(1): 164-6.
20. Kozinetz CA, Skender ML, MacNaughton N, et al: Epidemiology of Rett Syndrome: a population-based registry. *Pediatrics* 1993; 91(2): 445-50.
21. Lavie E, Shapiro M, Julius M: Hydrotherapy combined with Snoezelen multi-sensory therapy. *Int J Adolesc Med Health* 2005 Jan-Mar; 17(1): 83-7.
22. Leonard, H.; Thomson, M.; Glasson, E. et al. : Metacarpophalangeal pattern profile and bone age in Rett syndrome: further radiological clues to the diagnosis. *Am. J. Med. Genet.* 83: 88-95, 1999.
23. Lotan M: Management of Rett syndrome in the controlled multisensory (Snoezelen) environment. A review with three case stories. *ScientificWorldJournal* 2006; 6: 791-807.
24. Moog, U.; Smeets, E. E. et al. : Neurodevelopmental disorders in males related to the gene causing Rett syndrome in females (MECP2). *Europ. J. Paediat. Neurol.* 7: 5-12, 2003.
25. Motil KJ, Schultz RJ, Browning K, et al: Oropharyngeal dysfunction and gastroesophageal dysmotility are present in girls and women with Rett syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999 Jul; 29(1): 31-7.
26. S. Naidu, W. E. Kaufmann, M. T. Abrams et al. Neuroimaging studies in Rett syndrome. *Brain Dev.* 2001 Dec; Vol 23, suppl 1: S62-71
27. Niedermeyer E. et al. Unusual EEG Theta Rhythms Over central region in Rett syndrome: Considerations of the underlying Dysfunction // *Clinical electroencephalography.* – 1997. – Vol. 28. – № 1. – P. 36-43.
28. Rett, A. : Rett syndrome: history and general overview. *Am. J. Med. Genet.* 1: 21-25, 1986.
29. Riikonen R. Neurotrophic Factors in the Pathogenesis of Rett Syndrome *J Child Neurol.*2003; 18: 693-697
30. Smeets, E.; Schollen, E.; Moog, U. et al. : Rett syndrome in adolescent and adult females: clinical and molecular genetic findings. *Am. J. Med. Genet.* 122A: 227-233, 2003.
31. Stauder JE, Smeets EE, van Mil SG, Curfs LG: The development of visual– and auditory processing in Rett syndrome: An ERP study. *Brain Dev* 2006 Apr 26.
32. Topcu, M.; Akyerli, C. et al. : Somatic mosaicism for a MECP2 mutation associated with classic Rett syndrome in a boy. *Europ. J. Hum. Genet.* 10: 77-81, 2002.
33. Van den Veyver, I. B.; Subramanian, S.; Zoghbi, H. Y. : Genomic structure of a human holocytochrome c-type synthetase gene in Xp22.3 and mutation analysis in patients with Rett syndrome. *Am. J. Med. Genet.* 78: 179-181, 1998.
34. Wilfong AA, Schultz RJ: Vagus nerve stimulation for treatment of epilepsy in Rett syndrome. *Dev Med Child Neurol* 2006 Aug; 48(8): 683-6.
35. Zappella, M.; Meloni, I.; Longo, I. et al. : Preserved speech variants of the Rett syndrome: molecular and clinical analysis. *Am. J. Med. Genet.* 104: 14-22, 2001. 866, 2006.

#### **Бобылова Мария Юрьевна**

кандидат медицинских наук

Моб. тел. 8-910-446-55-41

Email: [marya\\_bobylova@mail.ru](mailto:marya_bobylova@mail.ru)

Поступила 11.12.2007

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Ю.А. Кондратьев

министр здравоохранения и социального развития Калужской области

В настоящее время быстрыми темпами увеличивается число детей со стойкими нарушениями психического и физического здоровья. Приходится констатировать, что по данным диспансерных осмотров дети с первой группой здоровья составляют порядка 28–30%, вторая группа здоровья колеблется в пределах 50–52%, на остальные группы (3–5 гр.) приходится до 20%, в том числе дети с ограничениями жизнедеятельности составляют 1,5–2%.

Сегодня инвалидность в детском возрасте рассматривается как значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития ребенка, снижения способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, трудовой деятельности в будущем, контроля своего поведения. Эти дети с большими трудностями могут находиться в коллективе сверстников, они нуждаются в специальных услугах, включая медицинские, социальные, образовательные.

В Калужской области уровень детской инвалидности в 2006 году составил – 167,0 (2005 г. – 145,5) на 10 тысяч детского населения, впервые выявленной – 21,0 (2005 г. – 25,1). В 2006 году зарегистрировано 2 713 детей, имеющих статус «ребенок-инвалид». Самая многочисленная группа детей-инвалидов имеет возраст от 5 до 14 лет.

подавляющее число детей с ограничениями жизнедеятельности (более 90%) воспитывается в семьях.

Понимая, что болезнь легче предупредить, чем лечить (что также и экономически более рационально), профилактическая направленность в нашей работе является приоритетной. В области немало сделано по развитию службы родовспоможения и детства. В течение ряда последних лет значительно улучшена материально-техническая база учреждений здравоохранения: на современном уровне проведена реконструкция областного родильного дома, капитальный ремонт роддома г. Калуги, ремонты во всех акушерских

и детских районных отделениях и поликлиниках. Введена в строй областная детская больница, Калужский дом ребенка переведен в отремонтированное здание с расширением числа мест с 70 до 108. Большая работа проводится по внедрению современных перинатальных технологий.

С целью предупреждения случаев рождения детей с ВПР, раннего выявления наследственной патологии, распространенности заболеваний в области проводятся массовые скрининговые обследования. В целях раннего выявления отклонений в состоянии развития плода в обязательном порядке проводится перинатальная диагностика, включающая трехкратный ультразвуковой скрининг, в случае необходимости, биохимический скрининг. Ультразвуковым обследованием в прошедшем году было охвачено более 90% беременных женщин, в 36 случаях по согласию женщин беременность была элиминирована в связи с грубыми пороками развития плода. Благодаря этому отмечается устойчивая тенденция к снижению рождения детей с пороками, несовместимыми с жизнью и снижению младенческой смертности от данных причин.

С 1996 года проводится неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз и фенилкетонурию, что позволяет ежегодно в первый месяц жизни выявлять 3–5 таких больных, дает возможность вовремя начать лечение, предупредить необратимое поражение центральной нервной системы и другие тяжелые последствия, ведущие к ранней инвалидизации. С 2007 года в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» новорожденные дополнительно обследуются на галактоземию, адреногенитальный синдром и муковисцидоз. Лечебно-профилактические учреждения получили возможность дооснащения современным оборудованием, повышения квалификации кадров.

Доступность медицинской помощи детям регламентируется программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Существующая



сеть учреждений здравоохранения позволяет оказывать доступную медицинскую помощь детям надлежащего качества в полном объеме. В области функционируют более 500 аптечных предприятий, из них 59 аптек и 56 аптечных пунктов осуществляют бесплатный и льготный отпуск лекарств, в том числе детям-инвалидам. С 2002 года в областном бюджете отдельной строкой ежегодно выделяются средства для оплаты дорогостоящих видов помощи, не входящих в квоты детям, в клиниках за пределами области в сумме более 2 млн. рублей.

В особой заботе нуждаются дети, воспитываемые в интернатных учреждениях здравоохранения и социальной защиты. В двух специализированных домах ребенка для детей с органическим поражением центральной нервной системы и нарушением психики воспитываются в настоящее время более 100 детей, 40% из них имеют статус «ребенок-инвалид». Все дети два раза в год проходят углубленные осмотры врачами-специалистами, в целях коррекции нарушений в состоянии здоровья используются современные методики психолого-педагогической, медико-социальной реабилитации. На постоянном стационарном обслуживании в Полотняно-Заводском доме-интернате для умственно отсталых детей находятся 157 детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном уходе.

В целях профилактики заболеваемости и инвалидности детей на базе действующих лечебных учреждений функционируют кабинеты здорового ребенка, кабинеты профилактики, обучающие образовательные центры: школы сахарного диабета, бронхиальной астмы, респираторно-образовательный центр в г. Калуге, кабинеты биологически обратной связи. В женских консультациях работают Школы материнства.

На базе местных санаториев ежегодно проводятся специализированные профильные оздоровительные смены для детей с родителями.

Несмотря на существующую систему социальной защиты, инвалиды по-прежнему остаются одной из самых неблагополучных категорий населения, как социально, так и экономически.

Одним из важнейших направлений работы министерства по улучшению положения детей в Калужской области является процесс поэтапного создания системы всесторонней поддержки семей, имеющих детей-инвалидов, предупреждения детской инвалидности, социального устройства детей-инвалидов, создание

системы эффективной социальной реабилитации.

Совместно с региональным отделением фонда социального страхования по Калужской области отработываются вопросы обеспечения детей слуховыми аппаратами, техническими средствами реабилитации, санаторно-курортными путевками.

Совместно со специалистами бюро медико-социальной экспертизы по Калужской области составляются индивидуальные программы реабилитации детей-инвалидов и контролируется их выполнение. Вопросы форм обучения детей-инвалидов и определения типа учреждения решаются совместно с органами образования.

Долгое время в нашей стране активно рассматривался лишь медицинский аспект реабилитации. Сегодня сформировано четкое понятие о том, что процесс реабилитации – это комплексная работа с целью обретения человеком, хотя бы частично, утраченных возможностей.

В рамках областной целевой программы «Семья и дети», подпрограммы «Социальная поддержка семей с детьми-инвалидами», на протяжении многих лет проводятся мероприятия по творческой реабилитации.

Главной формой социокультурной реабилитации детей-инвалидов стали традиционно проводимые в области творческие фестивали «Лучики надежды», смотры-конкурсы «Книгу пишем вместе», «Фестиваль в моей судьбе».

В дни проведения конкурса родители получают консультации по профилю заболевания ребенка, организации свободного времени.

Большая роль в проведении комплексной реабилитации, в реализации индивидуальных программ реабилитации и социальной адаптации детей-инвалидов отводится специализированным учреждениям социального обслуживания семьи и детей.

В Калужской области действуют два реабилитационных центра для детей-инвалидов: в Калуге и Обнинске; открыты отделения реабилитации в муниципальных центрах социальной помощи семье и детям, где проходят реабилитацию более 1 700 детей-инвалидов.

150 детей осваивают профессию по различным специальностям в Калужском территориальном центре профессиональной реабилитации инвалидов.

Многообразие проблем, возрастной диапазон инвалидов и членов их семей требуют от властных структур

Калужской области включения в сферу деятельности реабилитационных учреждений ранней диагностики и раннего сопровождения детей с церебральной патологией, социально-средовой и социально-бытовой адаптации, ранней профессиональной ориентации детей-инвалидов, их культурного и творческого развития. Кроме того, особое значение приобретает единство подходов к методическим и организационным основам и оснащению реабилитационных центров, их взаимодействию и преемственности в работе. Для решения этих задач необходимо всестороннее вовлечение членов семьи детей-инвалидов в реабилитационный процесс в качестве его активных участников в каждом из направлений реабилитационной работы – медицинском, психолого-педагогическом, социальном.

Начало этому положено во многих центрах г. Калуги и Калужской области.

В центрах реабилитации детей с ограниченными возможностями «Доверие» г. Обнинска и «Доброта» г. Калуги используются современные методики и технологии, на каждого ребенка имеется банк данных по получению им различных видов услуг, отслеживается динамика в проведении реабилитационных процессов.

В центре «Доверие» г. Обнинска около 50 детей по направлениям поликлиник города проходят раннюю реабилитацию, что позволяет на ранних этапах развития ребенка оказать комплексные социально-реабилитационные услуги.

Женщины, имеющие аномалии в развитии плода, получают консультации специалистов, посещают практические занятия по психологической готовности к родам. Работа в центре «Доверие» ведется в соответствии с индивидуальными программами реабилитации и рекомендациями лечащих врачей. В г. Обнинске за последние два года показатель рождения детей с аномалиями в развитии снизился более чем на 15%.

Психотравмирующая ситуация в семье, где воспитывается ребенок с ограниченными возможностями, не может не затрагивать других членов семьи. Развитие ребенка осуществляется опосредованно через родителей, и состояние их психики может оказать деформирующее влияние на ребенка.

Поэтому важно, чтобы комплексная реабилитация была направлена как на ребенка с отклонениями в развитии, так и на его родителей. Ребенок-инвалид и его родители проходят комплексную диагностику в центре

«Доброта» г. Калуги, в ходе которой, как правило, выявляются эмоциональное напряжение и утомление у членов семьи, несомненно, требующие продолжительной комплексной работы по психологической коррекции и, зачастую, специальной терапии. Своевременное оказание квалифицированной помощи специалистов различного профиля в этом случае обеспечит профилактику снижения уровня социальных отношений в семье и ее социальной успешности.

Родители, используя свой жизненный опыт, приучают детей к участию в общественной жизни, домашней работе, одновременно выполняя так необходимые физические и лечебные упражнения. Часто «реабилитация», которую проводят родители, оказывается эффективнее, чем методы и вспомогательные средства, рекомендованные специалистами.

К сожалению, двух существующих центров на всю область недостаточно. Инвалиды, проживающие в сельской местности, не имеют возможности получить какие-либо услуги по реабилитации.

Совершенно очевидно, что такие реабилитационные службы или отделения нужно создавать в каждом муниципальном образовании.

Учреждения социального обслуживания детей-инвалидов имеют оборудованные кабинеты, тренажерные и актовые залы, сухие бассейны, игровые площадки.

Для успешной реализации приоритетных национальных проектов в Калужской области жизнь диктует необходимость создания многопрофильного, хорошо оснащенного реабилитационного центра. В условиях такого центра услуги по восстановлению утраченного здоровья могли бы получать дети, имеющие эти проблемы, а их родители – психологическую и социальную помощь, в которой они нуждаются в не меньшей степени, чем сами дети с ограниченными возможностями. Центр такого уровня будет способствовать реализации областной комплексной программы реабилитации детей-инвалидов и их семей, обеспечит последовательность и преемственность реабилитационных мероприятий, будет способствовать формированию безбарьерной среды для детей-инвалидов и в целом способствовать сокращению детской инвалидности в Российской Федерации.

Поступила 04.10.2007

## ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА (ИПР) – ОСНОВА РЕАБИЛИТАЦИИ

В.Г. Кальте

ФГУ РРЦ «Детство», Москва

Дети-инвалиды – самая незащищенная категория населения, так как самостоятельно реализовать свои права они не могут. В большей степени это за них делают родители или опекуны, которые зачастую о многих правах детей-инвалидов просто даже не подозревают. И одно из них – это право на реабилитацию. Но для успешного осуществления реабилитационных мероприятий у вас должен быть некий индивидуальный, (т.е. характерный только для вашего ребенка) план по их осуществлению. Таким планом является **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ**.

После того, как Ваш ребенок перешел в категорию «ребенок-инвалид», Вам необходимо потребовать от специалистов составления индивидуальной программы реабилитации (ИПР) вашего ребенка, в которой указываются мероприятия, способствующие развитию ребенка, корректирующие эмоционально-волевые нарушения, укрепляющие (восстанавливающие) его здоровье, а также режим проведения таких мероприятий, и все это согласно индивидуальным потребностям и возможностям вашего ребенка.

ИПР позволяет получать регулярную, порой дорогостоящую помощь различных специалистов за счет бюджетов разных уровней, будь-то: работа психолога, дефектолога, логопеда, юриста; обеспечить сеансы музыкотерапии, иппотерапии, посещение бассейна и получение технических средств реабилитации и многое другое. В соответствии с Программой, психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК) поможет определить ребенка в профильное дошкольное образовательное учреждение или муниципальное образовательное учреждение – школу для получения образования.

Так что же это такое – **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ?**

В статье 11 Закона Российской Федерации «О социальной защите инвалидов в РФ» дано определение индивидуальной программе реабилитации инвалида. **ИПР – это комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в**

**себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.**

Таким образом, индивидуальная программа реабилитации инвалида – требование Закона. И в соответствии с Законом этот документ (ИПР) «является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности». И это значит, что государственные организации и учреждения, и должностные лица не имеют права отказаться от её исполнения.

В 2004 году утверждена единая форма<sup>1</sup> индивидуальной программы реабилитации инвалида, которая действует на всей территории России.

В Положении о признании лица инвалидом<sup>2</sup> сказано, что ИПР должна быть разработана специалистами, проводившими медико-социальную экспертизу, в 30-дневный срок после установления инвалидности и утверждена руководителем соответствующего бюро. При этом в ИПР должны быть включены все мероприятия, способствующие развитию ребенка, корректирующие эмоционально-волевые нарушения, укрепляющие здоровье, а также режим проведения таких мероприятий, согласно индивидуальным потребностям, технические и иные средства реабилитации, а также реабилитационные услуги, необходимые инвалиду для ведения полноценной независимой жизни.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида – это основной документ, регламентирующий механизм реализации мероприятий по реабилитации инвалида,

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 29 ноября 2004 г. № 287.

<sup>2</sup> Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г., № 95.

он призван обеспечивать учёт индивидуальных потребностей и адресную государственную поддержку.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду с освобождением от оплаты, в соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида имеет единую форму и состоит из четырех разделов и заключения о выполнении мероприятий программы:

- I. Программа медицинской реабилитации;
- II. Программа социальной реабилитации;
- III. Программа профессиональной реабилитации;
- IV. Программа психолого-педагогической реабилитации (для детей до 18 лет);

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ о выполнении индивидуальной программы реабилитации** (заполняется по окончании срока выполнения ИПР).

В начале документа подробно излагаются индивидуальные сведения об инвалиде. Этот раздел, помимо анкетных данных, включает в себя сведения:

- об образовательном уровне (общем и профессиональном);
- о профессиях и специальностях, квалификации и выполняемой к моменту освидетельствования работе (если таковая есть или была);
- о причине инвалидности;
- группе инвалидности;
- степени ограничения способности к трудовой деятельности.

Итак, давайте рассмотрим все разделы программы подробнее.

**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ** (первый раздел) осуществляется с целью восстановления или компенсации утраченных или нарушенных функций организма человека и включает мероприятия, в которых нуждается инвалид, согласно заключению, по:

1. **восстановительной терапии**, куда вносится запись о конкретных видах восстановительной терапии, с указанием формы их проведения

(амбулаторно-поликлиническая, стационарная, на дому);

2. **реконструктивной хирургии**, где должны быть указаны конкретные виды реконструктивной хирургии;
3. **протезно-ортопедической помощи** – о рекомендациях и видах протезирования, ортезирования;
4. **обеспечению техническими средствами медицинской реабилитации** – о перечне технических средств медицинской реабилитации;
5. **санаторно-курортному лечению** и должны содержать информацию о рекомендованном санаторно-курортном лечении с предписанием профиля, кратности, сезона рекомендованного лечения, срока санаторного лечения, в которых нуждается инвалид, в соответствии с заключением лечебного учреждения;
6. **медико-социальному патронажу** семьи, имеющей инвалида, нуждается ли он в таком патронаже или не нуждается.

В разделе «**СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ**» предусматриваются следующие мероприятия:

1. **информирование и консультирование по вопросам реабилитации** – потребность инвалида или его семьи в подобном консультировании;
2. **оказание юридической помощи** – нуждается или нет, о чем производится соответствующая запись;
3. **социально-психологический и социально-культурный патронаж семьи, имеющей ребенка-инвалида** – нуждаются ли они в таком патронаже или не нуждаются;
4. **адаптационное обучение для осуществления бытовой и общественной деятельности** – в этот подраздел вносится запись о конкретных видах адаптационного обучения (обучение навыкам персонального ухода, технике и методическим приемам самообслуживания, обучение пользованию техническими средствами реабилитации, обучение передвижению, организации быта и др.), в которых нуждается инвалид для осуществления бытовой и общественной деятельности, согласно заключению ФГУ МСЭ;
5. **перечень технических средств реабилитации для бытовой и общественной деятельности**, в которых нуждается инвалид для осуществления

бытовой и общественной деятельности;

- 6. психологическая реабилитация** – здесь перечисляются виды психологической реабилитации (психотерапия, психологическая коррекция, психологическое консультирование и др.), в которых испытывает потребность инвалид;
- 7. социокультурная реабилитация** содержит запись о нуждаемости в информировании и консультировании по вопросам социокультурной реабилитации, оказании содействия во взаимодействии с учреждениями культуры, о показанных к занятиям видах искусства;
- 8. реабилитация средствами физической культуры и спорта** – производится запись о нуждаемости в информировании и консультировании по вопросам физической культуры и спорта, обучению навыкам занятий физкультурой и спортом, оказании содействия во взаимодействии со спортивными организациями, рекомендациях о показанных к занятиям видах физической культуры и спорта.

#### **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ** инвалида

– это процесс и система восстановления конкурентоспособности инвалида на рынке труда. Этот раздел программы рассчитан на лиц в возрасте 14 лет и старше, и включает в себя следующие мероприятия и услуги:

1. рекомендации о противопоказаниях и доступных условиях и видах труда;
2. профессиональная ориентация;
3. профессиональное обучение (переобучение);
4. содействие в трудоустройстве;
5. технические средства реабилитации для профессионального обучения (переобучения) или труда.

Программа раздела **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ** для детей до 18 лет включает следующие мероприятия:

- 1. получение дошкольного воспитания и обучения** – указывается конкретный тип (вид) дошкольного образовательного учреждения, в котором рекомендуется дошкольное воспитание и обучение ребенка-инвалида;
- 2. получение общего образования** – делается запись об уровне образования (начальное, среднее) с указанием типа образовательного учреждения (обычное общеобразовательное, специальная группа обычного общеобразова-

тельного учреждения, специальное (коррекционное) общеобразовательное и др.) и формы обучения (индивидуальная программа, надомное обучение, заочное обучение и др.), в получении которого нуждается ребенок-инвалид;

- 3. психолого-педагогическая коррекционная работа** – в этот подраздел вносится запись о видах психолого-педагогической коррекции, в которых нуждается ребенок-инвалид (коррекция несформированности высших психических функций, эмоционально-волевых нарушений и поведенческих реакций, речевых недостатков, взаимоотношений в семье, детском коллективе, с учителями, формирование мотивации к обучению, социально-бытовых навыков и др.);
- 4. технические средства реабилитации для обучения** – здесь перечисляются технические средства реабилитации, необходимые ребенку-инвалиду для обучения;
- 5. социально-педагогический патронаж** семьи, имеющей ребенка-инвалида – содержит информацию о потребности семьи в патронаже.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ о выполнении индивидуальной программы реабилитации** (заполняется по окончании срока выполнения ИПР) и содержит:

- **оценку результатов медицинской реабилитации:** достигнута ли компенсация утраченных функций (полная, частичная), восстановлены нарушенные функции (полностью, частично);
- **оценку результатов профессиональной реабилитации:** получена ли новая профессия, повышена квалификация, уровень общего (профессионального) образования, подобрано подходящее рабочее место или создано специальное рабочее место, обеспечена занятость (полная, неполная);
- **оценку результатов социальной реабилитации:** достигнута способность к самообслуживанию (полная, частичная), достигнута возможность самостоятельного проживания, обеспечена интеграция в семью и общество;
- **оценку результатов психолого-педагогической реабилитации:** восстановлена (компенсирована) мотивация к обучению, к игровой (трудовой) деятельности, восстановлена (компенсирована) функция общения и контроля за своим поведением, реализована

возможность получения начального, среднего, высшего профессионального образования, получения профессии, или положительные результаты отсутствуют.

Самыми важными являются разделы, включающие реабилитационные мероприятия по медицинской, социальной, профессиональной и психолого-педагогической реабилитации. Каждый раздел состоит из двух частей. В первой указаны конкретные мероприятия, услуги и технические средства, необходимые инвалиду для реабилитации. Во второй части – сведения об исполнителях, формах реабилитации, сроках выполнения мероприятий, достигнутых результатах или причинах их неисполнения.

Очень многие моменты реабилитационного процесса эффективнее решаются и регулируются при наличии у инвалида Программы. Без **ИПР** будет сложно защитить права вашего ребенка на образование, бесплатно обучиться новой профессии, а затем и трудоустроиться. С помощью **ИПР** у вас есть право получить необходимые технические средства реабилитации, реабилитационные услуги, в программе могут быть прописаны специальные условия, которые должны создать для инвалида в том учебном заведении, где он учится, или в организации, где работает.

В общем, грамотно сформированная **индивидуальная программа реабилитации** – это один из важных механизмов решения проблем, связанных с инвалидностью.

Надо отметить, что государство не всегда может предоставить необходимую вам реабилитационную услугу. ИПР содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с Федеральным перечнем технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации.

Поэтому в качестве исполнителя в программе можно указать не только государственную организацию. Более того, исполнителем должна быть указана та организация, которая окажет необходимые реабилитационные услуги наилучшим образом. Если вы уже оплатили реабилитационные услуги или приобрели технические средства реабилитации, указанные в ИПР, государство обязано возместить ваши затраты.

Для получения ИПР Вам необходимо обратиться в бюро медико-социальной экспертизы по месту жи-

тельства с заявлением следующего образца:

Один экземпляр заявления вместе с рекомендациями специалистов передается в бюро МСЭ.

В ФГУ бюро медико-социальной экспертизы  
\_\_\_\_\_ города (района)

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_ (индекс и адрес без сокращений)

телефон: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу разработать для моего ребенка-инвалида индивидуальную программу реабилитации и учесть рекомендации специалистов (прилагаются).

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Для возможности проконтролировать процесс разработки ИПР оставьте себе копию заявления. На втором экземпляре должна содержаться следующая запись:

*Документы для разработки ИПР получены бюро МСЭ \_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Поскольку зачастую специалисты МСЭ не обладают полной информацией о потребностях ребенка и достаточной квалификацией для определения его реабилитационного потенциала, к заявлению вам целесообразно приложить заключения экспертов и (или) рекомендации специалистов, которые предоставляют вам реабилитационные услуги, о мероприятиях, средствах и услугах по всем разделам программы реабилитации (медицинской, профессиональной, социальной и психолого-педагогической), в которых нуждается ваш ребенок для обеспечения ему равных возможностей с другими гражданами.

Имейте в виду, что за разработкой ИПР можно обращаться в бюро МСЭ не только в период переосвидетельствования. Индивидуальная программа реабилитации составляется ежегодно, в том числе и в тех случаях, когда инвалидность установлена без срока переосвидетельствования.

**Индивидуальная программа реабилитации должна быть разработана не позднее месячного срока со дня подачи письменного заявления.**

Что делать в случае возникновения противоречий с бюро МСЭ по разработке и заполнению Программы?

Подтверждая свое **согласие** с предложенными реабилитационными мероприятиями, родители (законные представители) расписываются в каждом разделе Программы, а в случае **несогласия** с содержанием ИПР (не учтены рекомендации специалистов или указан не тот исполнитель), в графе для подписи необходимо написать: «С содержанием ИПР не согласен» и указать причину.

Действия и решения бюро МСЭ могут быть обжалованы инвалидом в Главное бюро МСЭ региона. К заявлению прикладывается копия ИПР. На основании обследования и бесед с родителями ребенка-инвалида делается заключение по спорным вопросам. Если претензии обоснованы, то формируется ИПР с учетом имеющихся рекомендаций, подписывается председателем экспертной комиссии и заверяется печатью Главного бюро МСЭ региона.

Решение Главного бюро МСЭ также может быть обжаловано в федеральное бюро медико-социальной экспертизы – в месячный срок, а далее в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

На любой стадии этого процесса у вас есть **право обратиться в суд**.

Объем реабилитационных мероприятий, технических средств, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации инвалида, не может быть меньше установленного Федеральным перечнем технических средств, предоставляемых инвалиду<sup>3</sup>.

Если предусмотренное индивидуальной программой реабилитации техническое средство реабилитации либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если инвалид приобрел соответствующее средство либо оплатил услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости технического средства реабилитации, услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду<sup>4</sup>.

Представим себе, что сформированная для вашего

<sup>3</sup> Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2005 г. № 2347-р.

<sup>4</sup> Ст. 11 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

ребенка-инвалида программа реабилитации отражает все необходимые мероприятия, услуги и технические средства. Перед вами встает вопрос, как полноценно реализовать данную программу. Для решения этого вопроса целесообразно разобраться в вопросах о правах и обязанностях государства и человека с инвалидностью в процессе исполнения ИПР.

Ключевым пунктом при заполнении карты ИПР является **выбор её исполнителей**. Исполнитель указывается в графе напротив каждого реабилитационного мероприятия, так, например, при обеспечении техническими средствами реабилитации исполнитель предлагает исполнительный орган фонда социального страхования, по другим некоторым мероприятиям – местный орган управления социальной защиты.

Родителям (законным представителям) ребенка-инвалида необходимо помнить, что задачей реабилитации, в соответствии со ст. 9 Федерального закона «О социальной защите инвалидов», является устранение или возможно более полная компенсация ограничений жизнедеятельности, вызванных инвалидностью. Поэтому в качестве исполнителей ИПР следует выбирать те организации либо тех лиц, которые справятся с поставленной задачей наилучшим образом. Ими могут быть как государственные, так и негосударственные организации любых форм собственности.

После исполнения мероприятий программы, прохождения курса реабилитации или предоставления технических средств организация-исполнитель делает отметку о выполнении мероприятий в ИПР.

Услуги по ИПР предоставляются государственными учреждениями инвалиду бесплатно. При этом закон оставляет за вами право самим выбрать исполнителя ИПР.

Исполнители ИПР – не конкретные организации, а учреждения определённого типа. Органы МСЭ в качестве исполнителей могут рекомендовать организации определённого типа, решающие задачи обучения или социальной реабилитации в отношении инвалидов (например, «центр социального обслуживания» или «школа \_\_ вида»).

На практике подобные организации далеко не всегда берутся за решение поставленных перед ними реабилитационных задач. Поэтому для начала можно (заказным письмом по почте) запросить потенциальных исполнителей о возможности оказания услуг в рамках ИПР на их базе. Если назначенная исполните-

лем ИПР организация не в состоянии предоставить необходимые вам услуги, нужно получить от неё отказ (желательно в письменной форме).

При этом вы имеете право в качестве исполнителя ИПР сразу выбрать и какую-либо иную организацию.

Важно отметить, что отказ организации, указанной в ИПР в качестве исполнителя, не может рассматриваться как отказ от выполнения комплекса мероприятий, рекомендуемых индивидуальной программой реабилитации: согласно ст. 11 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», «инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством или видом реабилитации». Из этого следует, что родители (законные представители) ребенка-инвалида вправе выбрать исполнителя программы по своему усмотрению.

Критерием выбора исполнителя мероприятий в рамках ИПР является возможность полноты реализации программы с его помощью. Исходя из этого, исполнителем ИПР может стать как государственная, так и негосударственная организация, способная наиболее успешно реализовать разработанную для вас органами МСЭ программу, вне зависимости от того, вписана ли она специалистами МСЭ в ИПР.

Органы МСЭ могут согласиться с вашими доводами, воспользоваться полученными рекомендациями независимых специалистов и внести предложенных вами исполнителей в программу. **Вне зависимости от решения МСЭ вы имеете право** проходить рекомендованный ИПР курс реабилитации в том учреждении, которое подходит именно вам.

В Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» утверждается следующее: «Если предусмотренное индивидуальной программой реабилитации техническое средство реабилитации либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если инвалид приобрёл соответствующее средство либо оплатил услугу за собственный счёт, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости технического или иного средства, услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду». Это означает, что если родитель ребёнка-инвалида приобрёл техническое средство или оплатил услугу, внесенную в ИПР, он имеет право получить компенсацию затраченных на это средств.

Возмещение затрат на услуги, полученные в рамках ИПР, производится территориальными органами

фонда социального страхования.

Помните, что право на компенсацию расходов на реализацию ИПР дают только документально оформленные договорные отношения с реальным исполнителем ИПР, подкреплённые документами факта оплаты средств реабилитации и реабилитационных услуг. Если организации (специалисты), которые оказывают вам платные реабилитационные услуги, предпочитают получать деньги без оформления отношений и не проводят плату за занятия через бухгалтерию (либо не выдают расписок об оплате), вопрос о компенсации понесённых вами расходов органами соцзащиты рассматриваться не может.

Взаимодействие инвалидов, их законных представителей, рассчитывающих на компенсацию понесённых в процессе реализации ИПР расходов, и органов фонда социального страхования (ФСС) должно быть чётким и взаимно корректным. По прошествии очередного периода реабилитации вы можете обратиться в территориальный орган ФСС с заявлением о выплате компенсации, форма которого может быть примерно следующей:

В отделение фонда социального страхования \_\_\_\_\_  
(название города, района, области)

от \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, И.О.)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

(указать индекс и адрес)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

На основании ст. 11 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» прошу компенсировать расходы, понесенные мной в рамках исполнения Индивидуальной программы реабилитации № \_\_\_\_\_, выданной \_\_\_\_\_

БМСЭ № \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 г.,  
в сумме \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

Рекомендованные мероприятия были осуществлены в \_\_\_\_\_

(название организации или фамилия и инициалы независимого специалиста – реального исполнителя ИПР)

ПРИЛОЖЕНИЯ:

1. Копия индивидуальной программы реабилита-



ции.

2. Копии договоров об оказании услуг.
3. Копии квитанций (расписок) об оплате услуг.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Оригиналы всех документов остаются у вас.

Заявление можно оставить в канцелярии филиала фонда, предложив сотруднику, принявшему документы, расписаться на втором экземпляре и проставить входящий номер и дату. Можно отправить заявление и все необходимые приложения заказным письмом по почте с уведомлением о вручении. Обращение, поступившее в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в соответствии с их компетенцией, подлежит обязательному рассмотрению (ст. 9 Закона «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ»).

**Если в течение месяца ответа не поступит или вы получите отказ** в выплате компенсации, вы можете написать жалобу в Фонд социального страхования РФ или обратиться в суд с жалобой на бездействие органов фонда социального страхования и требованием компенсировать понесённые инвалидом или его законными представителями расходы.

Родителям ребёнка-инвалида следует понимать, что обращение в суд не свидетельствует о вашем желании создать конфликтную ситуацию. Напротив, грамотно аргументированные обращения представителей ребёнка-инвалида в суд помогут сотрудникам государственных служб обратить внимание на проблему и всесторонне осознать свои установленные законом обязанности. **Рассчитывая на победу, надо быть готовым и к поражению.** Но если вы не будете сами отстаивать свои права, политика государства по отношению к вам не изменится.

Итак, правовой основой формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации являются нормативные документы, принятые в целях реализации федерального закона о социальной защите инвалидов:

- Закон Российской Федерации «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24 ноября 1995 г., № 181-ФЗ;
- Закон РФ «О занятости населения в Российской Федерации»;
- Закон РФ «Об образовании»;

- Основы законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г., № 5487-1;
- Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95; «О порядке и условиях признания лица инвалидом»;
- Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2005 г. № 877 «О порядке обеспечения за счет средств федерального бюджета инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями»;
- Постановление Правительства РФ от 16 декабря 2004 г. № 805 «О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы»;
- Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2005 г. № 2347-р, «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду»;
- Приказ министра здравоохранения и социального развития РФ от 29 ноября 2004 г. № 287, «Об утверждении формы индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемой федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы»;
- Постановление-приказ Минтруда России, Минздрава России, Минобразования России от 23 декабря 1996 г. № 21/417/515 «Об утверждении примерного положения о реабилитационном учреждении».

Механизм реализации ИПР на настоящий момент не отработан, поэтому на практике препятствия для индивидуальной реабилитации инвалида возникают на каждом шагу – от момента составления программы до процедуры её исполнения, особенно в части, связанной с компенсацией расходов на реабилитацию инвалидов.

Таким образом, вопросы, связанные с реализацией ИПР, решаются не только в договорном порядке, но и в судебном.

Адрес для переписки:

Кальте Валентин Григорьевич [www.rrcdetstvo.ru](http://www.rrcdetstvo.ru)

Поступила 14.02. 2007

## ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЧИТАТЕЛЕЙ

## Уважаемые дамы и господа!

Одним из важнейших направлений социальной политики экономически развитых государств является социальная защита и социальная адаптация инвалидов. Ведущие позиции в этой сфере занимает Германия, где на основе постоянно совершенствующегося законодательства ведется большая работа по интеграции инвалидов в нормальную повседневную жизнь.

С целью изучения передового немецкого опыта и установления деловых связей с органами социальной защиты населения, государственными и общественными организациями поддержки инвалидов, учебными заведениями, готовящими социальных работников, и ознакомления с новейшими образцами специального оборудования, инструментов и материалов для инвалидов „Internationale Akademie fuer Management und Technologie“, e.V. („INTAMT“, e.V. Duesseldorf, Deutschland) совместно с Российским реабилитационным центром «Детство» при поддержке Отделения Торгового представительства Российской Федерации в Бонне проводит с 13 по 19 октября 2008 года в Дюссельдорфе и других городах Федеральной Земли Северный Рейн-Вестфалия семинар по теме «Социальная защита и социальная адаптация инвалидов».

**Основные тематические направления семинара:**

- государственная система поддержки инвалидов и ее составные части;
- федеральное и земельное законодательство, касающееся инвалидов;
- социальное обеспечение инвалидов;
- основные направления адаптации инвалидов в обществе;
- работа с детьми – инвалидами в дошкольных учреждениях;
- образование инвалидов;
- профессиональная ориентация и трудоустройство инвалидов;
- организация быта и досуга инвалидов;
- объединения инвалидов;
- оборудование, инструменты и материалы для ухода за инвалидами и их интеграции в повседневную жизнь;
- подготовка специалистов для работы с инвалидами;
- возможности российско-германского сотрудничества в области социальной защиты и социальной адаптации инвалидов.

**В ходе семинара его участники:**

- прослушают лекции руководителей и ведущих специалистов государственных органов социального обеспечения Федеральной Земли Северный Рейн-Вестфалия, научно-исследовательских организаций и методических центров, занимающихся социальной защитой и социальной адаптацией инвалидов;
- посетят специальные учреждения для инвалидов, где ознакомятся с организацией их быта и досуга, технологиями и методиками обучения, профессиональной ориентации и трудовой адаптации инвалидов;
- ознакомятся с деятельностью учебного заведения, занимающегося подготовкой специалистов для работы с инвалидами;
- проведут переговоры о возможностях и направлениях российско-германского сотрудничества в области в области социальной защиты и социальной адаптации инвалидов с участием и при поддержке Торгового представителя Российской Федерации в Бонне, председателя Наблюдательного Совета INTAMT, e.V. Геродеса Георгия Анатольевича.
- посетят крупнейшую международную выставку и конгресс товаров и услуг для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями „**RENACARE International 2008**“ (Дюссельдорф, 15 – 18.10.08).

Более 850 компаний из 35 стран представят на выставке „**RENACARE International 2008**“ свои товары и услуги, позволяющие сделать жизнь людей с физическими отклонениями богатой, интересной и насыщенной. На выставке будут представлены: товары для ежедневного использования, одежда, предметы личной гигиены; оборудование для медицинских сестер, ортопедии и физиотерапии, чистки, дезинфекции и утилизации отходов; питание, кухонное оборудование; средства передвижения, инвалидные кресла, машины, транспортные средства; предметы для досуга, спорта, путешествий инвалидов. Выставку и конгресс „RENACARE International“ ежегодно посещают более 50000 человек.

**По окончании семинара его участники получают Сертификат о повышении квалификации.**

**Программа семинара и стоимость участия в нем** – в Приложении к настоящему письму.

Председатель правления INTAMT,  
Лауреат Государственной премии СССР  
доктор технических профессор,  
Э.И. Патрик

**Программа семинара  
«Социальная защита и социальная адаптация инвалидов»**  
с посещением крупнейшей европейской выставки „**RENACARE International 2008**“  
**Земля Северный Рейн-Вестфалия (Германия), 13.10-19.10.2008.**

13.10.2008, понедельник	Прилет в <b>Дюссельдорф</b> , размещение в гостинице.
14.10.2008, вторник	<b>Семинар «Социальная защита и социальная адаптация инвалидов»</b> с участием руководителей и ведущих специалистов Министерства труда, здравоохранения и социальной политики Федеральной Земли Северный Рейн – Вестфалия ( <i>Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen</i> ). <b>Основные тематические направления семинара:</b> - государственная система поддержки инвалидов и ее составные части; - федеральное и земельное законодательство, касающееся инвалидов; - социальное обеспечение инвалидов; - основные направления адаптации инвалидов в обществе; - образование инвалидов; - профессиональная ориентация и трудоустройство инвалидов; - организация быта и досуга инвалидов; - объединения инвалидов; - возможности российско-германского сотрудничества в области социальной защиты и социальной адаптации инвалидов. <b>Посещение Центра для детей – инвалидов.</b> Ознакомление с организацией работы центра, техническим оснащением, методиками и технологиями работы с детьми-инвалидами. <b>Обзорная экскурсия по Дюссельдорфу.</b>
15.10.2008, среда	<b>Посещение международной выставки и конгресса</b> товаров и услуг для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями „ <b>RENACARE International 2008</b> “: - участие в церемонии открытия выставки и конгресса; - обзорная экскурсия по выставке; - переговоры с экспонентами выставки.
16.10.2008, четверг	<b>Семинар «Профессиональная ориентация и трудовая адаптация инвалидов»</b> в Центре трудовой адаптации инвалидов Дюссельдорфа. <b>Семинар «Организация быта и досуга инвалидов»</b> в специализированном Общежитии для инвалидов. <b>Обзорная экскурсия по Кельну.</b>
17.10.2008, пятница	<b>Семинар «Подготовка специалистов для работы с инвалидами. Организация процесса обучения инвалидов»</b> на факультете «Социальная педагогика» Университета прикладных наук Дюссельдорфа.
18.10.2008, суббота	<b>Дальняя экскурсия</b> в один из городов Европы (по выбору: Амстердам, Брюссель, Люксембург).
19.10.2008, воскресенье	Вылет в <b>Москву</b>

**Стоимость участия** в семинаре «Социальная защита и социальная адаптация инвалидов», Земля Северный Рейн-Вестфалия (Германия), 13.10-19.10.2008 зависит от уровня проживания в гостинице:

Гостиница	Номер	Стоимость участия на человека
3*	двухместный	1690 евро
3*	одноместный	1860 евро
4*	двухместный	1880 евро
4*	одноместный	2230 евро

**В указанную стоимость включено:**

- виза и медицинская страховка;
- авиабилеты Москва-Дюссельдорф-Москва, эконом-класс,
- проживание в гостинице 7дн./6нч. с завтраком,

- транспортное обслуживание в течение всего семинара;
- участие в тематических мероприятиях семинара в соответствии с программой;
- услуги переводчика;
- информационные, аналитические и методические материалы для участников семинара;
- экскурсионная программа (Дюссельдорф, Кельн и одна дальняя экскурсия).

**Контактное лицо:**

Патрик Ольга  
руководитель проектов INTAMT e.V.  
E-Mail: olga@intamt.de  
тел.: + 49 211 55 044 51  
факс: + 49 211 55 044 54

## ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ

### ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО ОБЪЕДИНЕННОМУ КАТАЛОГУ АГЕНТСТВА ПЕЧАТИ И РОЗНИЦЫ «ПРЕССА РОССИИ» НА II ПОЛУГОДИЕ 2008 ГОДА

#### «ЛФК И МАССАЖ.

##### ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И МАССАЖ»

Для индивидуальных подписчиков..... **44018**

Для предприятий и организаций ..... **44019**

(периодичность: 6 номеров в полугодие)

#### «РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ»

Для индивидуальных подписчиков..... **44026**

Для предприятий и организаций ..... **44027**

(периодичность: 2 номера в полугодие)

#### «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

Для индивидуальных подписчиков..... **83256**

Для предприятий и организаций ..... **83257**

(периодичность: 1 номер в полугодие)

#### «ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

Для индивидуальных подписчиков..... **82493**

Для предприятий и организаций ..... **82494**

(периодичность: 1 номер в полугодие)

#### «НАТУРОТЕРАПИЯ И ГОМЕОПАТИЯ»

Для индивидуальных подписчиков..... **45768**

Для предприятий и организаций ..... **45769**

(периодичность: 1 номер в полугодие)

### ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО ОБЪЕДИНЕННОМУ КАТАЛОГУ АГЕНТСТВА «РОСПЕЧАТЬ» НА II ПОЛУГОДИЕ 2008 ГОДА

#### «ЛФК И МАССАЖ.

##### ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И МАССАЖ»

Для индивидуальных подписчиков..... **44018**

Для предприятий и организаций ..... **44019**

(периодичность: 6 номеров в полугодие)

По вопросам подписки обращаться в редакцию  
по тел.: (495) 755-61-45, 784-70-06

Дизайн и верстка

Press-Art

По вопросам размещения рекламы в  
журнале обращаться в редакцию по тел.:  
(495) 755-61-45, факс: (495) 755-61-44,  
E-mail: lfk@aconit.ru

Президент Общероссийского общественного фонда  
«Социальное развитие России» д.м.н., профессор, академик РАЕН  
**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 № 1498. Цена свободная.