

«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 КАНДИДАТА И ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК

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



электронная версия журнала размещена на сайте www.rrcdetstvo.ru

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

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

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Шарандак А.П. – д.м.н., профессор, заместитель директора ФГУ РРЦ «Детство» Росздрави, 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

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

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

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

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

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

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

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

Georg Tymniskiy Dr. Med. - European Scientific Society, Hanover, president The International Congress Euromedica Hanover. Ганновер, Германия

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

Широкова В.И. – директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития РФ, к.м.н.

Юнусов Ф.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

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

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

РЕДАКТОР-КОРРЕКТОР

Бадикова Л.К.



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

КОЛОНКА РЕДАКТОРА	3	СИМПТОМАТИКА И ТЯЖЕСТЬ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
		М.А. Воронкова, А.П. Шарандак	35
ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ			
УРОКИ ДЮССЕЛЬДОРФА		ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОЗНАНИЯ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Е.Т. Лильин, А.П. Шарандак, Е.Н. Крутякова, А.С. Носко	4	Ю.Е. Куртанова	38
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ		РАЗВИТИЕ МОТОРНОГО ПРАКСИСА У ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
О.А. Шапкина, Е.П. Усанова, Р.А. Маткинский, С.Н. Шереметьева	7	С.С. Бетанова, С.В. Леонова	51
ОРИГИНАЛЬНЫЕ РАБОТЫ			
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА		НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У УЧАЩИХСЯ ТРЕТЬИХ-ПЯТЫХ КЛАССОВ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ДЕФИЦИТОМ ПАМЯТИ	
К.А. Авакова, А.С. Аметов, Е.В. Доскина	12	Коваленко О.М.	55
РОЛЬ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ		ПОДРОСТОК И ОБЩЕСТВО	
З.Г. Ларионова, Л.И. Елезова, Н.М. Шилина, Н.А. Шмаков, И.Я. Конь	19	О СОЦИАЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	
ДИАМЕТР АРТЕРИЙ И МАССА КРОВΟΣНАБЖАЕМЫХ ТКАНЕЙ		А.В. Бастрыкина	67
В. А. Щуров	28	РАЗНОЕ	
КЛИНИКО-НЕЙРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ		ОБСУЖДАЕМ УСТАВ НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ. ПРОЕКТ УСТАВА	73
А.П. Григоренко, Е.А. Пирогова	32	ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЧИТАТЕЛЕЙ	79
		ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ	80

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

Е.Т. Лильин

Уважаемые читатели!

Наша Родина, как и остальной мир, переживает трудные времена. Тем отраднее, что Президент страны Д.А. Медведев придает особое значение тому, чтобы и далее развивать и совершенствовать сегодня социальные программы для населения. Свидетельством этому явилось состоявшееся в начале апреля заседание Совета по делам инвалидов при Президенте Российской Федерации. Приведем лишь несколько из поручений, которые по итогам заседания Президент дал Правительству России: «разработать и включить в установленном порядке критерии оценки положения инвалидов в субъекте Российской Федерации в перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, утвержденный Указом Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825; представить предложения по организации обучения инвалидов, в том числе детей с ограниченными возможностями здоровья, в обычных образовательных учреждениях, предусмотрев для этого создание необходимых материально-технических условий и финансирование; проработать вопрос о необходимости внесения в законодательство Российской Федерации изменений, касающихся предоставления инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, права на получение льгот по оплате жилого помещения».

Все эти пункты, как и другие, имеют непосредственное отношение к улучшению качества жизни наших детей с ограниченными возможностями здоровья и, в тоже время, дают возможность требовать их неукоснительного соблюдения органами исполнительной власти на местах.

Вместе с тем, почти одновременно с вышеупомянутым значительным событием, состоялось и знакомство с деятельностью Российского реабилитационного центра «Детство» Минздравсоцразвития Председателя Совета Федерации Федерального собрания РФ С.М. Миронова.

Этого визита, как и оценки его результатов, сотрудники Центра ждали с нетерпением и искренним желанием показать Сергею Михайловичу все лучшие наработки в области комплексной реабилитации детей-



инвалидов. В ходе встречи С.М. Миронов не только познакомился с деятельностью Центра, его достижениями и впечатляющими результатами повседневной и очень нелегкой работы, но и провел беседу с родителями детей-инвалидов. Во время этой длительной встречи Сергей Михайлович подробно рассказал не только о последних законодательных инициативах в отношении детей-инвалидов и их семей, которые он прорабатывает в Совете Федерации, но и о тех предложениях, которые собирается инициировать возглавляемая им партия «Справедливая Россия». Далее, считаю необходимым познакомить читателей журнала с официальным сообщением об этом визите и оценках нашего общего труда С.М. Мироновым.

– Реабилитационный центр «Детство», который профессор Лильин создал своими руками, – это образ единой системы комплексной поддержки детей-инвалидов, которая должна охватить все регионы России. В ее рамках решается целый комплекс проблем детей-инвалидов и их семей – от доступности лекарств и реабилитационных центров до образования и трудоустройства. Следует принять все необходимые законы, нормативные акты, управленческие решения, чтобы реализовать этот, без преувеличения, великий социальный проект.

Однако пока такой системы в нашей стране нет, нужно сделать для детей-инвалидов максимум возможно. Прежде всего, в плане доступности лекарств. Инвалидность в нашей стране присваивается не по диагно-

зу, а по состоянию больного. А диагнозы, ведущие к инвалидности, чаще всего встречаются у детей из неблагополучных и неполных семей. У таких родителей просто нет денег на лекарства, чтобы лечить своего ребенка, например, от рака и лейкемии. И нет возможности несколько месяцев водить ребенка по врачам, чтобы пройти всю мучительную забюрократизированную процедуру получения необходимой группы инвалидности.

Возможно, именно поэтому число детей-инвалидов в России за последние 10 лет удвоилось. «Справедливая Россия» намерена добиться внесения в ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» и в 122-й закон таких изменений, чтобы дорогостоящие лекарства бесплатно выдавались больным не по наличию у них признаков инвалидности, а по диагнозу, который с высокой вероятностью обрекает пациента на инвалидность. Прежде всего, это необходимо сделать в отношении детей.

Государство уже несколько раз декларировало намерение решить проблему детей-инвалидов. Много говорилось также и об участии в их судьбе крупного бизнеса. Много воды утекло с тех пор. Однако воз и ныне там: в стране более полумиллиона обделенных здоровьем детей, и большинство из них по-прежнему нуждаются в помощи.

Между тем, стоимость возводимых в центре Москвы престижных зданий превышает \$1,5 млрд. Реаль-

ная, с учетом всех доплат, зарплата федеральных чиновников среднего звена уже составляет 60–100 тыс. руб. в месяц. Оборот рынка товаров *luxury* в России в этом году, даже несмотря на кризис, достиг порядка \$6 млрд., да и в прошлом году составил почти столько же. Этих сумм, будь они пущены на развитие «инфраструктуры детства» и благотворительность, а не на обеспечение комфорта госчиновников и безудержное личное потребление мультимиллионеров, хватило бы для решения проблем детей-инвалидов на десятилетия вперед. Но первые полосы центральных газет по-прежнему пестрят униженными просьбами их родителей помочь собрать денег на недоступные по цене курс лечения либо операцию. Это позор для нашей страны. Если государство, бизнес и общественные организации не объединят усилия для решения этой острейшей социальной проблемы, значит, в моральном отношении мы – общество слепоглухонемых.

Надеюсь, после этих слов по иному будет восприниматься высказанное нами предложение о создании Национальной ассоциации реабилитационных центров и общественных организаций, учредительная конференция, которая намечена на 20 июня. Дорога для вступления в нее открыта для всех, кто разделяет цели и задачи этой ассоциации, отраженные на сайте www.rrcdetstvo.ru

УРОКИ ДЮССЕЛЬДОРФА

Е.Т. Лильин, А.П. Шарандак, Е.Н. Крутякова, А.С. Носко
ФГУ РРЦ «Детство»

Из года в год (начиная с 1947 г.) выставочный центр Дюссельдорфа организует более 40 выставок, 23 из которых являются международными и ведущими в своих областях. В этом красивом немецком городе проводятся ключевые отраслевые выставки в области машиностроения и оборудования, медицины, здравоохранения, моды и стиля. Под девизом «Способ формирования будущего» в стенах выставочного комплекса Дюссельдорфа ежегодно выставляют свою продукцию около 29 500 экспонентов и бывают до 2 млн. посетителей.

В середине октября 2008 года здесь же проходила 19-я международная специализированная выставка и конгресс «Реабилитация, уход, предотвращение, интеграция» (**REHACARE International**). Делегация

ФГУ РРЦ «Детство», принимавшая участие в работе Конгресса, посетившая выставку и ряд реабилитационных центров Земли Северный Рейн Вестфалия, делится с читателями журнала своими впечатлениями.

О масштабе мероприятия могут сказать некоторые цифры. Например, общая площадь выставки составила 32 502 кв. м, количество гостей, посетивших реабилитационную выставку, составило 46 812 чел. Всего было зарегистрировано 820 фирм-участников из 32 стран мира. На выставке были представлены:

1. Различные средства передвижения: инвалидные коляски, специально оборудованные автомобили, устройства, способствующие упрощению акта ходьбы и манипуляций верхних конечностей и т.д.;

2. Средства, упрощающие бытовую адаптацию: от особым образом сконструированных столовых приборов до натуральных макетов квартир, специально приспособленных для самостоятельной жизни инвалидов-колясочников;
3. Предметы по уходу за тяжело больными: средства личной гигиены, специальные устройства, облегчающие проведение гигиенических мероприятий, кормление, введение лекарственных препаратов на дому и т.д.;
4. Различные тренажеры и снаряды для проведения физической реабилитации;
5. Коммуникаторы различной сложности и направленности.

Все это еще раз доказывает, что социальная интеграция людей с особыми нуждами является одним из приоритетных направлений в развитии реабилитологии на Западе.

Следует отметить, что наряду со всем многообразием реабилитационной аппаратуры особый интерес вызвали новейшие технологии психолого-педагогической коррекции, социальной адаптации и проведения досуга детей.

Не вызывает сомнения, что использование людьми с ограниченными возможностями здоровья специальной кухонной и столовой посуды, специально оснащенных душевых кабин, кухонных блоков, санузлов и т.д. – важнейшее и необходимое условие обеспечения качества их жизни, так как позволяет не только обеспечить им бытовые удобства, но и делает их жизнь в минимальной степени зависимой от окружающих.

Впечатляет продуманность и эргономичность оборудования для спортивного досуга, развивающих игр и игрушек для детей. Это высокотехнологичное оборудование, для которого тщательно подобраны материалы и цветовая гамма, что является очень важным. Использование для спортивного досуга детей и подростков высокотехнологичных симуляторов спортивных игр позволяет создавать физическую нагрузку и настроение, максимально близкие к атмосфере настоящего соревнования.

Особый интерес специалистов вызвали широко представленные новые развивающие технологии для коррекции коммуникативных навыков и речи, развития продуктивной деятельности – средства технической помощи людям с особыми нуждами. Большое внимание к проблемам неговорящих людей связано с пониманием

важности их социальной адаптации не только для самих инвалидов, но и для общества в целом. Отрадно, что во многих странах обеспечение средствами коммуникации является настолько же обычным, как и обеспечение специальными приспособлениями для ходьбы. Многообразие средств специальной коммуникации, представленных на выставке, упрощает их индивидуальный подбор как по размеру, весу, особенностям внешнего вида, так и по содержанию программ (объему воспроизводимой информации), делая обмен информацией для потребителя не просто возможным, но и оптимальным.

Основные направления научно-технических разработок компаний-производителей этого оборудования – коммуникационные средства на основе цифровых записывающих устройств, компьютерных технологий, специальные приспособления и программное обеспечение для ввода информации. Использование компьютерного интерфейса позволяет оптимально структурировать информацию и упростить доступ к ней. Ряд устройств предоставляют пользователям возможность ввода письменного сообщения и преобразования его в синтезированную речь. Компьютерные комплексы могут быть оборудованы интерактивным дисплеем и совместимы с различного вида обеспечением, облегчающим ввод информации для людей с ограниченными двигательными и коммуникативными возможностями (специальные клавиатуры, джойстики).

Все представленные генерирующие речь устройства используются как возмещающие дефицит общения технологии, применяемые с учетом двигательных возможностей потребителя.

В нашей стране в настоящее время тоже разрабатываются и внедряются средства, облегчающие ввод информации для людей с двигательными нарушениями – специальные джойстики для больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата, клавиатуры для слабовидящих и т.д.; но пока, к сожалению, не существует целевых программ по обеспечению средствами коммуникации инвалидов, ограниченных в общении.

Группой специалистов ФГУ РРЦ «Детство» разработан «Посредник-помощник в общении для тех, кто не говорит» – пособие для коммуникации на бумажном носителе. Собранный в нем структурированный материал позволяет возместить недостаточность коммуникативных возможностей, возникшую вследствие тяжелых речевых поражений при различных формах ДЦП, алалии,

анартрии, в некоторых случаях, при нарушении интеллектуальной деятельности и раннем детском аутизме, а также при постинсультных и других состояниях, связанных с потерей речи. «Посредник» может служить средством восполнения так называемого бытового общения, так как его рубрики содержат информацию по наиболее социально значимым ситуациям и упрощают процесс обмена информацией между пользователем (ребенком или взрослым) и обществом.

Таким образом, очевидно, что использование специального оборудования для реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья в значительной степени улучшает качество жизни людей с особыми нуждами, облегчая им интеграцию в социум.

Вторая часть программы нашей поездки заключалась в посещении лечебных учреждений Германии, специализирующихся на реабилитации больных аутизмом и различной неврологической патологией.

Представляет интерес тот факт, что основной формой организации ЛПУ в Германии является дневное стационарирование. Стационары дневного пребывания организованы как на базах специализированных крупных реабилитационных центров, так и автономно, охватывая жителей небольших населенных пунктов и районов крупных городов.

Крайне интересным оказалось для нас посещение больницы Святого Маврикия, крупного реабилитационного центра для больных различной неврологической патологией. В больнице Святого Маврикия функционируют три отделения: педиатрическое отделение, отделение для взрослых и гериатрическое отделение. Таким образом, пациент с хронической неврологической патологией в течение всей жизни получает лечение в стенах одного стационара, что значительно повышает эффективность реабилитации за счет четкой методологической преемственности в работе всех подразделений.

Сотрудниками клиники была продемонстрирована новая экспериментальная методика лечения больных с синдромом двигательного дефицита. При помощи специального устройства производится воздействие магнитным излучением на область кисти во время выполнения определенных упражнений. В этот момент, по данным позитронной эмиссионной компьютерной томографии, значительно, по сравнению с контрольной группой, возрастает активность нейронов соответствующей области коры головного мозга. Это позволяет до-

биться существенной динамики в процессе проведенного лечения. Данная методика также представляет интерес из-за простоты применения и приемлемой стоимости оборудования.

Посещение Дюссельдорфской выставки было для членов нашей делегации весьма поучительным и позволило в очередной раз убедиться, насколько высок темп и широк спектр развития реабилитационных технологий в странах Западной Европы и Северной Америки.

Очевидно, что такая ситуация с обеспечением инвалидов медицинской, психолого-педагогической и социальной помощью, высокотехнологичным оборудованием для реабилитации и средствами социальной адаптации связана, в первую очередь, с государственной политикой в области здравоохранения и социальной помощи. Государственная помощь, оказываемая больничными фондами и кассами, дополняется средствами и деятельностью общественных и религиозных благотворительных организаций и, наконец, высокой личной социальной ответственностью граждан. Именно поэтому выделяемые государством в виде адресной помощи средства (около 60 евро в день) вкпе со средствами благотворительных организаций и помощью волонтеров создают возможность получения **необходимой** для инвалида помощи в **необходимом** объеме.

Одним из примеров воплощения этой эффективной модели комплексной реабилитации в Германии является Центр трудовой реабилитации инвалидов в г. Дюссельдорфе. Любого человека, знакомого со спецификой трудоустройства и трудовой деятельности инвалидов в нашей стране, востребованностью профессий, которым обучают инвалидов, на рынке труда, многое в этом учреждении могло бы удивить. Прежде всего, работающие в Центре инвалиды не сегрегированы ни по принципу «здоровый–больной», ни по принципу «специфики заболевания» – рядом трудятся пожилые люди и молодежь с различной тяжестью и особенностями патологии двигательной сферы, интеллектуальной деятельности, расстройствами аутистического спектра, сенсорными нарушениями.

Качество выполнения работ обеспечено тем, что весь объем необходимых манипуляций разбит на небольшие операции, выполняемые с использованием матриц по принципу «нельзя сделать иначе». В производственные мастерские налажено поступление заказов от крупных

химических, металлургических, машино-, авиастроительных и др. концернов (Хенкель, Ферросталь АГ, Фольксваген, Сименс и др.) на выполнение работ, не требующих высокопрофессионального труда. Наряду с этим, инвалиды находятся постоянно в поле зрения высокопрофессиональных специалистов-реабилитологов (медиков, психологов), травматизм в производственных мастерских практически отсутствует.

Сложившюся таким образом систему взаимодействия государства, разнопрофильных центров реабилитации и адаптации и самих инвалидов можно с уверенностью назвать взаимовыгодной, где нет кричащей «опеки» и «опекаемых», где инвалид – гражданин, в отношении которого общество имеет и выполняет ряд обязательств.

Хочется также отметить, что в процессе посещения реабилитационных центров Германии мы пришли к выводу, что дорогостоящее оборудование не всегда является залогом эффективности проводимого лечения. Поражает то, что оснащение многих центров достаточно просто. При этом грамотная организация работы и профессионализм сотрудников позволяют добиваться высоких результатов. Данный факт еще раз подтверждает, насколько важно посещение международных выставок и обмен опытом с иностранными коллегами для повышения профессионального уровня отечественных специалистов и качества оказания комплексной реабилитационной помощи детям с особыми нуждами.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

О.А.Шапкина, Е.П.Усанова, Р.А.Маткивский, С.Н. Шереметьева
ФГУ «Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии
Росмедтехнологий», г. Нижний Новгород

THE ORGANIZATION OF PEDIATRIC WORK FOR THE MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH DIGESTIVE DISEASES

O.A.Shapkina, E.P.Usanova, R.A.Matkivskiy, S.N.Sheremeteva
Scientific Research Institute of Children's gastroenterology, N.Novgorod, Russia

SUMMARY

We are solved problems according to necessity for rehabilitation of children, schemes of construction of the typical program of medical rehabilitation are offered and criteria of an estimation of efficiency are proved.

The algorithm for the doctor are offered: estimation of need for rehabilitation, choice of treatment-and-prophylactic establishment, realization of the individual program, formation of a rehabilitation stages, the control of efficiency of spent actions.

Keywords: *medical rehabilitation, children with diseases, the program of rehabilitation, efficiency.*

РЕЗЮМЕ

Высокая распространенность и социальная значимость заболеваний органов пищеварения обуславливают необходимость разработки и внедрения современных научно-медицинских подходов реабилитации по восстановлению здоровья больных детей в деятельность лечебно-профилактических учреждений. Решены задачи оценки потребности в реабилитации, схемы построения типовой программы медицинской реабилитации, обоснования критериев оценки ее эффективности. Для врача, осуществляющего комплексную реабилитацию больного ребенка предложен алгоритм работы, включающий оценка потребности в реабилитации, выбор лечебно-профилактического учреждения для ее проведения, назначение и реализацию индивидуальной программы, формирование реабилитационного учрежденческого маршрута, осуществление контроля эффективности проведенных мероприятий.

Ключевые слова: *медицинская реабилитация, больные дети, программа реабилитации, эффективность.*

Заболевания органов пищеварения у детей на современном этапе характеризуются высоким уровнем распространенности, склонностью к хроническому и рецидивирующему течению, формированием инвалидности в результате выраженности и стойкости последствий болезни, снижением качества жизни пациентов. Это определяет необходимость поиска путей решения задачи максимально полного восстановления здоровья с использованием эффективных медицинских технологий. В Указе Президента РФ [11] в числе мероприятий по укреплению здоровья детей и подростков предусмотрено совершенствование системы оказания медицинской помощи больным детям. Перспективным направлением этой системы является медицинская реабилитация, как «раздел восстановительной медицины, направленной на скорейшее выздоровление и вторичную профилактику заболеваний, увеличение функциональных резервов, компенсацию нарушенных функций...» [9]. В организационном плане комплексная реабилитация – это динамическая система взаимосвязанных действий медицинского, психологического, педагогического, социального характера, направленных на восстановление здоровья больного ребенка и его возможностей к привычной жизнедеятельности. Любое хроническое заболевание приводит к нарушению всех трех составляющих здоровья – физическое, психологическое, социальное. Болезнь может ограничить нормальное существование ребенка необходимостью соблюдать режим, диету, выполнять иные назначения лечащего врача. В свою очередь эти ограничения могут оказаться для больного важнее, чем проявления болезни, а многократные госпитализации, длительное амбулаторное лечение нарушают становление социального опыта ребенка. Очевидно, что помимо медицинских услуг, обязательными элементами реабилитации должны стать психолого-педагогические и социально-психологические аспекты.

В настоящее время сложились определенные материально-технические предпосылки для осуществления реабилитации больных детей в условиях амбулаторно-поликлинической службы: открыты реабилитационные центры, дневные стационары; в новой структуре поликлиники предусмотрено создание отделений восстановительной медицины и медико-социальной службы [7]; в образовательных учреждениях при участии детских поликлиник организуются оздо-

ровительные и реабилитационные центры с целью восстановления здоровья непосредственно по месту обучения детей [8]; санаторий может рассматриваться как самостоятельный этап реабилитации. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ [6] «Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации рекомендовано присваивать без дополнительного прохождения аттестации вторую, первую, высшую квалификационные категории по специальности «Восстановительная медицина» врачам, перешедшим на должность врача по восстановительной медицине ...». Упорно обсуждается вопрос введения врачебной должности детского реабилитолога.

В то же время отсутствует унифицированная схема организации и содержания реабилитации больных детей, не имеющих инвалидности, не регламентированы комплексные критерии оценки ее эффективности.

Цель исследования – разработка алгоритма деятельности врача-педиатра по реабилитации детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения. Для реализации поставленной цели решены задачи по оценке потребности больного ребенка в медицинской реабилитации, разработке схемы типовой программы, обоснованию критериев результативности реабилитации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 86 детей в возрасте 8–15 лет с хроническим гастродуоденитом (ХГД) в период неполной клинико-лабораторной ремиссии, стоящие на диспансерном учете в детской. Данные состояния здоровья детей получены на основании специально выполненного углубленного медицинского обследования, включающего клинико-инструментально-лабораторные, психолого-педагогические, социально-гигиенические и другие методы. Использован анкетный скрининг для родителей, позволяющий уточнить анамнез заболевания, характер его течения, а также медико-биологические, психологические, педагогические, экономические, социальные показатели. Для объективизации психолого-педагогического статуса детей использованы тесты, характеризующие уровень тревожности (по методике Спилберга Ч.Д.), психотип личности, эмоционально-волевую сферу [3], умственную работоспособность (по корректурным тестам с использованием таблиц

В.Я.Анфимова), ранние изменения функционального состояния организма ребенка (по тесту «САН»).

Полученные данные позволили дать общую медико-психолого-педагогическую характеристику больных, и квалифицировать у каждого ребенка наличие и степень выраженности нарушения функций, ограничения жизнедеятельности в соответствии с «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» десятого пересмотра и «Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» [2].

На основании выполненных исследований предложены научно-методические подходы к организации медицинской реабилитации детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения в условиях поликлинического звена.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Работа врача-педиатра начинается с оценки потребности больного ребенка в реабилитации, которая определяется особенностями течения заболевания, наличием последствий болезни, состоянием функциональных резервов организма ребенка, медико-социального статуса его семьи. У детей с хроническим гастродуоденитом следствием длительного течения болезни являются нарушения пищеварительных, висцеральных и метаболических функций, которые сопровождаются снижением возрастной дееспособности. Наиболее частыми нарушениями были: дисфагия, болевой синдром, синдром недостаточности пищеварения, синдром недостаточности кишечного всасывания и другие, кото-

рые определялись в 88,6% случаев. Среди ограничений жизнедеятельности доминировала необходимость соблюдения охранительного режима (диеты, ограничения в занятиях физической культурой и спортом, свободного времяпровождения). В итоге по наличию последствий болезни в реабилитации нуждались 75,2% детей, имеющих нарушения в сочетании с ограничения жизнедеятельности. Оценивая потребность в реабилитации, врач-педиатр осуществляет дифференцированный подход к планированию мероприятий вторичной профилактики.

Содержание реабилитации строится на основе типовых и индивидуальных программ, которые представляют собой перечень медицинских, психолого-педагогических и медико-социальных мероприятий. В ее основу заложен принцип комплексного использования взаимодополняющих средств и методов немедикаментозного и медикаментозного воздействия. Каждому ребенку в соответствии с типовой программой врачом-педиатром назначается индивидуальная программа с учетом особенностей течения заболевания, наличияотягощающих медико-социальных факторов в семье и организационных возможностей учреждения, оказывающего реабилитационную помощь. Реализация индивидуальных программ осуществляется с помощью реабилитационных маршрутов, которые представляют последовательность действий, конкретных назначений, с учетом приоритетности медицинских или психолого-педагогических или социально-педагогических мероприятий, совместимости процедур, графика работы служб и кабинетов.

Таблица

Типовая программа реабилитации детей с хроническим гастродуоденитом

Мероприятия	Составляющие	Ожидаемый результат
Диетотерапия <i>Назначает и контролирует врач-педиатр</i>	<ul style="list-style-type: none"> Диетическое питание – основной вариант стандартной диеты № 1; ритм питания, дробный – 4–6 раз в день. Назначается на весь период реабилитации. Щадящее питание в образовательных учреждениях (постоянно). 	<ul style="list-style-type: none"> повышение эффективности терапевтического воздействия; повышение резистентности организма ребенка к воздействию неблагоприятных факторов. уменьшение болевых и диспепсических проявлений.
Кинезотерапия <i>Назначает и проводит врач лечебной физкультуры</i>	<ul style="list-style-type: none"> Комплексы лечебной физической культуры № 1, № 2. Малые формы физического воспитания: «тропа здоровья», плавание, прогулки. Терренкур. Массаж. 	<ul style="list-style-type: none"> повышение физической работоспособности и толерантности к нагрузкам; повышение функциональных резервов. улучшение весо-ростовых показателей.

В качестве примера представлен вариант (сокращенный) «Типовой программы реабилитации детей с хроническим гастродуоденитом» (таблица). Программа построена с преимущественным использованием немедикаментозных методов: диетическое питание, бальнеотерапия, кинезотерапия, фитотерапия, физиотерапия. Важным моментом в реабилитационном процессе является применение различных форм медико-профилактического обучения детей и родителей, повышающих их информированность о заболевании, средствах и методах самопомощи и самоконтроля. Это могут быть образовательные программы, школы (гастрошкола, школа реабилитации) и другие формы. Для детей с хроническим гастродуоденитом и их родителей нами разработана образовательная программа «Жить без болей в животе» [4]. Психолого-педагогическое и социально-психологическое сопровождение выполнялись соответствующими специалистами по рекомендациям врача-педиатра. Перечисленный комплекс мероприятий позволяет снизить уровень медикаментозной нагрузки на организм ребенка в процессе реабилитации.

В клинической практике оценка результатов лечения проводится по динамике симптомов заболевания, частоте рецидивов болезни и другим показателям, что нельзя считать достаточным применительно к реабилитации. Для оценки эффективности последней необходимы комплексные критерии. К их числу относятся: оценка последствий болезни, качество жизни, реабилитационный потенциал, комплексная оценка состояния здоровья, реабилитационный статус. Оценка последствий болезней наиболее полно отвечает задачам реабилитации и традиционно используется в реабилитации детей – инвалидов. В настоящее время получил признание критерий качества жизни, которое рассматривается как «...степень восприятия ребенком того, как удовлетворяются его потребности (физические, эмоциональные, социальные и прочие) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации» [1, 10]. Отмечается доступность, неинвазивность данного метода, однако, широкому распространению препятствуют методические трудности, связанные с его воспроизводимостью. Реабилитационный потенциал – это комплекс биологических и психо-физиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные спо-

собности. Используется для оценки реабилитационного прогноза преимущественно у детей-инвалидов [5]. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка, осуществляется в соответствии с приказом МЗ РФ № 621 от 30.12.2003 г., предусматривает отнесение ребенка (здорового или больного) к одной из пяти групп здоровья. В реабилитации учитывается динамика «движения больного» по группам здоровья, однако, инертность этого показателя ограничивает его использование для оценки эффективности.

Нами предложен новый комплексный критерий характеристики здоровья больного ребенка – реабилитационный статус, отражающий уровень соматического, психического и социального аспектов здоровья во взаимосвязи с факторами окружающей среды. Показатели реабилитационного статуса складываются из следующих данных о больном ребенке: клинко-реабилитационная характеристика, морфофункциональное развитие, психолого-педагогическая и социально-педагогическая характеристики. Количественная оценка реабилитационного статуса дается в баллах, снижение его величины свидетельствует о повышении уровня общего здоровья, уменьшении потребности больного ребенка в реабилитации [4]. К его достоинствам относятся достаточно высокая чувствительность, обусловленная многоплановостью включенных в его состав признаков, а также объективный характер, позволяющий использовать данный критерий с позиций доказательной медицины в обосновании потребности в реабилитации, в качестве основы для построения программы реабилитации, оценки ее эффективности.

Вышеперечисленные комплексные критерии используются с учетом поставленных задач и цели реабилитации. Право выбора критерия остается за врачом.

В наших исследованиях оценку эффективности медицинской реабилитации провели по показателям реабилитационного статуса и качества жизни. По окончании реабилитации у 84,6% детей получена положительная динамика общего состояния здоровья (по самочувствию, жалобам, выраженности клинических проявлений болезни, лабораторным показателям). В 2,4 раза улучшились морфофункциональные и в 2,1 раза - психо-эмоциональные характеристики больных детей. У 85,7% пациентов повысилась информированность о своем заболевании, методах восстановления здоровья. Суммарный эффект медицинской реабилитации

проявился в повышении показателей качества жизни у большинства наблюдаемых детей (78,6%).

Таким образом, на этапе амбулаторно-поликлинического обеспечения предусматривается следующий алгоритм действий врача по медицинской реабилитации больного ребенка: оценка потребности в реабилитации, выбор лечебно-профилактического учреждения для ее проведения, назначение индивидуальной программы на основе типовой, формирование реабилитационных учрежденческих маршрутов, осуществление контроля эффективности реабилитационных мероприятий с использованием комплексных критериев. Предложенный алгоритм позволяет оптимизировать медицинскую помощь детям с хроническими заболеваниями на этапе первичного звена здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексная реабилитация в настоящее время становится одним из эффективных методов решения проблем состояния здоровья больного ребенка. Реализация предложенных подходов к организации и содержанию программы реабилитации больных детей, не имеющих статуса инвалидности, позволяет закрепить положительный клинический эффект проведенного амбулаторного или стационарного лечения; улучшить прогноз течения хронического заболевания; нормализовать морфофункциональные показатели физического развития; повысить резистентность организма; повысить уровень личностно-детерминированных показателей психосоматического и социально-психологического статуса, успешности обучения, мотивации здорового образа жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Мандров С.И., Селезнева Е.В., Лайкова Т.А. Качество жизни детей с гастродуоденальной патологией //Материалы VII конгресса педиатров России «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее». - М., 2002. - С.177.
2. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности /Руководство по классификации последствий болезни и причин инвалидности.- М., 1995.- 100 с.
3. Немов Р.С. Психология: в 3 кн. – 2 изд. – М.: Просвещение: ВЛАДОС, 1995. - С.353-357.
4. Новый комплексный критерий характеристики больного ребенка, включенного в реабилитационный процесс//в

об. научн. трудов Теория и практика реабилитации детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения/ под ред. Е.П.Усановой, С.П.Паниной. - Арзамас, АГПИ, 2006. – С.41-50

5. Постановление Министерства труда и социального развития РФ и МЗ РФ от 29.01.97г. № 1/30.
6. Приказ МЗ и СР РФ от 09.03.07г. № 156 «О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине».
7. Приказ МЗ и СР РФ от 23.01.07г. № 56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники».
8. Приказ МО РФ №1418 от 15.05.2000 «Примерное положение о Центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения»
9. Разумов А.Н. Восстановительная медицина и реабилитация: стратегия и перспективы //Материалы III Международной конференции по восстановительной медицине (реабилитологии). - М., 2000.- С.20-28.
10. Рычкова С.В. Проблема качества жизни в детской гастроэнтерологии //Материалы VII конгресса педиатров России «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее». - М., 2002. - С.249-250.
11. Указ Президента РФ «Об утверждении концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025» от 9 октября 2007г. № 1351.

Для переписки:

Шапкина Ольга Александровна – к.м.н., с.н.с., ФГУ «Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии Росмедтехнологий»

603950 Нижний Новгород, ул. Семашко д. 22

8-831-436-60-91, тел/факс 8-831-43656-59,

сот. 8-905-66-12-103 e-mail: eusanova@mail.ru

Усанова Елена Пантелеймоновна – д.м.н., профессор, заведующая научно-организационным отделом профилактики и реабилитации, «Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии Росмедтехнологий»

Маткивский Роман Алексеевич – к.м.н.,с.н.с., ФГУ «Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии Росмедтехнологий»

Шереметьева Светлана Николаевна – к.м.н.,с.н.с., ФГУ «Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии Росмедтехнологий»

Поступила 19.03.2009

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

К.А. Авакова, А.С. Аметов, Е.В. Доскина

Кафедра эндокринологии и диабетологии с курсом эндокринной хирургии
ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, Москва

COMPARATIVE POSSIBILITIES OF TREATMENT AND REHABILITATION, CHILDREN OF PATIENTS WITH DIABETES TYPE 1

SUMMARY

Presently experts determine CAREFUL situation on diabetes as an epidemic. 380 patients are inspected with the verified diagnosis diabetes type 1, 36 from them randomized in research. Patients part on groups, on the type of insulin therapy, - standard infusions of insulin and introduction of insulin by an insulin pump (model 508, Medtronic Minimed). Also depending on age are children and adults. The conducted researches confirmed efficiency and safety of application of permanent hypodermic infusions of insulin by an insulin pump for patients with saccharine diabetes of a 1 type, and the use of the permanent checking of glycemy system allowed to study the individual features of carbohydrate metabolism for every concrete patient, to expose non symptom flowings hypoglycemias and, accordingly, to pick up adequate insulin therapy.

Keywords: are saccharine diabetes of a 1 type, children, insulinoterapiya, glikemiya.

РЕЗЮМЕ

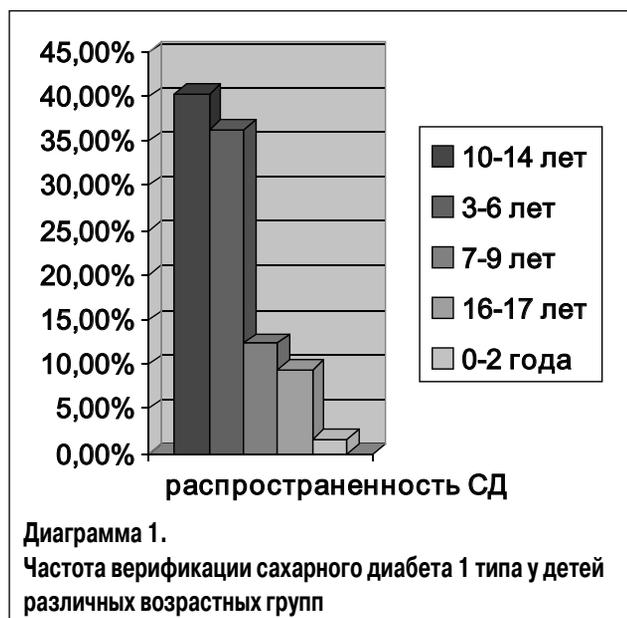
В настоящее время эксперты ВОЗ определяют ситуацию по сахарному диабету как эпидемию неинфекционного характера. Обследованы 380 пациентов с верифицированным диагнозом «сахарный диабет 1 типа», 36 из них рандомизированы в исследование. Пациенты разделены на группы, по типу инсулинотерапии, – стандартного введения инсулинотерапии и введения инсулина с помощью инсулиновой помпы (модель 508, Medtronic Minimed, USA), а также в зависимости от возраста – дети и взрослые. Проведенные исследования подтвердили эффективность и безопасность применения постоянной подкожной инфузии инсулина с помощью инсулиновой помпы у пациентов с сахарным диабетом 1 типа, а использование системы постоянного контроля гликемии позволило изучить индивидуальные особенности углеводного метаболизма у каждого конкретного пациента, выявить бессимптомно протекающие гипогликемии и, соответственно, подобрать адекватную инсулинотерапию.

Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа, дети, инсулинотерапия, гликемия.

В Москве, по данным профессора М.Б. Анциферова (на 01.01.2008 года), зарегистрировано 1,8 тысяч детей и подростков с верифицированным сахарным диабетом 1 типа и 208,4 тыс. – с сахарным диабетом 2 типа. В настоящее время эксперты ВОЗ определяют ситуацию по сахарному диабету как эпидемию неинфекционного характера. Сахарный диабет 1 типа (СД 1) – наиболее тяжелая форма этой болезни, которая преимущественно встречается у детей, подростков и людей молодого возраста. Чаще СД 1 манифестирует у детей в возрасте 10–14 лет, что составляет 40,3% всех случаев, реже, в 36,3% – в возрасте 3–6 лет [4]. Наименьшее количество заболевших среди детей от 0 до 2 лет: всего 1,6%. Заболе-

ваемость сахарным диабетом 1 типа среди детей до года составила 3,94% [4]. На диаграмме 1 представлена структура распределения частоты манифестации СД 1 типа у детей.

По данным Г.В. Римарчук [4] в возрастных группах от 1 до 18 лет преобладают мальчики. Возрастные пики заболеваемости отмечаются в возрасте от 3 до 9 лет среди мальчиков и в период пубертата – 10–14 лет – среди девочек. Сахарный диабет типа 1 нередко манифестирует острым коматозным состоянием, выраженным кетоацидозом, и уже при первичном обследовании у многих пациентов выявляются такие сопутствующие патологии как жировой гепатоз, тиреоидит, нарушения функции почек. Острые и хрониче-



ские специфические осложнения СД, особенно в сочетании с инфекционными процессами и поражением других эндокринных желез приводят к ранней инвалидизации и преждевременной смерти пациентов.

Средняя продолжительность жизни детей, больных сахарным диабетом типа 1, составляет менее половины от средней продолжительности жизни здоровых, при этом необходимы значительные материальные затраты, что характеризует СД 1 как важную медико-социальную и экономическую проблему современного общества. В решении этой проблемы большое значение имеет создание системы рационального лекарственного обеспечения больных и снабжения их современными средствами самоконтроля, а также внедрение в клиническую практику новейших способов введения инсулина. Основными целями лечения детей и подростков, болеющих сахарным диабетом 1 типа, являются:

- достижение нормогликемии, что позволит избежать развития острых осложнений диабета (гипогликемия, кетоацидоз и др.), а также обеспечит профилактику поздних осложнений СД;
- нормальное гармоничное развитие ребенка;
- улучшение качества жизни и социальная адаптация ребенка.

Значительные успехи в диагностике (особенно на ранних этапах развития патологии) и лечении СД способствовали увеличению продолжительности жизни больных, однако в силу различных объективных и субъективных причин отмечается рост позд-

них осложнений заболевания (микро- и макроангиопатии, нейропатии), таким образом, снижается качество жизни детей и подростков, а в последствии взрослых, больных сахарным диабетом. Увеличиваются как прямые, так и непрямые расходы на оказание помощи пациентам. Дополнительные экономические потери связаны и с ранней инвалидизацией потенциально трудоспособной категории населения, численность которой в нашей стране, по данным Госкомстата, в последние годы снижается.

Учитывая важную роль адекватной инсулинотерапии в профилактике диабетических осложнений, при разработке режимов инсулинотерапии следует стремиться к максимальному соответствию уровня экзогенно вводимого гормона потребностям в нем в каждый отдельный отрезок времени, то есть максимально имитировать эндогенную его секрецию. Исследование DCCT доказало, что именно режим интенсифицированной инсулинотерапии позволяет пациентам приблизиться к имитации физиологической концентрации инсулина [14].

Однако фармакокинетика большинства существующих препаратов инсулина, на фоне использования которых были получены результаты DCCT, отличается от эндогенного инсулина [14]. Кроме того, использование интенсивной инсулинотерапии требует соблюдения целого ряда постоянно меняющихся внешних условий [11]. На этом фоне для достижения оптимальной компенсации решающее значение имеют скорость введения инсулина, время, когда произведена инъекция, а также доза препарата. За последние десять лет метод постоянного подкожного введения инсулина – применение инсулиновой помпы (один из видов интенсивной инсулинотерапии) – получил широкое применение в терапии детей и подростков с диабетом 1 типа различного возраста. Так, в одном из проведенных в США исследований возраст детей, применявших помповый метод введения инсулина, составил от 2 до 5 лет. Отмечено снижение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) с 9,5% до 7,9%.

Благодаря непрерывному подкожному введению инсулина (НПВИ) можно добиться показателей уровня сахара крови, максимально приближенных к нормальным, и при этом снизить риск развития гипогликемии, а в ряде случаев и избежать. По данным ряда источников [1, 7, 8, 9, 10, 12, 13] отмечена высокая

приверженность пациентов к данному методу лечения. Первоначально в педиатрической практике инсулиновая помпа предназначалась главным образом для подростков, прошедших специализированное обучение. Однако сегодня НПВИ успешно используется и детьми младшего и среднего возраста. Самому маленькому пациенту, получавшему инсулинотерапию с помощью метода НПВИ, было всего две недели. По сравнению с многочисленными ежедневными инъекциями НПВИ является более затратным методом инсулинотерапии, что обусловлено высокой ценой не только на саму помпу, но и дополнительные расходы на катетеры, инсулиновые картриджи и т.д. Для того чтобы система здравоохранения компенсировала эти расходы, необходимы серьезные обдуманные и обоснованные показания к назначению помповой инсулинотерапии. Согласно данным международных руководств [4, 8, 11, 12], основными показаниями к применению данного метода являются следующие:

- повторяющиеся эпизоды тяжелой гипогликемии;
- резкие колебания уровня сахара крови, независимо от HbA1c;
- плохой самоконтроль (HbA1c и др., превышаю-

щий целевые значения, табл. 1);

- наличие микрососудистых осложнений и/или высокий риск их развития;
- адекватная компенсация СД 1 на фоне стандартной инсулинотерапии, однако сниженное качество жизни пациента.

Научных исследований, убедительно подтверждающих долгосрочную эффективность НПВИ у детей, все еще недостаточно. Не опубликованы систематические сравнения многократных ежедневных инъекций с НПВИ, проводящиеся в течение нескольких лет в различных возрастных группах. И, хотя не было замечено значительных улучшений показателей HbA1c, несколько обзорных исследований выявили снижение эпизодов тяжелой гипогликемии при использовании НПВИ. При этом, проведение рандомизированных контролируемых исследований осложняется целым рядом этических возражений и проблем.

Учитывая вышеизложенное, **целью работы** являлась сравнительная оценка показателей углеводного обмена при различных методах введения инсулина у пациентов с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы: в период 2005–2007 гг. обследованы 380 пациентов с верифицированным диа-

Таблица 1

Целевые значения гликемии при лечении сахарного диабета 1 типа (European Diabetes Policy Group, 1998)

Показатель	Нормальные значения	Уровень	
		адекватный	неадекватный
HbA1c (%)	<6,1	6,1-7,5	>7,5
Самоконтроль уровня глюкозы крови (ммоль/л)	натощак	4,0-5,0	>6,5
	Через 2 часа после еды	4,0-7,5	>9,0
	Перед сном	4,0-5,0	>7,5

Таблица 2

Основные клинические характеристики пациентов

Параметры	Группа	
	1	2
Общее количество пациентов	26	12
Возраст пациентов (лет)	Min	5
	Max	16
	Средний	30 лет ± 0,5
Наличие острых осложнений СД в анамнезе	Да, гипо- и гипергликемические комы от 1 до 5 эпизодов	
Предшествующее обучение в специализированной школе для больных сахарным диабетом	Проводилось	

гнозом «сахарный диабет 1 типа», 36 из них рандомизированы в данное исследование. В зависимости от возраста они были разделены на 2 группы – 1-я группа – взрослые (возраст старше 18 лет), 2-я группа – дети и подростки (от 5 до 18 лет). В таблице 2 представлена клиническая характеристика пациентов.

Длительность наблюдения составила 12 недель.

Методом случайных чисел пациенты были разделены на 4 подгруппы: группы 1а и 1б – взрослые пациенты, группы 2а и 2б – группа детей и подростков. Пациенты группы 1а (11 больных) и 2а (5 пациентов) получали аналоги человеческого инсулина с помощью инсулиновой помпы (модель 508, Medtronic Minimed, USA). В группах 1б (13 больных) и 2б (7 пациентов) использовался режим многократных инъекций инсулина с помощью шприца-ручки, в этих группах инсулинотерапия проводилась инсулином Лантус (инсулин Гларгин, рег. номер П№014855/01 и П№014855/01, Aventis Pharma Deutschland, GmbH) и аналогом человеческого инсулина Новорапид (Инсулин Аспарт, рег. номер П№012703/01, Novo Nordisk, A/S, Denmark). При помощи Системы Постоянного Мониторинга Гликемии (CGMS, Medtronic Minimed, USA) у пациентов всех групп на протяжении четырех дней оценивались: общее среднее значение, средний препрандиальный и постпрандиальный уровни гликемии, наличие и частота гипогликемических состояний, в том числе и бессимптомных. Также определялись HbA1c до начала коррекции терапии и через 12 недель наблюдения. На протяжении всего периода наблюдения пациенты проводили самоконтроль гликемии и вели дневники.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Помимо стандартного обучения в Школе больных сахарным диабетом, которое прошли все, пациенты, рандомизированные на терапию при помощи инсули-

новой помпы (модель 508, Medtronic Minimed, USA), прошли специализированное обучение. Оно проводилось индивидуально с каждым пациентом. Особое значение на занятиях придавалось особенностям помповой терапии и метаболизма инсулина при данном способе введения, подбору индивидуальных болюсных доз инсулина, а также необходимого количества инсулина в зависимости от пищевого рациона и диетологических пристрастий, режима приема пищи, выбора базального уровня вводимого инсулина в зависимости от самочувствия и физической нагрузки, образа жизни и т.д. Таким образом, можно выделить следующие требования к вводному курсу использования инсулиновой помпы. Детей следует вовлекать в обучение в зависимости от степени их когнитивного развития. Долгосрочное лечение детей и подростков должно осуществляться командой педиатров, имеющих знания и опыт в области технических вопросов, корректирования дозы и применения этой терапии в каждодневной практике, а также в продолжительном и последовательном обучении всей семьи. Дополнительными темами для занятий должны быть следующие:

- Нарботка самостоятельных навыков в управлении помпой;
- Выбор катетеров и обращение с ними;
- Режим питания (подсчет/оценка углеводов);
- Принципы базальной/болюсной терапии (включая циркадные изменения чувствительности к инсулину);
- Кинетика инсулина и самоконтроль дозы инсулина;
- Предотвращение, выявление и лечение гипогликемии;
- Регулирование дозы инсулина в соответствии с физической активностью;
- Контроль и коррекция гликемии в период со-

Таблица 3

Динамика показателей углеводного обмена – гликемия натощак

Группы	Средний уровень гликемии натощак, ммоль/л	
	до лечения	через 12 недель терапии
1а	9,8±0,05	6,95±0,02
1б	11,2±0,03	9,03±0,04
2а	11,6±0,14	7,5±0,05
2б	13,3±0,06	11,6±0,17

матического неблагополучия – во время болезней и др.

86% пациентов на момент начала наблюдения не достигли целевых значений гликемии. Средний уровень составил от 9,8 до 13,3 ммоль/л, т.е. неадекватная компенсация СД. Максимальное значение гликемии, зафиксированное пациентами при самоконтроле, составляло 17,42–19,2 ммоль/л. В то же время через 12 недель терапии пациенты из группы 1а лишь «приближаются» к адекватному уровню гликемии (European Diabetes Policy Group, 1998 – 5,1–6,5 ммоль/л), несмотря на то, что на фоне проведенной терапии и коррекции текущего режима введения через три месяца наблюдения отмечена положительная динамика у пациентов всех групп (табл. 3).

У 92% отмечен повышенный – неадекватный – уровень гликированного гемоглобина, от 11,5 до 12,24%, максимальные значения 12,24–12,13% отмечены в

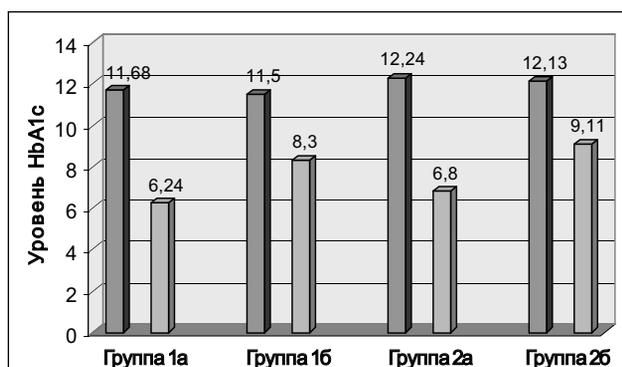


Рис. 1

Динамика изменений гликированного гемоглобина – HbA1c в динамике (представлены данные для всех групп до терапии и после*)

* – $p < 0,0001$ между группами 1а и 1б, группами 2а и 2б, группами 1а и 2а, группами 1а и 2б, группами 1б и 2а и группами 1б и 2б.

группах 2а и 2б. На фоне терапии отмечено снижение уровня HbA1c во всех группах (рис. 1).

Таким образом, пациенты групп 1а и 2а достигли адекватного уровня компенсации СД по уровню HbA1c – 6,1–7,5%, у детей этот показатель выше, чем у взрослых, что связано с неадекватной компенсацией по уровню гликемии натощак. В то же время, несмотря на существенное снижение уровня HbA1c в группах 1б и 2б, компенсация пациентов оставалась неадекватной.

Положительная динамика показателей гликемии позволила снизить среднюю дозу инсулина в группах пациентов, получавших терапию при помощи помпы на $7,12 \pm 1,33$ ЕД, а в группах стандартного введения на $4,32 \pm 0,94$ ЕД.

При анализе результатов мониторинга гликемии при помощи Системы Постоянного Мониторинга Гликемии (CGMS, Medtronic Minimed, USA) выявлено, что и взрослые, и дети, получавшие инсулинотерапию при помощи инсулиновой помпы, имели более выраженную положительную динамику, по сравнению с пациентами на «стандартном» введении инсулина (табл. 4).

В то же время минимальное значение гликемии в группах пациентов, получавших инсулинотерапию при помощи помповой системы, было выше, как у взрослых, так и у детей, чем в группах введения инсулина при помощи шприца-ручки. Гипергликемия была максимальной в группах 1б и 2б, причем, у детей данный показатель был выше, чем у взрослых. При помощи системы CGMS выявлено, что у пациентов группы 2б имела место гипергликемия в ночное время, а у пациентов групп 1а и 2а отмечена нормогликемия, в груп-

Таблица 4

Динамика показателей углеводного обмена

Средние показатели углеводного обмена	Взрослые		Дети и подростки	
	1а M±σ	1б M±σ	2а M±σ	2б M±σ
Уровень гликемии, ммоль/л*	6,95±0,02	9,04±0,04	7,2±0,13	11,61±0,2
Препрандиальный уровень гликемии, ммоль/л*	6,2±0,16	8,4±0,20	7,6±0,30	10,2±0,14
Постпрандиальный уровень гликемии, ммоль/л*	7,36±0,02	9,9±0,18	8,93±0,15	11,6±0,20
Максимальное значение гликемии, ммоль/л*	12,93±0,29	18,71±0,18	12,75±0,18	21,2±0,2
Минимальное значение гликемии, ммоль/л	3,37±0,18	2,22±0,16	3,8±0,2,01	2,5±0,21
Значение гликемии в ночное время	4,94±0,16	3,93±0,18	5,6±0,19	7,1±0,58

* $p < 0,0001$ между группами 1а и 1б, группами 2а и 2б, группами 1а и 2а, группами 1а и 2б, группами 1б и 2а и группами 1б и 2б.

пе 1б отмечено наименьшее значение, что повышает риск развития гипогликемических состояний.

В ряде случаев при значительной гипергликемии проявления гипогликемии у ребенка могут быть даже при значениях гликемии крови 4–5 ммоль/л, что редко наблюдается у взрослых. Маленькие дети, особенно в возрасте до пяти лет, более чувствительны к низкому содержанию сахара в крови, так как центральная нервная система еще развивается, таким образом, важным показателем для оценки компенсации гликемии является гипогликемия, их частота и тяжесть. Таким образом, крайне важны значения гликемии, полученные при мониторинге гликемии, это позволит индивидуализировать подбор дозы инсулинотерапии во избежание осложнений сахарного диабета. Частота гипогликемических состояний, в том числе и бессимптомных, была ниже в группах 1а и 2а (табл. 5).

Частота бессимптомных ночных гипогликемий была ниже в группах 1а и 2а. В период с 3 до 8 часов утра не зафиксировано гипогликемических состояний в трех группах 1а, 2а и 2б. Ни один эпизод гипогликемии не требовал специализированной помощи или госпитализации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные исследования подтвердили эффективность и безопасность применения постоянной подкожной инфузии инсулина с помощью инсулиновой помпы у пациентов с сахарным диабетом 1 типа, а использование системы постоянного контроля гликемии позволило изучить индивидуальные особенности углеводного метаболизма у каждого конкретного пациента, выявить бессимптомно протекающие гипогликемии и, соответственно, подобрать адекватную инсулинотерапию. Помповая терапия позволя-

ет наиболее точно приблизиться к физиологическим потребностям в инсулинотерапии, о чем свидетельствуют показатели общего уровня гликемии, препрандиальных и постпрандиальных колебаний гликемии, количество зарегистрированных гипогликемий, а также уровень гликозилированного гемоглобина HbA1c после проведенной терапии (как показатель долгосрочной компенсации). Это подтверждают данные сравнительного анализа показателей углеводного обмена у пациентов 1а и 1б, а также 2а и 2б групп.

Полученные результаты доказывают преимущество использования постоянной подкожной инфузии инсулина по сравнению с режимом многократных инъекций инсулина.

Доза базального инсулина для маленьких детей очень низкая, и прибор можно запрограммировать так, чтобы она поставляла инсулин в микродозах, которые в то же время удовлетворяют ежедневным потребностям организма в течение суток. При этом отмечено снижение риска тяжелой ночной гипогликемии. Особенно важным этот аспект становится при мониторинге бессимптомных гипогликемий. Такие гипогликемии ведут к ухудшению состояния ребенка и могут быть чрезвычайно опасными предвестниками такого грозного осложнения, как гипогликемическая кома. Бессимптомные гипогликемии также очень часто маскируют реальную компенсацию сахарного диабета и приводят к мнимой «компенсации» заболевания, когда сниженный уровень гликированного гемоглобина достигается за счет частых гипогликемий, в том числе и бессимптомных.

Для достижения удовлетворительных метаболических показателей необходимо проводить регулярные измерения уровня гликемии, менять вовремя катетеры и резервуары (картриджи), регулировать дозу инсулина, контролировать количество принимаемой пищи

Таблица 5

Частота развития гипогликемических состояний

Показатели	Взрослые		Дети и подростки	
	1а M±σ	1б M±σ	2а M±σ	2б M±σ
Количество пиков гипогликемий	1,2±0,12	3,2±0,10	2,3±0,11	3,8±0,11
Среднее количество гипогликемий	0,81±0,15	2,31±0,15	0,79±0,12	1,33±0,17
Среднее количество ночных гликемий в период с 0.00 до 03.00	0,31±0,14	1,12±0,16	0,29±0,11	0,5±0,18
Среднее количество ночных гликемий в период с 03.00 до 08.00	0	0,25±0,30	0	0

и уровень физической нагрузки. Нежелание выполнять эти необходимые требования или отсутствие постоянной поддержки со стороны команды опытных педиатров не позволит добиться компенсации сахарного диабета и, как следствие, предотвратить развитие осложнений, как острых, так и хронических. Инсулинотерапия при помощи инсулиновой помпы дает обширной группе мотивированных детей, подростков и их семей возможность решить индивидуальные проблемы, связанные с ежедневным введением инсулина. Терапия инсулиновой помпой может также быть полезной для очень маленьких детей, подростков с нарушением питания, детей и подростков, у которых по утрам наблюдаются резкие скачки уровня сахара крови (феномен «утренней зари»), а также для детей, боящихся уколов. Дети и подростки, пользующиеся помпой, а также их родители, отметили улучшение в контроле уровня сахара крови и возможность вести более свободный образ жизни, что позволило им адаптировать терапию под ежедневные требования, связанные с возрастными особенностями, повысить качество жизни и вести себя максимально приближенно к их здоровым сверстникам.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аметов А.С. Перспективы лечения сахарного диабета в ближайшие 10 лет// Русский медицинский журнал. – Том 13. – 2005. – № 6. – Стр. 288–203.
2. Антонова К.В., Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Петунина Н.А., Тельнова М.Э. Роль инсулиновой терапии в компенсации сахарного диабета// Русский медицинский журнал. – Том 15. – 2007. – № 27. – Стр. 2072.
3. Балаболкин М.И. Фармакоэкономика сахарного диабета // Фарматека. – 2003. – № 16. – Стр. 13–16.
4. Римарчук Г.В., Иванова И.Е., Васечкина Л.И., Тюрина Т.К., Тамазян Г.В., Пискунова М.А.// Детская и подростковая реабилитация. – 2005. – № 1. – Стр. 58–61.
5. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes // Diabetes Care – 2007 – Vol. 30. – Suppl. 1, S1–S–103.
6. Holleman F., Gale E.A.M., Nice insulins, pity about the evidence // Diabetologia – 2007 – Vol. 50. – P. 1783–1790.
7. International Diabetes Federation: Diabetes Atlas, 2006
8. Samara R. Zavalkoff, Constantin Polychronakos. Evaluation of Conventional Blood Glucose Monitoring as an indicator of Integrated Glucose Values Using a Continuous Subcutaneous Sensor. // Diabetes Care, Vol. 25, Number 9, P. 1603-1606,

September, 2002

9. Uwe Bott, Ingrid Muhlhauser, Hubert Overmann, Michael Berger. Validation of a Diabetes-Specific Quality-of-Life Scale for Patient With Type 1 Diabetes. // Diabetes Care, Vol. 21, Number 5, P. 757-767, May 1996
10. A. Maran, C. Crepaldi, A. Tiengo et al. Continuous Subcutaneous Glucose Monitoring in diabetes patients. // Diabetes Care, Vol. 25, Number 2, P. 347-352, February 2002
11. J. H. DeVries, F. J. Snoek, P. J. Kostense, N. Masurel, R. J. Heine. On behalf of the Dutch Insulin Pump Study Group. A randomized trial of Continuous subcutaneous insulin infusion and Intensive injection therapy in Type 1 diabetes for patients with long-standing poor glycemic control. // Diabetes Care, Vol. 25, Number 11, P. 2074-2080, November 2002
12. H. Hanaire-BROUTIN, V. MELKI, S. BESSIERES-LACOMBE, J-P. TAUBER (†). The study group for the development of the pump therapy in diabetes. Comparison of Continuous Subcutaneous Insulin Infusion and Multiple Daily Injection Regimens using insulin LisPro in Type 1 diabetic patients on intensified treatment. // Diabetes Care, Vol. 23, Number 9, P. 1232-1235, September 2000
13. Zachary T. Bloomgarden. Treatment issues in Type 1 Diabetes. // Diabetes Care, Vol. 25, Number 1, P. 230-236, January 2002
14. J. Pickup, H. Keen. Continuous Subcutaneous Insulin Infusion at 25 years (Evidence base for the expanding use of insulin pump therapy in type 1 diabetes) // Diabetes Care, Vol. 25, Number 3, P. 593-598, March 2002
15. D. S. Schade, V. Valentine. To pump or not to pump. // Diabetes Care, Vol. 25, P. 2100-2102, 2002
16. B. Bode, R. Weinstein, D. Bell, J. McGill, D. Nadeau et al. Comparison of insulin Aspart with buffered regular insulin and insulin LisPro in continuous Subcutaneous Insulin Infusion // Diabetes Care, Vol. 25, Number 3, P. 439-444, March 2002
17. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 329:977–986, 1993

Контактное лицо Елена Валерьевна Доскина – к.м.н., доцент. Тел. 8-903-181-95-48, 8-499-152-35-71 (раб.), e-mail: elena-doskina@rambler.ru
поступила 11.01.2009

РОЛЬ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

З.Г. Ларионова, Л.И. Елезова, Н.М. Шилина, Н.А. Шмаков, И.Я. Конь

НИИ питания РАМН, Москва

ФГУ ЦДКС «Малаховка», Московская область

THE ROLE OF POLYUNSATURATED FATTY ACIDS IN COMPLEX THERAPY OF CHILDREN WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

Z.G. Larionova, L.I. Elezova, N.M. Shilina, N.A. Shmakov, I.A. Kon

SDI of Nutrition RA of MS, Moscow

FSD SCS "Malahovka", Moscow

SUMMARY

The risk factors for heart disease and essential hypertension are polysaturated fatty acids. This happens when daily diet has too much calories from fat. Polyunsaturated fatty acids help lower blood pressure. Fish and oil vegetable are rich in polyunsaturated fatty acids and dietary should be limited.

Keywords: *Essential hypertension, polyunsaturated fatty acids, diet, children, rehabilitation.*

РЕЗЮМЕ

Лечебное питание является неотъемлемой частью комплексной реабилитации детей и подростков. В проведенном исследовании, у 106 детей с эссенциальной артериальной гипертензией, получавших разработанную лечебно-профилактическую диету, содержащую пониженное количество насыщенных жирных кислот, физиологическое количество натрия, но увеличенное содержание ПНЖК, по сравнению с группами детей с ЭАГ, получавших ОВД и НКД, произошло наиболее выраженное достоверное снижение АД и показателей липидного спектра крови.

Ключевые слова: *артериальная гипертензия, дети, реабилитация, полиненасыщенные жирные кислоты.*

Организация лечебного питания в детских лечебных, лечебно-профилактических учреждениях и реабилитационных центрах входит в число основных мероприятий по медицинскому обслуживанию детей, как часть общего лечебного процесса. Лечебное питание является обязательной частью комплексной терапии и применяется во всех отделениях этих учреждений, повышая воздействие на организм больного ребенка специфических лечебных факторов [1].

ВВЕДЕНИЕ

Роль диетотерапии как одного из необходимых звеньев комплексного лечения эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ), гипертонической болезни (ГБ) и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) доказана применительно к взрослым. В то же время систематические исследования, направленные на разработку методов диетотерапии при артериальной гипертензии у детей, практически отсутствуют. Высо-

кая распространенность АГ в популяции, ее большой вклад в развитие тяжелых осложнений, плохое знание населения о наличии у них заболевания, низкая приверженность к лечению и его недостаточная эффективность обосновывают необходимость первичной профилактики АГ для достижения успеха в решении этой проблемы [1, 2].

Связь артериального давления с риском возникновения сердечно-сосудистых заболеваний доказана многочисленными эпидемиологическими исследованиями, проведенными в различных странах мира. Показано, что риск смерти от коронарной болезни в популяции возрастал вдвое при увеличении среднего систолического давления на 10 мм рт. ст. Важно подчеркнуть, что риск ишемической болезни сердца (ИБС) может быть снижен с помощью алиментарной коррекции. В частности, ряд проведенных в 1980–1990-х гг. исследований с помощью опытно-опросного метода у больных с ССЗ, позво-

лил связать уменьшение случаев клинической манифестации ИБС и мозга в популяциях с употреблением в питании так называемых «кардиопротекторных продуктов», составляющих основу немедикаментозной профилактики АГ.

Немедикаментозное лечение ЭАГ рассматривается как базовое для всей популяции больных (АГ) [7]. Оно подразумевает вместе с изменением образа жизни использование лечебного питания, снижение потребления соли и соблюдение так называемой DASH-диеты (Dietary Approaches to Stop Hypertension).

DASH-диета включает большое количество овощей и фруктов, низкий уровень жиров, увеличение использования зерновых, полиненасыщенных жирных кислот, рыбы, орехов и резкое снижение употребления красного мяса. Это обеспечивает снижение уровня насыщенных жирных кислот НЖК, снижение общего жира, снижение экзогенного холестерина ХС.

По данным крупномасштабных эпидемиологических исследований дети, больные ЭАГ, 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. Во всех рекомендациях по лечению ГБ, в том числе и экспертов ВОЗ, указывается, что основу терапии данных заболеваний 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]. Более того, в последнее время эксперты ВОЗ указывают, что немедикаментозное лечение АГ у детей и подростков должно быть единственным методом лечения этого заболевания [7]. Одним из основных воздействующих факторов немедикаментозного периода терапии АГ у детей и подростков является питание.

Основными современными принципами организации питания детей в детских реабилитационных учреждениях являются:

- адекватная энергетическая ценность рационов, соответствующая энерготратам детей;
- сбалансированность рациона по всем заменимым и незаменимым (эссенциальным) пище-

вым факторам, включая белки и аминокислоты, пищевые жиры и жирные кислоты, различные классы углеводов, витамины, минеральные соли и микроэлементы;

- обеспечение высоких органолептических качеств блюд;
- учет индивидуальных особенностей каждого ребенка [5].

При организации питания детей с ЭАГ в детских реабилитационных учреждениях значительное внимание должно уделяться жировому компоненту рациона. Содержание жиров в рационе должно соответствовать физиологической потребности детей в них. Ограничение в питании детей жиров ниже физиологической потребности может быть рекомендовано только при наличии у них сопутствующих заболеваний: ожирения, различных форм гиперлипидемии и т.д. В то же время, с учетом современных представлений, важное значение имеет обеспечение оптимального соотношения полиненасыщенных и насыщенных жиров и жирнокислотного состава рациона. При этом основным требованием к составу жирового компонента рациона должно служить (Методические рекомендации МР 2.3.1.2432-08 от 18 декабря 2008 г. «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации»):

- общее содержание жиров в % по ккал – 30%, т.е. 30% от суточной калорийности рациона;
- ограничение содержания животных жиров, содержащих холестерин и насыщенные жирные кислоты (НЖК) – менее 10% от суточной калорийности;
- обязательное включение в питание полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) (омега-3 и омега-6 семейств) и применение их в оптимальных количествах (не более 10% от общей энергетической ценности диеты);
- обеспечение оптимального соотношения насыщенных и полиненасыщенных жирных кислот;
- содержание холестерина в миллиграммах – менее 300 мг.

В патогенезе ЭАГ большую роль играют психические факторы, поэтому важным компонентом лечения данного заболевания должна быть коррекция нарушений психологического статуса, и как показывают

результаты исследований последних лет, ПНЖК являются эссенциальным фактором питания при данном заболевании в связи с их участием в формировании мембран клеток головного мозга, зрительно-го анализатора и биологических мембран других органов и тканей.

Клинический опыт свидетельствует и о том, что при ГБ рано проявляются нарушения липидного обмена, являющиеся предикторами атеросклеротического поражения сосудов и часто на фоне избыточной массы тела. Повышенное потребление животных жиров приводит к увеличению в крови уровня холестерина, жирных кислот, триглицеридов, содержания липопротеидов низкой и очень низкой плотности и снижению липопротеидов высокой плотности. Качественно различные жиры оказывают неодинаковое воздействие на процессы абсорбции, синтеза и катаболизма липидов. Новый диетологический подход в лечении ГБ – это использование полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) семейства омега-3 и омега-6, обладающих гиполипидемическим и антиатерогенным действием (Jensen T 1991 De Leeuw 1991 Venkatraman JT 1991). Особое значение в последние годы уделяется их оптимальному соотношению в рационе. 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.

Организм человека не способен синтезировать линолевую (18:2 семейства омега-6) и альфа-линоленовую (18:3 семейства омега-3) кислоты, которые являются вследствие этого незаменимыми для человека и должны поступать с пищей. Источниками ПНЖК семейства омега-6 являются преимущественно различные растительные масла, тогда как ПНЖК омега-3 в больших количествах встречаются в рыбе, морепродуктах, яичном желтке. Попадая в организм, незаменимые ЖК способны метаболизироваться с помощью процессов десатурации и элонгации в более длинноцепочечные и ненасыщенные производные. При этом все ПНЖК – производные линолевой кислоты – относят к семейству омега-6, а производные альфа-линоленовой кислоты – к семейству омега-3. Все процессы десатурации и элонгации идут с участием соответствующих фер-

ментов – десатураз и элонгаз, общих для представителей различных семейств ЖК, вследствие чего они конкурируют за указанные ферменты, а соотношение в диете и организме ЖК разных семейств определяет преимущественное образование производных того или иного семейства. Это обстоятельство является важным, поскольку оказывает влияние на проявление присущей ПНЖК регуляторной функции, которая связана с образованием из ЖК с 20 углеродными атомами (эйкозаноидов) биологически активных веществ – эйкозаноидов.

Синтез эйкозаноидов из ПНЖК может идти по двум основным путям – циклооксигеназному и липоксигеназному. Под действием фермента циклооксигеназы образуются простагоиды (простагландины, простациклины и тромбоксаны), а ферментов липоксигеназ – лейкотриены, гидроксиейкозатетраеноаты и липоксины. Предшественниками эйкозаноидов являются дигомо-гамма-линоленовая кислота (C20:3 омега-6), арахидоновая (АК) (C20:4 омега-6) и эйкозапентаеновая (C20:5 омега-3) кислоты (ЭПК). Из этих ЖК образуются простагоиды различных серий. Способность различных ЖК образовывать различные классы эйкозаноидов, в свою очередь оказывающих множественные физиологические воздействия на организм взрослых и детей, предопределяет возможность активного влияния ПНЖК-рационов на многие физиологические функции в организме, или, иначе, регуляторные функции ПНЖК [3].

Интересно, что простагоиды и лейкотриены различных серий, образованные из разных предшественников, могут выполнять сходные биологические функции, но интенсивность их действия существенно отличается, а иногда оказывается прямо противоположной [3]. Образование эйкозаноидов – тканеспецифичный процесс:

- простациклины образуются клетками сосудистого эпителия;
- тромбоксаны – тромбоцитами и вызывают агрегацию тромбоцитов, повышают свертываемость крови;
- простагландины (ПГ) вызывают сокращение гладкой мускулатуры, стимулируют или ингибируют адгезию тромбоцитов и вызывают сокращение или расслабление стенок артерий и тем самым влияют на АД, вызывая сокращение сте-

нок артерий. Под влиянием физиологических и патогенных факторов значительно изменяется синтез и метаболизм ПГ, что приводит к функциональным сдвигам. Развитие гипертонической болезни сопровождается снижением биосинтеза депрессорных ПГ (ПГЕ2 и ПП2) на фоне увеличения прессорных ПГ (ПГ F1 и ПГ F2), изменяя соотношения ПГF : ПГЕ [12];

- лейкотриены вызывают сокращение гладкой мускулатуры бронхов, кишечника и сосудов, участвуют в образовании в печени положительных реактантов острой фазы воспаления.

Эффекты эйкозаноидов различных серий существенно различаются:

- тромбоксан A2, образующийся из метаболитов семейства омега-6, обладает сильным вазоконстрикторным и агрегирующим действием на тромбоциты;
- тромбоксан A3, образующийся из метаболитов семейства омега-3, имеет более слабое действие;
- простагландин I2 и I3 обладают одинаковым вазодилатирующим эффектом [12].

В итоге диета, обогащенная ПНЖК омега-3, изменяя баланс между эйкозаноидами различных классов в сторону повышенного образования TXA3 и PGI 3, оказывает вазодилатирующее и антитромботическое действие [3]. Эти свойства ПНЖК омега-3 позволяют использовать продукты, содержащие эти вещества, в профилактике и комплексной терапии целого ряда заболеваний у детей и взрослых.

Первые публикации о связи между высоким уровнем потребления жирных сортов рыбы, богатой ПНЖК омега-3, и более низким уровнем триглицеридов в крови у эскимосов по сравнению с датчанами, появились более тридцати лет назад в результате эпидемиологических исследований Bang and Dyerberg, 1972, 1976. В 1989 г. в исследовании DART (Burr и соавторы) было показано, что относительно низкие дозы ПНЖК омега-3 снижают риск рецидива сердечно-сосудистых заболеваний. В 1996 г. в обзоре Harris были проанализированы уже 72 плацебо-контролируемых исследования, в которых использовалась комбинация ЭПК и докозагексаеновой кислоты (ДГК) в количестве от 1 до 7 г в день в течение как минимум двух недель. Гиполипидемический эффект

был продемонстрирован у 25% пациентов с нормальным уровнем липидов в крови и у 28% пациентов с гиперлипидемией [12].

Возможным объяснением повышения уровня ЛПВП под влиянием ПНЖК омега-3 считают снижение под действием ПНЖК образования крупных липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП) и увеличение менее атерогенных мелких липопротеинов, которые быстрее переходят в ЛПНП, а также повышение экскреции стероидов и желчных кислот с калом.

Предполагают также, что ПНЖК модифицируют ЛПВП, влияя на текучесть их липидов и на движение холестерина внутрь этих частиц, в результате чего облегчается удаление холестерина из клетки и реализуется антиатерогенный эффект [4].

Возможными механизмами гипотриглицеридемического действия могут быть снижение (более чем на 50%) синтеза хиломикрон в кишечнике, облегчение контакта ненасыщенных хиломикрон с липопротеинлипазой, снижение синтеза триглицеридов в печени [8–10]. Установлено также, что ПНЖК омега-3 связываются с факторами транскрипции генов PPAR (peroxisome proliferator activated receptor), активирующего окисление ЖК, и SREBP (sterol regulatory element binding protein), регулирующего пути синтеза триглицеридов, активируя их, снижая синтез и усиливая катаболизм ЖК. В результате снижается синтез триглицеридов и выход ЛПОНП из печени в кровотоки [13].

Все это обуславливает роль ПНЖК в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [4]. Так, например, при исследовании 1 000 жителей Индии с высоким риском ишемической болезни сердца, в ходе которого участники, выбранные случайным путем, получали средиземноморскую диету, богатую цельнозерновыми продуктами, фруктами, овощами, грецкими орехами, миндалем, либо традиционную диету, в группе со средиземноморской диетой дневное потребление альфа-линоленовой кислоты было в два раза больше, чем в группе контроля. За два последующих года у лиц, получавших средиземноморскую диету, было зарегистрировано меньше ССЗ (39 против 76, $p < 0,001$), случаев внезапной смерти от ССЗ (6 против 16, $p = 0,015$) и инфаркта миокарда (21 против 43, $p < 0,001$) [13].

В другом исследовании диету, обогащенную пищевыми источниками ПНЖК омега-3, соблюдали 4 738 лиц 65 лет и старше, исходно не страдавших застойной сердечной недостаточностью (ЗСН). За 12 лет наблюдения было зарегистрировано 955 случаев ЗСН. При этом чем больше был прием в пищу жира морских рыб, тем меньше риск ЗСН ($p = 0,009$). Так, по сравнению с участниками исследования, потреблявшими рыбу реже одного раза в месяц, те кто ел вареную или запеченную рыбу 1-2 раза в неделю, имели на 20% ниже риск ЗСН. Потребление рыбы 3-4 раза в неделю снижало риск развития ЗСН на 31% [12].

Однако, соотношение ПНЖК омега-6/омега-3 в рационе современного человека далеко от оптимального. В связи с этим сотрудниками отдела детского питания ГУ НИИ питания РАМН разработан суточный набор, а на его основе четырнадцатидневное меню – лечебно-профилактический рацион (ЛПР) для питания детей с ЭАГ в период их пребывания в детских реабилитационных учреждениях. Разработанный лечебно-профилактический рацион включает сниженное содержание НЖК из-за уменьшения содержания блюд из мяса говядины, физиологическое содержание омега-6/омега-3 ПНЖК в рекомендуемом соотношении из-за увеличения в меню блюд из рыбы и физиологическое содержание натрия из-за уменьшения использования продуктов, содержащих повышенное количество соли. В нашем отделе ранее были получены данные об эффективности дополнительного включения омега-3 ПНЖК в виде льняного масла и БАД «Полиена» для детей с бронхиальной астмой и хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью 12-перстной кишки [5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Разработанная лечебно-профилактическая диета (ЛПД), как упоминалось выше, обогащена ПНЖК за счет блюд и закусок из рыбы, которые дети получали 4-5 раз в неделю. Мы использовали разрешенную для применения в детских лечебных и профилактических учреждениях рецептуру блюд из сборников, утвержденных для использования при разработках меню для детских ЛПУ. Для сравнения было исследовано влияние на величину АД у детей с эссенциальной артериальной гипертензией стандартных раци-

онов, используемых обычно в детских реабилитационных учреждениях (центрах, санаториях и т.д.) для питания детей с повышенным АД: основного варианта стандартной диеты (ОВД), который назначают детям с ЭАГ и без сопутствующего ожирения, низкокалорийной диеты (НКД), обычно назначаемой детям с ЭАГ и с сопутствующим ожирением.

Наблюдение за детьми с ЭАГ проводилось в Федеральном государственном учреждении Центральный детский клинический санаторий «Малаховка» (ФГУ ЦДКС «Малаховка»), 2006–2009 гг., главный врач – к.м.н. Н.А. Шмаков. Период пребывания детей на реабилитации в санатории – 21 день.

Тщательное обследование детей при поступлении в ФГУ ЦДКС «Малаховка» позволило отобрать для наблюдения в течение трех лет 116 детей с эссенциальной артериальной гипертензией, в том числе и с сопутствующим ожирением, в возрасте от 11 до 17 лет, 10 детей отказались участвовать в исследовании. Из 106 детей с эссенциальной артериальной гипертензией: 57 девочек и 49 мальчиков (36 детей с высоким нормальным давлением, 67 детей с АГ первой степени и 3 ребенка с АГ второй степени). Из общего числа больных у 26 детей нормальная масса тела, у 28 детей – избыточная масса тела, у 62 детей диагностировано алиментарно-конституциональное ожирение (36 – первая степень ожирения, 20 – вторая степень ожирения, 6 – третья степень ожирения).

Критериями включения детей в исследование служили:

- дети в возрасте от 11 до 17 лет с эссенциальной артериальной гипертензией, в том числе и с ожирением.

Критериями исключения детей из исследования служили:

- дети младше 11 лет;
- тяжелая степень ЭАГ;
- вторичная АГ;
- дети с аллергическими заболеваниями и пищевой непереносимостью рыбы, морепродуктов и т.д.;
- дети с тяжелыми хроническими заболеваниями;
- дети с патологией желудочно-кишечного тракта в период обострения.

Для исключения из исследования детей с симптоматической артериальной гипертензией проводились

следующие исследования:

1. тщательный сбор анамнеза и жалоб пациентов;
2. измерение АД на руках и ногах;
3. тест с физической нагрузкой (проба с 20 приседаниями);
4. ЭКГ;
5. исследование глазного дна;
6. исследование крови (общий и клинический анализы крови);
7. исследование мочи (общий анализ мочи);
8. консультация невролога и эндокринолога;
9. УЗИ почек.

Для исследования дети были разделены на три группы: две контрольные и одну основную.

Первую контрольную группу составили 24 ребенка с эссенциальной артериальной гипертензией, в том числе часть из них с ожирением, получавшие основной вариант диеты (ОВД), из них – 15 девочек и 9 мальчиков; ОВД разработан на основании суточного набора, утвержденного для питания детей в санаториях (приказ № 330 от 8 августа 2003 г.).

Вторую контрольную группу составили 20 детей с эссенциальной артериальной гипертензией и с сопутствующим ожирением, получавшие низкокалорийную диету (НКД), из них – 15 девочек и 5 мальчиков. Низкокалорийная диета в связи с отсутствием утвержденного суточного набора для питания детей с ожирением в санаториях является модификацией основного варианта диеты (приказ № 330). Обычная практика: для этого из ОВД диетработни-

ки детских лечебных и лечебно-профилактических учреждений исключают сахар, углеводы с высоким гликемическим индексом, ограничивают животные жиры и кондитерские изделия. При этом жиры снижаются на 25–30% от физиологической калорийности рациона, белки соответствуют физиологической потребности детей старшего школьного возраста, углеводы снижаются на 30% от физиологической калорийности.

В основную группу отбирались дети с эссенциальной артериальной гипертензией, часть из них с сопутствующим ожирением. Они получали разработанную лечебно-профилактическую диету (ЛПД) в виде 14-дневного меню для питания детей от 11 до 18 лет, в группу входили 27 девочек и 35 мальчиков.

Распределение детей, участвовавших в исследовании, в группы по возрасту и полу показано в таблице 1.

На схеме показано распределение детей в группы в зависимости от наличия у них сочетания эссенциальной артериальной гипертензии и сопутствующего ожирения.

У всех детей исследование проводили в динамике на фоне диетотерапии (ОВД, ЛПД и НКД). Артериальное давление измеряли с помощью аппаратов утром и вечером. Измерение массы тела проводилось в начале и в конце пребывания в ДЛПУ. Данные о динамике клинических симптомов: АД, ИМТ, аппетите, диспепсических явлениях, болях в животе, запорах, головных болях, утомляемости, сне и т.д., заносились

Таблица 1

Возрастно-половая характеристика исследуемых групп детей с артериальной эссенциальной гипертензией

Дети от 11 до 17 лет (пол)	Группа 1 (ОВД)	Группа 2 (НКД)	Группа 3 (ЛПД)	Всего
девочки	15 (17,4%)	15 (17,9%)	27 (19,7%)	57 (55%)
мальчики	9 (10,5%)	5 (5,4%)	35 (29,1%)	49 (45%)
всего	24 (27,9%)	20 (23,3%)	62 (48,8%)	106 (100%)

Схема

Характеристика заболеваемости в группах детей, участвовавших в исследовании

Исследуемые дети с ЭАГ 106 детей		
1 группа	2 группа	3 группа
дети с ЭАГ с сопутствующим ожирением и без него, которые получали ОВД; 24 ребенка	дети с ЭАГ с сопутствующим ожирением, которые получали НКД; 20 детей	дети с ЭАГ с сопутствующим ожирением и без него, которые получали ЛПД; 62 ребенка

ежедневно в дневник медицинскими работниками. Все дети получали стандартный набор физиотерапии, назначаемой в период реабилитации в условиях клинического санатория: плавание в бассейне, сухие углекислые ванны, лечебную физкультуру (ЛФК), прогулки на свежем воздухе. Медикаментозная те-

рапия у исследуемых детей в период наблюдения не использовалась.

Для сравнительной оценки состояния детей до и после пребывания на реабилитации в санатории учитывалась динамика биохимических показателей белкового, липидного и углеводного обмена.

Таблица 2

Среднесуточные наборы продуктов диет: ОВД и НКД, используемых для питания детей старшего школьного возраста с эссенциальной артериальной гипертензией в санаториях, и разработанный суточный набор для ЛПД

Наименование продуктов	Норма на одного ребенка, в г брутто с 11 до 15 лет		
	ОВД	НКД	ЛПД
Хлеб ржаной	150	100	150
Хлеб пшеничный	200	0	75
Мука пшеничная	55	10	30
Мука картофельная	3	0	3
Крупы, бобовые	80	80	70
Картофель	350	100	200
Овощи, зелень	400	400	400
Фрукты свежие	250	250	100
Соки б/с	200	200	200
Фрукты сухие	19	20	20
Сахар, в том числе мед	75	0	52
Кондитерские изделия	25	0	31
Кофейный напиток	4	4	4
Какао-порошок	2	2	2
Чай	1	1	0,5
Мясо	180	180	60
Птица	45	45	30
Рыба (филе), сельдь/морепродукты	35/16	35/16	94/11
Колбасные изделия	25	0	10
Молоко, кисломолочные продукты	550	550	450
Творог	60	60	40
Сметана	17	0	10
Сыр	12	11	5
Масло сливочное	50	40	30
Масло растительное	20	20	25
Яйцо	1 шт.	1 шт.	1/2 шт.
Соль	10	10	5
Дрожжи	2	2	1

ОВД – суточный набор продуктов для основного варианта диеты для питания детей от 11 до 17 лет в санаториях (приказ № 330);

НКД – суточный набор продуктов для низкокалорийной диеты – модификация основного варианта диеты, приказ № 330 для питания детей от 11 до 17 лет с ожирением, используемый в санаториях;

ЛПД – суточный набор продуктов для разработанной лечебно-профилактической диеты для питания детей с ЭАГ от 11 лет до 17 лет.

Критериями оценки эффективности рационов служили: субъективное отношение детей к блюдам (аппетит), общее самочувствие, сон, наличие диспепсических нарушений (тошнота, рвота, изжога, вздутие живота, отрыжка); состояние кожных покровов, характер стула (частота, консистенция), величина артериального давления, динамика ИМТ. Оценка показателей проводилась врачами во время ежедневного осмотра и заносилась медицинской сестрой в лист динамического наблюдения за больным.

В таблице 2 представлены среднесуточные наборы продуктов, на основании которых были разработаны меню для питания детей с ЭАГ в санаториях по основному варианту диеты (ОВД), для детей с ожирением и ЭАГ – низкокалорийная диета (НКД) и для детей с ЭАГ, в том числе и с ожирением, разработанная лечебно-профилактическая диета (ЛПД).

В таблице 3 представлен химический состав и жирнокислотный состав исследуемых диет.

1 – основной вариант диеты для питания детей от 11 до 15 лет в санаториях (приказ № 330);

2 – низкокалорийная диета для питания детей от 11 до 15 лет с ожирением в санаториях;

3 – разработанная лечебно-профилактическая диета для питания детей с ЭАГ от 11 лет до 15 лет;

4 – рекомендуемые нормы физиологической потребности в пищевых веществах и энергии для детей и подростков в день (утверждены Главным государственным санитарным врачом СССР А.И. Кондрусевым 28 мая 1991 г. № 5786-91);

5 – Методические рекомендации МР 2.3.1.2432-08 от 18 декабря 2008 г. «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации».

Таблица 3

Энергетическая ценность, химический и жирнокислотный состав исследуемых рационов

Химический состав диет	ОВД	НКД	ЛПД	Нормы физиолог. потребности (1991 г.)	Нормы физиолог. потребности (2008 г.)
Белки, г	133	90	92	90	75–87
Жиры, г	139	75	97	92–100	83–97
Жиры, г % по ккал	34,00%	32,00%	30,00%	Не регламентируется	30,00%
НЖК, г	70	60	46	Не регламентируется	Менее 27,7 г
НЖК, г % по ккал	17,00%	25,7%	15,3%	Не регламентируется	Менее 10,00%
Углеводы, г	470	280	368	380	363–421
Углеводы, г % по ккал	51,00%	50,00%	55,00%	Не регламентируется	58,00%
Ω-3 ПНЖК, г	2,9	2,2	4,5	Не регламентируется	Не регламентируется
Ω-3 ПНЖК, г % по ккал	0,7%	0,9%	1,5%	Не регламентируется	1-2%
Ω-6 ПНЖК, г	17	15	18,1	Не регламентируется	Не регламентируется
Ω-6 ПНЖК, г % по ккал	4,2%	6,4%	6%	Не регламентируется	4-12%
Ω-6/ Ω-3 ПНЖК	6:1	07:01:00	4:1	Не регламентируется	Не регламентируется
Калорийность, ккал	3 680	2 100	2 713	2 750–3 000	2 500–2 900

Таблица 4

Динамика показателей липидного спектра крови у детей с ЭАГ

Показатель	День исследования	1 группа (ОВД)		2 группа (ЛПД)		3 группа (НКД)	
		Число наблюдений	М+м	Число наблюдений	М+м	Число наблюдений	М+м
Триглицериды (норма не более 1,7 ммоль/л)	2	24	1,9	41	1,9	20	1,9
	20	24	1,8	41	1,5	20	1,8
Холестерин (норма не более 5,2 ммоль/л)	2	24	5,6	41	6,8	20	7,1
	20	24	5,0	41	4,3	20	5,0

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Как показывают результаты исследования, динамика значений систолического давления в исследуемых группах детей с ЭАГ до и после лечения в сравниваемых группах достоверно имела тенденцию к снижению:

- в группе с ОВД от 140 мм рт. ст. до 125 мм рт. ст.;
- в группе с НКД от 140 мм рт. ст. до 120 мм рт. ст.;
- в группе с ЛПД от 140 мм рт. ст. до 110 мм рт. ст.

Динамика значений диастолического давления в исследуемых группах детей до и после лечения в сравниваемых группах также достоверно имела тенденцию к снижению:

- в группе с ОВД от 79 мм рт. ст. до 75 мм рт. ст.;
- в группе с НКД от 81 мм рт. ст. до 70 мм рт. ст.;
- в группе с ЛПД от 79 мм рт. ст. до 68 мм рт. ст.

Динамика снижения уровня триглицеридов имела у детей с ЭАГ тенденцию к снижению, причем наиболее значительное снижение значений триглицеридов произошло в группе детей, получавших разработанный лечебно-профилактический рацион.

ВЫВОДЫ

1. Диета, обогащенная ПНЖК омега-3, изменяя баланс между эйкозаноидами различных классов в сторону повышенного образования ТХАЗ и PGI 3, оказывает вазодилатирующее действие.

2. В группе детей с ЭАГ, получавших разработанную лечебно-профилактическую диету (ЛПД), содержащую пониженное количество насыщенных жирных кислот, физиологическое количество натрия, но увеличенное содержание ПНЖК, по сравнению с группами детей с ЭАГ, получавших ОВД и НКД, произошло наиболее выраженное достоверное снижение АД и показателей липидного спектра крови.

3. Период пребывания детей с ЭАГ в детских реабилитационных учреждениях необходимо использовать как важнейший этап комплексной реабилитации детей, позволяющий обучить их и их родителей навыкам рационального и лечебного питания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Справочник по диетологии, под редакцией Тутельяна В.А., Самсонова М.А. – М.: Медицина, 2002. – С. 16–81.

2. Александров А.А., Розанов В.Б. Эпидемиология и профилактика повышенного артериального давления// Российский педиатрический журнал. – 1998. – № 2. – С. 16–21.
3. Шарафетдинов Х.Х. Диетическая коррекция метаболических нарушений при сахарном диабете 2 типа. Автореферат диссертации ... док. мед. наук. – М., 2000. – С. 34.
4. Цыгин А.Н. РМЖ «Артериальная гипертензия у детей». – 1998. – Том 6. – № 9 (май). – С. 574–578.
5. Конь И.Я. Некоторые актуальные проблемы современной детской диетологии (нутрициологии)// Вопросы детской диетологии. – 2003. – Том 1. – № 1. – С. 8–15.
6. Леонтьева И.В. Артериальная гипертензия у детей и подростков. Лекция для врачей. – М., 2002. – С. 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. – С. 34.
8. Справочник по лечебному питанию, Б.Л. Смолянский. – СПб., 1993. – С. 28.
9. Мещерякова В.А. Диетическая коррекция факторов риска ишемической болезни сердца. Автореферат дисс.... док. мед. наук. – М.; 1989. – С. 36.
10. Сборник материалов XIV сессии общего собрания Российской академии медицинских наук, посвященной 60-летию академии медицинских наук. – 2004. – С. 185–201.
11. Грибакин С.Г., Шилина Н.М. Роль липидов в питании детей: некоторые актуальные аспекты// Вопросы детской диетологии. – 2005. – Том 3. – № 2. – С. 40–45.
12. Конь И.Я., Шилина Н.М., Вольфсон С.Б. Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты в профилактике и лечении болезней детей и взрослых// Лечащий врач. – 2006. – № 4 (апрель). – С. 55–60.
13. Погожева А.В. Сердечно-сосудистые заболевания, диета и полиненасыщенные омега-3. Монография. – М., 2000. – С. 48.

Для переписки: Зоя Германовна Ларионова, врач-диетолог 1 категории, Москва, НИИ питания РАМН, Москва, Устьинский проезд, дом 2/14, каб. № 372, тел. 698-53-63, тел. дом. 8-499-743-39-29

поступила 11.03.09

ДИАМЕТР АРТЕРИЙ И МАССА КРОВΟΣНАБЖАЕМЫХ ТКАНЕЙ

В. А. Щуров

ФГУ «РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия»
им. акад. Г.А. Илизарова» Росмедтехнологий, г Курган

ARTERIES DIAMETER AND BLOOD SUPPLY MUSCLES MASS

B.A. Shchurov

SUMMARY

The groups of healthy people of different age, sportsmen, patients after limbs lengthening and patients with obliterating diseases of arteries were examined using ultrasound dopplerography, occlusive plethysmography and dynamometry to find out the reasons, stimulating main arteries diameter increase. It was proved that internal arteries diameter is temporary increased after bicycle ergometry test and after limbs lengthening. In young patients age-related arteries diameter increase is determined by development dynamic of limb muscles contractility.

Keywords: *limbs blood supply, muscles strength.*

РЕЗЮМЕ

С целью выяснения вопроса о причинах, стимулирующих увеличение диаметра магистральных артерий, с помощью методов ультразвуковой доплерографии, окклюзионной плетизмографии и динамометрии обследованы группы здоровых людей разного возраста, спортсменов, больных после оперативного удлинения конечности и больных с облитерирующими заболеваниями артерий. Показано, что внутренний диаметр артерий временно увеличивается после велоэргометрической пробы и при оперативном удлинении конечностей. У молодых обследуемых возрастное увеличение диаметра артерий определяется динамикой развития сократительной способности мышц конечностей.

Ключевые слова: *кровоснабжение конечностей, сила мышц.*

Известно, что изменения просвета сосуда играют главную роль в регуляции скорости кровотока при местных приспособительных реакциях сосудистого русла, поскольку, согласно закону Хагена-Пуазейля, объёмная скорость кровотока прямо пропорциональна четвертой степени радиуса артерий. Увеличение диаметра артерий происходит в процессе естественного продольного роста тела у детей и подростков. В тоже время, объёмная скорость кровотока тканей конечностей у детей с возрастом становится меньше [И.О. Тупицын, 1985; В.А. Щуров с соавт., 1994]. Такое уменьшение можно объяснить возрастным снижением интенсивности обмена веществ и кровоснабжения тканей (A.W. Preese, M.A. Youse, 1968). Имеющаяся в раннем детском возрасте обильная капиллярная сеть постепенно редуцируется (O. Cellander, 1960).

У здоровых детей и подростков удовлетворение в кровоснабжении возрастающих при мышечной деятельности запросов тканей осуществляется в том

числе за счет временного прироста просвета сосудов. Однако при длительных, профессионально обусловленных физических нагрузках, по-видимому, происходят структурные перестройки сосудистой стенки и стационарное увеличение внутреннего диаметра сосудов [В.А.Щуров и соавт., 2001].

Оперативное удлинение по Илизарову отстающих в росте конечностей у больных детей и подростков сопровождается существенным увеличением массы тканей, скорости магистрального кровотока и диаметра артерий [В.А.Щуров, 1993]. Последнее обстоятельство легло в основу разработки методики стимуляции регионарного кровообращения методом оперативного увеличения поперечных размеров большеберцовой кости с целью лечения больных с облитерирующими заболеваниями артерий [В.И.Шевцов и соавт., 2007].

Целью настоящего исследования было определение, какой фактор является ведущим в определении увеличения просвета артерий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 425 здоровых людей в возрасте от 3 до 70 лет и 225 больных с врожденными и приобретенными укорочениями одной из нижних конечностей на величины от 4 до 43 см. Больные обследованы до лечения и на разных этапах оперативного удлинения конечности по методу Илизарова. Кроме того обследованы 84 больных с облитерирующими поражениями артерий нижних конечностей 2-3 стадии и в процессе выполнения функциональной велоэргометрической пробы 10 здоровых неспортсменов и 18 спортсменов высокой квалификации.

С помощью ультразвуковой диагностической установки «SONOLINE» SI-450 (ФРГ) с доплерографической приставкой определялись средняя скорость кровотока в бедренной и подколенной артериях и их внутренний диаметр. Оклюзионная плетизмография голени осуществлялась с помощью прибора «PERIQUANT-3500» (Швеция). Максимальный момент силы мышц голени измерялся с использованием динамометрического стенда нашей конструкции [В.А.Щуров, 1995].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У здоровых людей объемная скорость кровотока голени (F_r , мл/мин*100см³) снижается пропорционально логарифму числа прожитых лет:

$$F_r = 7,08 - 1,84 * \ln^*t; r = -0,909, p < 0,001.$$

Внутренний диаметр подколенной артерии становится больше с увеличением возраста обследуемых до 45 лет. Диаметр поверхностной бедренной артерии превышает диаметр подколенной на 1-1,5 мм и также увеличивается с возрастом.

То, что показатели линейная скорость кровотока

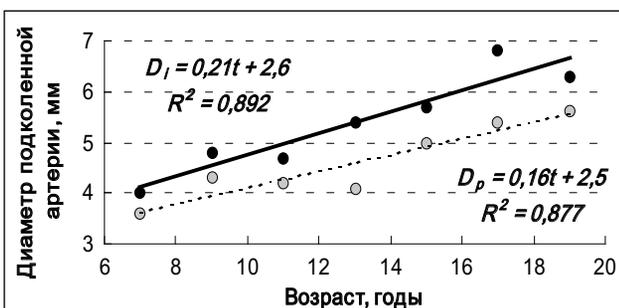


Рис. 1. Возрастная динамика диаметра подколенной артерии у здоровых детей и у детей с отставанием в росте голени (нижний график)

ка по артериям бедра и голени у здоровых обследуемых и больных с отставанием в росте одной из конечностей практически не отличаются, связано, по-видимому, с различием у них в диаметре сосудов (рис. 1).

Величину линейной скорости кровотока мы соотнесли с площадью поперечного сечения просвета артерий и объемом тканей нижележащих сегментов исследуемых конечностей. При этом получились величины, коррелирующие с показателями объемной скорости кровотока, полученными при проведении окклюзионной плетизмографии. Выявлено, что различия полученных показателей кровотока такие же, как и различие в величинах просвета артерий (15%), что позволяет говорить о структурной адаптации кровеносного русла к условиям функционирования. Чем меньше масса кровоснабжаемых тканей, тем меньше просвет артерий.

В процессе оперативного удлинения конечности объемная скорость кровотока оперированной голени возросла на 32%, диаметр подколенной артерий стал больше на 10% (рис. 2). Однако в отдаленные сроки после окончания лечения интенсивность кровоснабжения тканей голени не отличалась от исходной. Отставание диаметра артерий пораженной конечности от показателя интактной сохранялось на прежнем уровне (с учетом изменившегося возраста пациентов). Следовательно, несмотря на увеличение массы кровоснабжаемых тканей, наверстывающего прироста калибра артерий не произошло. Отставание силы мышц удлинненной голени от интактной после окончания лечения больных становилось больше, чем до лечения.

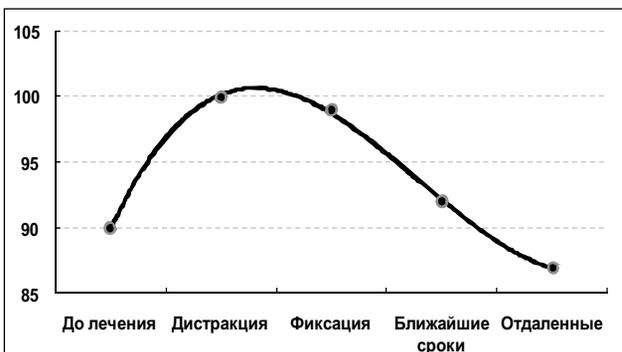


Рис. 2. Процентное соотношение диаметра подколенной артерии у больных на отстающей в росте и интактной конечности в процессе лечения и после его окончания

В этой связи мы проанализировали зависимость диаметра артерий не от массы всех тканей конечности, а от показателя сократительной способности мышц. Выявлена линейная корреляционная взаимосвязь диаметра бедренной артерии и силы передней группы мышц бедра у спортсменов и у обследуемых, не занимающихся спортом (рис. 3). При соотношении диаметра артерии к моменту силы мышц был получен показатель, который можно охарактеризовать как показатель васкуляризации мышц. В группе неспортсменов данный показатель составил $0,038 \pm 0,002$ мм/Н*м, в группе спортсменов был на 13% больше ($0,043 \pm 0,0016$; $p \leq 0,05$). Приведенные результаты могут свидетельствовать о более высоком уровне сосудистого обеспечения мышц бедра в группе легкоатлетов.

С увеличением момента силы трехглавой мышцы диаметр подколенной артерии также увеличивался. В группе спортсменов угловой коэффициент уравнения линейной регрессии зависимости диаметра подколенной артерии от силы икроножной мышцы в

2 раза выше, чем у обследуемых, не занимающихся спортом (рис. 4). Следовательно, диаметр артерий может становиться больше с увеличением силы мышц в процессе естественного продольного роста конечностей у здоровых подростков, а также под влиянием тренировок у спортсменов. Другой причиной увеличения просвета артерий, наблюдающегося с увеличением возраста у неспортсменов, является компенсаторная реакция на прогрессирующее уменьшения упруго-эластических свойств стенок сосудов.

После проведения у взрослых спортсменов и неспортсменов 30-минутной велоэргометрической пробы с субмаксимальной нагрузкой мы повторно измеряли диаметр артерий. Установлено, что сразу после пробы диаметр артерий остается практически таким же как и до её проведения. У неспортсменов показатели возрастают на протяжении первых 10 минут в среднем на 12% от исходного уровня. Прирост диаметра подколенной артерии больше, чем бедренной. У спортсменов период увеличения диаметра артерий значительно короче. При этом у спортсменов с силовой направленностью тренировочного процесса (борцов) нам удавалось регистрировать акрофазу, а у легкоатлетов – только нисходящую ветвь графика (рис. 5). Показатель возвращался к исходному уровню через так называемую «отрицательную фазу» величин просвета артерий. «Отрицательная фаза» изменения показателя наиболее выражена у легкоатлетов.

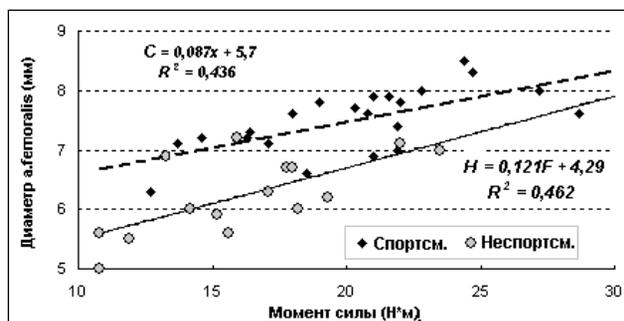


Рис. 3. Зависимость диаметра бедренной артерии от сократительной способности мышц бедра у спортсменов и неспортсменов

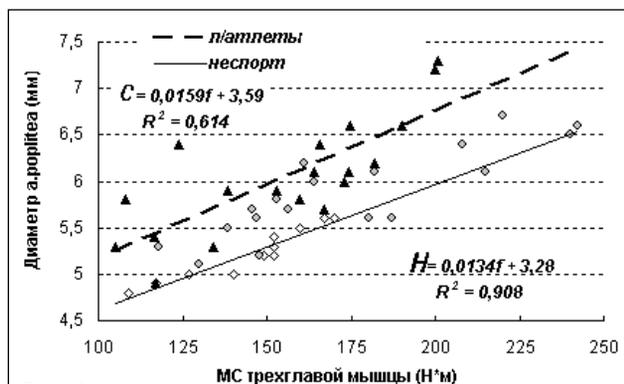


Рис. 4. Взаимосвязь диаметра подколенной артерии и момента силы икроножной мышцы у спортсменов и неспортсменов

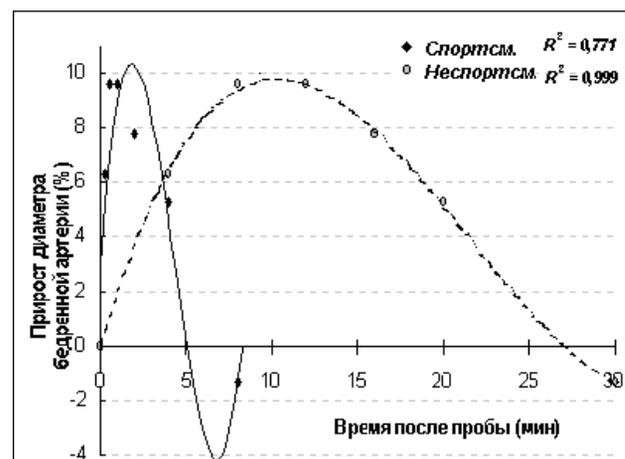


Рис. 5. Графики прироста диаметра поверхностной бедренной артерий после функциональной физической пробы у обследуемых двух групп

Таким образом, при сопоставлении внутреннего диаметра артерий и момента силы мышц установлено, что у легкоатлетов относительно больше диаметр артерий, по сравнению с группой сверстников, не занимающихся спортом. У спортсменов, по сравнению со спортсменами, при увеличении показателя сократительной способности мышц наблюдается опережающий прирост показателя васкуляризации бедра. Диаметр подвздошной и бедренной артерий увеличивается в первые минуты после окончания велоэргометрической нагрузки, на фоне снижения линейной скорости кровотока. Переходный период изменений показателей короче у людей, занимающихся спортом. Во втором зрелом возрасте внутренний диаметр артерий может изменяться с увеличением возраста обследуемых как компенсаторная реакция при снижении упруго-эластических свойств стенок артерий.

Обнаружено, что у здоровых обследуемых внутренний диаметр артерий может изменяться не только под влиянием систематических физических упражнений, но и с увеличением возраста обследуемых вследствие снижения податливости стенок сосудов.

В группе больных с облитерирующими заболеваниями сосудов конечностей диаметр подколенной артерии на стороне большего поражения оказался на 0,5 мм меньше, чем менее пораженной конечности. Различие диаметров бедренной и подколенной артерий составило 1,5 мм. Максимальный момент силы икроножной мышцы у больных с облитерирующим эндартериитом составил 75% ($p \leq 0,02$), а с облитерирующим атеросклерозом – 49% ($p \leq 0,001$) от уровня показателей здоровых сверстников.

По-видимому, добиться стойкого увеличения калибра пораженных артерий у таких больных невозможно, однако в условиях оперативного увеличения поперечных размеров большеберцовой кости и увеличения объёма локомоторной активности можно наблюдать снижение периферического сосудистого сопротивления за счет ускорения шунтового кровотока, а также повышение гипоксической устойчивости тканей [В.И.Шевцов, 2007].

Таким образом, увеличение диаметра артерий у детей и подростков определяется увеличением массы мышц и их сократительной способности в усло-

виях естественного продольного роста тела или под влиянием регулярных спортивных тренировок. Для оценки состояния кровоснабжения конечностей необходим расчет объёмной скорости кровотока с учетом не только его линейной скорости, но и площади поперечного сечения сосудов, массы кровоснабжаемых тканей. Степень васкуляризации мышц у спортсменов может быть оценена из соотношения диаметра приносящей артерии и момента силы соответствующей группы мышц.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Тупицын И.О. Возрастная динамика и адаптационные изменения сердечно-сосудистой системы школьников // М., Педагогика, 1985. -87 с.
2. Шевцов В.И., Попков А.В., Щуров В.А., Бунов В.С., Щурова Е.Н. Ортопедические методы в лечении недостаточности периферического кровообращения. М.: Медицина, 2007. – 200 с.
3. Щуров В.А., Долганова Т.И., Щурова Е.Н., Горбачева Л.Ю. Анализ факторов, определяющих объёмную скорость кровотока голени при лечении заболеваний конечностей по Илизарову // Травмат. ортопед. России, 1994. –№ 2. –С. 91-96.
4. Щуров В.А. Физиологические основы эффекта стимулирующего влияния растяжения тканей на рост и развитие при удлинении конечности по Илизарову // Автореф. дисс...докт. мед. наук. Пермь, 1963.- 32 с.
5. Щуров В.А., Кучин Р.В. Влияние увеличения продольных размеров голени и систематических тренировок на состояние артерий конечностей // Физиология человека, 2001. –Том 27. –№ 3. –С. 71-75.
6. Патент 2029536 РФ, МКИ6 А 61 Н 1/100 Устройство для ангулодинамометрии / В.А. Щуров - № 5042260/14; Заявл. 15.05.92. Опубл. 27.02.95. Бюл. 6.
7. Cellander O. Blood flow in the foot and calf of the newborn //Acta Paed. Scand. –1960. –V. 49. – N 4. – P. 488-496.
8. Preece A.W., Voyce M.A. Venous occlusion plethysmography in children. II. Resting calf blood flow in healthy children //Acta Paediatr. Scand. –1968/ - V. 57. –P. 15-24.

Для переписки: В.А. Щуров <shchurovland@mail.ru>
Поступила 25.03.09

КЛИНИКО-НЕЙРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ

А.П. Григоренко, Е.А. Пирогова

Белгородский государственный университет

НИЛ профилактической и восстановительной медицины, Белгород, Россия

Вопросы диагностики синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) являются важной проблемой современной нейрорепедиатрии. Ситуация обусловлена широкой распространенностью СДВГ в детской популяции (от 4 до 10%) и высокой степенью социальной значимости заболевания [2, 6, 8, 9, 11, 12]. Несмотря на высокие интеллектуальные способности, дети, страдающие СДВГ, испытывают существенные трудности в обучении. Кроме того, заболевание характеризуется двигательной гиперактивностью, нарушением концентрации внимания, импульсивностью поведения, что ограничивает возможности последующего развития ребенка и нарушает его социальную адаптацию в обществе, семье, школе [2, 3, 5].

Наиболее распространенные в настоящее время диагностические приемы и методы выявления синдрома базируются преимущественно на психоневрологическом тестировании (иногда с применением компьютерных программ), а также анкетировании родителей и педагогов [2, 4, 14, 15]. Вместе с тем, в работах последних лет указывается на необходимость обследования пациентов с применением нейрофизиологических методик для объективной оценки клинических проявлений заболевания. Объективизация данных о состоянии пациентов с СДВГ связана с внедрением нейрофизиологических методик когнитивных вызванных потенциалов мозга Р300 (КВП Р300) и транскраниальной магнитной стимуляции [3, 5, 6, 7, 10, 15], позволяющих выявить характерные отклонения в локомоторной сфере и сфере внимания, сопутствующие данной патологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка клиничко-нейрометрических критериев степени тяжести СДВГ у детей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 118 детей в возрасте от 4 до 12 лет с установленным диагнозом СДВГ. Средний возраст испытуемых составил 7,2 года. Диагностика синдрома осуществлялась в соответствии с критериями DSM-IV

и МКБ-10 [12, 13, 15]. В соответствии с данной классификацией нами было выделено две клинические группы пациентов: с преимущественным нарушением внимания (СДВГ/В) и смешанной формой – с нарушением внимания и гиперактивностью (СДВГ/ГВ). К первой группе отнесено 16 детей (13,6%), ко второй – 102 ребенка (86,4%). Контрольную группу составили 93 ребенка соответствующего возраста и пола.

Для оценки степени выраженности симптомов применялась шкала SNAP-IV с оценкой в баллах индексов невнимательности (ИН), гиперактивности (ИГ) и импульсивности (ИИ). Шкала применялась для детей от 6 лет. В более младшем возрасте нами использован адаптированный вариант вопросника, анализируемый по такому же принципу. Применялось нейропсихологическое тестирование (тесты Векслера «повторение цифр», Ландольта, проба Лесны для оценки диспраксии) [1, 6, 8]. Проводили исследование неврологического статуса и инструментальное исследование. Когнитивные вызванные потенциалы Р300 регистрировались в соответствии со стандартными требованиями [3, 14] по двум каналам (С3-М1, С4-М2) на значимый и незначимый акустические стимулы, подаваемые в случайном порядке в условиях пассивного или активного восприятия. Запись ответа сделана на миографе «Нейро-МВП 4» производства фирмы «Нейрософт» (г. Иваново, Россия).

Оценивались наличие неспецифической и когнитивной составляющей, стабильность компонентного состава, а также, главным образом, пиковая латентность волны N2, наличие и латентный период Р3 (Р300) волны. Рассчитывали амплитудно-частотный показатель (АЧП Р300) для волны Р300, вычисляемый по отношению амплитуды волны Р3 к разности латентных периодов компонент Р3 и N2. Транскраниальная магнитная стимуляция осуществлялась с помощью прибора «Нейро-МС» («Нейрософт», г. Иваново, Россия).

Анализировали порог вызванного моторного ответа (ВМО) с мелких мышц кисти, время центрального моторного проведения (ВЦМП) и период молчания (ПМ)

по стандартной методике с той же мышцы [7, 10]. Определяли степень прироста длительности ПМ на усиление стимула с помощью индекса моторного контроля, вычисляемого по формуле: $ИМК = (ПМ \max - ПМ \min) / ПМ \min$. ПМ max – период молчания наибольшей продолжительности (мс). ПМ min – период молчания наименьшей продолжительности (мс).

Статистическая обработка данных произведена с помощью пакета программ STATISTICA (США). Использовали t-критерий Стьюдента для межгрупповых различий. Различия считались достоверными при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В группе пациентов с СДВГ преобладали жалобы на двигательную расторможенность, невнимательность, неусидчивость и трудности в учебе, болтливость и рассеянность. В ряде случаев наблюдались поведенческие расстройства с конфликтностью и агрессивностью. В 66% наблюдений отмечались речевые нарушения, более чем у половины школьников – нарушения чтения, счета и письма. У 69% обследованных имелись коморбидные состояния в виде моторных тиков, обсессивно-компульсивных нарушений, энуреза, инсомнии и церебрастенического синдрома. Низкие результаты психоневрологических тестов проявлялись в увеличении времени и количества ошибок.

Признаки диспраксии, по данным пробы Лесны, характеризовались снижением среднего балла до $18,9 \pm 3,6$ (при норме не менее 26 баллов). Негрубая неврологическая симптоматика в виде нарушения черепно-мозговой иннервации, мышечной дистонии, расстройств мелкой моторики, легкой статической и динамической дискоординации отмечалась у 72% пациентов. Общая направленность изменений когнитивных вызванных потенциалов мозга Р300 характеризовалась редукцией компонентного состава, снижением амплитудного уровня и замедлением времени ответа. По данным ТМС отмеча-

лось замедление проведения по кортико-спинальному тракту, укорочение длительности периода молчания и снижение индекса моторного контроля.

В соответствии с данными шкалы SNAP-IV были выделены две степени тяжести СДВГ: умеренная и выраженная. Умеренные проявления синдрома характеризовались повышением индекса невнимательности (ИН) в среднем до $2,2 \pm 0,32$, индекса гиперактивности (ИГ) – до $1,97 \pm 0,23$, индекса импульсивности (ИИ) – до $1,93 \pm 0,45$ баллов. Во второй группе средние значения соответствующих показателей составили ИН – $2,7 \pm 0,23$, ИГ – $2,6 \pm 0,21$, ИИ – $2,5 \pm 0,33$ балла. У здоровых испытуемых параметры в среднем составили $1,6 \pm 0,28$; $1,5 \pm 0,35$ и $1,2 \pm 0,29$ баллов, соответственно. Различия между группами достоверны на уровне $p < 0,05$ (табл. 1).

По нашим данным, признаки СДВГ умеренной степени отмечались у 75% пациентов. Симптомы асинхронии развития в сочетании с задержкой формирования учебных навыков, затруднения в самоорганизации и выполнении инструкций приводили к школьной дезадаптации, преимущественно связанной с проблемами в коллективной деятельности как игровой, так и познавательной. Расстройство сферы внимания и гиперактивность у таких пациентов не достигали крайних пределов. Речевые отклонения проявлялись в виде простой дислалии, заикания. Минимальные отклонения в неврологическом статусе касались преимущественно нарушения мелкой моторики и небольшой координаторной недостаточности.

Анализ когнитивных вызванных потенциалов Р300 при СДВГ умеренной степени показал увеличение пиковой латентности основной волны в среднем на $443,2 \pm 21,9$ мс, снижение среднего значения АЧП Р300 до $5,2 \pm 1,6$, при норме $9,3 \pm 2,3$. При исследовании ТМС средняя продолжительность периода молчания составила $122,5 \pm 21,6$ мс против $146,4 \pm 24,9$ мс ($p < 0,05$) в контроле. Значение ИМК достигало в среднем $0,25 \pm 0,12$, в контрольной группе $0,47 \pm 0,13$.

Выраженные проявления СДВГ определялись в на-

Таблица 1.

Средние значения показателей шкалы SNAP-IV при разной степени СДВГ и у здоровых детей

Показатель (баллы)	СДВГ умеренной степени	СДВГ выраженной степени	Контрольная группа
ИН	$2,2 \pm 0,32^*$	$2,7 \pm 0,23^*$	$1,6 \pm 0,28$
ИГ	$1,97 \pm 0,23^*$	$2,6 \pm 0,21^*$	$1,5 \pm 0,35$
ИИ	$1,93 \pm 0,45^*$	$2,5 \pm 0,33^*$	$1,2 \pm 0,29$

* – достоверность $p < 0,05$

блюдаемой группе у 25% пациентов в виде расстройств внимания, болтливости, забывчивости и рассеянности. Гиперактивность достигала степени полной расторможенности. Нарушение социальной адаптации в дошкольном периоде характерно для данной категории детей. Более частые и существенные отклонения в поведенческой сфере связаны преимущественно с вызывающим конфликтным поведением, склонностью к разрушению, агрессии и жестокости. Признаки неврологического дефицита проявлялись сочетанием пяти и более неврологических симптомов с наличием пирамидных знаков и тенденцией к латерализации. Речевые нарушения чаще проявлялись в виде сложной дислалии, дизартрии и др. Несколько чаще такие дети попадали в ситуации, опасные для жизни, у них чаще отмечалось нарушение сна и другие коморбидные состояния.

Анализ КВП Р300 при СДВГ выраженной степени показал более существенные сдвиги пиковой латентности Р300 в сторону увеличения и составил $458,6 \pm 23,7$ мс. Значение коэффициента АЧП Р300 в среднем достигало уровня $2,6 \pm 1,8$ ($p < 0,05$), что на 50% меньше, чем при СДВГ умеренной степени. Длительность ПМ по данным ТМС составила $109,3 \pm 24,9$ мс ($p < 0,05$). Значение ИМК не превышало $0,16 \pm 0,11$ ($p < 0,05$), что на 64% меньше, чем в группе пациентов с СДВГ умеренной степени.

При оценке возрастной динамики инструментальных данных у пациентов с СДВГ обращает на себя внимание тот факт, что в старших возрастных группах происходит уменьшение разрыва показателей ТМС и Р300 по сравнению с таковыми в контрольной группе, когда имеет место СДВГ умеренной степени. При выра-

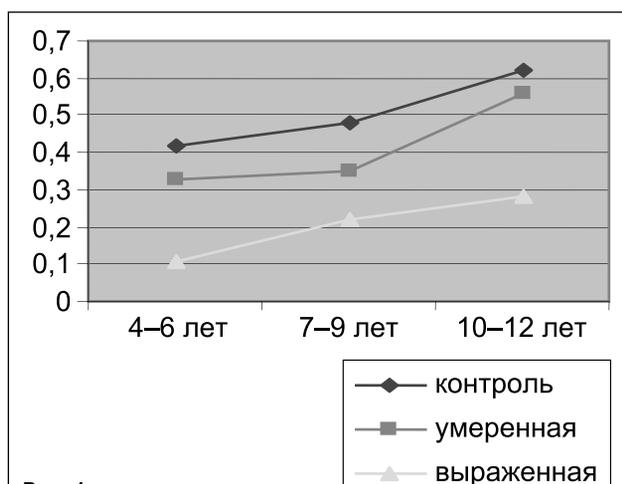


Рис. 1.
Возрастная динамика среднего значения ИМК в зависимости от степени тяжести СДВГ

женном СДВГ, напротив, в старшей возрастной группе определяется отчетливая тенденция к нарастанию отклонения КВП Р300 и ТМС-параметров от соответствующих значений у здоровых детей. Особенно наглядно это выглядит при оценке данных ИМК у пациентов с СДВГ умеренной и выраженной степени (рис. 1).

Таким образом, следует отметить, что при СДВГ выраженной степени определяются более устойчивые и существенные сдвиги нейрофизиологических параметров, сохраняющиеся в старшем возрасте.

ВЫВОДЫ

1. Нейрометрические показатели вызванных потенциалов Р300 и транскраниальной магнитной стимуляции, имея четкие количественные критерии, отражают степень тяжести СДВГ, что имеет большое практическое значение при оценке эффективности терапии, определении прогноза заболевания и решения вопросов экспертизы трудоспособности;

2. Наиболее объективными критериями при использовании КВП Р300 и ТМС, отражающими степень тяжести СДВГ, являются два предложенных нами показателя, это АЧП Р300 и ИМК.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования: метод. пособие / А.П. Бизюк. – СПб.: Речь, 2005. – 399 с.: ил.
2. Брызгунов И.П. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей / И.П. Брызгунов, Е.В. Касаткина. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 128 с.: ил.
3. Гнездицкий В.В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике / В.В. Гнездицкий; Таганрог. гос. радиотех. ун-т. – Таганрог: Изд-во ТРТУ, 1997. – 252 с.
4. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания / Н.Н. Заваденко. – 2-е изд., доп. – М.: Школа-пресс 1, 2001. – 122 с.: ил.
5. Козырева Е.А. Использование метода когнитивных вызванных потенциалов (Р300) в диагностике и лечении детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью / Е.А. Козырева // Первый Балтийский Конгресс по детской неврологии, посвящ. 75-летию каф. нервных болезней СПб ГПМА, Санкт-Петербург, 8-9 июня 2007 г.: материалы / науч. ред. В.И. Гузева. – СПб., 2007. – С. 69–70.
6. Лесны И. Клинические методы исследования в детской

- неврологии / И. Лесны; пер. с чеш. В.В. Язвикова. – М.: Медицина, 1987. – 174 с.: ил.
7. Никитин С.С. Методические основы транскраниальной магнитной стимуляции в неврологии и психиатрии: руководство для врачей / С.С. Никитин, А.Л. Куренков. – М.: ИПЦ Маска, 2006. – 158 с.
 8. Психиатрия детского и подросткового возраста: руководство / под ред. К. Гиллберга, Л. Хеллгрена; под общ. ред. П.И. Сидорова. – М.: Гэотар-Мед, 2004. – 531 с.
 9. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства / Л.С. Чутко. – СПб.: МАПО, 2007. – 136 с.
 10. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder / American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement // *Pediatrics*. – 2001. – Vol. 108, № 4. – P. 1033–1044.
 11. Effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: a comparison of event-related potentials between medication responders and non-responders / G. A. Sunohara, J. G. Voros, M. A. Malone, M. J. Taylor // *Int. J. Psychophysiology*. – 1997. – Vol. 27, № 1. – P. 9–14.
 12. Moll, G. H. Transcranial magnetic Stimulation in child and adolescent psychiatry: excitability of the motor system in tic disorders and/or attention-deficit hyperactivity disorders / G. H. Moll, H. Heinrich, A. Rothenberger // *Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother.* – 2001. – Vol. 29, № 4. – P. 312–323.
 13. Prevalence and assessment of attention-deficit / hyperactivity disorder in primary care settings / R.T. Brown, W.S. Freeman, J. M. Perrin at al. // *Pediatrics*. – 2001. – Vol. 107, № 3. – P. 43.
 14. Transcranial magnetic stimulation in young persons: a review of known cases / G. Walter, J. M. Tormos, J. A. Israel, A. Pascual-Leone // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* – 2001. – Vol. 11, № 1. – P. 69–75.
 15. Ucles, P. Central conduction time of magnetic brain stimulation in attention-deficit hyperactivity disorder / P. Ucles, J. L. Serrano, F. Rosa // *J. Child. Neurol.* – 2000. – Vol. 15, № 11. – P. 723–728.

Сведения об авторах:

Александр Петрович Григоренко, д.м.н., профессор, Белгородский государственный университет, г. Белгород, ул. Победы, 85

E-mail: A_Grigorenko@bsu.edu.ru

Елена Анатольевна Пирогова, врач функциональной диагностики НИЛ профилактической и восстановительной медицины.

Поступила 07.04. 2008

СИМПТОМАТИКА И ТЯЖЕСТЬ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

М.А. Воронкова, А.П. Шарандак
Школа-интернат № 80,
ФГУ РРЦ «Детство», Москва

SEMIOLOGY AND WEIGHT OF SPEECH INFRINGEMENTS AT CHILDREN WITH THE SOMATIC PATHOLOGY

M.A. Voronkova, A.P. Sharandak

SUMMARY

In article are described results of the experiment executed on the basis of RRTC «Childhood» on revealing of weight of speech infringements at children with a delay of mental development of a somatogenic origin.

Keywords: *a delay of mental development, a somatic pathology, speech infringements.*

РЕЗЮМЕ

В статье описываются результаты эксперимента, выполненного на базе РРЦ «Детство», по выявлению тяжести речевых нарушений у детей с задержкой психического развития соматогенного происхождения.

Ключевые слова: *задержка психического развития, соматическая патология, речевые нарушения.*

Из далекого прошлого пришло к нам выражение «в здоровом теле – здоровый дух», а это значит, что здоровье надо беречь с детства. Профилактика любой болезни значительно легче, чем ее лечение. Это относится не только ко взрослым людям, но и, в большей степени, к детям. Детская патология за последние годы выросла в геометрической прогрессии.

Все большее значение приобретает проблема соматических расстройств у детей.

По данным официальной статистики, доля инфекционных и соматических заболеваний за последние десять лет возросла более чем на 9%. Кроме того, анализ современной литературы свидетельствует об увеличении численности детей с различными видами задержки психического развития.

Дети с задержкой психического развития – это многочисленная группа, составляющая около 50% среди неуспевающих младших школьников, этих детей с ЗПР часто смешивают с умственно отсталыми; но важным отличием является то, что стимуляция деятельности детей с ЗПР, оказание им своевременной помощи позволяют выделить у них зону ближайшего развития, которая в несколько раз превышает потенциальные возможности умственно отсталых детей этого же возраста, по мнению В.И. Лубовского [5].

По заключению специалистов (Т.В. Егорова, Л.В. Кузнецова, В.И. Лубовский, Н.А. Мечинская, У.В. Ульяновка, Г.В. Шаумаров), в общем виде сущность ЗПР состоит в следующем: созревание организма и развитие психических процессов (мышления, памяти, внимания, восприятия, речи, эмоционально-волевой сферы) происходит неравномерно и в замедленном темпе. Недоразвитие психических процессов и познавательных способностей не позволяют таким детям успешно справиться с задачами и требованиями, которые предъявляют им школа и общество. У детей с ЗПР страдает как механическая, так и логическая память. Важным условием нормального функционирования психической деятельности является внимание. «Внимание, – по утверждению Т.А. Власовой, М.С. Певзнер [1], – улучшает восприятие существенных для организма воздействий, ослабляя реакцию на несущественные, второстепенные раздражители». Наиболее страдает у детей с ЗПР абстрактное мышление.

Как правило, эти нарушения впервые отчетливо проявляются и замечаются взрослыми, когда дети поступают в школу. К тому же, у них гораздо дольше (часто на

протяжении всех лет обучения в начальной школе) остается ведущей игровой мотивация, трудно формируются учебные интересы, ученики быстро устают, истощается их работоспособность. Слабая способность к звуковому и содержательному анализу речи, слов, звуков часто усугубляет трудности в учении, вследствие чего школьники плохо овладевают навыками чтения и письма.

В результате клинико-психологических исследований, проведенных Т.А. Власовой, М.С. Певзнер, К.С. Лебединской и др., были выявлены четыре генезисных типа задержки психического развития, в том числе и ЗПР соматогенного происхождения.

Задержка развития в данном случае является следствием перенесенных в раннем детстве заболеваний, способных поражающим образом влиять на развитие мозговых функций (хронические инфекции, аллергия, диспепсия, дистрофия, стойкая астения, дизентерия). Психический статус ребенка снижается по причине длительных, тяжело протекающих, часто хронических заболеваний.

Слабо выраженные астенические симптомы (головные боли, повышенная утомляемость, снижение работоспособности) проявляются практически у всех детей с данной формой ЗПР. При этом интеллектуальное напряжение удерживается на очень короткое время, отмечаются расстройства внимания и снижение памяти. Таким образом, эмоционально-волевая сфера отличается незрелостью при относительной сохранности интеллекта. Этому способствует не резко выраженная мозговая дисфункция в сочетании со снижением психического тонуса и стойкой астенией.

Трудности в обучении – не менее важная проблема данных детей. Причинами этого являются сниженная мотивация достижения, отсутствие интереса к предлагаемым заданиям, неумение и нежелание преодолевать возникающие при их выполнении трудности.

Детей отличают своеобразные изменения личности: вялость, адинамичность, склонность к повышенной фиксации на своем самочувствии. Педагогу сложно определить, когда состояние соматического дискомфорта истинное, а когда ложное. У детей складывается критическое отношение к своим затруднениям, они болезненно переживают чувство малоценности. Школьные неудачи травмируют психику таких детей. Особенности учащихся с соматогенной ЗПР являются серьезным препятствием в их обучении. Частые пропуски по болезни, повышен-

ная утомляемость, «выпадение» из учебного процесса, низкая заинтересованность в учебе приводят такого ребенка в разряд стойко неуспевающих школьников.

Проведенный анализ литературных источников [1, 2, 3] и др. показал, что ЗПР может являться следствием соматических заболеваний, но не в одной из рассмотренных работ не связывались тяжесть ЗПР со спектром и тяжестью соматической патологии, что и послужило основой для исследования данной проблемы.

Обследование детей осуществлялось в условиях стационара РРЦ «Детство», при непосредственном содействии логопеда.

В нашем эксперименте принял участие двадцать один ребенок в возрасте от четырех до шести лет. Все дети имели ЗПР и различные виды соматической патологии.

Анализ анамнестических данных детей с ЗПР выявил наличие различных отклонений в состоянии здоровья детей: хронические и простудные заболевания (хронический гастрит, заболевания желчевыводящих путей, дисфункция мочевого пузыря, инфекционные болезни лимфатических сосудов, аномалии развития сердца, бронхит, пневмония, дизентерия и т.д.). Почти все дети периодически проходили курс восстановительного лечения в больнице, наблюдались различными специалистами (невропатолог, кардиолог, дерматолог, аллерголог). Анамнезы большинства детей содержат сведения о частых простудных и инфекционных заболеваниях, у 30% детей в анамнезе имелись указания на тяжело и длительно протекающие желудочно-кишечные заболевания.

Сведения, полученные из анамнезов испытуемых детей, показывают, что одним из характерных признаков развития детей с ЗПР является позднее появление речи. Обращает на себя внимание и факт замедленности раннего психомоторного развития у испытуемых детей. Нарушения в этой сфере проявлялись в более поздних сроках формирования двигательных функций, особенно таких, как развитие возможности самостоятельно садиться, ходить.

В соответствии с целью (выявление характера нарушений речи у детей с тяжелой ЗПР соматогенного происхождения и легкой ЗПР соматогенного происхождения), которая была нами поставлена, мы дополнили существующие методики Л.В. Лопатиной [4], Т.Б. Филичевой [6], Г.В. Чиркиной [7] по логопедическому обследованию и обучению детей с нарушениями речи и адап-

тировали их на группу дошкольников с ЗПР соматогенного происхождения.

Эксперимент проводился поэтапно:

- исследование состояния звукопроизношения;
- исследование слухового восприятия и дифференциации звуков;
- исследование восприятия и воспроизведения интонационной структуры предложений;
- исследование восприятия и воспроизведения ритма;
- исследование состояния моторики;
- исследование состояния лексико-грамматического строя речи у детей.

Выполненные детьми задания оценивались по трехбалльной системе. За неправильное выполнение заданий или их невыполнение ставился 0.

Результаты исследования:

- для дошкольников с ЗПР соматогенного происхождения характерны полиморфные нарушения звукопроизношения;
- исследование выявило у детей с ЗПР соматогенного происхождения недоразвитие артикуляторной и тонкой моторики;
- у дошкольников с ЗПР соматогенного происхождения отмечается недостаточный уровень развития интонационной выразительной речи. У детей данной категории нарушены процессы дифференциации различных видов интонации, их имитация, а также самостоятельное воспроизведение;
- дети с ЗПР соматогенного происхождения затрудняются в выполнении заданий по лексике и грамматике.

Проанализировав речевые нарушения у дошкольников с ЗПР соматогенного происхождения, мы распределили детей в классификационные группы в зависимости от тяжести присущих им расстройств. Таким образом, были сформированы две группы.

Первая группа состояла из 12 детей дошкольного возраста с ЗПР соматогенного происхождения. У детей данной группы выявлены тяжелые нарушения восприятия и дифференциации звуков речи, артикуляторной и тонкой моторики, интонации, лексики и грамматики. У этих детей нарушение произношения затрагивает три и более фонетические группы звуков. Дети этой группы во многих заданиях получали низкие бал-

лы (1 и 0 баллов). Эта группа имеет тяжелую соматическую патологию.

Вторая группа состояла из 9 дошкольников с ЗПР соматогенного происхождения. Эти дети значительно лучше справлялись с заданиями, которые им давались. Они получали более высокие баллы (2 балла, а иногда и 3 балла). У этих детей выявлена легкая соматическая патология.

Сравнительный анализ двух групп детей (дети с тяжелой соматической патологией, дети с легкой соматической патологией) показывает, что у детей с тяжелой соматической патологией тяжелее симптоматика речевых нарушений, сложнее и многоаспектнее механизмы и структура речевого дефекта, чем у дошкольников с легкой соматической патологией.

На основе данных исследования мы пришли к выводу, что и те, и другие дети требуют пристального внимания и особых методик для устранения присущих им речевых нарушений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Власова М.С. Дети с временными задержками развития / Под ред. Т.А. Певзнер. М.: Педагогика, 1971. – 78 с.

2. Лебединская К.С. Клинические варианты задержки психического развития // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – М., 1980. – № 3. – С. 16–20.
3. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – М.: МГУ, 1985. – 197 с.
4. Лопатина Л.В. Логопедическая работа по преодолению нарушений звукопроизношения у дошкольников со стертой формой дизартрии: Автореф. дисс... канд. пед. наук. – Л., 1989.
5. Лубовский В.И. Высшая нервная деятельность и психологические особенности детей с задержкой развития // Дефектология. – 1972. – № 4. – С. 10–16.
6. Филичева Т.Б. Методическое руководство к дидактическому материалу по исправлению недостатков речи у детей дошкольного возраста / Т.Б. Филичева, Г.А. Каше. – М.: Просвещение, 1990. – 30 с.
7. Чиркина Г.В. Обследование понимания речи. Обследование звуковой стороны речи // Методы обследования нарушений речи у детей. – М., 1982.

Для переписки: М.А. Воронкова, логопед
8-909-674-47-66
Поступила 09.04.2009

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОЗНАНИЯ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Куртанова Ю.Е.

Московский городской
психолого-педагогический университет, Москва

THE STUDY OF DISEASE COMPREHENSION BY CHILDREN WITH CHRONIC SOMATIC DISEASES

Kurtanova Yulia

SUMMARY

The article resumes the experimental psychological research directed on revealing of features of disease comprehension by children suffering from nephrological diseases, cystic fibrosis and lymphedema. Under the results of the research it has been revealed that at different chronic diseases children get original relation to the disease. At certain age children with chronic somatic diseases have a period with special negative experience and the greatest development of psychological protection mechanism concerning their disease. This period can be named as the crisis of disease comprehension. The criteria of such crisis are charge himself with disease occurrence, absence of belief in recover, refusal of treatment, refusal to consider himself as a sick person at a recognition of serious disease which prevents abilities to live. At different diseases the various age periods of disease comprehension crisis are marked. It is possible to consider that during these periods the disease gets the special importance for the child and the child becomes the most sensitive to get and realize the information on his disease.

Keywords: *disease comprehension, chronic somatic diseases, crisis of disease comprehension, the age periods.*

РЕЗЮМЕ

Описаны результаты экспериментально-психологического исследования, направленного на выявление особенностей осознания своего заболевания детьми, страдающими нефрологическими заболеваниями, муковисцидозом и лимфостазом. Было выявлено, что при разных хронических заболеваниях у детей формируется своеобразное отношение к своей болезни. В определенном возрасте у детей с хроническими соматическими заболеваниями возникает период, характеризующийся особыми негативными переживаниями и наибольшим развитием механизмов психологической защиты относительно болезни. Этот период можно назвать *кризисом осознания болезни*. Критериями кризиса являются: обвинение ребенком себя в возникновении заболевания, отсутствие веры в выздоровление, отказ от лечения, отказ ребенка считать себя больным человеком при признании наличия серьезного заболевания, которое мешает жизнедеятельности. При разных заболеваниях отмечаются различные возрастные периоды кризиса осознания болезни. Можно считать, что в эти периоды само заболевание для ребенка приобретает особую значимость и, следовательно, ребенок становится наиболее чувствительным к получению и переработке информации о заболевании.

Ключевые слова: осознание болезни, хронические соматические заболевания, кризис осознания болезни, возрастные периоды.

Многие известные психологи и врачи занимались и занимаются исследованием отношения людей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, к своему здоровью [10, 12, 14, 5, 6, 11]. Но большинство работ этих авторов посвящено исследованию взрослых пациентов, у которых уже сформировано определенное отношение к заболеванию. При этом многие исследователи, которые изучали особенности реакции личности на заболевание, подчеркивали влияние возраста на ее формирование [8, 15, 7, 9]. Однако проблема отношения к болезни в детском возрасте во многом остается малоизученной. По мнению В. В. Николаевой, остается малоисследованным именно возрастной аспект субъективного отражения болезни [12].

Наряду с этим существуют работы, специально посвященные изучению психологии больного ребенка. Большое значение для понимания переживаний ребенка имеют исследования о самосознании, схеме тела, внутренней картине здоровья и других проблемах, связанных с формированием психических состояний здорового и больного ребенка.

Формирующееся у детей отношение к заболеванию зависит от многих обстоятельств. В первую очередь – от возникающих у них ощущений боли, тяжести болезни, глубины поражений, необратимости, успехов лечения заболевания [16, 4]. В значительной степени сказывается помещение детей в больницу, соседство с больными, ограничение их активности, отрыв от коллектива сверстников и членов семьи, изменения режима питания и состава диеты [3].

На отношение к болезни оказывает влияние возраст, преморбидное состояние, темперамент, акцентуация личности, наличие психопатизации, незрелость самосознания и личностной самооценки, половая принадлежность, психосексуальное развитие [1, 13].

Имеет также значение своеобразие интерперсональных отношений в семье, семейная обстановка, тип воспитания, родительская реакция на болезнь ребенка [2].

Наконец, отношение к болезни у детей определяется степенью осознания дефекта, психологической защитой, представлениями о болезни [13, 16].

По мнению Д. Н. Исаева, формирование отношения к болезни у детей отличается от таковой у взрослых тем больше, чем младше ребенок. На отношение к болезни у детей влияет множество факторов: объективные проявления болезни, особенности эмоционального реагирования личности, уровень интеллектуального функционирования, личный опыт (общественный и перенесенных заболеваний), полученная и получаемая информация о здоровье, внутренних органах, о болезни, ее причинах, лечении, смерти, отношении родителей и других лиц из окружения ребенка к его заболеванию, влияние врача и медперсонала на заболевшего, наличие других стрессоров [5]. В свою очередь, само отношение ребенка к заболеванию влияет на проявления и течение его болезни, на отношения в семье, на успеваемость, оказываясь причиной душевных конфликтов, иногда приводящих к невротическим наслоениям.

Мы считаем, что, изучая детский возраст, невозможно говорить о полноценном осознании собственной болезни. Можно подразумевать, что на этом этапе развития осознание болезни находится на стадии формирования.

Наше экспериментально-психологическое исследование посвящено изучению особенностей осознания болезни на этапе ее становления, осознания причин и последствий заболевания детьми 7-16 лет с различными хроническими соматическими заболеваниями - нефрологическими заболеваниями (пиелонефрит, цистит, гломерулонефрит), лимфостазом и муковисцидозом.

В исследовании приняли участие 277 детей, из них 126 страдают нефрологическими заболеваниями, 38 детей с лимфостазом, 53 больных муковисцидозом и 60 здоровых испытуемых (контрольная группа). Всех испытуемых мы разделили на три возрастные группы: младшую (7 – 9 лет), среднюю (10 – 12 лет) и старшую (13 – 16 лет). Все больные дети проходили плановый противорецидивный курс лечения в Российском Реабилитационном Центре «Детство» и Республиканской детской клинической больнице.

В качестве методов исследования мы использовали авторский вариант регламентированной клинической беседы и рисуночный метод – модифицированный вариант методики исследования половозрастной идентификации Н. Л. Белопольской.

По результатам исследования с помощью регламентированной клинической беседы можно сказать, что все больные дети знали о цели пребывания в стационаре, но не все могли дать название своей болезни. Оказалось, что 57% детей из младшей группы, 33% из средней и 9% детей из старшей группы, страдающих нефрологическими заболеваниями, не знают названия своих болезней. При муковисцидозе название болезни знают только подростки старшей группы, не могут назвать болезнь 38% детей младшей и 5% детей средней группы. Но все дети, страдающие лимфостазом, независимо от возраста называли свое заболевание.

38% детей из младшей группы, 23% из средней и 12% из старшей группы с нефрологическими заболеваниями вообще не имеют представления о течении своего заболевания, имеют частичные знания о ходе болезни 38% детей из младшей, 46% из средней и 35% из старшей группы. Свою концепцию болезни (пред-

ставление о причинах, ходе, лечении, последствиях болезни) имеют всего 22%, 29% и 53% детей из младшей, средней и старшей групп соответственно. Показатели сформированной концепции болезни у детей с нефрологическими заболеваниями в средней и старшей группах значимо ниже по сравнению с другими нозологиями. Так, почти все дети, страдающие лимфостазом (76%), имеют представление о своем заболевании. Такое различие, по нашему мнению, связано с тем, что лимфостаз – заболевание внешне выраженное, и дети, видя свои внешние дефекты (увеличенные в размерах руки или ноги), раньше начинают интересоваться причиной, течением своего заболевания, возможностями лечения и выздоровления.

Адекватные представления о своем заболевании при муковисцидозе имеют 53% детей из младшей, 76% из средней и 86% детей из старшей группы. Довольно большое количество детей, имеющих адекватные представления о течении заболевания, объясняется тем, что они вынуждены ежедневно поддерживать состояние своего здоровья (пить ферменты, откашливаться). В такой ситуации родители и врачи вынуждены рассказывать детям об особенностях их заболевания, а дети чаще интересуются этими особенностями. В отличие от больных другими заболеваниями, при которых необходимо проходить противорецидивный курс лечения два раза в год.

На болезненные проявления, исходящие от тех органов, которые поражены болезнью, жалуются 66% детей с нефрологическими заболеваниями и 52% детей с лимфостазом всех возрастных групп. При муковисцидозе болезненные ощущения отмечают у себя: у 69% младших детей, 52% детей среднего возраста и 69% старших детей.

О причинах заболеваний дети строят свои предположения. При нефрологических заболеваниях 48% младших, 23% средних и 30% старших детей считают, что их болезнь врожденная («Я таким родился»), по 10% больных из младшей и средней групп и 19% из старшей группы полагают, что их болезнь передалась по наследству («У моей мамы была такая же болезнь»). Причину болезни видят в переохлаждении организма (в простуде) 19% детей младшей, 27% средней и 32% детей старшей группы; в осложнении на почки после других заболеваний видят причину своих болезней 5% детей младшей, 17% детей средней группы и 5% де-

тей старшей группы. Помимо адекватных суждений о причинах возникновения своего заболевания можно было встретить и такие: «Я заболел, потому что грязные пальцы брал в рот» или «Я заболела, потому что в детстве ела землю» и т. п.

Дети с лимфостазом видели причиной своего заболевания наследственную предрасположенность (27,5% подростков), повреждения сосудов, связок (31% старших детей), перенапряжение конечностей (4,5% младших детей). Считают болезнь врожденной 34% детей всех возрастов. Не могут назвать причину болезни 6% детей младшего и среднего возраста.

При муковисцидозе 30% детей младшего, 23% среднего и 39% детей старшего возраста считают причиной болезни наследственную предрасположенность, считают болезнь врожденной 30% младших, 47% средних и 43% старших детей. Остальные дети называли в качестве причины заболеваний простуду, отравление, заражение и даже колдовство. Затруднялись назвать причину своего заболевания 7% детей всех возрастов.

Таким образом, мы видим, что наряду с адекватными представлениями о причинах заболеваний встречаются и выдуманные, фантастические. Зачастую, представления о причинах своих болезней у детей соотносятся с теми ограничениями, которые на них накладывается заболевание. Если детям с нефрологическими заболеваниями запрещается переохлаждаться, то они считают переохлаждение причиной своего заболевания; если детям с лимфостазом рекомендуют беречь, не повреждать сосуды, не перенапрягать ноги, то именно этот фактор они считают основным в возникновении заболевания.

У детей с различными соматическими заболеваниями также отмечаются разные представления о том, кто виноват в возникновении их заболевания (см. Таблицу 1).

Как видно из таблицы, никого не винят 52% детей

младшей группы, 43,7% средней и 54% детей старшей группы, страдающих нефрологическими заболеваниями, что достоверно ниже показателей при других заболеваниях. Обвиняют себя в возникновении заболеваний 22% детей младшего, 33% среднего и 24% старшего возраста. Эти же показатели, напротив, значимо выше по сравнению с остальными рассматриваемыми заболеваниями. Мальчики начинают обвинять себя в возникновении заболевания только в среднем возрасте (показатели значимо выше по сравнению с предыдущим возрастом). Родителей или других родственников обвиняют 9,5% детей младшей, 10% детей средней группы и 3,5% подростков старшей группы. Считают, что врачи виноваты в возникновении заболеваний 8% детей средней и 5% детей старшей группы. Некоторые подростки обвиняли воспитателей в детском саду, радиацию в России.

Дети младшей и средней групп, страдающих лимфостазом, никого не винят в возникновении заболеваний. Подростки, никого не обвиняющие в своих болезнях, составили только 38%, обвиняют себя 28%. Показатели самообвинения в подростковом возрасте значимо выше, чем в младших возрастах. Остальные дети обвиняют родственников, других людей, врачей, природу.

Дети с муковисцидозом никого не видят виновным в их заболевании (84% младшей, 100% средней и 86% старшей группы). Остальные обвиняют родственников, а в подростковом возрасте себя самого.

Итак, дети любого возраста при нефрологических заболеваниях и старших групп при лимфостазе и муковисцидозе оказались наиболее склонны к самообвинению. При дальнейшем исследовании оказалось, что у больных детей с рассматриваемыми нозологиями показатели самообвинения в возникновении своего заболевания коррелируют с показателями неадекватной самооценки.

Возможность заболевания другой серьезной бо-

Таблица 1.

Количество детей (в %), обвиняющих себя или других людей в возникновении своего заболевания

Дети винят в возникновении заболевания	Нефрологические заболевания			Лимфостаз			Муковисцидоз		
	7-9 лет	10-12 лет	13-16 лет	7-9 лет	10-12 лет	13-16 лет	7-9 лет	10-12 лет	13-16 лет
Никого	52	43	54	100	100	38	84	100	86
Себя	22	33	24	0	0	28	0	0	14
Других людей и обстоятельства	26	34	22	0	0	34	16	0	0

лезню не исключают 57% детей младшей группы, 58% средней и 80,7% детей старшей группы с нефрологическими заболеваниями. Среди больных, страдающих лимфостазом, таких детей 50% в средней и 81% в старшей группе. Причем эти показатели достоверно выше, чем в младшем возрасте. При муковисцидозе возможность заболевания побочными недугами признают 23% детей младшей группы, 64% средней и 82% старшей группы. Показатели младшей и старшей групп значительно различаются друг от друга. Остальные же дети исключают возможность заболевания другой болезнью. Этот факт может быть связан с наличием развитых механизмов психологической защиты (отрицания) у этих детей.

В Таблице 2 представлены данные о количестве детей с соматическими заболеваниями, которые верят в возможность выздоровления:

Верят в возможность выздоровления 85,7% детей младшей группы с нефрологическими заболеваниями, 83% младших детей с лимфостазом и только 69% детей с муковисцидозом той же возрастной группы. В средних группах детей, считающих, что их болезнь излечима, 81% с нефрологическими заболеваниями, 60% с лимфостазом и 76% с муковисцидозом. Остальные же полагают, что вылечиться невозможно, можно лишь временно улучшить свое соматическое состояние. У мальчиков с нефрологическими заболеваниями уверенность в выздоровлении к среднему возрасту значительно снижается. В старших же группах 72% детей с нефрологическими заболеваниями, всего 36% детей с лимфостазом и 39% подростков с муковисцидозом верят в возможность выздоровления; 28% почечных больных и 31% детей с лимфостазом надеются только на временное улучшение физического состояния; а 31% детей с лимфостазом и 60% больных муковисцидозом вообще не верят в возможность выздоровления. Уверенность в выздоровлении у старших детей с нефрологическими заболеваниями значительно выше, чем у их сверстников с другими заболеваниями. При лимфостазе девочки реже говорят о воз-

можном выздоровлении, чем мальчики (различия значимы в целом по нозологии).

Эти данные говорят о том, что с возрастом дети становятся более критичными к результатам лечения, все больше сомневаются в возможности выздоровления. Особенно это выражено у детей, страдающих лимфостазом и муковисцидозом. У подростков указанных нозологий при ощущении невозможности выздоровления начинают сужаться жизненные цели, подросткам становится трудно планировать свое будущее, свою профессиональную деятельность. А у больных муковисцидозом это происходит наряду с возможностью смертельного исхода, бесплодием. У многих из них происходит перестройка иерархии мотивов по типу выдвижения в качестве ведущего – мотива «сохранения здоровья» [11]. Это обстоятельство необходимо использовать при психотерапевтической работе с детьми в медицинских учреждениях. Им необходима ранняя профорентация с учетом интересов ребенка и ограничений, накладываемых заболеванием.

Возможность смертельного исхода заболевания исключают 71% детей младшей группы, 87,5% средней и 75% старшей группы детей с нефрологическими заболеваниями. Остальные же дети не исключают возможность смертельного исхода, «если не лечиться и запустить болезнь». Только по 10% детей из средней и старшей групп, страдающих лимфостазом, не исключают возможность смертельного исхода заболевания. Остальные же такую возможность исключают. При муковисцидозе мы видим иную картину. Считают свою болезнь смертельной 30% детей младшей, 47% средней и 69% старшей группы. Эти данные значительно выше, чем при других рассматриваемых заболеваниях. Действительно, при муковисцидозе самая низкая продолжительность жизни из исследуемых заболеваний.

На вопрос о том, что необходимо сделать, чтобы вылечиться, дети младших групп независимо от нозологии отвечали так: принимать таблетки, делать операции, посещать процедуры. Интересно, что в этом воз-

Таблица 2.

Количество детей с соматическими заболеваниями (в %), отмечающих уверенность в выздоровлении

Испытуемые	Нефрологические заболевания			Лимфостаз			Муковисцидоз		
	7-9 лет	10-12 лет	13-16 лет	7-9 лет	10-12 лет	13-16 лет	7-9 лет	10-12 лет	13-16 лет
Верят в выздоровление	85	81	72	83	60	36	69	76	39

расте дети не различают диагностические и лечебные процедуры, и поэтому некоторые из них считают, что для выздоровления важно делать, например, УЗИ. Также дети младшей группы считают, что вылечиться можно, занимаясь спортом, слушаясь взрослых или лежа в больнице. При нефрологических заболеваниях и лимфостазе встречались дети, которые считали, что их заболевание пройдет само с возрастом.

Дети в средней группе считают также, что для выздоровления необходимо лечиться: принимать таблетки, делать уколы, различные процедуры, операции. Но по сравнению с младшей группой у этих детей появляется понимание того, чего в целях выздоровления нельзя делать, например, «нельзя простужаться», «нельзя есть острого» или просто «нужно беречь себя». Также в этом возрасте у детей появляется понимание того, что при лечении важен психологический настрой на выздоровление («Я вылечусь, если буду очень сильно этого хотеть», «Чтобы вылечиться, нужно верить в выздоровление»). При муковисцидозе дети считают, что для выздоровления важна моральная поддержка со стороны близких людей, важно просить Бога о выздоровлении.

Дети старшей группы также считают, что для выздоровления необходимы манипуляции, связанные с лечебным процессом (процедуры, таблетки, уколы, операции). В рассуждениях о возможностях выздоровления подростки указывают на различные ограничения, которые необходимо соблюдать при лечении (нельзя простужаться, бегать, курить), на необходимость вести здоровый образ жизни (заниматься гимнастикой, соблюдать диету). Присутствуют и высказывания относительно активности самого ребенка в лечебном процессе («Мое здоровье зависит только от меня»), относительно значимости психологической составляющей для выздоровления («Чтобы выздороветь, необходимо верить в выздоровление», «... надо долго бороться»).

Только некоторые подростки, страдающие лимфостазом и муковисцидозом, считают, что болезнь может пройти с возрастом. У этих подростков отмечается пассивность при лечении, возложение ответственности за выздоровление на случай, некоторый инфантилизм, проявляющийся по отношению к заболеванию. При такой позиции можно отметить и незначительные результаты улучшения соматического состояния при лечении. Подобные факты отношения к лечению необходимо также учитывать при психокоррекционной

работе с больными детьми.

При ответе на вопрос, мешает ли болезнь им в жизни, дети с нефрологическими заболеваниями младшей группы разделились почти поровну. 48% из них считают, что болезнь им ничем не мешает, а 52% говорят, что мешает – различными ограничениями, которые накладывает болезнь, пропусками школы и т. п. 81% детей в средней группе считают, что болезнь им мешает – также ограничениями, пребыванием в больницах, плохим самочувствием. Только один ребенок сказал, что болезнь ему помогает тем, что он лежит бесплатно в санаториях, что он может учиться на домашнем обучении. 68% детей старшей группы считают, что болезнь им мешает также ограничениями (в еде, движениях), посещениями больниц. Но также нашлись подростки, которые видели положительные моменты в наличии у них тяжелого заболевания – различные льготы для инвалидов.

Дети, страдающие лимфостазом, признаются, что болезнь им в жизни мешает (40% детей младшей группы, 90% средней и 81% детей старшей группы). Но объяснения они дают специфично для своего заболевания. Они говорят о трудностях нахождения соответствующей обуви (трудно подобрать обувь на отекающие ноги), о невозможности надевать короткие юбки (для девочек), о невозможности выходить на пляж. То есть в болезни их больше волнует фактор внешней непривлекательности. Большинство из них считает, что им было бы гораздо легче, если бы их болезнь «была не видна», имела внутреннюю отнесенность.

Больные муковисцидозом также указывают на то, что болезнь им в жизни мешает. 84% младших, 82% средних и 65% старших детей отмечают различные неудобства, которые являются следствием болезни. Чаще всего это ежедневные процедуры, принятие таблеток, посещение больниц, кашель, сниженные физические и энергетические возможности.

Относительно последствий своей болезни дети отмечают следующее. При нефрологических заболеваниях 28,5% детей из младшей группы, 39% из средней и 70% детей из старшей группы считают, что их заболевание каким-либо образом отразится на их будущей жизни. (Процент в старшей группе значимо выше, чем в более младших возрастах). Чаще это отрицательное влияние, например, девочки говорят о трудностях при рождении детей, мальчики – об ограничении в выборе

профессии. Но в некоторых случаях дети даже находят выгоду в наличии у них хронического заболевания, например, возможность не служить в армии. При лимфостазе 20% младших, 66% средних и 43% старших детей предполагают, что их болезнь может повлиять на их будущую жизнь (передачей заболевания своим детям, невозможности выбора профессий, связанных с физическим трудом). При муковисцидозе таких детей 30% в младшей, 17% в средней и 73% в старшей группе (процент в средней группе достоверно ниже, чем в старшей). Помимо вышеперечисленных последствий заболеваний больные муковисцидозом называют различные соматические осложнения, ухудшение соматического состояния и возможность летального исхода.

Данные показывают, что не все дети, страдающие хроническими соматическими заболеваниями, считают себя больными детьми (см. Таблицу 3).

Из таблицы видно, что при нефрологических заболеваниях только 66% детей в младшей группе, 56% в средней и 54% в старшей группе считают себя больными детьми. Остальные же, признавая, что они страдают серьезными заболеваниями, считают себя здоровыми. При лимфостазе 33% детей младшей, 80% средней и 68% детей старшей группы признают себя больными. Из них 9% подростков уточняют, что они физически больны, но чувствуют себя здоровыми. При муковисцидозе больными себя считают 61% детей младшей, 88% средней и 73% старшей группы. Снижение числа детей к старшему возрасту, признающих себя больными, может быть связано с тем, что у подростков с лимфостазом и муковисцидозом наиболее интенсивно развиты механизмы психологической защиты (отрицание).

В своем исследовании мы пытались выяснить, что же для больных детей означает понятие «здоровый человек»? Дети младшей группы независимо от нозологии считают здоровым человеком не только того, кто никогда не болеет и у которого ничего не болит, но и

того, у которого нет ограничений («ему все можно»), кто не лежит в больнице, не лечится, кто «всех слушается», сильный и веселый.

В средней группе у детей при всех рассматриваемых нозологиях остаются такие же представления о здоровом человеке. Но появляется понимание того, что абсолютно здоровых людей не бывает, и поэтому дети этой группы часто уточняют: «Здоровый человек – это человек, который *на данный момент* ничем не болеет», «Здоровый человек – тот, кто не обращает внимания на свою болезнь». Также дети средней группы отмечают, что здоровый человек – это тот, кто занимается спортом (закаляется), это счастливый человек, лучше учится в школе, так как больше времени уделяет учебе.

В старшей группе остаются те же представления о здоровом человеке, что и в предыдущих группах. Но подростки уже не говорят об отсутствии болезней у здоровых людей. 17% подростков с муковисцидозом считают, что полностью здоровых людей вообще не бывает. Они считают, что здоровые люди редко болеют, ведут здоровый образ жизни (занимаются спортом, не имеют вредных привычек), у них меньше ограничений в жизни, они не считают себя больными, их ничего не беспокоит, они веселы и счастливы. Кроме этого подростки считают, что даже здоровые люди должны следить за своим здоровьем. Подростки, страдающие лимфостазом, еще называют такие качества здоровых людей, как работоспособность и полноценность.

Большинство детей всех возрастов признают различия в жизни здоровых и больных людей. Эти различия они видят в отсутствии необходимости посещать врачей, больницы, санатории, принимать лекарства, в отсутствии ограничений в жизни, в возможности заниматься спортом у здоровых людей. Дети старшей группы, страдающие лимфостазом, отмечают наличие свободного времени, больше радостных моментов в жизни у здоровых людей. Помимо этого, оценивая будущие перспективы, подростки считают, что здоровым

Таблица 3.

Количество детей с соматическими заболеваниями (в %), считающих себя больными или здоровыми людьми

Дети себя считают:	Нефрологические заболевания			Лимфостаз			Муковисцидоз		
	7-9 лет	10-12 лет	13-16 лет	7-9 лет	10-12 лет	13-16 лет	7-9 лет	10-12 лет	13-16 лет
Больными	66	56	54	33	80	68	61	88	73
Здоровыми	34	44	46	67	20	32	39	12	27

людям легче найти работу и заработать больше денег, чем больным.

Дети с описываемыми заболеваниями чаще всего не любят разговаривать о своей болезни с друзьями и знакомыми. Но в связи с тем, что они часто отсутствуют в школе, им приходится рассказывать одноклассникам о пребывании в больницах и причинах этого пребывания. Обычно из сверстников о болезни детей знают только один или несколько друзей, которым ребенок доверяет. Остальные же, по мнению детей, не должны об этом знать. По их словам, друзья спокойно относятся к их заболеваниям, морально их поддерживают, пишут письма в санатории, посещают в больницах. Только изредка дети отмечают негативное (порой даже жестокое) отношение к их заболеванию со стороны сверстников. При нефрологических заболеваниях это чаще всего связано с ночным и дневным недержанием мочи некоторых детей, при лимфостазе – с необычным внешним видом их конечностей, при муковисцидозе – с недостаточным весом и ростом по сравнению со сверстниками. Младшие дети не любят говорить со сверстниками о своей болезни, потому что «дружить не будут, подумают, что я заразный», а старшие, «потому что будут смеяться». По причине непонимания со стороны здоровых сверстников больные дети свободнее и раскованнее чувствуют себя в больницах и санаториях в обществе детей, страдающих теми же заболеваниями, что и у них.

Также в нашем исследовании выяснилось, что наиболее значительным влиянием на отношение детей к своему заболеванию оказывают матери маленьких пациентов и врачи (см. Таблицу 4). 73% детей всех возрастных групп с нефрологическими заболеваниями, 86% детей с лимфостазом и 79% больных муковисцидозом получают знания о своей болезни от матери. 62% детей с нефрологическими заболеваниями, 68% детей с лимфостазом и 73% больных муковисцидозом знают о подробностях своего заболевания от врачей. Остальные дети в качестве источника информации о

болезни называли отца, других родственников, друзей, а также уроки биологии, прочтение медицинских справочников, книг, журналов, историй болезни, просмотр телевизионных передач. Следует отметить, что при редких соматических патологиях (лимфостаз, муковисцидоз) у детей отмечается большая зависимость от лечащего врача, от его мнения, замечаний, особенно в подростковом возрасте.

Итак, мы видим огромное влияние матери и врачей на получение информации о болезни детьми с соматической патологией. И от того, как мать и врач преподнесут информацию ребенку о его болезни, от того, как мать сама отнесется к этой информации, во многом зависит осознание своего заболевания ребенком. Следовательно, при коррекционной работе с детьми, страдающими соматическими заболеваниями, необходима работа как с медицинским персоналом, так и родителями по созданию адекватного отношения родителей к заболеванию ребенка, а значит, формированию адекватного отношения к своей болезни самого ребенка.

В целях дополнительного изучения отношения к своему здоровью у детей с соматическими заболеваниями и у здоровых детей нами была проведена рисуночная методика. За основу была взята методика исследования половозрастной идентификации Н. Л. Белопольской с нашими изменениями и дополнениями. В отличие от методики Н. Л. Белопольской мы делали акцент не на изучение половозрастной идентификации, а на изучение восприятия своих заболеваний детьми с соматической патологией. Дети рисовали себя в разных возрастах: при рождении, в раннем детстве, в своем возрасте, в 20, 40 и 70 лет. Также были введены еще две карточки, на которых дети изображали себя «до рождения» и «после жизни». Затем на каждом из рисунков они отмечали те болезни, которыми страдали в разных возрастах (если таковые имелись), и предполагали возможные заболевания в будущем.

При проведении исследования 10% здоровых детей отказались рисовать себя в 70 лет, сказав, что не до-

Таблица 4.

Основные источники информации о своем заболевании, названные детьми с различной соматической патологией

Дети узнают о своем заболевании от:	Нефрологические заболевания	Лимфостаз	Муковисцидоз
Матери	73	86	79
Врачей	62	68	73
Из других источников	10	7	14

живут до этого возраста (из них все девочки). При муковисцидозе дети также говорили, что не доживут до 70 лет. Но таких детей оказалось всего 7,5% (мальчиков и девочек равное количество). Вместе с этим дети с муковисцидозом не отказывались рисовать себя в 70 лет, а сопровождали рисование следующими высказываниями: «Я не доживу до 70 лет», «Я доживу только до 30 лет», «Я не хочу умирать». Кроме этого два подростка изобразили себя в 40 лет вместе со своими детьми, хотя при муковисцидозе рождение потомства крайне проблематично (см. Рисунок 1). Таким же образом изобразила себя одна девочка подросткового возраста с почечной недостаточностью. При нефрологических заболеваниях только 2% детей отказались рисовать себя в старости. Дети с лимфостазом вообще не отказывались рисовать себя в старости, у них не возникал вопрос о возможной более ранней смерти. Но при этом два подростка в 20 лет нарисовали себя выполняющим профессиональную деятельность, причем такую, которая им вследствие болезни противопоказана. Мы объясняем вышеописанные феномены тем, что у этих детей хорошо выработаны механизмы психологической защиты, а именно гиперкомпенсации, благодаря которым, даже при нейтральном задании, они изображают

значимые и желаемые, но практически не реализуемые моменты их жизни.

«До рождения» здоровые дети младшего возраста рисуют себя чаще всего в животе у мамы. С 10 лет начинают проявляться изображения на тему «я в прошлой жизни». «После жизни» младшие здоровые дети в основном изображают себя умершими. С 10 лет начинают рисовать себя в следующей жизни, в раю, ангелами, летящими в небо.

Испытуемые с нефрологическими заболеваниями в младшем возрасте «до рождения» изображают себя в животе у мамы и в образе своих родителей. Только с 10 лет (как и у здоровых детей) начинают появляться изображения себя в прошлой жизни, а также в виде ангела, звезды. Некоторые подростки рисуют себя в виде соединенных половых клеток мужчины и женщины. «После жизни» дети с нефрологическими заболеваниями младшего возраста изображают себя только в виде умерших людей. С 10 лет начинают появляться изображения себя в виде души, ангела, звезды, призрака, в виде собственного потомства. Дети представляют себя на небе, в раю, в аду, в следующей жизни.

Дети с лимфостазом также изображали себя «до рождения» в животе у мамы, но уже с 8 лет появляются изображения себя в прошлой жизни, в образе родителей, в виде души. «После жизни» они рисовали себя в виде умершего человека, ангела (с 10 лет), в следующей жизни (с 11 лет), в виде облака.

Дети, страдающие муковисцидозом, также «до жизни» рисуют себя в животе у мамы, но уже с 8 лет начинают добавляться изображения себя в прошлой жизни, в виде души, ангела, человека, входящего в новый мир. Причем, если здоровые дети в прошлой жизни рисуют себя человеком или животным, то дети с муковисцидозом могут изобразить себя цветком, тучкой или даже дождиком. «После жизни» наряду с изображением себя умершего дети, страдающие муковисцидозом, уже с 7 лет рисовали себя в следующей жизни, в виде звезды, ангела, души на небе или в раю.

Таким образом, мы видим, что заболевание и возможность смертельного исхода вследствие него отражается в фантазиях и представлениях детей относительно своего прошлого и будущего. Кроме того, отражается на возрасте детей, в котором они начинают представлять себя не зародышами («до жизни») и умершими людьми («после жизни»), а иначе (в виде души,



Рис. 1.

ангелов) или рассматривать свою жизнь как одну из нескольких в череде предыдущих и последующих жизней.

Теперь рассмотрим, сколько и какие заболевания отмечали испытуемые в разные периоды своей жизни (см. Таблицу 5).

Здоровые дети, которые отмечали у себя (или у родителей) «до рождения» какие-либо заболевания, составили 13%, при рождении - 20%, в детстве - 65%, в своем возрасте - 50%, в 20 лет - 52%, в 40 лет - 68%, в 70 лет - 98%, а «после жизни» - 13%. Итак, мы видим, что наиболее болезненным возрастом в представлении здоровых детей оказалась старость, далее зрелость, потом детство, молодость, свой возраст и самый здоровый возраст - это рождение. Еще меньше здоровые дети отмечают у себя болезней «до рождения» и «после жизни».

Дети с нефрологическими заболеваниями наиболее болезненным возрастом считают свой (99% из них отмечают болезни в настоящем периоде жизни), несколько менее болезненным возрастом им представляется старость (89,6%), далее следует детство (79%), молодость (71%), зрелость (66,6%) и рождение (45%). Показатели болезненности при рождении, по представлениям детей с нефрологическими заболеваниями, достоверно выше, чем у здоровых испытуемых, но значительно ниже по сравнению с больными муковисцидозом. «До рождения» только 28,5% детей с нефрологическими заболеваниями отмечают у себя какие-либо болезни, меньше всего болезней они отмечают «после их жизни» (10%). При этом мы видим, что проценты детей, отметивших у себя какие-либо заболевания в различные периоды жизни выше при нефрологических заболеваниях, чем в группе здоровых детей.

Дети с лимфостазом наиболее болезненным возрастом считают свой (100%), менее болезненным - старость (76%), далее детство и молодость (по 63%),

зрелость (60,5%), рождение (42%), период «до рождения» (36%) и наименее болезненным оказался период «после жизни» (21%). Показатели болезненности в детстве, по представлениям испытуемых с лимфостазом, достоверно ниже, чем у больных муковисцидозом, а показатели болезненности в пожилом возрасте значимо ниже, чем у здоровых детей. Последовательность возрастных периодов, в которых дети отмечали у себя различные заболевания, практически не отличается у детей с лимфостазом и с нефрологическими заболеваниями.

Несколько иную последовательность мы видим у детей с муковисцидозом. Наиболее болезненным возрастом (как и при других рассматриваемых заболеваниях) дети с муковисцидозом отмечают свой возраст (100%), чуть менее болезненным оказался предыдущий возраст (то есть детство - 90,5%), далее зрелость (84,9%), старость (79%), молодость (75%), рождение (67,9%) и период «до рождения» (37,7%). Период «после жизни» оказался наименее подверженным заболеваниям в представлении детей (7,5%). Периоды «до рождения», рождение, детство оказались достоверно более болезненными, по воззрениям больных муковисцидозом, в отличие от здоровых детей и больных с другими заболеваниями. Только в пожилом возрасте показатели болезненности значимо выше у здоровых детей по сравнению с испытуемыми, страдающими муковисцидозом и лимфостазом.

Таким образом, мы видим, что для детей с нефрологическими заболеваниями и лимфостазом после настоящего периода жизни самым болезненным представляется старость, а для детей с муковисцидозом - детство. Это можно объяснить необходимостью ежедневных мероприятий по поддержанию здоровья у больных муковисцидозом, начинающих сразу после обнаружения заболевания. Подобных мероприятий по под-

Таблица 5.

Количество детей (в %), отметивших у себя наличие заболеваний в различных возрастах*

Группы испытуемых	«До рождения»	Рождение	Детство	Свой возраст	20 лет	40 лет	70 лет	«После жизни»
Здоровые	13	20	65	50	52	68	98	13
Нефрологические заболевания	28	45	79	99	71	66	89	10
Лимфостаз	36	42	63	100	63	60	76	21
Муковисцидоз	37	67	90	100	75	84	79	7

* Жирным шрифтом обозначены данные, которые имеют значимые различия между различными группами испытуемых.

держанию здоровья при остальных рассматриваемых заболеваниях гораздо меньше. Но всё же детство и молодость для детей с нефрологическими заболеваниями и лимфостазом остаются наиболее болезненными возрастными периодами после настоящего периода жизни и старости. Периоды «до рождения» и «после жизни» оказались наименее болезненными в представлении детей всех групп. Но у больных испытуемых показатели количества заболеваний «до жизни» выше, чем «после жизни». Это объясняется тем, что многие больные дети отмечают заболевания у своих родителей, у мамы, носящей их в животе, отмечают болезни генов, клеток еще до их рождения. А при оценке периода «после жизни» дети чаще всего оптимистично смотрят на исход всех болезней, берущих свое начало при жизни.

Какие же именно заболевания приписывают себе дети в различные периоды их жизни? Здоровые дети «до рождения» чаще всего отмечают болезни головы и живота у беременной мамы. «При рождении» самые распространенные болезни, называемые детьми, - это болезнь зубов, живота и коклюш. «В детстве» испытуемые чаще всего жаловались на болезни живота, горла, простуду. В своем возрасте чаще всего они отмечают болезни головы, сердца, горла, желудка, глаз, кашель. В 20 лет дети думают, что их чаще будет беспокоить голова, желудок, живот; в 40 лет - ноги, голова, сердце, спина; в 70 лет - ноги, голова, спина, сердце, руки, глаза, суставы. «После жизни» дети отмечают болезни головы, сердца или дают неопределенные ответы, говоря, что болеть будет «всё».

Испытуемые с нефрологическими заболеваниями «до рождения» также отмечают различные заболевания у беременной мамы (почки, голова, живот, язва и т. п.). У себя «до рождения» дети с нефрологическими заболеваниями чаще всего упоминают про болезни почек и живота. При рождении, в детстве и в своем возрасте наиболее распространенными являются болезни почек, мочевого пузыря, желудка, головы, ног, сердца, живота. В зрелости самые распространенные в представлении детей с нефрологическими заболеваниями - это болезни почек, желудка, головы и ног, а в старости - болезни ног, головы, почек и сердца. «После жизни» дети с нефрологическими заболеваниями отмечают у себя немногочисленные, но различные заболевания (чаще всего болезни сердца). В этот период заболевания почек отметил только один ребенок.

Дети с лимфостазом «до рождения» чаще всего отмечают заболевания у беременной мамы - живота, а у себя - рук и ног. При рождении, в детстве и молодости самыми распространенными заболеваниями оказались болезни ног и рук, а в своем возрасте и в зрелости - болезни ног и сердца, в старости - болезни ног, сердца, головы, спины. «После жизни» дети с лимфостазом чаще отмечают у себя болезни ног.

Больные муковисцидозом «до рождения» (как и при рождении, в детстве и в молодости) отмечают разнообразные заболевания, чаще это болезни легких и желудка. В своем возрасте дети с муковисцидозом чаще всего отмечают болезни легких, желудка и печени. В зрелости самыми распространенными заболеваниями в представлении детей с муковисцидозом являются заболевания легких, желудка и головы, а в старости - легких, ног, печени, сердца и желудка. «После жизни» заболеваний отмечалось крайне мало. Из них можно назвать болезни сердца, легких и желудка.

Итак, мы видим, что здоровые дети в целом чаще называют респираторные заболевания, болезни головы и желудка, а больные дети во всех возрастах отмечают заболевания тех органов, которыми они страдают в настоящее время.

По результатам проведения рассматриваемой методики можно сказать, что наибольшее количество отметок о заболеваниях во всех возрастах выявлено у детей с муковисцидозом, чуть меньшее количество - у детей с нефрологическими заболеваниями, ещё меньше - у детей с лимфостазом. Здоровые дети, как и предполагалось, во всех возрастах отмечали у себя наименьшее количество заболеваний. При этом больше болезней отмечают здоровые дети старшего возраста, а меньше всего - среднего возраста. При нефрологических заболеваниях количество детей, отмечающих у себя какие-либо заболевания (на всем протяжении жизни), к подростковому возрасту уменьшается, а при муковисцидозе и лимфостазе - увеличивается. Можно предположить, что в младших возрастах при нефрологических заболеваниях и в подростковом возрасте у детей с муковисцидозом и лимфостазом отмечаются наибольшие сложности в осознании своей болезни.

Именно в подростковом возрасте у девочек с муковисцидозом представления о выздоровлении, отмеченные в клинической беседе не соотносятся с данными, выявленными при работе с проективной мето-

дикой. Часть из них в клинической беседе проявляли уверенность в выздоровлении, но при рисовании отмечали заболевания у себя на протяжении всей жизни. Остальные, напротив, в беседе говорили, что вылечиться невозможно, а при рисовании отмечали, что в определенном возрасте им удастся избавиться от заболевания. Здесь мы видим несоответствие сознательных представлений о болезни и подсознательных догадок о тяжести заболевания или стремлений к выздоровлению. У мальчиков подобного несоответствия не выявлено (см. Рисунок 2).

Таким образом, по результатам нашего исследования можно сделать вывод о том, что при разных хронических заболеваниях у детей формируется своеобразное отношение к своей болезни. В определенном возрасте у детей, страдающих хроническими заболеваниями, возникает период, характеризующийся особыми негативными переживаниями и наибольшим развитием механизмов психологической защиты относительно болезни. Этот период можно назвать *кризисом осознания болезни*. Критериями кризиса являются:

1. обвинение ребенком себя в возникновении заболевания,
2. отсутствие веры в выздоровление,

<p>1</p>  <p>До рождения: в животе у мамы Болезни: нет</p>	<p>2</p>  <p>5 лет Болезни: нет</p>	<p>3</p>  <p>6 лет Болят все внутренние органы</p>
<p>4</p>  <p>13 лет Болят все внутренние органы</p>	<p>5</p>  <p>20 лет Болят все внутренние органы</p>	<p>6</p>  <p>40 лет Болят все внутренние органы</p>
<p>7</p>  <p>70 лет Болят все внутренние органы</p>	<p>8</p>  <p>После жизни: я умерла Болезни: нет</p>	<p>Ф.И.: Галя Б. 13 лет Болезни: муковисцидоз</p>

Рис. 2.

3. отказ от лечения,
4. отказ ребенка считать себя больным человеком при признании наличия серьезного заболевания, которое мешает жизнедеятельности.

Можно считать, что в период кризиса осознания болезни само заболевание для ребенка приобретает особую значимость и, следовательно, ребенок становится наиболее чувствительным к получению и переработке информации о заболевании.

Анализируя материал, полученный в исследовании, можно отметить, что при разных заболеваниях можно отметить различные периоды кризиса осознания болезни. При нефрологических заболеваниях кризис осознания болезни отмечается в предпубертативном возрасте (10 - 12 лет), при лимфостазе – начинается в предпубертативном и продолжается в подростковом возрасте (10 – 16 лет), а при муковисцидозе кризис осознания болезни отмечается в подростковом возрасте (13 – 16 лет).

При проведении дополнительного исследования, направленного на выявление личностных особенностей детей в периоды кризиса осознания болезни, было выявлено, что, действительно, эти периоды в жизни ребенка являются особыми. Именно эти периоды сопровождаются у детей различного рода трудностями во взаимоотношениях со сверстниками и взрослыми, в некоторых случаях искажением самооценки и преобладанием единственного мотива – сохранения здоровья.

У мальчиков с нефрологическими заболеваниями в период 10 – 12 лет отмечается заниженная самооценка. В коммуникативной сфере в этом возрасте и мальчики и девочки с нефрологическими заболеваниями начинают проявлять отказ от общения, ощущают недостаток внимания в семье, проявляют амбивалентное отношение к прародителям и сиблингам, негативное отношение к отцу. У детей с лимфостазом в предпубертативном возрасте (10-12 лет) в большинстве своем отмечается неадекватность самооценки, интровертированность в отношениях с другими людьми, а понятие счастья впервые начинает сопоставляться с понятием здоровья. В подростковом же возрасте (13-16 лет) появляется негативное отношение к будущему, к взрослым в целом, появляется значимость честности в отношениях, а для счастья становится необходимым только здоровье. У детей с муковисцидозом к старше-

му возрасту (13-16 лет) появляется значимость честности в отношениях, а единственным желанием, которое они проявляют – это сохранение здоровья и продление жизни. Таким образом, у подростков с муковисцидозом можно констатировать преобладание единственного мотива – сохранения здоровья. У здоровых детей значимых возрастных различий в развитии самооценки, тревожности, агрессивности, коммуникативной сферы выявлено не было.

Таким образом, по результатам нашего исследования можно сделать следующие выводы:

1. Существует своеобразие в осознании своей болезни у детей с различными хроническими соматическими заболеваниями.

2. При разных заболеваниях можно отметить различные периоды кризиса осознания болезни, характеризующиеся особыми негативными переживаниями и наибольшим развитием механизмов психологической защиты.

3. В периоды кризиса осознания болезни отмечаются нарушения в личностном развитии больных детей, а именно, различного рода трудности во взаимоотношениях со сверстниками и взрослыми, в некоторых случаях изменения самооценки и преобладание единственного мотива – сохранения здоровья.

4. При наличии хронического соматического заболевания помимо психотерапевтической работы с ребенком необходима работа с медицинским персоналом и родителями, которые являются важным фактором формирования адекватного отношения детей к болезни. Для больных лимфостазом и муковисцидозом необходима ранняя профориентация с целью профилактики депрессивного отношения к заболеванию, а также возможности самореализации в будущем.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Горячева М. А. Влияние самосознания на развитие внутренней картины болезни у детей с судорожным синдромом: Автореф. дис... канд. психол. наук. - Ставрополь, 2002. – 27 с.
2. Горячева Т. Г. Роль детско-родительских отношений в психическом развитии подростков, оперированных по поводу врожденного порока сердца в раннем возрасте: Автореф. дис... канд. психол. наук. - М., 1995. – 20 с.
3. Еренков В. А., Еренкова Н. В. Этика труда среднего медицинского работника. - Киев, 1981.

4. Игнатъева Н. Д. Сравнительное изучение особенностей личности детей, страдающих эпилепсией и бронхиальной астмой: Автореф. дис... канд. психол. наук. - Л., 1981. – 19 с.
5. Исаев Д. Н. Психология больного ребенка: Лекции. - СПб.: ППМИ, 1993. – 76 с.
6. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей // Неврозы у детей и подростков. - М., 1986. – С. 74-75.
7. Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. - Л.: Медицина, 1980. – 184 с.
8. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1979. – 607 с.
9. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология: Учебное пособие для студентов медицинских институтов. - М.: Медицина, 1984. – 272 с.
10. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – Изд. 2-е. - М., 1977. – 160 с.
11. Муладжанова Т. Н. Психологический анализ изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом: Автореф. дис... канд. психол. наук. - М., 1983. – 14 с.
12. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. - М.: МГУ, 1987. – 168 с.
13. Сидельников В. Я. К вопросу о нарушении самосознания у детей и подростков при патохарактерологическом развитии, психопатиях и психопатоподобной шизофрении // Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях. - Куйбышев, 1982. – С. 33-42.
14. Тхостов А. Ш. Психология телесности. - М.: Смысл, 2002. – 287 с.
15. Цивилько М. А. Динамика психических нарушений у больных хронической почечной недостаточностью (терминальная стадия) при оперативном лечении с помощью гемодиализа и пересадки почки: Автореф. дис... д-ра мед. наук. - М., 1977. – 42 с.
16. Яковлева А. А. Болезни суставов в детском возрасте. - М.: Медицина, 1977. – 192 с.

Сведения об авторе: Куртанова Юлия Евгеньевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии МГППУ, психолог Российского реабилитационного центра «Детство».

Тел. 340-77-79, 8-916-214-68-74

E-mail: Ulia.K@rambler.ru

Поступила 11.10.08

РАЗВИТИЕ МОТОРНОГО ПРАКСИСА У ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

С.С. Бетанова, С.В. Леонова
кафедра специальной психологии
и коррекционной педагогики МГОУ, Москва

THE DEVELOPMENT OF MOTORING FUNCTIONS AT KINDS WITH SPEECH DISTURBANCES

S.S. Betanova, S.V. Leonova

SUMMARY

In spite of the children with speech disturbances can't observing expressive paralich and paretic, their motoring functions is differing total inconvenient, defective coordinate motions. They remain behind from coevals in adroitness and accuracy of motions. Be delayed readness of hand's writing. Not show interest in painting and other kinds of hand-made activity. So for children preschool age with speaking disturbances essential evolution motoring functions. This article contains correct and developing lessons of hand-made activity and be destined for complex work of different children's specialists, teachers, psychologists and logopedes.

Keywords: *speech disturbances, motoring functions, motoring pracsis, fingesing gymnastic, playing treading, myself massage, hipertonus, hipotonus.*

РЕЗЮМЕ

Несмотря на то, что у детей с речевыми нарушениями могут не наблюдаться выраженные параличи и парезы, моторика их отличается общей неловкостью, недостаточной координированностью движений, они отстают от сверстников в ловкости и точности движений; задерживается развитие готовности руки к письму, не проявляется интерес к рисованию и другим видам ручной деятельности. Поэтому для дошкольников с речевыми нарушениями имеет особое значение развитие моторных функций. Данная работа отражает основное содержание коррекционных занятий по развитию мелкой моторики в процессе комплексной работы специалистов в области дошкольного образования, педагогов, логопедов, психологов.

Ключевые слова: *речевые нарушения, моторика, моторный праксис, пальчиковая гимнастика, игротренинг, самомассаж, гипертонус, гипотонус.*

Ряд исследователей в области физиологии движений и коррекционной педагогики, таких, как Н.А. Бернштейн, О.С. Бот, М.М. Кольцова, Б.П. Дудьев, Х. Халверсон и др. подтверждают доказанное ранее влияние манипуляции рук на функции высшей нервной деятельности, развитие речи. Однако, в настоящее время в логопедии существует проблема создания полноценной модели организации формирования и развития моторного праксиса в структуре преодоления речевых нарушений у детей дошкольного возраста (Безруких М.М., 2000, Храковская М.Г., 2001, Соколова Н.В., 2005). Нами были приняты во внимание следующие факты, характеризующие современное состояние проблемы:

1. В практике логопедической работы по обычно используются традиционные приемы по развитию моторных функций.
2. Развитию тонких движений пальцев рук уде-

ляется недостаточное внимание, в основном используются упражнения на движение сжатия, лишь изредка на растяжение и почти никогда на расслабление, что приводит к дополнительному повышению тонуса пальцев рук.

3. При проведении привычного набора занятий по развитию мелкой моторики логопедами используются в основном упражнения, тренирующие движения первых трех пальцев, тех, что постоянно активны и в быту, и в общении. Два последних пальца — безымянный и мизинец обычно пассивны.

4. Работе по развитию мелкой моторики не придается должного значения. Так, пальчиковые игры включаются в занятия как небольшой элемент, как физкультминутка. Арсенал игр, используемых логопедами, невелик: обычно 5-6 игр.

5. Недостаточно применяются игры с разнотип-

ными движениями, которые развивают резервные возможности головного мозга, в отличие от игр с симметричными и содружественными движениями.

6. Мало внимания уделяется массажу, самомассажу, динамическим упражнениям. Не используется массаж биоактивных точек, массаж рефлекторных зон кистей рук, способствующие оздоровлению всего организма.

Использование традиционных приемов без дифференцированного сочетания указанных выше методов, на наш взгляд, оказывается недостаточным и во многом снижает эффективность коррекционно-развивающей работы. Исходя из вышеизложенного, нами были разработаны соответствующие методические рекомендации. Они предназначены для специалистов, работающих с детьми, имеющими минимальные нарушения произносительной стороны речи – логопедам, дефектологам, психологам, и могут быть полезными воспитателям и родителям таких детей. При организации работы по системному развитию мелкой моторики мы опирались на следующие принципы коррекционно-логопедической работы:

1) *Принцип системности.* Этот принцип предполагает четко спланированную систему занятий с использованием игр и упражнений, предусматривающую постепенное усложнение материала.

2) *Принцип поэтапности.* Работа по развитию мелкой моторики не должна строиться однородно. Она должна подразумевать под собой принцип от простого к сложному. Каждый этап работы должен создавать базу для следующего этапа.

3) *Принцип комплексности.* Для повышения эффективности коррекционно-логопедического воздействия в работе должны принимать участие все специалисты детского сада. Также этот принцип предусматривает развитие не только мелкой моторики пальцев рук, но и совершенствование их общих и артикуляционных движений, познавательной деятельности, речи, слухового восприятия, внимания, памяти.

4) *Принцип учета ведущего вида деятельности.* Коррекционная работа будет более эффективной, если учитывать и опираться на ведущий вид деятельности дошкольников, на игру.

5) *Принцип доступности.* Материал должен подаваться в доступной для детей форме.

6) *Принцип последовательности и параллельности.* Логопед должен последовательно от занятия к за-

нятию подвести детей к достижению главной цели. Для этого необходимо вести работу последовательно по всем этапам и по всем направлениям.

7) *Принцип использования сохранных психических процессов и сохранных аналитических систем в качестве опоры при обучении* (П.К. Анохин, Л.С. Выготский, В. И. Лубовский), подразумевающий не механическое замещение нарушенного процесса, а его самостоятельное развитие в направлении приспособительной деятельности сохранных процессов и аналитических систем.

8) *Принцип взаимосвязи развития речи и других психических процессов* (Л.С. Выготский, Р.Е. Левина, А.А. Леонтьев, А. Р. Лурия, А.А. Люблинская), предусматривающий воздействие на нарушенную речь с опорой на другие психические процессы, предполагающий формирование языковых обобщений на основе чувственного познания.

9) *Принцип контроля* (П. К. Анохин, Н. А. Бернштейн, А. Р. Лурия), определяющий необходимость постоянного потока обратной сигнализации, который обеспечивает слияние выполняемого действия с исходным намерением и своевременную коррекцию допускаемых ошибок.

10) *Принцип наглядности с целью активизации познавательной и речевой деятельности.*

11) *Принцип индивидуального и дифференцированного подхода к детям* предусматривал учет уровня сформированности мелкой моторики руки и артикуляционной моторики каждого конкретного ребенка и учет того материала, который предусмотрен программой воспитания и обучения детей со стертой дизартрией.

При определении содержания занятий, при отборе методов, приемов и средств обучения для детей с речевыми нарушениями была проработана методическая литература, в частности, таких авторов, как М.М. Кольцова, М.С. Рузина, Л.А. Венгер, В.П. Дудьев, и другие.

При разработке системы работы по развитию мелкой моторики мы руководствовались следующими требованиями к организации занятий:

- содержательность и разнообразие дидактических игр и упражнений;
- систематическое использование элементов игр и упражнений во всех формах организации педагогического процесса;
- максимальная активность детей на всех этапах

проведения коррекционно-логопедической работы;

- сотрудничество детей друг с другом и со взрослыми на всех этапах коррекционно-логопедической работы;
- предлагаемые игры и упражнения должны реализовывать не только двигательные задачи, но и способствовать формированию у детей речи.

Формирующий эксперимент проводился в течение 2006-2007 г.г. в ряде дошкольных образовательных учреждений компенсирующего и комбинированного вида г. Москвы и Московской области. В процессе экспериментального обучения осуществлялся дифференцированный подход к детям на основе учета:

- симптоматики нарушений моторных функций артикуляционного аппарата, выражающихся у одних в затруднениях при нахождении отдельных артикуляций, у других - в избирательных нарушениях фонематического анализа и синтеза, выражающихся в затруднениях при переключении от одной артикуляции к другой, в персеверации фонем;
- симптоматики нарушений ручного праксиса, выражающийся в расстройстве точности, быстроты и координации движений, связанных у одних детей с гипотонусом, у других — с гипертонусом мышц мелкой мускулатуры. В связи с этим игротренинг предлагался детям дифференцированно и проводился как на фронтальных, так и на индивидуальных занятиях. С целью устранения недоразвития моторных функций большое внимание уделялось проведению массажа с учетом индивидуальных особенностей ребенка;
- симптоматики нарушений общей моторики, выражающейся в переключаемости движений, в произвольном торможении, в нарушениях статической координации движений, динамической пространственной организации, чувства темпа и ритма.

Мы организовали систему по развитию мелкой моторики в коррекции речи детей старшего дошкольного возраста по следующим направлениям:

1. Работа логопеда с детьми, с педагогическим коллективом детского сада, с родителями.
2. Работа воспитателя с детьми.
3. Работа музыкального руководителя с детьми.

4. Работа инструктора по физическому воспитанию с детьми.

5. Работа родителей с детьми.

Предварительно нами был проведен комплекс мероприятий по повышению компетентности участников эксперимента:

1. Организация семинара для педагогов «Особенности моторных функций детей с различными видами речевых нарушений».
2. Проведение логопедических часов с воспитателями, музыкальными руководителями и другими участниками педагогического процесса, посвященных использованию игр и упражнений по развитию мелкой моторики в системе коррекционной работы.
3. Консультации для музыкального руководителя об особенностях музыкального воспитания детей с речевыми нарушениями.
4. Консультации для воспитателя по физкультуре об особенностях двигательных функций детей с нарушениями речи.
5. Просветительская работа среди родителей (беседы, родительские собрания, наглядная пропаганда, индивидуальные консультации).

Занятия с детьми проводились два раза в неделю по 20-30 минут в первой половине дня по подгруппам, после основных занятий.

Нами была разработана система работы по развитию мелкой моторики, которая включала:

1. Разминку и гимнастику пальцев рук.
2. Театрализованные игры, рассчитанные на совершенствование ловкости и координации пальцев.
3. Игровые приемы самомассажа пальцев.

Разминка и гимнастика — это система упражнений для пальцев рук, составленная из различных комбинаций движений с регламентированной амплитудой, скоростью и темпом, а также дозированным мышечным напряжением. Мы сопровождали эти упражнения короткими ритмическими стихами, что обуславливало совершенствование звукопроизношения в процессе занятий в непринужденной форме. Каждое упражнение обязательно отрабатывается два-три раза. На одном занятии их применяются не более трех-четырех в течение 3 – 4 минут: первое упражнение — с использованием движений на сжатие мышц, второе — на растяжение, третье - на расслабление. На всех следующих за-

нениях для отработки предлагается одно новое упражнение, разученные на предыдущем занятии упражнения повторяются. Кроме того, в гимнастику пальцев мы включили игры с мелкими предметами для стимуляции моторики. Например: игры с палочками (спичками), изготовление нитяных узоров из толстых тяжелых ниток либо тонких веревочек, упражнения с карандашом (вращение, удерживание его при помощи пальцев и т.п.). На игры отводится 5 – 7 минут. Применялись нами и пальчиковые игры в сочетании с общими упражнениями. В этих играх движения пальцев рук сочетаются с движениями всего тела: прыжки, бег на месте, повороты головы в стороны и т.д. Каждое упражнение или игра сопровождается стихотворением, поговоркой, небольшим музыкальным произведением. Известно: чем выше двигательная активность ребенка, тем интенсивнее развивается его речь. С другой стороны, формирование движений происходит при участии речи. Ритм стихов, поговорок, пословиц способствует развитию координации, общей и тонкой произвольной моторики. На каждом занятии предлагалась одна двигательная игра. На проведение этого этапа занятия отводилось от 2 до 3 минут. Каждое упражнение прорабатывалось два-три раза.

Последнее занятие каждого месяца мы посвящали театрализованной пальчиковой игре. Для организации пальчикового театра предварительно детьми под руководством логопеда готовились бумажные куклы. Также в процессе изготовления кукол участвовали воспитатели и родители. Куклы для театра должны быть небольшими, чтобы детским пальчикам было удобно с ними «общаться». Музыкальный репертуар для небольших театрализованных представлений готовит музыкальный руководитель. Зрителями являлись сами дети, не участвовавшие в спектакле, воспитатели, родители. Сценариями этих игр являлись маленькие истории, сказки, стихи.

В течение всего учебного года мы поддерживали тесную связь с родителями. В самом начале нашего эксперимента было проведено родительское собрание, на котором удалось убедить родителей в большой значимости работы по развитию пальцев рук. Мы предложили родителям начать проводить дома с детьми ежедневные контрастные ванны для кистей рук, затем — контрастное их обливание и в заключение этого подготовительного этапа делать контрастное обли-

вание кистей рук под струей воды. Водные подготовительные процедуры проходили в течение двух недель сентября, перед началом работы по формированию координации, силы и произвольности мелких движений пальцев рук непосредственно на логопедических занятиях.

Массаж является одним из видов пассивной гимнастики. Благоприятное влияние массажа на организм человека, как местного, так и общего, отмечают многие авторы. Массаж оказывает общеукрепляющее действие на мышечную систему, повышая тонус, эластичность и сократительную способность мышц. Работоспособность утомленной мышцы под влиянием массажа восстанавливается быстрее, чем при полном покое. Под влиянием массажа в рецепторах кожи и мышцах возникают импульсы, которые, достигая коры головного мозга, оказывают тонизирующее воздействие на центральную нервную систему, в результате чего повышается ее регулирующая роль в отношении работы всех систем и органов.

Детей обучали следующим приемам самомассажа: поглаживание, растирание, разминание, выжимание, активные и пассивные движения. Чтобы двигательные упражнения дети выполняли с интересом и увлечением, мы постарались максимально приблизить содержание и ритм стихотворных текстов к характеру самого движения (для того, чтобы в воображении ребенка возник конкретный образ).

На основе рекомендаций А.А. Бирюкова были разработаны три комплекса упражнений самомассажа:

1. самомассаж тыльной стороны кистей рук.
2. самомассаж ладоней.
3. самомассаж пальцев рук.

Самомассаж проводился на подгрупповых занятиях в виде небольших комплексов, включавших 5-6 упражнений. Начинался и заканчивался он расслаблением кистей рук, поглаживанием. Когда дети освоят данные приемы, в качестве усложнения им предлагались игровые упражнения с использованием массажеров и мячей маленького размера. Массажеры представляют собой полусферы из пластмассы с бугристой поверхностью; с ними работают несколько детей, подгруппа одновременно.

По истечении этапа формирующего эксперимента мы провели контрольное тестирование состояния мелкой моторики детей. Анализ полученных данных

показал следующее: в тестах на статическую и динамическую координацию движений дети экспериментальной группы демонстрировали точность, достаточный темп и уверенность (79% испытуемых значительно улучшили свои результаты). Кроме того, улучшились показатели скорости движений и отчетливость их выполнения (83% испытуемых). В экспериментальной группе были отмечено также значительное улучшение всех компонентов речи, что подтверждает эффективность проделанной нами работы по формированию и развитию моторного праксиса пальцев рук в процессе создания модели этой деятельности в дошкольном образовательном учреждении, где присутствуют дети с минимальными нарушениями произносительной стороны речи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белостоцкая Е.М., Виноградова Т.Ф. Гигиенические основы воспитания детей от 3 до 7 лет. Книга для раб. дошкол.

учрежд. - М.: Просвещение, 1987.

2. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активности. - М.: Наука, 1990.
3. Глазырина Л.Д. Физическая культура - дошкольникам. Старший возраст. - М: Владос, 1999.
4. Кольцова М.М., Рузина М.С. Ребенок учится говорить. Пальчиковый игротренинг. - СПб.: ИД «Мим», 1998.
5. Косинова Е.М. Гимнастика для пальчиков. - «ОЛМА-ПРЕСС», 2001.
6. Ткаченко Т.А. Физкультминутки для развития пальцевой моторики у дошкольников с нарушениями речи. Сборник упражнений. - М.: «Гном и Д», 2001.
7. Цвынтарный В.В. Играем пальчиками и развиваем речь. - Н.Н.: «Флокс», 1995.

Для переписки: С.С. Бетанова, С.В. Леонова
Москва, ул. Радио, д. 10а, МГОУ
(495) 267-57-41, 223-31-76, 261-59-27.
Поступила 16.10.2009.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У УЧАЩИХСЯ ТРЕТЬИХ–ПЯТЫХ КЛАССОВ С ТЯЖЁЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ, ОСЛОЖНЁННЫМИ ДЕФИЦИТОМ ПАМЯТИ

О.М. Коваленко

Московский государственный областной университет

ASPECTS OF BECOMING OF VALUABLE ORIENTATIONS AT PUPILS OF THE THIRD-FIFTH CLASSES WITH HEAVY SPEECH DISTURBANCE (HSD), AGGRAVATED WITH MEMORY DEFICIENCY

O. Kovalenko

SUMMARY

Present article is devoted to studying of dependence of process of becoming of valuable orientations at pupils of the third – the fifth classes with heavy speech disturbance (HSD) from condition of processes in their memory and technics of reading. Types and examples of octants (substantial components), that demand correctional work are presented in article; directions of correctional work with the text are certain at direct reproduction (right after perusal) and the delayed reproduction (through 1,5–2 months after perusal); the quantity of the pupils requiring given work is underlined.

РЕЗЮМЕ

Настоящая статья посвящена изучению зависимости процесса становления ценностных ориентаций у учащихся третьих–пятых классов с тяжёлыми нарушениями речи (ТНР) от состояния их мнестической деятельности и техники чтения. В статье представлены типы и примеры актантов (содержательных составляющих), требующих проведения коррекционной работы; определены направления коррекционной работы с текстом при непосредственном воспроизведении (сразу после прочтения) и отсроченном воспроизведении (через 1,5–2 месяца после прочтения); указывается количество учащихся, нуждающихся в данной работе.

Известно, что дети с тяжёлыми нарушениями речи (ТНР), обучающиеся в специальной (коррекционной) школе V вида, имеют вторичную задержку психического развития, одной из составляющих которой является недостаточность мнестической деятельности. Кроме того, среди учеников любой категории отмечается группа учащихся с парциальным недоразвитием процессов памяти. Указанные нарушения оказывают значительное негативное влияние на весь учебный процесс. В то же время общеизвестно положение З. Фрейда, согласно которому из памяти человека вытесняется всё, что не соответствует его подсознательным влечениям, и, напротив, сохраняется всё приятное для него. Но эта зависимость не была подтверждена З. Фрейдом экспериментально. Трактовка зависимости памяти от личности содержится и в персоналистической концепции В. Штерна, считавшего память не отражением объективной действительности, а её искажением под влиянием индивидуалистических стремлений личности (гордости, тщеславия, честолюбия и т.п.).

Однако влияние недостаточности мнестической деятельности, а также техники чтения на развитие личности учащихся с ТНР, в частности на процесс становления ценностных ориентаций, до настоящего времени изучению не подвергалось. В связи с этим проведённое исследование было посвящено установлению зависимости процесса становления ценностных ориентаций от состояния мнестической деятельности и техники чтения у учащихся третьих–пятых классов с ТНР.

ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в 2003–2004 гг. на базе специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интерната V вида № 60 г. Москвы.

Исследование включало три этапа.

На первом этапе проводилась предварительная диагностика состояния мнестических процессов у учащихся 3–5 классов с ТНР с помощью методик «Запоминание 10 слов» по А.Р. Лурия и «Пиктограмма». На данном этапе в исследовании приняли участие 30 детей: 2 класс – 10 детей, 3 класс – 8 детей, 4 класс – 12 детей.

На основании полученных результатов был произведён отбор детей, показавших наиболее низкие результаты при выполнении обеих методик. В дальнейшем эти дети составили экспериментальную группу.

На втором этапе осуществлялось изучение особенностей ценностных ориентаций у учащихся 3–5 классов с ТНР на материале детских комиксов «Сокровища Тавма Турга», «Волк в стране Великании», «Охотничий инстинкт», «Кельвин».

На третьем этапе проводилось исследование сформированности техники чтения у учащихся 3–5 классов с тяжёлыми нарушениями речи.

ИССЛЕДОВАНИЕ АКТИВНОГО ВЫБОРА ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У УЧАЩИХСЯ ТРЕТЬИХ–ПЯТЫХ КЛАССОВ С ТНР НА МАТЕРИАЛЕ ДЕТСКИХ КОМИКСОВ

Задание: предлагалось прослушать (с опорой на иллюстрационный материал) рассказы по следующим комиксам: «Сокровища Тавма Турга», «Волк в стране Великании», «Охотничий инстинкт», «Кельвин». После прослушивания требовалось ответить на вопросы по содержанию комикса и затем пересказать его без опоры на иллюстрационный материал. Через 1,5–2 месяца снова предлагалось пересказать данные комиксы также без опоры на иллюстрационный материал. После непосредственного и отсроченного воспроизведения у детей выяснялось, что им особенно понравилось в данном комиксе.

Полученные результаты.

Установленные типы актантов, воспроизведение которых вызывает затруднения различной степени выраженности как у всех учащихся, так и только у учеников с недостаточностью мнестической деятельности, представлены в соответствии с наличием, отсутствием или меняющейся динамикой ценностных ориентаций при отсроченном воспроизведении, заключённых в данных акантах.

Условные обозначения:

Группа А – учащиеся с удовлетворительным состоянием мнестических процессов (без парциальных нарушений памяти).

Группа В – учащиеся с неудовлетворительным состоянием мнестических процессов (с парциальными нарушениями памяти).

- Направления работы при непосредственном воспроизведении (сразу после прочтения).

- ◆ Направления работы при отсроченном воспроизведении (через 1,5–2 месяца).

■ Отсутствие воспроизведения актантов данных типов учащимися указанных классов и групп.

ТИПЫ АКТАНТОВ, ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ПО КОТОРЫМ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ ТРЕТЬИХ–ПЯТЫХ КЛАССОВ С ТНР
• Актанты, обозначающие промежуточные действия, узнаваемые по мимике действующих лиц.

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
«Тавма Тург рассердился и приказал растерзать Клёпу» 	Снижение показателей в 3–4 кл.; 5 кл. – динамические изменения отсутствуют	Снижение показателей во всех классах	Коррекция мнестической деятельности	•	-	-	33	-		
♦			33	33	67	33				
Вычленение и понимание семантики актантов			67	33	67					
Различия в спонтанной динамике между группами	В показателях учащихся 5 кл.									

• Актанты, представляющие собой промежуточный итог какого-либо действия и связывающие этот актант с последующим.

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
«Волк полетел, только теперь в обратную сторону» 	Вариабельность показателей		Коррекция мнестической деятельности	•	-	33	-	17		
♦			50	-	17					
Вычленение и понимание семантики актантов			50	33						
Различия в спонтанной динамике между группами	Отсутствие стабильных различий по всем классам									

• Группа актантов, обозначающих промежуточные действия нескольких лиц, которые могут быть объединены в одну ситуацию.

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
«Тавма Тург сказал: «Я ждал тебя, Клёпа»» 	Некоторое ухудшение показателей от 3 к 4 кл.	Отсутствие воспроизведения во всех классах	Коррекция мнестической деятельности	•	-	33	-	33		
♦			33	100	33	100				
Вычленение и понимание семантики актантов			67	67						
Различия в спонтанной динамике между группами	Отсутствие стабильных различий по всем классам									

• Актанты, представляющие собой несколько следствий одной причины.

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
«И Клёпа пообещала придумать им какое-нибудь полезное дело» 	3, 4 кл. – снижение показателей, 5 кл. – максимальное количество верных ответов – 33,3%	Снижение показателей во всех классах	Коррекция мнестической деятельности	•			-	33	-	
				◆			33	67	33	
			Вычленение и понимание семантики актантов			33	-	67		
Различия в спонтанной динамике между группами	В показателях учащихся 5 кл.									

• Актанты, содержание которых не проиллюстрировано должным образом на рисунках, но может быть понято при верном установлении причинно-следственных зависимостей с предыдущим и последующим актантами.

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
«Кельвин стойко стоял, разведя руки в разные стороны». «Кельвин снова стал терпеть» 	Снижение показателей по всем классам	Вариабельность показателей	Коррекция мнестической деятельности	•	-	33	-	50		
				◆	33	100	50	17		
			Вычленение и понимание семантики актантов	67	33					
Различия в спонтанной динамике между группами	Отсутствуют									

• Промежуточные действия между основными, без которых, с одной стороны, невозможно осуществление предыдущих и последующих, а, с другой стороны, такие актанты носят чисто процессуальный характер, не имея при этом самостоятельного глобального результата.

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
«Верёвка развязалась и... катапульта подскочила вверх и подбросила вверх вместе с табуреткой» 	Полное отсутствие воспроизведений / стабильное ухудшение показателей по всем классам		Коррекция мнестической деятельности	•	-	36	-	13	-	4
				◆	58	67	59	83	47	52
			Вычленение и понимание семантики актантов	55	67	67				
Различия в спонтанной динамике между группами	Отсутствуют									

ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

• Актанты, окрашенные одномоментным подъёмом эмоционального фона в связи с необычностью наблюдаемых объектов или действий кого-либо.

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)					
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.	
				А	В	А	В	А	В
<p>«Мышка стала смеяться»</p> <p>ВОЛК? ОЙ, НЕ МОГУ. ВОЛК!</p> 	Стабильное ухудшение показателей по всем классам		Коррекция мнестической деятельности	•	-	67	-	-	67
◆				67	33	67	67	33	
Вычленение и понимание семантики актантов			-	33	-	-			
Различия в спонтанной динамике между группами	Отсутствуют								

• Актанты, рассказывающие о загадочных объектах или явлениях, значение которых трудно установить при первом их рассмотрении в связи с наличием у них признаков, сходных с другими, хорошо знакомыми объектами.

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
<p>«Волк увидел красивый разноцветный шнурок, потянул за него, вытащил и обнаружил, что это червяк»</p> 	Стабильное ухудшение показателей по всем классам		Коррекция мнестической деятельности	•	-	67				
◆				33-67						
Вычленение и понимание семантики актантов										
Различия в спонтанной динамике между группами	Отсутствуют									

• Актанты, также передающие положительный итог какого-либо мероприятия, даже если он является следствием совокупности отрицательных моментов, происходящих с героем.

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
<p>«Волк сильно разозлился и решил, что пора возвращаться домой». «Волк быстро побежал, куда глаза глядят»</p> <p>ДА НЕКОГДА МНЕ. ДОМОЙ ПОРА.</p> 	Полное отсутствие воспроизведений / стабильное ухудшение показателей по всем классам		Коррекция мнестической деятельности	•	-	67	-	33	-	33
◆				67	67	17	67	17		
Вычленение и понимание семантики актантов			33	-	33	-				
Различия в спонтанной динамике между группами	В показателях учащихся 3 кл.									

• **Актанты, передающие отдельные действия различных персонажей и происходящие при некотором повышении эмоционального фона в связи с их неожиданностью.**

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
<p>«Волк решил построить катапульту»</p>	Стабильное ухудшение показателей по всем классам		Коррекция мнестической деятельности	•	-	33	-	22	-	33
		◆		22	33	-	33	-	22	
Различия в спонтанной динамике между группами		Отсутствуют	Вычленение и понимание семантики актантов	56		44		33		

• **Актанты, характеризующиеся содержательной новизной и нестандартностью описываемых действий.**

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
<p>«Вдруг волк наткнулся на кого-то огромного, поднял голову и с ужасом увидел, что это снова его старый знакомый огромный заяц»</p>	Стабильное ухудшение показателей по всем классам		Коррекция мнестической деятельности	•	-	33				
		◆		33						
Различия в спонтанной динамике между группами		Отсутствуют	Вычленение и понимание семантики актантов	33						

• **Актанты, окрашенные некоторым подъёмом отрицательного фона и являющиеся часто наблюдаемыми детьми, и в силу этого ставшие для них обыденными.**

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)					
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.	
				А	В	А	В	А	В
<p>«Волк разозлил этим зайца»</p>	Стабильное ухудшение показателей по всем классам	3 кл. – стабильное ухудшение показателей; 4–5 кл. – повышение показателей	Коррекция мнестической деятельности	•	-		-	-	33
		◆		33	33	-	67	-	
Различия в спонтанной динамике между группами		В показателях учащихся 4–5 классов	Вычленение и понимание семантики актантов	67		67		33	

ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

• Промежуточные действия, являющиеся самодостаточными с точки зрения или завершённости, или их очевидности.

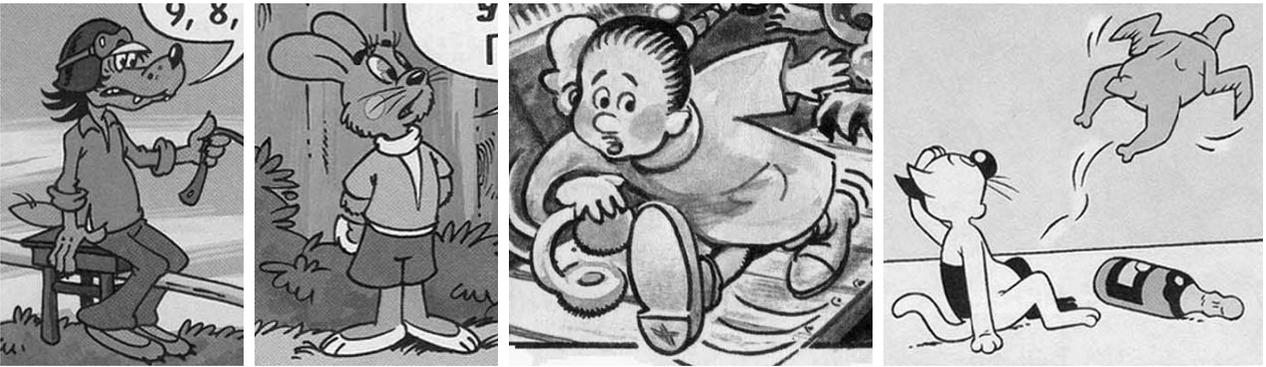
Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
<p>«Волк побежал к норке»</p> 	Стабильное возрастание показателей по всем классам	Незначительное возрастание по всем классам	Коррекция мнестической деятельности	•	-	-	33	-	-	-
◆				100	-	33	-	67		
Вычленение и понимание семантики актантов			100	33	33					
Различия в спонтанной динамике между группами	В показателях учащихся всех классов									

• Актанты, обозначающие натуральные, часто наблюдаемые в обычной жизни действия.

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
<p>«Кот увидел голубя»</p> 	Стабильное ухудшение показателей по всем классам		Коррекция мнестической деятельности	•	-	33			-	33
◆				67			100	67		
Вычленение и понимание семантики актантов			33							
Различия в спонтанной динамике между группами	Отсутствуют									

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ (НЕ ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ КОНКРЕТНЫМ АКТАНТАМ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ ТРЕТЬИХ–ПЯТЫХ КЛАССОВ С ТНР)

• Обобщённый и в то же время крайне недифференцированный итог эмоционального восприятия комикса в виде названия центральных персонажей комикса, но без соответствующей мотивировки.

Примеры актантов
Заяц и волк, потому что они смешные и весёлые. Клёпа. Смешные кот и курица.


• **Актанты, передающие отдельные действия различных персонажей и происходящие при некотором повышении эмоционального фона в связи с их неожиданностью.**

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
«Комары так искушали Кельвина, что он не мог терпеть. Он выпучил глаза и оскалил зубы» 	3 кл. – 33% верных ответов; 4–5 кл. – снижение показателей	3 кл. – полное отсутствие воспроизведения; 4–5 кл. – возрастание показателей	Коррекция мнестической деятельности	•	-	33	-	33		
◆				67	100	33	17			
Вычленение и понимание семантики актантов			67	33						
Различия в спонтанной динамике между группами	В показателях учащихся всех классов; в целом тенденция динамических изменений сходна									

• **Актанты, рассказывающие о хорошо знакомых, но не часто производимых действиях и в силу этого являющихся «приятными».**

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
«Кельвин побежал к воде». «Прыгнул в воду» 	Полностью верное воспроизведение по всем классам		Коррекция мнестической деятельности	•	-	-	-	-	-	-
◆				-	-	-	-	-	-	
Вычленение и понимание семантики актантов			-	-	-	-	-	-		
Различия в спонтанной динамике между группами	Отсутствуют									

ТИПЫ АКТАНТОВ, ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ПО КОТОРЫМ ОТЛИЧАЮТСЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬЮ НЕЗАВИСИМО ОТ УСЛОВИЙ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЯ (ИЗМЕНЕНИЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОСТИ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ НАБЛЮДАЕТСЯ КАК ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ, ТАК И ПРИ ОТСРОЧЕННОМ ВОСПРОИЗВЕДЕНИИ) С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ОТСУТСТВИЯ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ.

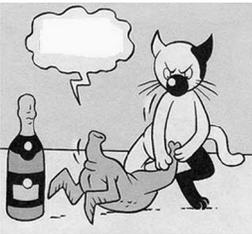
• **Актанты, значительные по объёму и содержательно разбиваемые на несколько картинок.**

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
«Все куклы Тавма Турга были злые, и поэтому Клэпа не захотела ему помогать» 	Отсутствие стабильности в показателях учащихся всех классов		Коррекция мнестической деятельности	•	-	67	-	67		
◆				100	33	33	17	33	17	
Различия в спонтанной динамике между группами	Отсутствуют									

• **Актанты, содержащие рассказ о нестандартных объектах и явлениях, редко встречающихся в повседневной жизни или не встречающихся совсем.**

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)							
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.			
				А	В	А	В	А	В		
«Неожиданно волк оказался в космосе» 	Отсутствие стабильности в показателях учащихся всех классов		Коррекция мнестической деятельности	•	-	67	-				
♦				33	33	-	50				
Вычленение и понимание семантики актантов			17		67						
Различия в спонтанной динамике между группами	Отсутствуют										

• **Актанты, передающие начало и конец сюжета, и цепочку событий, связанных с этим сюжетом.**

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
«Цыплёнок неожиданно закричал: «Ты что, больно же!»» 	3 кл. – полное отсутствие воспроизведения; 4–5 кл. – снижение показателей	3 кл. – 33% верных ответов; 4–5 кл. – снижение показателей	Коррекция мнестической деятельности	•	-	33			-	
♦				67	100			17	67	
Вычленение и понимание семантики актантов			67				33			
Различия в спонтанной динамике между группами	В показателях учащихся 3 классов									

• **Актанты с ярко выраженной динамичностью сюжета.**

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
«А Тавма Тург в это время превратился в страшную птицу» 	Стабильное возрастание показателей по всем классам	Стабильное ухудшение показателей по всем классам	Коррекция мнестической деятельности	•	-	67	-	33		
♦				67	33	-	33			
Вычленение и понимание семантики актантов			-		33					
Различия в спонтанной динамике между группами	В показателях учащихся всех классов									

• Актанты, обозначающие промежуточные, но иллюстрированные по ходу сюжета действия.

Примеры актантов		Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
		Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
					А	В	А	В	А	В	
«Клёпа заглянула в сокровищницу Тавма Турга»		Стабильное возрастание показателей по всем классам	Стабильное ухудшение показателей по всем классам	Коррекция мнестической деятельности	•	-	67	-	50	-	-
					◆	67	33	17	17	-	100
				Вычленение и понимание семантики актантов	-		33		100	-	
Различия в спонтанной динамике между группами		В показателях учащихся всех классов									

• Актанты, также передающие яркие фрагменты сюжета, однако «возникновение» таких сюжетов обусловлено не конкретными действиями персонажа, а цепочкой происходящих с ним ранее событий.

Примеры актантов		Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
		Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
					А	В	А	В	А	В	
«Наконец у Кельвина от боли пошёл пар из ушей»		Отсутствие стабильности в показателях учащихся всех классов	Стабильное ухудшение показателей по всем классам	Коррекция мнестической деятельности	•	-	33	-	17	-	17
					◆	50	67	33	8	33	50
				Вычленение и понимание семантики актантов	50		50		33		
Различия в спонтанной динамике между группами		Отсутствуют									

ТИПЫ АКТАНТОВ, ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ПО КОТОРЫМ ОТЛИЧАЮТСЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬЮ (ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ВОСПРОИЗВЕДЕНИИ ОТМЕЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЙ, ПРИ ОТСРОЧЕННОМ ВОСПРОИЗВЕДЕНИИ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ОТСУТСТВУЮТ) С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ОТСУТСТВИЯ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ.

• Актанты без внешних выражений динамичности, знаменующие собой итог сюжетной линии.

Примеры актантов		Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
		Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
					А	В	А	В	А	В	
«Клёпа пообещала куклам вернуться»		Стабильное ухудшение показателей по всем классам		Коррекция мнестической деятельности	•	-	67				
					◆	33					
				Вычленение и понимание семантики актантов			33		-		
Различия в спонтанной динамике между группами		Отсутствуют									

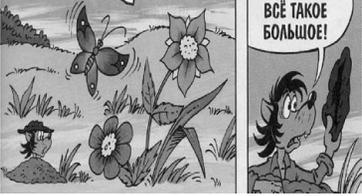
ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

ТИПЫ АКТАНТОВ, ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ПО КОТОРЫМ ОТЛИЧАЮТСЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬЮ ПРИ ОТСРОЧЕННОМ ВОСПРОИЗВЕДЕНИИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ОТСУТСТВИЯ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ.

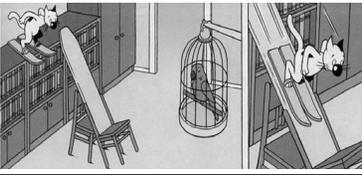
- Актанты, передающие какие-либо агрессивные действия отдельных персонажей или реакцию на эти действия.

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
«Волк разозлился и хотел побить мышку» 	Стабильное ухудшение показателей по всем классам	Отсутствии стабильности	Коррекция мнестической деятельности	•	-	67	-	-	-	-
◆				33	17	67	33	-		
Вычленение и понимание семантики актантов			33	33	67					
Различия в спонтанной динамике между группами	Отсутствуют									

- Неординарность объектов и действий, составляющих содержание данных актантов.

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
«Волк удивился, потому что всё вокруг было большим – и бабочки, и цветы, и трава» 	Возрастание по всем классам; максимальное количество верных ответов – 100% – у учащихся 5 кл.	Возрастание по всем классам; максимальное количество верных ответов – 67% – у учащихся 5 кл.	Коррекция мнестической деятельности	•					-	33
◆								-	17	
Вычленение и понимание семантики актантов										33
Различия в спонтанной динамике между группами	Выражены в показателях учащихся 5 классов									

- Цепочка актантов, объединённых единой сюжетной линией, для которой характерным является нестандартность ситуации даже для нереальных действий.

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)						
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.		
				А	В	А	В	А	В	
«Кот прыгнул на доску, но прыжок оказался таким сильным, что кот пролетел клетку с птичкой» 	Отсутствии стабильности	Стабильное ухудшение показателей по всем классам	Коррекция мнестической деятельности	•	-	56	-	17	-	-
◆				44	22	-	42	17	67	
Вычленение и понимание семантики актантов			11	-	33					
Различия в спонтанной динамике между группами	Отсутствуют									

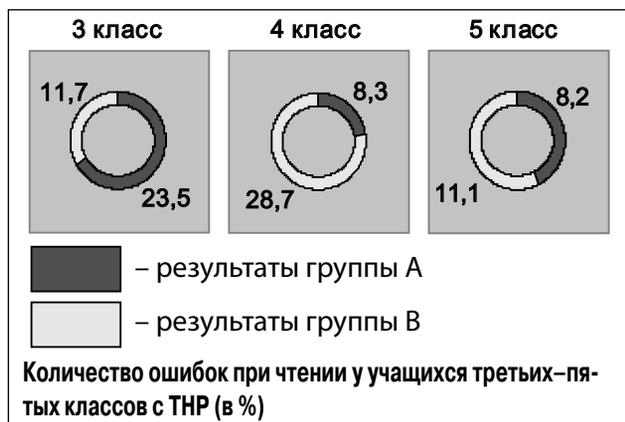
• Актанты, являющиеся центральным звеном ситуации и объединяющие причину происходящего, реакцию действующих лиц на эту причину и характер их последующего действия.

Примеры актантов	Динамика воспроизведения актантов данного типа при отсроченном воспроизведении		Направления коррекционной работы с текстом	Количество учащихся, нуждающихся в данной работе (в %)							
	Группа А	Группа В		3 кл.		4 кл.		5 кл.			
				А	В	А	В	А	В		
<p>«Тавма Тург был великим конструктором механических кукол и хотел их оживить. Он сказал Клёпе, что ему нужна её энергия для его механических кукол»</p>	Отсутствие стабильности	3–4 кл. – стабильное ухудшение показателей; 5 кл. – возрастание показателей	<ul style="list-style-type: none"> • ◆ 	-	33	-	33	-	33	-	33
Различия в спонтанной динамике между группами	Отсутствуют		Вычленение и понимание семантики актантов	-	-	-	-	33	-	-	-

ИССЛЕДОВАНИЕ СФОРМИРОВАННОСТИ ТЕХНИКИ ЧТЕНИЯ У УЧАЩИХСЯ ТРЕТЬИХ–ПЯТЫХ КЛАССОВ С ТНР

Задание: детям предлагались для чтения тексты, соответствующие по количеству слов и содержательной сложности уровню общего и речевого развития учащихся третьих–пятых классов.

Полученные результаты.



Как показывают полученные количественные результаты, какой-либо очевидной закономерности между уровнем сформированности техники чтения и состоянием мнестических процессов у учащихся из групп А и В не прослеживается. В связи с этим мы не считаем целесообразным углубляться в качественную сторону процесса чтения у учеников данных групп.

Обобщённый анализ результатов настоящего исследования позволил выявить необходимость дополни-

тельной коррекционной работы с учащимися 3–5 классов с ТНР, направленной на понимание, уточнение и полноценное воспроизведение содержания комиксов и составляющих их актантов. Эта работа при непосредственном воспроизведении должна быть сконцентрирована на коррекции мнестической деятельности и на вычленении и понимании семантики тех или иных актантов. При отсроченном воспроизведении (через 1,5–2 месяца) требуется работа по восстановлению отдельных семантических отрезков текста.

Таким образом, по результатам проведённого исследования были сделаны следующие общие выводы:

1. Процесс активного выбора ценностных ориентаций у учащихся 3–5 классов с ТНР при работе с текстом определяется состоянием мнестической деятельности детей этой категории и не зависит от состояния техники чтения.
2. Отмечается пятнадцать типов актантов, ценностные ориентации по которым не являются предпочтительными для учащихся 3–5 классов с ТНР с удовлетворительным и неудовлетворительным состоянием мнестических процессов. Динамика воспроизведения таких актантов при отсроченном воспроизведении в группе А и группе В характеризуется стабильным снижением показателей по всем классам.
3. У учащихся 3–5 классов с ТНР отмечаются ценностные ориентации, не во всех случаях соответствующие

ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

щие конкретным актантам.

4. Отмечается шесть типов актантов, ценностные ориентации по которым у учащихся 3–5 классов с ТНР отличаются вариабельностью независимо от условий воспроизведения с преобладанием отсутствия ценностных ориентаций. Динамика воспроизведения таких актантов при отсроченном воспроизведении характеризуется в группе А, в одних случаях, отсутствием стабильности в показателях учащихся всех классов, в других случаях, стабильным возрастанием показателей по всем классам; в группе В – в одних случаях, отсутствием стабильности в показателях учащихся всех классов, в других случаях, стабильным ухудшением показателей по всем классам.

5. Отмечается один тип актантов, ценностные ориентации по которому отличаются вариабельностью (при непосредственном воспроизведении отмечается наличие предпочтений, при отсроченном воспроизведении предпочтения отсутствуют) с преобладанием отсутствия ценностных ориентаций. Динамика воспроиз-

ведения таких актантов при отсроченном воспроизведении в группе А и группе В характеризуется стабильным снижением показателей по всем классам.

6. Отмечается четыре типа актантов, ценностные ориентации по которым отличаются вариабельностью при отсроченном воспроизведении с преобладанием отсутствия ценностных ориентаций. Динамика воспроизведения таких актантов при отсроченном воспроизведении характеризуется в группе А и в группе В отсутствием стабильности по всем классам.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Возрастные и индивидуальные различия памяти. / Под ред. А.А. Смирнова. – М.: Просвещение, 1967.
2. Крутецкий В.А. Психология. – М.: Просвещение, 1980.
3. Норман Д. Память и научение. Пер. англ. – М.: Мир, 1985.

Для переписки: Москва, ул. Радио, д. 10а, МГОУ (495) 267-57-41, 223-31-76, 261-59-27

поступила 13.11.2008

О СОЦИАЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

А.В. Бастрыкина

Председатель Региональной общественной организации инвалидов «КОНТАКТЫ-М», Москва

Возрастающее в России число детей с ограниченными возможностями ставит проблемы их социализации в разряд приоритетных. Семья, в составе которой есть ребенок с особыми потребностями, нуждается в государственной и общественной поддержке для максимально полноценного развития и воспитания личности такого ребенка. Подростки и молодые люди, имеющие инвалидность по различным причинам и категориям, сталкиваются с большими трудностями и проблемами в жизни вследствие дезадаптации и неполноценной социализации.

Инвалидность выступает как фактор, нарушающий процесс социального развития личности, ее способностей, интеллекта и соответственно социальной интеграции.

Формирование личности как взаимосвязанный процесс количественных и качественных изменений, которые происходят в анатомо-физиологическом развитии человека, в совершенствовании его нервно-

психической, познавательной и творческой деятельности, расширении мировоззрения представляет собой при инвалидности более сложный процесс и требует специальных мер адаптации и реабилитации.

Исследователи А.В. Мудрик и Г.К. Селевко выделяют четыре группы факторов формирования качеств личности: мега-, макро-, мезо-, микро. Действие этих факторов осуществляется по каналам:

- стихийной социализации, происходящей в процессе естественного взаимодействия человека с окружающей средой (комплексное действие всех средовых факторов);
- направленное влияние со стороны государства и общества (макро- и мезофакторы);
- канал воспитания, целенаправленной и социально-контролируемой деятельности по созданию условий для развития личности (организованное влияние микрофакторов);

- канал самовоспитания – деятельность человека как субъекта, проявляющего социальную активность и самореализующегося в обществе.

Организация воздействия этих каналов социализации, обеспечение эффективности функционирования в интересах личности, общества, государства является целью социального воспитания.

В ряду обозначенных факторов выделяются некоторые факторы, влияющие на процесс социализации изучаемого предмета: состояние здоровья (его нарушения), социальная среда, влияние среды, уровень образования и интеллекта, социально-культурное пространство.

При рассмотрении социального пространства лиц с инвалидностью можно наблюдать ограниченность социальных взаимодействий с людьми и социальными группами, вследствие чего не наступают полноценные общественные отношения и преобразование действительности.

Социально-культурная среда, по мнению исследователя Т.В. Кузнецовой – это определенная система «среда–личность», в которой существует внутренняя связь условий и деятельности, их взаимопроникновение. Функции этой системы двойственны: с одной стороны это представление о возможном направлении и содержании процесса развития личности, с другой стороны – это происходящие структурно-организационные изменения самой среды в результате взаимодействия с личностью, усложнение этих взаимодействий.

Таким образом, социально-культурная среда есть сфера реализации функций общественных отношений, направленных на социализацию личности.

Практическое значение имеют внутренние противоречия: отдельные личности различаются по ценностным ориентациям, интересам и потребностям. Отдельный человек, имеющий пространственные и временные ограничения подвергается взаимодействию не всей совокупности элементов данной системы, а лишь части. Наиболее сложным оказывается определение границ среды, объема включенной массы среды. В модели социальной интеграции инвалидов важным фактом является подвижность границ социокультурной среды и сложность их определения.

Ролевая концепция Дж. Мида, основанная на структурно-функциональном анализе Т. Парсона, развивает идею, что личность – это функция множества социальных ролей, присущих индивиду в обществе. Такое толкование применимо к человеку без каких-либо на-

рушений здоровья. Социальные функции при инвалидности ограничены.

Причинами ограничений согласно социальной модели инвалидности являются:

- недоступность физической среды и коммуникаций;
- недоступность сферы образования и профессиональной деятельности;
- недоступность объектов культуры, спорта, туризма;
- негативное отношение общества к человеку с инвалидностью, как к недееспособному, обузе и иждивенцу;
- негативное мышление самого человека с инвалидностью, как следствие отношения общества;
- систематическая дискриминация по признаку инвалидности.

Суть проблем социализации, развития личности инвалида кроется в отсутствии равных возможностей для достижения жизненных целей, присущих каждому человеку. Несоответствие механизмов государственных и общественных институтов социализации условиям процесса социализации людей с особыми потребностями вследствие инвалидности мешает развитию, что может приводить к социальной недееспособности.

Необходимым условием для создания равных возможностей является удовлетворение специфических потребностей, без которых не формируются и не удовлетворяются общие потребности, являющиеся базисом для проявления мотивированной социальной деятельности.

Создавая определенные условия можно направленно воздействовать на процесс социализации, развитие личности и интеллект. Это является особенно важным для детей с инвалидностью, для первичной социализации.

Для полноценной социализации и интеграции лиц с ограниченными возможностями необходимо:

- создание комплексной системы реабилитации, основанной на концепции Независимой жизни;
- создание рынка услуг для людей с инвалидностью с возможностью выбора;
- изменение мышления самого человека с инвалидностью с негативного на позитивное;
- совершенствование вспомогательных технологий и средств;
- выработка «Собственной жизненной технологии»;
- доступность среды и коммуникаций;
- доступность сфер образования, занятости и профессиональной деятельности;

- изменение стереотипа негативного отношения общества к людям с инвалидностью.

Программы социализации детей, подростков и молодежи с ограниченными возможностями, апробированные на протяжении девяти лет в РООИ «КОНТАКТЫ-М» основаны на исследовании условий процесса социализации, социальных проявлениях у детей, подростков и молодежи с инвалидностью. Целью программ являются развитие таких качеств, как уверенность в себе, умение общаться, расширять и выбирать круг общения, выделять жизненную проблему и разрешать ее, стимулировать появление новых навыков и умений, расширение кругозора. Все это способствует формированию активной жизненной позиции, дает возможность ориентироваться в выборе профессии, занятий, научиться быть ответственным, иметь семью и полноценно участвовать в жизни общества. Программы социализации, осуществляемые в Региональной общественной организации «КОНТАКТЫ-М», «Школа «Лидер», «Школа Независимой жизни», «Социально-бытовая адаптация» рассчитаны на детей, подростков и молодежь с инвалидностью и разной степенью развития качеств личности, способностей, интеллекта, умений и навыков.

Важным в работе Школы является комплексно-аналитический подход к выбору методов и мер социальной и психолого-педагогической работы и социальной реабилитации и адаптации детей с ограниченными возможностями с учетом факторов и условий социальной среды и достижения результатов и ожиданий, принятых в обществе.

Проявление качеств, повышающих самооценку и корректирующих эгоцентризм, дают навыки успешного участия в социокультурной жизни и управления жизненной ситуацией.

Развитие у подростков таких качеств как уверенность в себе, умение общаться, идентификация и самоидентификация, и др., позволяет позиционировать себя, выделять приоритеты и разрешать практическую ситуацию. Занятия помогают развить мыслительный и творческий процесс.

Поставленные цели достигаются с помощью решения следующих задач:

- научить подростков определять собственные нужды и особенности, видеть и обозначать проблему, находить ее решение; (предметы менеджмент и самоменеджмент);
- привить навыки общения с детьми, подростками

и взрослыми; (предметы психология общения и конфликтология);

- научиться жить с проблемами здоровья и выработать «Собственную жизненную технологию» (СЖТ); (предметы философия и концепция Независимой жизни);
- научить отстаивать свои интересы и права, устанавливать контакты с различными организациями, СМИ, работодателями; (предметы основы права, деловая риторика);
- создание своего внешнего образа, усвоение и формирование стиля поведения, принятого в обществе; (предмет имиджетерапия);
- научить работе с оргтехникой (предмет информатика);
- улучшение физического здоровья и познавательной деятельности подростков с помощью коррекционно-гимнастических и игровых упражнений (предмет адаптивная физическая культура);
- познакомить с понятием «общественная организация», ее миссией;
- оказание информационной поддержки и психологической помощи родителям детей с инвалидностью.

Занятия в школе «Лидер» проходят два раза в неделю по 4–6 часов в интерактивной форме. В работе используются мини-лекции, лекции-презентации по 15–20 минут, семинары, тренинги. Курс рассчитан на 6–7 месяцев.

Группы состоят из 15 человек от 13 до 18 лет и старше с различной степенью и категорией инвалидности, включая заболевания опорно-двигательного аппарата, общие заболевания, пороки сердца, болезни почек, бронхиальную астму, ментальные нарушения, легкую умственную отсталость и др.

В ходе занятий развивается позитивное мышление, появляется умение понимать себя, свои потребности; происходит осознание своих возможностей для развития, саморазвития и самовоспитания.

Для ребенка с инвалидностью, чтобы стать дееспособным участником социальных связей и взаимодействий и приобрести социальный опыт, необходимы следующие условия:

- анализ ситуации и определение конкретных причин, нарушающих процесс социализации;
- определение ресурсов и возможностей коррекционных и абилитационных/реабилитационных мер;

- социальная работа с семьей;
- исполнение индивидуальной программы реабилитации;
- мониторинг на всех этапах социализации.

Социальная значимость программ состоит в том, что дети с инвалидностью формируют свою активную жизненную позицию, получают разнообразные знания и умения, учатся общению, выбору контактов, типу социальных взаимодействий, начинают ориентироваться в своих желаниях и проявлениях. У них формируются потребности и интересы, что дает возможность сделать выбор предметной деятельности. Повышается самооценка, творческая активность и общественная инициативность подростков (театр, самодеятельность, создание клуба общения).

В сформированном учебном коллективе создается ситуация успеха, и подростки реализуют свои потребности в общении, занятости, творчестве. Учебный коллек-

тив представляет собой модель взаимодействий и взаимоотношений в обществе, в котором подросток и молодой человек с инвалидностью проявляет свои возможности участия в различных сферах социальной деятельности в соответствии со своими интересами. Потребности и интересы становятся более осознанными. Выраженность потребностей и интересов приводит к мотивированной социальной деятельности и интегрированности.

Программы социализации детей, подростков и молодежи разработаны на основе идей и концепции Л.С. Выготского, кондуктивной педагогики и концепции Независимого образа жизни с учетом условий, разрешающих проблемные моменты процесса социализации. В рассмотренных программах акцент сделан на увеличение сети контактов и социальных взаимодействий, формирование мотивационной деятельности, в соответствии с определяемыми потребностями, в том числе и специфическими.

Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона

Инструкция: Вам предлагается ряд утверждений. Рассмотрите последовательно каждое и оцените с точки зрения частоты их проявления применительно к вашей жизни при помощи четырех вариантов ответов: «часто», «иногда», «редко», «никогда». Выбранный вариант отметьте знаком «+».

Обработка результатов и интерпретация.

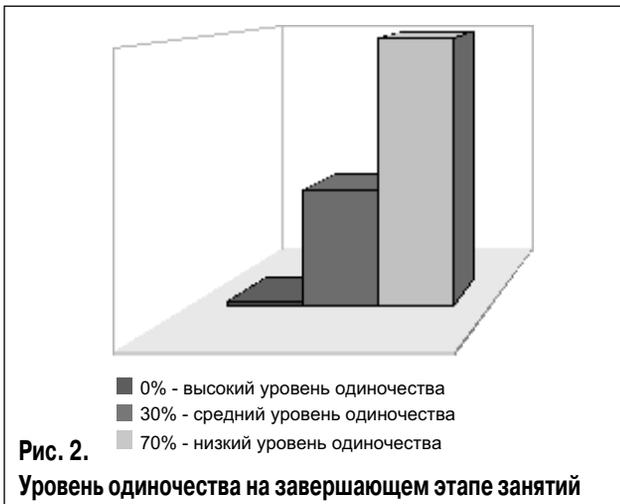
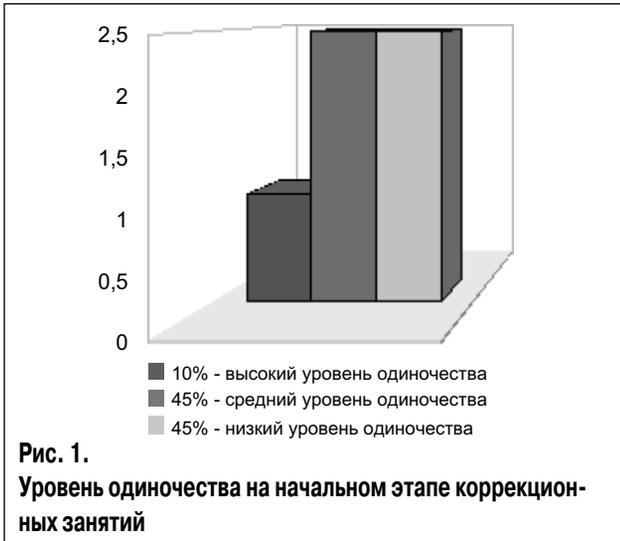
Подсчитывается количество каждого из вариантов ответов. Сумма ответов «часто» умножается на три, «иногда» – на два, «редко» – на один и «никогда» – на 0. Полученные результаты складываются. Максимально возможный показатель одиночества – 60 баллов. Высокую степень одиночества показывают от 40 до 60 баллов, от 20 до 40 баллов – средний уровень, от 0 до 20 баллов – низкий уровень одиночества.

Часто	Иногда	Редко	Никогда
-------	--------	-------	---------

Текст опросника

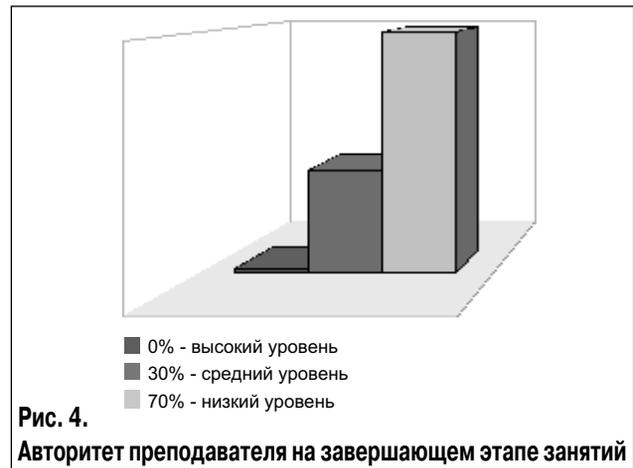
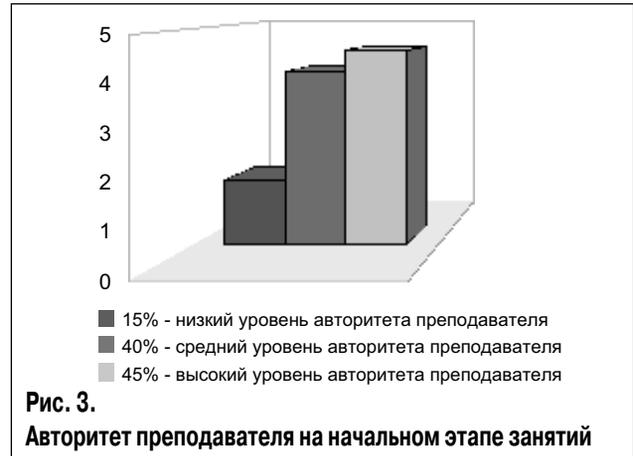
Утверждения

1. Я несчастлив, занимаясь столькими вещами в одиночку				
2. Мне не с кем поговорить				
3. Для меня невыносимо быть таким одиноким				
4. Мне не хватает общения				
5. Я чувствую, будто никто действительно не понимает себя				
6. Я застаю себя в ожидании, что люди позвонят или напишут мне				
7. Нет никого, к кому я мог бы обратиться				
8. Я сейчас больше ни с кем не близок				
9. Те, кто меня окружает, не разделяют мои интересы и идеи				
10. Я чувствую себя покинутым				
11. Я не способен раскрепощаться и общаться с теми, кто меня окружает				
12. Я чувствую себя совершенно одиноким				
13. Мои социальные отношения и связи поверхностны				
14. Я умираю от тоски по компании				
15. В действительности никто как следует не знает меня				
16. Я чувствую себя изолированным от других				
17. Я несчастен, будучи таким отверженным				
18. Мне трудно заводить друзей				
19. Я чувствую себя исключенным и изолированным другими				
20. Люди вокруг меня, но не со мной				



Исследование проводилось психологами в группе численностью 12 человек.

Результаты оцениваются по психологическим тестам и опросам. Изучалось такое качество, как самооценка, отражающее степень развития у человека чувства самоуважения, ощущение собственной значимости и позитивное отношение к тому, что входит в сферу его «я». По данным исследований, в сознании подростков 13–14 лет доминирует не школа, не учеба, не отдых и развлечения, а общество, его устройство, проблемы и общественное мнение. Таким образом, для подростка в личностном развитии важным является связь с обществом. Интернализация связи с обществом обеспечивает принадлежность к миру взрослых и формирует такие качества как мотивация к социальной деятельности и социальная ответственность. У подростков сильно выражена потребность в самоутверждении и признании его позиции. Занятия по программе социализации усиливают мотивацию и способствуют самоутверждению.



Для исследования уровня одиночества детям был предложен тест Д. Рассела и М. Фергюсона.

Таким образом, уровень одиночества подростков с инвалидностью значительно снизился.

Человеку свойственны какие-либо ожидания, во многом определяющие характер его действий. Дети оценивают соответствующим образом отношение к себе окружающих. Большое значение имеет образ действия преподавателя, влияние, которое он оказывает на детей, и восприятие детей. При помощи метода наблюдения было выявлено, как поменялось отношение к преподавателю.

Как видим из диаграмм, авторитет преподавателей за время занятий стал выше, косвенно можем утверждать, что доверие ко взрослым увеличивается.

С помощью метода анкетирования и опроса было выявлено, что дети больше всего ценят такие качества, как «надежность», «хороший друг», «общительность». Они хотят быть счастливыми.

Тест на общительность был следующим:

Шкала «Техника общения» Творогова

Автор: Н.Д. Творогов

Цель: Измерение уровня развития операционально-

го и эмоционально-волевого компонентов коммуникативной компетентности.

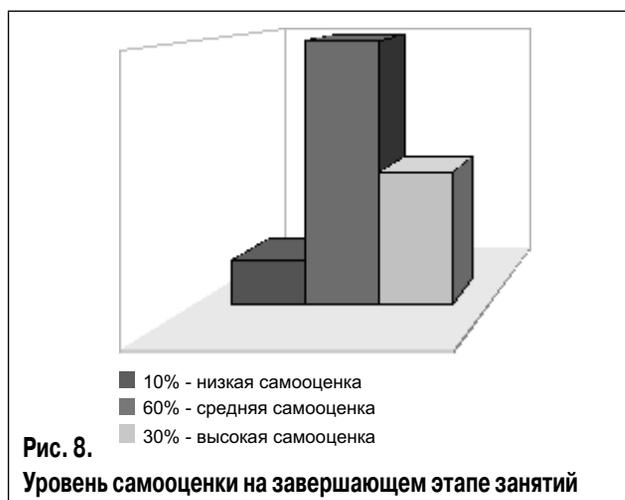
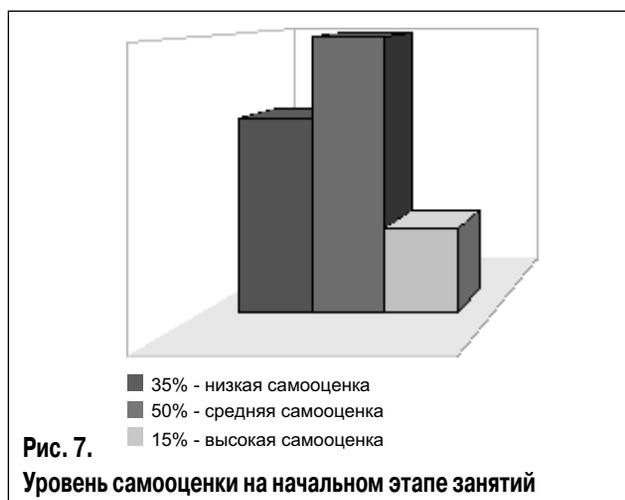
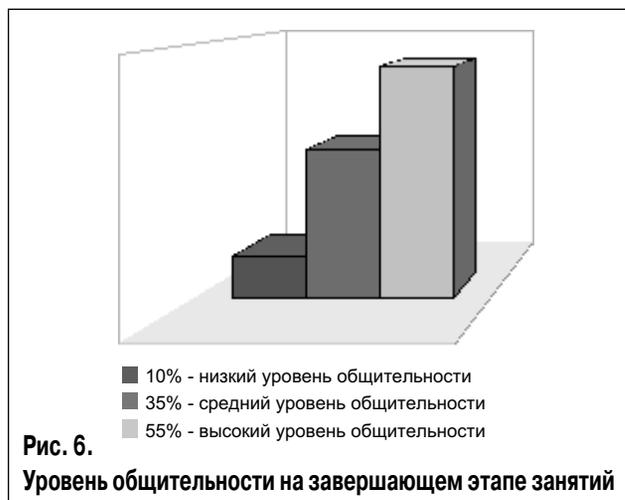
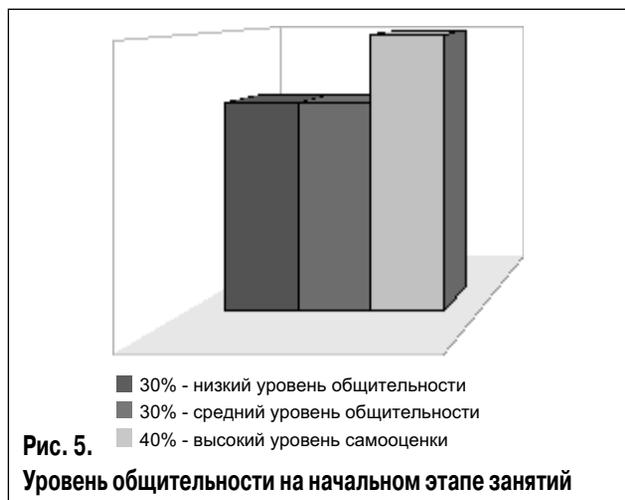
Инструкция. Оцените максимально объективно свои способности и умения каждого из одноклассников, проявляемые в общении. При работе над опросником обсуждать вслух оценки не разрешается. На бланке ответов номера качеств обозначены по горизонтали, а фамилии одноклассников и ваша зашифрованы цифрами по вертикали. Сначала поставьте себе оценку по каждому из указанных качеств и обведите свой номер кружком в таблице, затем оцените своих товарищей. Оценки в соответствующих графах в 5-балльной системе, где 0 обозначает полное отсутствие характеристики, а 5 – максимальную ее выраженность. Десятичные, дробные значения не допускаются. Если Вы не можете оценить данное умение или данного человека по каким-то причинам, то в соответствующих графах поставьте прочерки. Список группы прилагается.

Коммуникативные умения:

1. Умение начать разговор, найти общую тему.

2. Способность длительное время поддерживать разговор.
3. Понимание чувств и намерений другого человека.
4. Умение воздерживаться от категорических суждений при оценке других.
5. Умение выслушать собеседника.
6. Умение выйти из общения, не обижая других.
7. Приветливость.
8. Хорошие манеры в общении.
9. Тактичность.
10. Умение точно и ясно высказывать свои мысли.
11. Мимическая подвижность лица.
12. Соответствие жестов ситуации.
13. Соответствие мимики ситуации.
14. Умение одеваться в соответствии с ситуацией.
15. Соответствие интонации речи ее смыслу.
16. Умение при желании включиться в начатую другими работу.

Были получены следующие результаты:



Уровень общительности поднялся на более высокую планку, это дает право предполагать, что дети стали больше доверять друг другу.

Для определения самооценки тест был проведен дважды – на первых занятиях и на заключительных.

Исследование результатов программ социализации «Школа «Лидер» показало, что повысился уровень общительности, самооценки, доверия ко взрослым, снизился уровень одиночества. По результатам опроса было выявлено, что сформированная активная жизненная позиция на основе принципов Независимого образа жизни, самоопределении, самостоятельности, ответственности, контроле за собственными действиями способствует преодолению социальной недостаточности. Проявляющаяся самостоятельность и решительность в действиях становятся стимулом и средством формирования позитивного мышления, мотивации к социальной деятельности и интеграции в социум.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бастрыкина А.В. Проблемы социализации людей с ограниченными возможностями. Материалы Второго Международного конгресса «Актуальные проблемы реабилитации детей, страдающих церебральным параличом». РГСУ. – М., 2007.
2. Бастрыкина А.В. Центры «Независимой жизни». Перспектива. – М., 2002.
3. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 тт. – М.: Педагогика, 1983. – Т. 4–5.
4. Кузнецова Т.В. Оптимизация развития личности ребенка в условиях социально-культурной среды. Автореферат дис. к.п.н. – М.: МГУКИ, 1999.
5. Лильин Е.Т. Проблема мотивации в реабилитологии. Детская и подростковая реабилитация. – 2007. – № 1 (8).
6. Мардахаев Л.В. Формирование системы в социально-педагогической работе с ребенком, страдающим ДЦП. Материалы Второго Международного конгресса «Актуальные проблемы реабилитации детей, страдающих церебральным параличом». РГСУ. – М., 2007.
7. Моздокова Ю.С. Коммуникативно-деятельностный подход в социально-культурной интеграции инвалидов. Монография. – М.: МГУКИ, 2005. – Стр. 128.
8. Мудрик А.В. Социальная педагогика: учебник для студентов пед. вузов Под ред. В.А. Сластенина. – 3-е изд., доп. – М.: Академия, 2000. – Стр. 176.
9. Парсон Т. О структуре социального действия (под общей редакцией В.Ф. Чесноковой, С.А. Белановского). – М.: Академический проект, 2000.
10. Селевко Г.К., Селевко А.Г. Социально-воспитательные технологии. – Народное образование, 2002.

Сведения об авторе: Антонина Викторовна Бастрыкина, соискатель степени кандидата социологических наук. Тел.: 483-02-09 дом. Моб. 8-015-241-84-03. поступила 12.11.2008

ПРОЕКТ УСТАВА НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ (НАРДИ)

**КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПРОБЛЕМАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ
И СОЗДАНИЮ НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ
ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ (НАРДИ)**

ПРОЕКТ

УСТАВ НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ (НАРДИ)

МОСКВА, 2009 Г.

1. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ

1.1. Национальная ассоциация реабилитации детей-инвалидов (далее – «Ассоциация») учреждена по инициативе работающих в сфере лечения и реабилитации

детей - инвалидов ведущих медицинских специалистов и детских реабилитационных центров, основывающихся

ся на следующих принципах:

1.1.1. Профессиональным и этическим установкам учредителей и их деловым интересам отвечает формирование в России передовой системы поддержки детей-инвалидов, обеспечивающей неразрывность, преемственность и высокое качество их медицинского обслуживания, образования и социальной реабилитации.

1.1.2. Любой элемент отечественной системы поддержки детей-инвалидов может и должен находиться на уровне современных передовых стандартов.

1.1.3. Выведение национальной системы поддержки детей-инвалидов в целом, и каждого из её звеньев на передовой уровень даст страдающим от тяжкого недуга людям возможность более полноценной жизни.

2. НАИМЕНОВАНИЕ, ЦЕЛИ И ПРЕДМЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

2.1. Полное наименование Ассоциации: «Национальная ассоциация реабилитации детей-инвалидов». Сокращённое наименование Ассоциации: «НАРДИ».

2.2. Цели Ассоциации заключаются:

2.2.1. в координации деятельности участников, направленной на формирование передовой отечественной системы поддержки детей - инвалидов, надёжно обеспечивающей неразрывность, преемственность и высокое качество медицинского обслуживания, образования и социальной реабилитации;

2.2.2. в помощи детским реабилитационным центрам в развитии и совершенствовании профильной деятельности, а также в оптимизации их хозяйственных процессов;

2.2.3. в содействии оптимизации государственного обеспечения медицинского обслуживания, образования и социальной реабилитации детей – инвалидов;

2.2.4. в представлении и защите общих интересов членов Ассоциации по достижению её целей.

2.3. Предмет (основные направления) деятельности Ассоциации:

2.3.1. формирование в рамках Ассоциации сообщества лучших детских реабилитационных учреждений, специализированных подразделений учреждений как Ассоциированных участников (отделений реабилитации, дневных стационаров), комплексная реабилитация (медицинская, психолого-педагогическая и социальная) которых соответствуют современным передовым стандартам;

2.3.2. координация деятельности членов Ассоциа-

ции в рамках её уставных целей, представление и защита общих интересов членов Ассоциации;

2.3.3. содействие участвующим в Ассоциации детским реабилитационным центрам во внедрении наиболее эффективных методов и технических средств лечения и реабилитации;

2.3.4. содействие детским реабилитационным центрам в постановке их хозяйственных процессов;

2.3.5. содействие детским реабилитационным центрам в проведении профильного обучения своих специалистов;

2.3.6. организация профильного информационного обеспечения населения, членов Ассоциации, а также органов государственной власти и управления;

2.3.7. содействие снижению расходов членов Ассоциации на материально - техническое и информационное обеспечение;

2.3.8. содействие разработке и внедрению новых стандартов лечебных, реабилитационных и хозяйственных процессов;

2.3.9. содействие членам Ассоциации в организации юридического обеспечения лечебного, реабилитационного и учебного процесса;

2.3.10. организация обмена опытом;

2.3.11. участие в хозяйственных обществах, обеспечивающее цели Ассоциации;

2.3.12. деятельность, обеспечивающая работоспособность Ассоциации.

2.4. В качестве некоммерческой организации Ассоциация не имеет извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности и не распределяет полученную прибыль между своими участниками.

2.5. Ассоциация может вести организационную, информационную, социальную, правовую, научную, образовательную, хозяйственную и иного рода деятельность при условии, что она направлена на обеспечение уставных целей Ассоциации и не выходит за установленные законодательством рамки.

Ассоциация не ведёт самостоятельной, осуществляемой на свой риск деятельности, направленной на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг (предпринимательской деятельности). Для осуществления предпринимательской деятельности Ассоциация может создать хозяйственное общество или участвовать в таком обществе.

3. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ АССОЦИАЦИИ.

3.1. Ассоциация представляет собой некоммерческую организацию, созданную в форме объединения юридических лиц. Ассоциация учреждена по законодательству Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом РФ «О некоммерческих организациях».

3.2. В качестве юридического лица Ассоциация имеет в собственности обособленное имущество, отвечает по своим обязательствам этим имуществом, может от своего имени приобретать имущественные и неимущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде, имеет самостоятельный баланс.

3.3. Ассоциация вправе в установленном законодательством порядке открывать счета в банках Российской Федерации и за пределами её территории.

3.4. Ассоциация не отвечает по обязательствам своих членов. Члены Ассоциации несут по обязательствам Ассоциации субсидиарную ответственность в соответствии с пунктами 4.5. и 4.6. Устава.

3.5. Ассоциация имеет печать со своим полным наименованием на русском языке, вправе иметь штампы и бланки со своим наименованием, а также эмблему, зарегистрированную в установленном законодательством порядке.

3.6. Ассоциация может создавать филиалы и представительства, не являющиеся юридическими лицами. Сведения о филиалах и представительствах Ассоциации должны быть внесены в её Устав. Ответственность за деятельность своего филиала или представительства несёт Ассоциация.

3.7. Ассоциация создана без ограничения срока деятельности.

3.8. Местом нахождения Ассоциации является г. Москва Российской Федерации.

4. ИМУЩЕСТВО АССОЦИАЦИИ.

4.1. Ассоциация может иметь в собственности денежные средства в рублях и в иностранной валюте, а также любое иное имущество, свободный гражданский оборот которого разрешен законодательством.

4.2. Источниками формирования имущества Ассоциации могут быть:

4.2.1. регулярные и единовременные поступления от своих членов;

4.2.2. добровольные имущественные взносы и пожертвования;

4.2.3. выручка от реализации товаров, работ, услуг;

4.2.4. дивиденды (доходы, проценты), получаемые по акциям, облигациям, другим ценным бумагам и вкладам;

4.2.5. доходы, получаемые от собственности Ассоциации;

4.2.6. другие, не запрещённые законом, поступления.

4.3. Ассоциация использует своё имущество только для достижения и обеспечения своих уставных целей.

4.4. При ликвидации Ассоциации оставшееся после удовлетворения требований кредиторов имущество направляется, на предусмотренные пунктом 2.2. Устава цели, в интересах которых она была создана и/или на благотворительные цели. В случае если такое использование имущества не представляется возможным, оно обращается в доход государства.

4.5. Члены Ассоциации несут субсидиарную ответственность по её обязательствам, возникшим после их вступления в Ассоциацию. Размер субсидиарной ответственности каждого из них пропорционален его годовому взносу, но не более 5000 (пяти тысяч) рублей.

4.6. При выходе или исключении из Ассоциации вышедший несёт субсидиарную ответственность в течение двух лет с момента выхода. Вступление в Ассоциацию нового члена может быть обусловлено его субсидиарной ответственностью по обязательствам Ассоциации, возникшим до его вступления.

5. ЧЛЕНСТВО В АССОЦИАЦИИ.

5.1. Членами Ассоциации являются организации, осуществляющие деятельность в сфере медицинского обслуживания, образования и социальной реабилитации детей – инвалидов, ставшие учредителями Ассоциации либо вступившие в неё позднее.

5.2. Права членов Ассоциации:

5.2.1. безвозмездно пользоваться услугами Ассоциации, а также участвовать в её проектах на условиях, согласованных с Ассоциацией;

5.2.2. участвовать в управлении Ассоциацией в составе Общего собрания с правом решающего голоса;

5.2.3. участвовать в принятии решений о приёме в Ассоциацию и исключении из неё;

5.2.4. получать информацию о деятельности Ассоциации в предусмотренном Уставом порядке;

5.2.5. требовать проверки финансово-хозяйственной деятельности Ассоциации;

5.2.6. по своему усмотрению выйти из Ассоциации по окончании финансового года, уведомив об этом Правление не позднее, чем за месяц до окончания финансового года.

5.3. Обязанности членов Ассоциации:

5.3.1. участвовать в управлении Ассоциацией в составе Общего собрания, а также при формировании решений опросным путём в соответствии с пунктом 7.4.7. Устава;

5.3.2. деятельно разделять Основополагающие принципы Ассоциации и стремиться к поддержанию своих производственных процессов на уровне современных передовых стандартов;

5.3.3. вносить имущественные членские взносы в размерах и в порядке, установленных Правлением Ассоциации. Принять решение об освобождении от обязанности внесения членских взносов может Правление;

5.3.4. нести субсидиарную ответственность по обязательствам Ассоциации;

5.3.5. соблюдать Устав Ассоциации.

5.4. Приём в члены Ассоциации после проведения Учредительного собрания производится Правлением с согласия простого большинства членов Ассоциации. Процедура приёма устанавливается Правлением.

5.5. Исключение из Ассоциации производится по решению простого большинства остающихся членов. Основанием для исключения из Ассоциации являются действия или обстоятельства, свидетельствующие об отказе от Основополагающих принципов и /или Устава Ассоциации. Процедура исключения устанавливается Правлением.

6. АССОЦИИРОВАННЫЕ УЧАСТНИКИ

6.1 Почётный статус «Ассоциированный участник» может быть присвоен Правлением организациям и гражданам, не являющимся членами Ассоциации, если они:

6.1.1. имеют особенные заслуги перед профильным профессиональным сообществом, детьми-инвалидами и их семьями, Ассоциацией, и/или

6.1.2. принимают участие в реализации программ Ассоциации, и/или

6.1.3. внесли существенное имущественное пожертвование на цели Ассоциации.

6.2. Ассоциированные участники не участвуют в управлении Ассоциацией и не несут перед ней устав-

ных обязанностей. Им предоставляется право:

6.2.1. участвовать в работе Общего собрания с правом совещательного голоса;

6.2.2. получать информацию о деятельности Ассоциации в порядке, предусмотренном Уставом;

6.2.3. безвозмездно пользоваться предоставляемыми Ассоциацией её членам услугами.

6.3. Почётный статус «Ассоциированный участник» присваивается Правлением, которое вправе его отзывать. Основанием для отзыва могут стать действия или обстоятельства, несовместимые с пребыванием в почётном статусе «Ассоциированного участника». Процедуры присвоения и лишения почётного статуса устанавливаются Правлением.

7. УПРАВЛЕНИЕ АССОЦИАЦИЕЙ

7.1. Управление Ассоциацией осуществляется тремя органами управления, каждый из которых отвечает за решение вопросов своей компетенции:

7.1.1. Общим собранием;

7.1.2. Правлением;

7.1.3. Директором.

7.2. Общее собрание является высшим органом управления Ассоциации. Его функция - обеспечение соблюдения Ассоциацией целей, в интересах которых она создана. Сферу исключительной компетенции Общего собрания составляют следующие вопросы:

7.2.1. изменение устава Ассоциации;

7.2.2. определение приоритетных направлений деятельности, принципов формирования и использования имущества Ассоциации;

7.2.3. образование органов управления Ассоциации - Правления и Директора – и досрочное прекращение их полномочий;

7.2.4. реорганизация и ликвидация Ассоциации.

7.3. Общее собрание вправе принимать обязательные решения по другим вопросам, если эти вопросы вынесены на его решение Правлением, Директором, ревизором/ревизионной комиссией или внешним аудитором, действующими при этом в рамках своей компетенции.

7.4. Общее собрание соблюдает следующие процедурные правила:

7.4.1. Очередные Общие собрания проводятся не реже одного раза в три года, их созыв и проведение обеспечивается Правлением. Внеочередные Общие собрания проводятся по инициативе Правления, ревизора/

ревизионной комиссии или по инициативе не менее чем одной трети членов Ассоциации. Проведение внеочередного Общего собрания обеспечивается, по общему правилу, Правлением, но в необходимых случаях члены Ассоциации могут выполнить эту функцию самостоятельно.

7.4.2. Общее собрание правомочно, если на нём присутствуют более половины членов Ассоциации (их представителей).

7.4.3. Каждый член Ассоциации имеет при голосовании один решающий голос.

7.4.4. Решения по вопросам исключительной компетенции Общего собрания принимаются большинством в 2/3 (две трети) голосов участников собрания. 7.4.5. Решение о преобразовании считается принятым, если за него проголосовали все члены-учредители Ассоциации, заключившие Учредительный договор.

7.4.6. Прочие вопросы решаются простым большинством.

7.4.7. Решение вопросов, предусмотренных пунктами 5.4., 5.5. и 7.2.3. Устава, а также других вопросов, которые Правление сочтёт необходимым вынести на решение Общего собрания, может проводиться опросным путём по правилам проведения внеочередного Общего собрания.

7.4.8. В работе Общего собрания с правом совещательного голоса вправе участвовать Ассоциированные участники, члены Правления, Директор, ревизор/члены ревизионной комиссии, представитель внешнего аудитора, а также приглашенные Председателем Правления лица.

7.5. Правление является постоянно действующим коллегиальным органом управления, обеспечивающим эффективность работы Ассоциации и контролирующим деятельность Директора. Правление избирается Общим собранием на трёхлетний срок и подотчётно ему.

7.6. К компетенции Правления относятся следующие вопросы:

7.6.1. определение порядка своей работы;

7.6.2. утверждение финансового плана и внесение в него изменений, принятие решений об использовании прибыли;

7.6.3. утверждение годового отчёта и годового бухгалтерского баланса, счетов прибылей и убытков и их распределения;

7.6.4. утверждение штатного расписания по представлению Директора;

7.6.5. создание филиалов и открытие представи-

тельств;

7.6.6. участие в других организациях;

7.6.7. подготовка и проведение Общего собрания, проведение процедуры формирования его решений опросным путём;

7.6.8. процедуры приёма и исключения членов Ассоциации, присвоения и отзыва почётного статуса «Ассоциированного участника»;

7.6.9. установление размеров и порядка уплаты регулярных членских взносов, а также освобождение от обязанности внесения членских взносов;

7.6.10. проверка финансово-хозяйственной деятельности, назначение ревизора или ревизионной комиссии, привлечение внешнего аудитора;

7.6.11. созыв и обеспечение проведения Общих собраний;

7.6.12. Правление правомочно принимать обязательные решения по любым вопросам работы Ассоциации, за исключением входящих в сферу исключительной компетенции Общего собрания. В частности, Правление вправе отстранить от исполнения обязанностей Директора и назначить временно, до решения Общего собрания, исполняющего его обязанности;

7.7. Правление соблюдает следующие процедурные правила:

7.7.1. Правление избирает из своего состава Председателя Правления, организующего деятельность Правления.

7.7.2. Правление самостоятельно устанавливает порядок своей работы.

7.7.3. Очное заседание Правления правомочно, если на нём присутствуют более половины его членов. При невозможности своевременно обеспечить кворум Председатель может провести формирование решения Правления опросным путём.

7.7.4. Каждый член Правления имеет при голосовании один решающий голос. При равенстве голосов голос Председателя является решающим.

7.7.5. Решения Правления принимаются простым большинством голосов участников очного заседания, а при формировании решения опросным путём – простым большинством полного состава Правления.

7.7.6. Председатель Правления и Правление вправе привлекать к работе этого органа управления и/или приглашать к участию в его заседаниях с правом совещательного голоса любых третьих лиц.

7.7.7. Каждый член Правления вправе выполнять представительские функции от лица Ассоциации, но для заключения обязывающей Ассоциацию сделки он должен получить от Директора соответствующие полномочия.

7.8. Директор является исполнительным органом Ассоциации, осуществляющим текущее руководство её деятельностью и отвечающим за выполнение решений Общего собрания и Правления. Избирается Общим собранием на трёхлетний срок, подотчётен Общему собранию и Правлению. Директор:

7.8.1. без доверенности действует от имени Ассоциации, в том числе представляет её интересы и совершает сделки;

7.8.3. издает в рамках своей компетенции приказы и распоряжения, в том числе о назначении на должности работников Ассоциации, об их переводе и увольнении, применяет меры поощрения и налагает дисциплинарные взыскания;

7.8.4. открывает, ведет и закрывает в банках счета Ассоциации;

7.8.5. организует ведение бухгалтерского учета и отчетности Ассоциации;

7.8.6. представляет Правлению годовые отчеты, годовые бухгалтерские балансы, счета прибылей и убытков и их распределения;

7.8.7. исполняет другие функции по организации нормальной деятельности Ассоциации в соответствии с действующим законодательством и Уставом.

8. КОНТРОЛЬ ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

8.1. Ассоциация ведёт бухгалтерский и налоговый учёт, предоставляет статистическую и иную государственную отчётность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8.2. По результатам финансового года, который устанавливается с 1 января по 31 декабря, Директор подготавливает годовой отчет и годовой бухгалтерский баланс, счёт прибылей и убытков и их распределения, и представляет их Правлению на утверждение. Утверждённые Правлением годовой отчет и годовой бухгалтерский баланс, а также счёт прибылей и убытков и их распределения предоставляются для ознакомления членам Ассоциации.

8.3. Информация о текущей деятельности Ассоциации предоставляется её членам, Ассоциированным участникам и другим заинтересованным лицам Директором,

Председателем Правления или, по распоряжению Директора сотрудниками Ассоциации. В предоставлении сведений о текущей деятельности, являющихся предметом коммерческой тайны, Ассоциация вправе отказать.

Не являются предметом коммерческой тайны размеры и структура доходов Ассоциации, а также сведения о размерах и составе её имущества, о её расходах, численности и составе работников, об оплате их труда и об использовании безвозмездного труда граждан в деятельности Ассоциации.

8.4. Ассоциация предоставляет информацию о своей деятельности органам государственной статистики, налоговым органам и иным заинтересованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации и своим Уставом.

8.5. Для проверки финансово - хозяйственной деятельности Ассоциации Правление по своей инициативе или по требованию одной трети членов Ассоциации назначает ревизию (внутренний аудит) и/или привлекает внешнего аудитора. По итогам проверки ревизор/ревизионная комиссия или аудитор составляет заключение и передаёт его Правлению. По результатам проверки ревизор/ревизионная комиссия или аудитор вправе обратиться к членам Ассоциации напрямую.

8.6 Члены Правления, а также члены ревизионной комиссии (ревизор) и внешний аудитор вправе знакомиться с любыми документами Ассоциации, в том числе с рабочими документами Директора и других сотрудников Ассоциации. Иным лицам такая возможность предоставляется в случаях, предусмотренных законодательством или Уставом.

9. ДОКУМЕНТЫ АССОЦИАЦИИ

9.1. В офисе Директора Ассоциации хранятся следующие документы:

9.1.1. Свидетельство о государственной регистрации Ассоциации;

9.1.2. зарегистрированные в установленном порядке устав Ассоциации со всеми изменениями и дополнениями и Учредительный договор;

9.1.3. протокол Собрания учредителей о создании Ассоциации;

9.1.4. иные документы, связанные с созданием Ассоциации, в том числе с внесением в Ассоциацию имущества её членами;

9.1.5. протоколы решений Общего собрания о фор-

мировании Правления и назначении Директора;

9.1.6. списки членов Ассоциации, Ассоциированных участников, членов органов управления и работников;

9.1.7. документы, подтверждающие права Ассоциации на имущество, находящееся на его балансе, прочие первичные документы бухгалтерского учёта;

9.1.8. протоколы прочих решений Общего собрания и Правления, приказы и письменные распоряжения Директора;

9.1.9. внутренние нормативные документы Ассоциации, в том числе положения об открытых ею филиалах и представительствах;

9.1.10. финансовая, налоговая, статистическая и иная отчётность Ассоциации и созданных ею филиалов и представительств;

9.1.11. заключения ревизора / ревизионной комиссии и внешнего аудитора Ассоциации, государственных и муниципальных контролирующих органов;

9.1.12. бухгалтерские книги, копии выданных Ассоциацией доверенностей и прочие документы, предусмотренные федеральными законами и иными правовыми актами Российской Федерации, а также решениями органов управления Ассоциации.

9.2. Протоколы Собрания учредителей о создании Ассоциации и формировании её органов управления, Устав со всеми изменениями и дополнениями, Учредительный договор, Свидетельство о государственной регистрации, положения о созданных Ассоциацией

филиалах и представительствах предоставляются для ознакомления всем заинтересованным лицам в месте нахождения офиса Директора. В филиалах и представительствах Ассоциации предоставляются нотариально заверенные копии этих документов.

9.3. Ассоциация выполняет государственные мероприятия в области мобилизационной подготовки и ведения воинского учёта согласно действующему законодательству РФ.

9.4. При реорганизации Ассоциации все документы (управленческие, финансово-хозяйственные, по личному составу м др.) передаются в соответствии с установленными правилами правопреемнику. При ликвидации Ассоциации документы постоянного хранения, имеющие научно-историческое значение, передаются на государственное хранение в архивы объединения «Мосгорархив». Документы по личному составу (приказы, личные дела, карточки учёта, лицевые счета и т.п.) передаются на хранение в архив административного округа, на территории которого находится Ассоциация. Передача и упорядочение документов осуществляются силами и за счёт средств Ассоциации в соответствии с требованиями архивных органов.

10. РЕОРГАНИЗАЦИЯ И ЛИКВИДАЦИЯ.

10.1. Порядок реорганизации и ликвидации Ассоциации определяются Гражданским кодексом РФ и Федеральным законом РФ «О некоммерческих организациях».

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ ЖУРНАЛА «ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»!

Мы продолжаем знакомить Вас с важнейшими мероприятиями в рамках международного сотрудничества.

Осенью 2009 г. в Дюссельдорфе (Германия) будет проходить Международная выставка и медицинский конгресс **MEDICA -2009** (18.11.09 – 21.11.09). В его рамках пройдет выставка и конгресс по медицинскому оборудованию, компонентам и технологиям. Более 4 000 экспонентов будут демонстрировать медицинское оборудование, технологии лабораторных исследований и диагностики, больничное оборудование, достижения фармацевтики, оборудование для лабораторий и другие товары для индустрии здравоохранения.

Членам Национальной Ассоциации реабилитации детей-инвалидов (НАРДИ) будет оказана визовая поддержка, помощь при размещении и услуги переводчиков на выгодных условиях. О Вашей заинтересованности просим сообщить заблаговременно в редакцию журнала по адресу:

aps_detstvo@mail.ru, контактное лицо проф. Шарандак А.П. 8-905-708-51-05

или непосредственно в Германию на адрес:

European Scientific Society akademie2002@freenet.de Георгий Тыминский +49(0)511-390-80-88

ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО ОБЪЕДИНЕННОМУ КАТАЛОГУ АГЕНТСТВА ПЕЧАТИ И РОЗНИЦЫ «ПРЕССА РОССИИ» НА II ПОЛУГОДИЕ 2009 ГОДА

«ЛФК И МАССАЖ.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И МАССАЖ»

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

Для предприятий и организаций **44019**

(периодичность: 6 номеров в полугодие)

«ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

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

Для предприятий и организаций **82494**

(периодичность: 1 номер в полугодие)

«РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ»

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

Для предприятий и организаций **83257**

(периодичность: 1 номер в полугодие)

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО ОБЪЕДИНЕННОМУ КАТАЛОГУ АГЕНТСТВА «РОСПЕЧАТЬ» НА II ПОЛУГОДИЕ 2009 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
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.