

Дорогие друзья,

Деятельность научно-практического журнала «Детская и подростковая реабилитация» вызывает огромное уважение. Дети-инвалиды и их семьи - это самая незащищенная часть нашего общества. Они нуждаются в особой заботе и поддержке государства, медицинских организаций, гражданских структур.

Нам необходимо построить современную систему государственной социальной поддержки детей-инвалидов, решить целый комплекс проблем от доступности лекарств и реабилитационных центров до образования и трудоустройства.

Ваше издание выполняет благородную миссию, ориентируя специалистов и всех заинтересованных читателей в новых средствах, методах и подходах к лечению и адаптации детей-инвалидов. Ваши публикации не только способствуют развитию детской и подростковой реабилитологии, вы помогаете людям не терять надежду, бороться и преодолевать трудные жизненные обстоятельства, вносите свой вклад в формирование гуманной атмосферы в нашей стране.

Забота о детях-инвалидах, помощь их семьям индикатор морального состояния нашего общества. Партия «Справедливая Россия» считает защиту прав и создание условий для достойной жизни детей инвалидов важнейшим направлением социальной политики.

Уверен, что совместными усилиями мы сможем кардинально изменить ситуацию к лучшему, избавить людей от огромного количества проблем, с которыми они сталкиваются ежедневно, проложить для них путь к полноценной жизни в обществе.

*Председатель Совета Федерации
Федерального Собрания Российской Федерации
Председатель партии «Справедливая Россия»*

 *С.М. Миронов*

«ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОХДИТ 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 Росздора, директор ФГУ РРЦ «Детство» Росздора, академик РАЕН, Москва, Россия

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

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

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

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

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 Росздора, 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 Tyminskiy 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 Росздора, 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 нейрорепедиатрического реабилитационного отделения, Мейербах, Германия

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

РЕДАКТОР-КОРРЕКТОР

Бадикова Л.К.



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

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

Е.Т. Лильин

Уважаемые читатели!

Детская реабилитология продолжает свое активное развитие в XXI веке и редакция журнала может это констатировать по результатам Международного конгресса и Всемирной выставки по реабилитации, которые прошли в октябре 2008 года в г. Дюссельдорфе (Германия). С материалами конференции и мнениями ведущих специалистов России о путях дальнейшего развития комплексной реабилитации мы будем знакомить Вас в следующих номерах нашего журнала. Приятно отметить, что Российская делегация составила более 50 человек из многих регионов нашей великой страны. Российские специалисты ознакомились с опытом ведущих реабилитационных учреждений Германии и работой Министерства труда, здравоохранения и социальной политики Федеральной Земли Северный Рейн-Вейстфалия. Во время работы руководителей отечественной делегации с представителями германских учреждений реабилитации была достигнута сугубо предварительная договоренность о возможности обучения наших специалистов по максимально доступным ценам новейшим методикам всемирной практики комплексной реабилитации в городах Дюссельдорфе и Ганovere (см. стр. 59). Подтверждением сказанного явилось согласие ведущих специалистов Германии, включая президента общества детских неврологов профессора Volker Hömberg



войти в редколлегию нашего журнала.

В заключение, позвольте поздравить Вас с наступающим 2009 годом, а также информировать о том, что согласно решению Президиума Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России от 10 октября 2008 г. №38/54 с 10 октября 2008 г. наш журнал вошел во вновь утвержденный Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней не только кандидата, но и доктора медицинских наук.

ВНИМАНИЕ!

Согласно решению профильных Комитетов Государственной Думы Федерального собрания РФ и по их поручению доводим до сведения всех учреждений здравоохранения и социальной сферы, занимающихся реабилитацией детей и подростков, о решении создания Всероссийской Ассоциации детских реабилитационных центров.

В срочном порядке просим сообщить о Вашем желании вступить в Ассоциацию по адресу:

142031 Московская область, Домодедовский район, п/о Лукино

e-mail: detstvo1996@mail.ru

телефон/факс: (495) 723-10-56, 739-76-83

Ответственный секретарь Организационного комитета: проф. Шарандак Александр Петрович.

Вся информация об учредительной конференции, деятельности Ассоциации, направленной на укрепление материально-технической базы Центров, их информационного обеспечения, обучения кадров, хозрасчетной деятельности, будет сообщена адресатам, заявившим о своем участии, дополнительно.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ДЦП

В.А. Шабалов, А.В. Декопов, А.А. Томский, Е.М. Трошина
НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН

DIFFERENTIAL APPROACH TO NEUROSURGICAL TREATMENT OF MOTIONAL PATHOLOGY BY ICP

V.A. Shabalov, A.V. Dekopov, A.A. Tomskiy, E.M. Troshina, N.N. Burdenko Research Institute of Neurosurgery of RAMN.

SUMMARY

Cerebral palsy is a sever neurological disease and one of the main reason of the childhood disability. Spasticity and hyperkinetic movements decrease the quality of patient's life and the effectiveness of the rehabilitation treatment significantly. Functional neurosurgical interventions on the brain, spinal cord and peripheral nerves can relief spasticity and dystonia significantly and improve the results of the rehabilitation treatment.

Keywords: Cerebral palsy, Functional neurosurgical operations

РЕЗЮМЕ

Детский церебральный паралич – тяжелое неврологическое заболевание, занимающее существенную долю в структуре детской инвалидности. Спастический синдром и гиперкинезы значительно ухудшают качество жизни больных, затрудняют уход и реабилитацию. Функциональные нейрохирургические вмешательства на головном мозге, спинном мозге и периферических нервных стволах могут в значительной степени уменьшать выраженность указанных патологических синдромов и способствовать более успешному реабилитационному лечению больных ДЦП.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, функциональные нейро-хирургические вмешательства

Детский церебральный паралич – гетерогенная группа синдромов, являющихся следствием повреждения мозга во внутриутробном, интранатальном и раннем постнатальном периодах [1].

Частота ДЦП составляет 2–5 на 1 000 новорожденных [2]. Среди детей с массой тела при рождении меньше 1 500 г частота ДЦП возрастает до 15% [6]. ДЦП является причиной 24% случаев детской инвалидности [1].

Факторы, приводящие к развитию ДЦП, подразделяются на пренатальные (37–60%), интранатальные (20–30%) и постнатальные (4–20%).

Клиническая картина ДЦП многообразна. Основным проявлением заболевания являются двигательные расстройства, включающие в себя: нарушения мышечного тонуса, патологическую активность позно-тонических рефлексов, гиперкинетический синдром, патологические синергии, патологические синкинезии, паратонию, нарушения сухожильных и надкостничных рефлексов.

В зависимости от преобладания в клинической картине ДЦП того или иного синдрома, выделяют несколько его клинических форм [24]. Существуют следующие варианты клинической классификации ДЦП:

1. Классификация Little club [7]:

- 1) спастическая (геми, диплегия, двойная геми-плегия);
- 2) дистоническая;
- 3) хорееатоидная;
- 4) атоническая;
- 5) смешанная.

2. Классификация Bobath [8]:

- 1) диплегия спастическая;
- 2) тетраплегия (спастическая, дистоническая);
- 3) гемиплегия спастическая;
- 4) моноплегия спастическая;
- 5) атония.

3. Классификация Семеновой [1]:

- 1) спастическая диплегия (синдром Литтла);

- 2) спастическая тетраплегия;
- 3) гиперкинетическая форма;
- 4) атонически-астатическая форма;
- 5) смешанная форма.

Двумя основными синдромами, приводящими к инвалидизации больных, являются спастичность и гиперкинезы. Спастичность мышц приводит к ограничению объема активных и пассивных движений, что ведет к нарушению моторного развития ребенка и затрудняет формирование новых двигательных навыков. В дальнейшем спастичность приводит к формированию миогенных, а затем и фиксированных контрактур: эквинусная установка стоп, hamstring-синдром, rectus-синдром, перекрест нижних конечностей.

В отдаленном периоде (к 15–18 годам) спазмированные мышцы подвергаются фиброзной дегенерации, что приводит к грубым нарушениям опорно-двигательного аппарата. Гиперкинезы, в отличие от спастичности, являются более поздним синдромом – как правило, проявляются к 1,5–2 годам. По характеру они чаще представлены хореоатетозом. Они могут охватывать верхние и нижние конечности, мышцы туловища, мимическую мускулатуру. Гиперкинезы часто сочетаются с выраженной дизартрией. Гиперкинезы приводят к нарушению выполнения произвольных движений, препятствуют формированию двигательных навыков и приводят к формированию патологических установок туловища и конечностей.

Таким образом, адекватная коррекция спастического и гиперкинетического синдрома у больных ДЦП является одной из важнейших задач лечения.

К основным методикам лечения спастического и гиперкинетического синдрома относятся:

- 1) фармакотерапия – миорелаксанты центрального действия (баклофен, сирдалуд), бензодиазепины (диазепам, клоназепам);
- 2) нервно-мышечные блокады с использованием препаратов ботулинического токсина (ботокс, диспорт);
- 3) функциональные нейрохирургические вмешательства.

Несмотря на то, что эффективность фармакотерапии доказана в плацебо-контролируемых исследованиях, возможности консервативного лечения спастического и гиперкинетического синдромов ограничены. Фармакорезистентность и возникновение побочных

эффектов терапии заставляют прибегать к более радикальным методам лечения спастического синдрома [5].

При неэффективности консервативной терапии прибегают к использованию нервно-мышечных блокад препаратами ботулинического токсина. Препараты ботокс и диспорт содержат небольшие дозы ботулинического токсина. Токсин, попадая в мышцы, вызывает блокаду нервно-мышечной передачи, что приводит к мышечному расслаблению и соответственно к снижению спастичности и уменьшению гиперкинезов. Препарат инъецируется в спазмированные мышцы, клинический эффект развивается через две недели после введения и сохраняется в течение 3–4 месяцев. По истечении этого срока, как правило, требуются повторные инъекции.

При легких и умеренных формах спастического синдрома ботулинотерапия является оптимальным методом лечения, она позволяет устранить миогенные контрактуры, увеличить объем движений и улучшить результаты реабилитационного лечения. Однако при тяжелых спастических и гиперкинетических синдромах, вовлечении многих групп мышц эффект от терапии ботулиническим токсином незначителен, либо отсутствует. В этих случаях необходимо прибегать к нейрохирургическим методам лечения.

Нейрохирургические операции при ДЦП подразделяются на две основные группы: деструктивные и нейромодуляционные. Деструктивные операции предполагают разрушение участков нервной системы, ответственных за проведение и поддержание патологической активности, лежащей в основе формирования спастического и гиперкинетического синдромов. К наиболее часто применяемым деструктивным операциям относятся задняя селективная ризотомия на шейном и поясничном уровне, селективная невротомия, деструктивные операции на глубоких подкорковых структурах головного мозга.

В основе нейромодуляционных операций лежит установка устройств, подавляющих патологическую активность участков нервной системы за счет воздействия электрического тока или подачи фармакологического агента. К этим операциям относятся имплантация систем для хронической электростимуляции структур головного и спинного мозга, имплантация помп для хронической интратекальной инфузии баклофена (лиорезала).

Задняя селективная ризотомия. Возможность влияния на тонус скелетных мышц за счет хирургических вмешательств на структурах спинного мозга впервые была обнаружена J. Sherrington в 1898 году [23]. Эксперимент заключался в пересечении ствола головного мозга ниже уровня красных ядер. При этом у экспериментальных животных развивалась децеребрационная ригидность – резкое нарастание тонуса в мышцах-разгибателях. Однако после пересечения задних сенсорных корешков спинного мозга было обнаружено значительное снижение патологического тонуса в этих мышцах.

Задняя селективная ризотомия представляет собой пересечение задних сенсорных корешков или их отдельных фасцикул. Для лечения спастичности ризотомии впервые применил O. Foerster в 1908 году, он же впервые применил интраоперационную электростимуляцию для идентификации сенсорных корешков [15]. В 1960 С. Gros применил методику парциальной ризотомии для профилактики развития сенсорных нарушений. Суть операции заключалась в пересечении отдельных корешковых фасцикул для профилактики развития послеоперационного сенсорного пареза [17].

В 1976 V. Fasano разработал методику парциальной задней сенсорной ризотомии. Автор использовал диагностическую электростимуляцию отдельных фасцикул задних корешков. Фасцикулы, при стимуляции которых возникали аномальные ответы (тетанические мышечные сокращения), пересекались [14]. Предполагается, что при этом происходит селективная деафферентация тех альфа-мотонейронов, которые утратили тормозящие супраспинальные влияния.

В зависимости от клинической формы спастического синдрома ризотомия может выполняться как на поясничном (нижний спастический парез), так и на шейном (спастический тетрапарез с преимущественным поражением верхних конечностей) уровнях. В некоторых случаях выполняются комбинированные вмешательства на двух отделах спинного мозга.

В ряде работ подчеркивалась эффективность задней шейной ризотомии также при дистонии цервикальных мышц и оромандибулярной дистонии. Однако следует подчеркнуть, что задняя ризотомия влияет преимущественно на спастический синдром. На дистонический тонус существенно влияет только передняя ризотомия, однако ввиду возможности развития вялого па-

реза после такой операции применяют ее достаточно редко, обычно комбинируя с задней ризотомией.

Большинство авторов отмечают высокий клинический эффект в виде регресса спастичности после ризотомии. Снижение мышечного тонуса достигается в среднем у 90–95% больных, стойкий клинический эффект сохраняется в течение многих лет. Помимо регресса спастичности также отмечалось снижение сухожильных рефлексов и угасание клонусов, а также значительное увеличение объема пассивных и активных движений [21].

Селективная невротомия основана на парциальном пересечении эфферентных волокон периферических нервов. При этом происходит частичная денервация мышц, что приводит к снижению мышечного тонуса. Показаниями к операции являются локальные спастические синдромы, охватывающие одну мышечную группу. Примером служит эквинусная деформация стопы в результате повышения тонуса трехглавой мышцы голени. При этом мишенью для операции является большеберцовый нерв [22].

Хроническая электростимуляция спинного мозга. Впервые сообщение об эффективности эпидуральной электростимуляции спинного мозга (SCS) с целью снижения спастического синдрома было сделано A. Cook и S. Weinstein в 1973 году, после имплантации электродов на дорсальную поверхность спинного мозга у больного с рассеянным склерозом, сопровождавшимся фармакорезистентным болевым синдромом [10]. В 1980 году J. Siegfried на 26 пациентах со спастическими синдромами, развившимися в результате спинальной травмы и рассеянного склероза, показал высокую клиническую эффективность SCS в катамнезе до 3 лет [24].

Точный механизм действия спинальной электростимуляции на сегодняшний день неизвестен. Предполагается, что воздействие электрического тока изменяет активность спинально-стволовых рефлексов, а также оказывает тормозящие влияния на спинальные мотонейроны [12].

В настоящее время для осуществления SCS применяются системы MATTRIX, SYNERGY, ITREL 3 (Medtronic, США) и системы: GENESIS, EON, RENEW (ANS, США). Существует два основных типа эпидуральных электродов: цилиндрические и плоские. Цилиндрические электроды имплантируются в заднее эпидуральное пространство через иглу Туохи под рентгенологическим

контролем. Плоские электроды имплантируются интра-ламинарным доступом с экономной резекцией остистого отростка. Электроды устанавливаются в проекции поясничного утолщения спинного мозга, что соответствует уровню Th10-Th12 позвонков. Нейростимулятор обычно размещается в подкожной жировой клетчатке передней брюшной стенки.

Как показывает наша практика, для эффективного снижения мышечного тонуса больным со спастическими формами ДЦП требуется от 3 до 6 сеансов электростимуляции в сутки. Длительность одного сеанса стимуляции составляет от 10 до 20 минут. У части больных ДЦП (около 20%) через 1–2 года после операции возможна полная отмена электростимуляции ввиду нормализации мышечного тонуса. В том случае, если через полгода после прекращения электростимуляции мышечный тонус сохраняется на уровне нормы, возможно удаление нейростимулятора.

Преимущества хронической электростимуляции спинного мозга перед деструктивными операциями заключаются в ее минимальной инвазивности (не требуется разрушения нервных структур) и возможности регулировать мышечный тонус в зависимости от режима реабилитационного лечения (за счет изменения параметров нейростимуляции). Однако, как показывает наша практика, эта операция эффективна только у больных ДЦП с нижним спастическим парапарезом (синдром Литтла) и умеренным уровнем спастичности: 2–4 балла по Ashworth.

Хроническая интратекальная инфузия баклофена (лиорезала). Принцип действия баклофена связан с подавлением патологической активности мотонейронов спинного мозга, что приводит к снижению спастичности, подавлению гиперкинезов и позно-тонических реакций. Однако при оральном приеме баклофен обладает достаточно низкой биодоступностью. В связи с этим были разработаны прямые способы доставки препарата в цереброспинальную жидкость. При непосредственном введении баклофена в ликвор можно быстро достичь необходимой терапевтической концентрации препарата: до 400 мкг/день и более, в то время как при оральном приеме максимально возможная концентрация баклофена в ликворе в 10 раз ниже [18]. Для интратекальной терапии (ИТВ) применяется жидкая форма баклофена – лиорезал.

Используются два способа введения баклофена в

ликвор:

- 1) болюсное введение препарата посредством люмбальной пункции, преследует диагностические цели;
- 2) хроническое интратекальное введение баклофена с использованием имплантируемых помп.

Впервые сообщение об эффективном лечении спастичности за счет ИТВ было сделано R.Penn and J.Kroin в 1984 году. В дальнейшем появился ряд работ, показавших эффективность интратекальной терапии баклофеном у больных рассеянным склерозом и спинальной травмой [9]. В 1991 году появилось сообщение об эффективности болюсного введения баклофена у больного ДЦП, а уже в 1993 году подтверждена эффективность применения ИТВ для лечения спастических форм ДЦП [4].

Интратекальная терапия приводит к снижению патологического мышечного тонуса и уменьшению гиперкинезов, улучшению двигательных функций, оптимизации ухода за больными, снижению риска развития контрактур, устранению болевого синдрома, связанного с мышечными спазмами [13].

Для оценки эффективности предстоящей интратекальной терапии проводится «скрининг-тест». Он заключается в болюсном эндолюмбальном введении 50 мкг баклофена. В случае неубедительного клинического эффекта вводится, соответственно, 75 и 100 мкг. Эндолюмбальное введение большей дозы баклофена может приводить к появлению побочных реакций: угнетению сознания, рвоте, возможна остановка дыхания [5]. Динамика мышечного тонуса оценивается по шкале Ashworth. Снижение мышечного тонуса на 1 балл и более свидетельствует о положительном результате «скрининг-теста» [16].

Для осуществления ИТВ применяются программируемые помпы Synchromed (Medtronic). Помпа содержит в себе резервуар для хранения лиорезала и устройство для дозированной подачи препарата в ликвор. Объем резервуара в зависимости от модели помпы составляет 18, 20 и 40 мл. Лиорезал из резервуара поступает в люмбальный катетер, который имплантируется в субарахноидальное пространство спинного мозга.

После имплантации помпа программируется, устанавливается скорость подачи препарата. Подзарядка помпы лиорезалом осуществляется посредством чрезкожной инъекции препарата, в среднем эта процеду-

ра требуется 1 раз в 2-3 месяца [19].

Для профилактики инфицирования резервуара помпа снабжена бактериальным фильтром. При условии соблюдения правил асептики во время процедуры подзарядки помпы риск инфекционных осложнений минимален [11].

Суточная доза баклофена, необходимая для эффективного снижения мышечного тонуса, колеблется в широких пределах: от 27 до 900 мкг/сутки, в среднем составляя 250–270 мкг/сутки. В течение первого года ИТВ суточная доза баклофена постепенно повышается, а ко второму году лечения – стабилизируется. Толерантность обычно не развивается [3].

Наиболее частыми причинами передозировки и интоксикации лиорезалом являются неисправность помпы, неправильное ее программирование. Риск передозировки баклофена гораздо выше при болюсном введении во время «скрининг-теста» [20]. Передозировка баклофена сопровождается тошнотой, рвотой, угнетением сознания вплоть до комы. Развивается диффузная мышечная слабость и остановка дыхания.

Подобная ситуация требует проведения детоксикационной терапии (в том числе ликвородилюции), интубации и ИВЛ. В качестве антидота может использоваться физостигмин, однако при значительной передозировке применение его неэффективно.

Таким образом, ИТВ является высокоэффективным методом коррекции спастического и гиперкинетического синдрома при ДЦП. Однако необходимость периодической подзарядки помпы лиорезалом и угроза развития тяжелых осложнений в случае нарушений инфузии препарата являются существенными недостатками данной методики.

Стереотаксические операции у больных ДЦП выполняются при наличии выраженных гиперкинезов и вторичной дистонии. Стереотаксическими мишенями в этих случаях выступают медиальный сегмент бледного шара и вентралатеральное ядро таламуса.

В том случае если на первый план в клинической картине выступает гиперкинетический синдром, вмешательство осуществляется на таламических структурах. В случае выраженной дистонии в аксиальных мышцах шеи и туловища, структурой-мишенью выбирается бледный шар. В ряде случаев возможны комбинированные вмешательства одновременно на двух структурах.

В зависимости от вида вмешательства стереотак-

сические операции подразделяются на деструкцию и хроническую электростимуляцию ядер. При деструкции осуществляется электротермокоагуляция ядра, что приводит к разрыву связей, участвующих в поддержании патологической нейрональной активности. В случае хронической электростимуляции формируется функциональный блок проведения нервных сигналов через ядро, что и лежит в основе подавления патологической активности.

В наших операциях используется стереотаксический аппарат Leksell (Elekta). После фиксации на голове пациента стереотаксической рамы производится МРТ-сканирование головного мозга. Далее на планирующей станции рассчитываются координаты структур-мишеней с использованием стереотаксического атласа. Для стереотаксического доступа к подкорковым ядрам используется фрезевое отверстие, наложенное в проекции точки Кохера.

Твердая мозговая оболочка вскрывается крестообразно, кора коагулируется. Стереотаксическая канюля (с электродом или термоканюля) имплантируются в точку цели под рентгенологическим контролем. Электроды крепятся к фиксатору в области тrefинационного отверстия. Нейростимулятор обычно размещается в подкожной жировой клетчатке подключичной области. Включение стимулятора и подбор параметров производится на 2-3 сутки после операции.

Эффективность стереотаксических операций при вторичной дистонии и гиперкинетических формах ДЦП составляет около 60%. Несмотря на то, что операция не приводит к полному регрессу симптоматики, она может в значительной степени облегчить состояние больных и уход за ними. Эффективность лечения может быть увеличена применением комбинированных вмешательств.

Таким образом, каждый из вышеизложенных методов нейрохирургического лечения двигательной патологии у больных ДЦП имеет свои четкие показания. Их можно представить в виде следующего алгоритма:

- 1) хроническая электростимуляция спинного мозга – больные с нижним спастическим парапарезом, минимальным нарушением функций рук и умеренным уровнем мышечного тонуса: 2–4 балла по Ashworth. Операции выполняются после 3 лет;
- 2) задняя селективная ризотомия – больные с тяжелым спастическим парапарезом и тетрапарезом,

- повышением мышечного тонуса до 4–5 баллов по Ashworth. Операции выполняются после 3 лет;
- 3) хроническая интратекальная инфузия баклофена – больные с тяжелыми спастическими тетрапарезами и гемипарезами, больные со спастико-гиперкинетической формой ДЦП. Операции выполняются после 3 лет;
- 4) селективная невротомия – узкая группа больных с локальными формами спастичности при неэффективности блокад ботулиническим токсином. Операции выполняются после 3 лет;
- 5) стереотаксические операции на головном мозге – больные с тяжелыми гиперкинетическими формами ДЦП и вторичной дистонией. Операции выполняются после 8 лет.

Абсолютное противопоказание к операции – атонически-астатическая форма ДЦП.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Рамаданов А.П., Копьев О.В. Морфологические изменения в мозге больных ДЦП / Вопросы нейрохирургии им. Бурденко. – 1986, вып. 6. – С. 38–42.
2. Шабалов В.А., Декопов А.В., Трошина Е.М. Предварительные результаты лечения спастических форм ДЦП методом хронической эпидуральной нейростимуляции поясничного утолщения спинного мозга / Вопросы нейрохирургии им. Бурденко. – 2006, № 3. – С. 10–13.
3. Akman MN, Loubser PG, Intrathecal baclofen: Does tolerance occur? *Paraplegia* 1993, 31:516-520.
4. Albright A, Continuous intrathecal baclofen infusion for spasticity of cerebral origin, *JAMA* 1993, 270: 2475-2477.
5. Albright A, Spastic cerebral palsy: approaches to drug treatment, *CNS drugs* 1995,4 (1): 17-27.
6. Aziz K., Vickar D., Province-based study of neurologic disability of children weighing 500 through 1249 grams at birth in relation to neonatal cerebral ultrasound findings., *Pediatrics* 1995 Jun;95(6):837-844
7. Spasticity – a topical survey, Birkmayer W edited, Vienna, 1971
8. Bobath K, Die Neuropathologie der zerebralen Kinderlahmung, *Wien Med Wochenschr* 1966, 116: 736-741
9. Coffey R, Intrathecal baclofen for intractable spasticity of spinal origin: results of long-term multicenter study, *J Neurosurgery* 1993, 78:226-232
10. Cook A, Weinstein S, Chronic dorsal column stimulation

in multiple sclerosis. Preliminary report, *N Y State J Med* 1973, Dec 15, 73(24): 2868-72

11. Dario A, The infection risk of intrathecal drug infusion pumps after multiple refill procedures, *Neuromodulation* 2005, V 8, Num 1, p 36-40.
12. Dimitrijevic M, Spinal cord stimulation for the control of spasticity in patients with chronic spinal cord injury, *Cet. Nerv. Syst. Trauma* 1986, 3: 129-144
13. Emery E, Intrathecal baclofen. Literature review of the results and complications, *Neurochirurgie* 2003, May;49(2-3 Pt 2): 276-288.
14. Fasano V, Barolat-Romana G., Zeme S., Sguazzi A., Electro-physiological assessment of spinal circuitry in spasticity by direct dorsal root stimulation., *Neurosurgery* 1979, V. 4, P. 146-151.
15. Foerster O, On the indications and result of excision of posterior spinal nerve roots in men, *Surg. Gynecol. Obstet.* – 1913, V. 16, P. 463-475.
16. Gilmartin R, Bruce D, Storrs BB, Abbott R, Krach L, Ward J, Bloom K, Intrathecal baclofen for management of spastic cerebral palsy: multicenter trial, *J Child Neurol.* 2000 Feb; 15(2):71-77.
17. Gros C., Ouakine G., Vlahovitch B., La radicotomie selective posterieure dans le traitement neuro-chirurgical de l'hypertonie pyramidale., *Neurochirurgie*, 1967, V. 13, P. 505-518
18. Knutson E, Lindblom U, Plasma and cerebrospinal fluid levels of baclofen at optimal therapeutic responses in spastic paresis, *J Neurol* 1974, 23: 473-484.
19. Kopell B, Sala D, Subfascial implantation of intrathecal baclofen pumps in children: technical note, *Neurosurgery* 2001, 49: 753-757
20. Mohammed I, Hussain A, Intrathecal baclofen withdrawal syndrome- a life-threatening complication of baclofen pump: a case report., *BMC Clin Pharmacol.* 2004 Aug 09;4(1): 6-7.
21. Peacock W, Functional outcomes following selective posterior rhizotomy in children with cerebral palsy, *J Neurosurgery*, 1991, 74:380-385.
22. Philippe Decq, Masahiro Shin, Surgery in the Peripheral Nerves for Lower Limb Spasticity, *Operative Techniques in Neurosurgery* 2004 Volume 7, Issue 3, Pages 136-146
23. Sherrington C, Decerebrated rigidity and reflex coordination of movements, *J Phys.* 1898, 22:319-327
24. Siegfried J, Treatment of spasticity by dorsal cord stimulation, *Int. Rehabil. Med.*, 1980; 2:31-34.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Е.Н. Крутякова, Е.А. Зайцева
ФГУ РРЦ «Детство»

MODERN ASPECTS OF PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH DISABILITIES

E.N. Krutyakova, E.A. Zaytseva

SUMMARY

The article reports of the contents of the work on psychological and pedagogical rehabilitation of children with disabilities in FGU RRTs "Detstvo" of the MZ of the RF. The main consideration is given to the experience of the application of the interdisciplinary approach to its implementation and significance of the social and commercial partnership with the family of the child for the efficiency of the complex rehabilitation.

Keywords: psychological and pedagogical abilitation, interdisciplinary cooperation, social and commercial partnership, correction, integration.

РЕЗЮМЕ

Статья освещает содержание работы по психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в ФГУ РРЦ «Детство» МЗ РФ. Основное внимание уделено опыту применения междисциплинарного подхода к ее осуществлению и значимости социально-делового партнерства с семьей ребенка для эффективности комплексной реабилитации.

Ключевые слова: психолого-педагогическая абилитация, междисциплинарное взаимодействие, социально-деловое партнерство, коррекция, интеграция.

В настоящее время в обществе остро стоит задача эффективной реабилитации (в большем количестве случаев – абилитации) детей с инвалидизирующими заболеваниями. Мерилом эффективности проведенной специалистами работы служит интеграция ребенка с проблемами развития в общество, что возможно только при раскрытии реабилитационного потенциала ребенка при активном участии семьи. Именно поэтому крайне важен вопрос эффективного оказания квалифицированной помощи не только детям с ограниченными возможностями здоровья, но и их семьям.

Совершенно очевидно, что при зрелой позиции нашего государства в отношении оказания помощи инвалидам, важно выделить основные аспекты оказания помощи детям-инвалидам, поскольку в орбиту реабилитации в этом случае вовлечен не только ее объект – ребенок с ограниченными возможностями здоровья, но и его семья. Исходя из этого психолого-педагогическая реабилитация (абилитация) осуществляется по следующим направлениям:

- реабилитация ребенка (восстановительное лечение, специальная коррекция развития, развитие личности, социальная адаптация ребенка);
- реабилитация семьи ребенка с проблемами в развитии (активная позиция родителей в реабилитационной работе, полноценная личная и общественная жизнь семьи, имеющей ребенка с проблемами развития),
- изменение отношения социума к людям с нарушениями в развитии (принятие социумом детей и взрослых с нарушениями в развитии как полноценных членов общества).

Реализация всех этих направлений не может осуществиться полностью в реабилитационном центре, но требует от специалистов, занимающихся комплексной реабилитацией (врачей, психологов, дефектологов и педагогов) междисциплинарного взаимодействия для обеспечения эффективной совместной работы в реабилитационной команде – с одной стороны, и активного участия семьи ребенка в реабилитационной работе

на всем ее протяжении – с другой. Успешность реабилитационной работы с ребенком, имеющим ограниченные возможности здоровья, и его перспектива полностью реализовать свой реабилитационный потенциал зависит от множества факторов. Основные из них обеспечивают непрерывность и поступательность коррекции и реабилитации (абилитации) в целом.

Это, прежде всего, ранняя диагностика состояния здоровья и уровня психо-речевого развития ребенка, позволяющие эффективно подобрать адекватные методы реабилитации. Не менее значимо квалифицированное сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ведущееся зачастую на протяжении длительного времени), требующее согласованного участия в реабилитационной (абилитационной) работе специалистов различного профиля и мотивации ребенка и его семьи к активной реабилитации.

Единство направлений реабилитации и факторов, обеспечивающих ее эффективность, формулирует цель деятельности психолого-педагогической службы современного детского реабилитационного учреждения как создание и поэтапную реализацию психолого-педагогической составляющей индивидуального плана комплексной реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Подбор направлений коррекции, многообразие форм и методов работы специалистов коррекционного звена (учителей-дефектологов, педагогов-психологов, учителей, воспитателей, педагогов дополнительного образования и т.д.) связаны с необходимостью обеспечения процесса комплексной реабилитации детей – системы медицинских и психолого-педагогических мероприятий, спланированных с учетом индивидуальных и возрастных особенностей ребенка-инвалида и направленных на устранение или возможно более полную компенсацию имеющихся у него на текущий момент и прогнозируемых на будущее социальной недостаточности и ограничений жизнедеятельности.

Основные формы работы специалистов психолого-педагогической службы (диагностическая, коррекционная, методическая, просветительская работа, консультативная работа с родителями) направлены на предупреждение, раннее выявление и преодоление различных нарушений высшей психической деятельности, снижающих уровень социальной адаптированности ребенка и оказывающих существенное влияние на становление его

личности. Именно многообразие форм работы специалистов коррекционного звена позволяет вести работу по всем направлениям реабилитации в максимальном объеме. Известно, что коррекция и социальная адаптация предполагают длительную совместную работу не только специалистов реабилитационной команды и семьи ребенка-инвалида, но и специалистов, курирующих ребенка по месту жительства, в связи с чем крайне важна стандартизация подходов к психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья и интеграция деятельности специалистов различного профиля как на этапе диагностики, так и на протяжении всего реабилитационного процесса.

Крайне важным условием эффективной психолого-педагогической коррекции является осуществление междисциплинарного взаимодействия специалистов на каждом из этапов сопровождения ребенка: при проведении углубленной специальной (медицинской, психологической, дефектологической) диагностики, составлении плана комплексной реабилитации на перспективу и на текущий период, назначении адекватных состоянию ребенка методов специальной и дополнительной коррекции и, в итоге, при проведении учета результатов коррекционной работы и составлении плана следующего этапа комплексной реабилитации. Реабилитационная работа, организованная по этому алгоритму, включает в себя дефектологическую и психологическую коррекцию, которая строится с учетом пяти основных принципов:

- предупреждение депривации (сенсорной, эмоциональной, социальной) и педагогической запущенности,
- построение индивидуальной комплексной программы коррекции, компенсации и ускорения темпов развития нарушенных функций,
- обеспечение непрерывности реабилитационного (абилитационного) процесса,
- создание адаптированных программ интеграции в общество,
- создание условий для самосовершенствования и саморазвития.

Содержание каждого из принципов определяет те направления работы, которые реализуют специалисты коррекционного профиля в процессе комплексной реабилитации.

Так, работа по предупреждению депривации (сенсорной, эмоциональной, социальной) и педагогической

запущенности имеет следующие направления: ранняя диагностика и коррекция сенсорного развития, развитие навыков общения со взрослыми и сверстниками, развитие сотрудничества и совместной деятельности, и, в итоге, развитие адекватной возрасту (предметной, игровой, учебной) деятельности и формирование целостной картины мира.

Построение индивидуальной комплексной программы коррекции, компенсации и ускорения темпов развития нарушенных функций осуществляется в два этапа. Первый из них – ранняя диагностика особенностей психоречевого развития ребенка – очень важен для создания в дальнейшем эффективной коррекционной программы. Чем младше ребенок, тем вероятнее достижение положительной динамики даже при тяжелой патологии развития. К сожалению, зачастую, в силу различных обстоятельств, время бывает упущено. Первостепенное значение в этом случае приобретает создание оптимального плана коррекционно-развивающей работы, направления которого подбираются индивидуально для каждого ребенка с учетом сенситивного возраста и зоны ближайшего развития.

На первый план коррекционной работы, как правило, выходят такие направления как двигательное и эмоциональное развитие, развитие интеллектуальных возможностей и речи, совершенствование коммуникативных возможностей, социальная адаптация и интеграция. Работа по всем коррекционно-развивающим направлениям ведется с использованием методов специальной коррекции (психологической и дефектологической) и дополнительной коррекции, включающей социальную адаптацию ребенка.

Работу по дополнительной коррекции и социальной адаптации ведут педагоги по рекомендациям психолога и дефектолога, под наблюдением врача. При назначении занятий, в том числе, на современном реабилитационном полисенсорном оборудовании, таком как «Сенсорная комната», «Опти-музыка», компьютерные игровые тренажеры, важно учитывать необходимость тесной взаимосвязи психолого-педагогических аспектов реабилитационного процесса с медицинскими и социальными аспектами, что невозможно при отсутствии междисциплинарного взаимодействия специалистов.

В реабилитационной работе команды специалистов ФГУ РРЦ «Детство» врач, в первую очередь, выявляет медицинские противопоказания и ограничения отдель-

ных методов коррекции для каждого ребенка и необходимость дополнительных консультаций узких специалистов. Например, ребенку с тяжелой двигательной патологией может потребоваться консультация врача ЛФК, невролога, ортопеда, для выяснения вопроса о необходимости применения на занятиях ортопедической обуви, реклинаторов, характере и интенсивности двигательных упражнений, используемых в ходе занятий и т.д. В зависимости от тяжести состояния ребенка, врач может рекомендовать или отменить занятия на каком-либо оборудовании, а также отложить начало проведения курса занятий, ограничить применение определенных видов оборудования, сенсорных стимулов или двигательных упражнений.

Существуют также психологические и педагогические показания и противопоказания при назначении занятий. В большинстве случаев, эти противопоказания не могут служить основанием для отмены курса занятий, однако начало занятий может быть отложено на время проведения предварительной коррекционной работы. В зависимости от возраста, интеллектуальных, двигательных, речевых возможностей ребенка педагог-психолог и логопед-дефектолог коллегиально определяют оптимальную форму и направленность проведения занятий. Детям могут быть назначены индивидуальные занятия, групповые занятия и сочетание групповой и индивидуальной формы работы.

Кроме того, педагоги-психологи дают рекомендации по содержанию и коррекционной направленности занятий, указывают на особенности поведения ребенка, логопеды-дефектологи определяют уровень речевой нагрузки и дают информацию педагогу, проводящему занятия, об особенностях коммуникативной деятельности и словаря ребенка. В свою очередь, педагог, проводящий занятия, дает сведения специалистам реабилитационной команды об успешности ребенка на занятиях, о различных эмоциональных и поведенческих проявлениях, о позиции родителей по отношению к успехам и неудачам ребенка.

Эффективность деятельности реабилитационной команды напрямую связана с тем, что все ее специалисты отслеживают динамику развития ребенка и участвуют в составлении рекомендаций семье.

Весь арсенал коррекционных методов используется при работе с каждым ребенком дозированно и поэтапно. С увеличением возраста ребенка не только уве-

личивается количество, но и меняется сложность заданий на одном и том же оборудовании. Хочется особо отметить, что овладение навыками работы на каком-либо виде оборудования не является основной целью коррекционной работы, а лишь указывает на возможность применения этого вида оборудования в абилитационном или реабилитационном процессе для конкретного ребенка.

Задачи, которые ставит перед собой педагог-психолог, используя реабилитационное полисенсорное оборудование, многообразны. Важнейшие из них таковы: развитие у ребенка с ограниченными возможностями здоровья восприятия, перцептивной деятельности, внимания, памяти, предметной и игровой деятельности, произвольной сферы, регуляция поведения, компенсация различных видов депривации (сенсорной, двигательной, социальной), развитие навыков взаимодействия со сверстниками и взрослыми. Положительным фактором является и то, что возможности реабилитационного полисенсорного оборудования позволяют в течение длительного времени сохранять у ребенка высокий уровень мотивации к деятельности.

Современный подход к использованию полисенсорного оборудования заключается во включении его в единый комплексный реабилитационный (абилитационный) процесс таким образом, чтобы коррекция развития одних и тех же нарушенных функций осуществлялась различными способами. При таком подходе значительно легче научить ребенка использовать полученные навыки в повседневной жизни и деятельности.

Рассматривая активное вовлечение родителей в реабилитационную работу как одно из важнейших условий успешности реабилитационного процесса, остановимся подробнее на этапах консультативной работы с родителями. Диагностический этап включает в себя наблюдение за поведением родителей в процессе неформального общения с ребенком и психологического обследования, сопоставление данных, полученных при диагностике актуального уровня психического развития ребенка и мнения родителей об уровне развития ребенка, диагностику детско-родительских отношений и уровня притязаний родителей к социальной успешности ребенка.

Следующий этап – повышение компетентности родителей в вопросах воспитания и развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья, приемов и методов коррекционной работы с ним (по рекоменда-

циям специалистов), развития ведущей деятельности и социальной адаптации ребенка. Следовательно, консультативная помощь родителям детей с ограниченными возможностями здоровья оказывается на протяжении всего реабилитационного процесса.

Это не случайно, ведь аксиомой современной реабилитологии является неоспоримая значимость мотивации к самовосстановлению личности ребенка и его близких и социально-делового партнерства с семьей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Нельзя недооценить важность конструктивного диалога с семьей и влияние его результатов на обеспечение непрерывности реабилитационного (абилитационного) процесса. Основными аспектами этой работы являются: диагностика и гармонизация отношений взрослый–ребенок, повышение компетентности родителей в вопросах комплексной реабилитации и абилитации, профилактика возникновения у ребенка с ограниченными возможностями здоровья (о какой бы нозологии ни шла речь) инфантильных черт характера и формирование у него активной жизненной позиции.

Вся коррекционно-развивающая деятельность во всем ее многообразии проводится в соответствии с адаптированными программами интеграции в общество. Создаваемые индивидуально для каждого ребенка, эти программы позволяют решать задачи формирования и развития навыков взаимодействия ребенка со взрослыми и детьми, моделей взаимодействия с окружающими в социально значимых ситуациях, навыков автономного существования – крайне важных условий для более полной интеграции ребенка в социум. В свою очередь, адаптированные программы интеграции в общество реализуются в тех направлениях деятельности коррекционных педагогов и психологов, которые обеспечивают его последующую интеграцию, создавая условия для самосовершенствования и саморазвития.

Это и ранняя профессиональная ориентация, и создание у ребенка мотивации для ведения профессиональной деятельности, и обеспечение получения соответствующего образования (общего и профессионального), и, наконец, создание условий для профессиональной деятельности и построение ее с учетом индивидуальных возможностей, ограничений и потребностей. Важно помнить, что на протяжении всего пути абилитации и реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья все специалисты,

являясь членами единой реабилитационной команды, отслеживают динамику его развития, реализуют запланированные направления работы, выстраивают новые пути развития и компенсации нарушенных функций.

Таким образом, психолого-педагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья требует междисциплинарного подхода к ее осуществлению и наиболее эффективна при активном участии родителей. Такой подход к организации работы по психолого-педагогической реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья позволяет добиваться значительного снижения степени влияния повреждающих факторов на возможность его участия во всех видах деятельности здоровых сверстников, что, в конечном итоге, способствует его максимальной интеграции в общество во всех областях его жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Комплексная реабилитация детей с соматической патологией / Под ред. Е.Т. Лильина. – М., 2005.
2. Комплексная реабилитация детей, страдающих детским церебральным параличом / Под ред. Е.Т. Лильина. – М., 2004.

3. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М., 2001.
4. Лильин Е.Т., Доскин В.А. Детская реабилитология. – М., 2008.
5. Медико-социальная реабилитация детей, страдающих аутизмом и детей с синдромом Дауна / Под ред. Е.Т. Лильина. – М., 2005.
6. Психолого-педагогическая диагностика / Под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – М., 2003.
7. Современные аспекты комплексной реабилитации детей-инвалидов / Под ред. Е.Т. Лильина. – М., 2006.
8. Современные технологии реабилитации в педиатрии / Под ред. Е.Т. Лильина. – М., 2000.
9. Современные технологии реабилитации в педиатрии. Том II / Под ред. Е.Т. Лильина. – М., 2003.
10. Современные технологии реабилитации в педиатрии. Том III / Под ред. Е.Т. Лильина. – М., 2005.с

Для переписки: Крутякова Евгения Никитична, зам. директора ФГУ РРЦ «Детство» по психологопедагогической работе, eugenia-krutyakova@yandex.ru
Поступила 01.10.08

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САНАТОРИЯ – РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Н.Б. Губина, О.Ф. Макарова, М.Л. Климова
Детский санаторий – реабилитационный центр «Детские Дюны», Санкт-Петербург

COMPARATIVE EVALUATION OF DIFFERENT MODELS OF PSYCHO SOCIOLOGY STATUS CORRECTION FOR CHILDREN IN A REHABILITATION CENTER

N. Gubina, O. Makarova, M. Klimova
Saint-Petersburg State Medical Enterprise “Children Resort - Rehabilitation Center “Detskie Duny”

ABSTRACT

The main aim of the research was design of a patient psycho sociology inspection algorithm. The algorithm was corrected using results from evaluation of efficacy of different rehabilitation programs.

The research was conducted on a group of 98 children with a 21-day rehabilitation period (programs A, B, V) and 265 children with a 42-day rehabilitation period (program G).

As a result, a need of a psycho sociology status correction for the children was discovered, different psychological methods were evaluated, and time frames of the rehabilitation were defined.

During the research it was proved that the psycho sociology status correction should be included in the integrated model of complex rehabilitation.

Keywords: status correction, integrated model of complex rehabilitation.

ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

РЕЗЮМЕ

Основной задачей исследования явилось определение алгоритма обследования психосоциального статуса больных детей, его корректировка с оценкой эффективности воздействия различных реабилитационных программ.

В исследовании участвовали 98 детей со сроком реабилитации 21 день (программы «А», «Б», «В») и 265 детей со сроком пребывания 42 дня (программа «Г»).

В результате проделанной работы определена потребность детей в коррекции психосоциального статуса, оценена эффективность различных психотерапевтических воздействий, обоснованы сроки реабилитации.

Доказана необходимость включения восстановления психосоциального статуса в интегративную модель комплексной реабилитации.

Ключевые слова: дети, психосоциальный статус, интегративная модель комплексной реабилитации.

Прежняя организационная структура местных детских санаториев и реабилитационных центров, построенных по принципу специализации, требует пересмотра. На современном этапе необходима замена дифференциального (функционально-системного) подхода в реабилитации на статусный, который предполагает восстановление общего здоровья ребенка. В настоящее время чрезвычайно актуальным является совершенствование диагностики уровня здоровья детей, модели комплексной реабилитации, обоснования сроков лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, оценки эффективности [2, 3, 6].

Принцип комплексности в реабилитации предполагает не только восстановление физического здоровья, но и важнейшего аспекта – оптимизации психологического статуса и коррекции социальной адаптации [1, 5, 7, 8].

Основной задачей нашего исследования явилось определение необходимого алгоритма обследования больных детей, поступивших в учреждение, и оценка эффективности различных реабилитационных программ, в том числе по динамике данных психосоциального статуса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена на базе государственного учреждения, местного детского санатория – реабилитационного центра, где круглогодично получают лечение дети Санкт-Петербурга в возрасте от 4 до 15 лет с патологиями сердечнососудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

По нашим данным, 100% детей имеют сопутствующую патологию, причем некоторые из них – несколько сопутствующих патологий (общий показатель сопут-

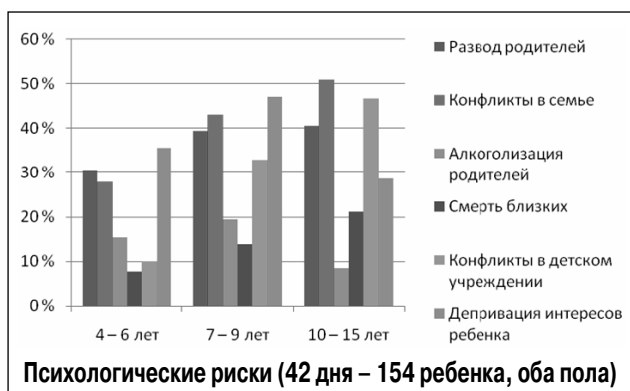
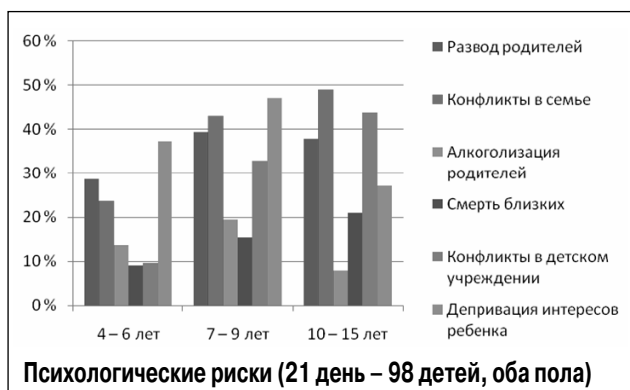
ствующей патологии 1 247,8 на 1 000), около 25% детей поступают с непрофильными заболеваниями (242 на 1 000).

В исследовании участвовали 98 детей, поступивших на срок санаторного лечения 21 день и 154 детей, поступивших на срок 42 дня. В целях объективности сопоставляемых результатов, дети, включенные в реабилитационный процесс по различным моделям, не имели особых отличий по возрасту, полу, характеристикам здоровья. При сроке 21 день были проведены 3 вида реабилитационных программ «А», «Б», «В», при сроке 42 дня – программа «Г». Был отработан алгоритм обследования, который в том числе включал в себя: оценку факторов социально-психологического риска, неспецифические проявления статуса здоровья, оценку психологического статуса, оценку показателей социальной адаптации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Исследование психологического статуса проводилось в отделении психотерапии санатория и было начато с определения психологических рисков.

Психологические риски у детей всех возрастов по обеим группам – 21 и 42 дня – имели высокие показатели, что является постоянно действующим неблагоприятным социально-психологическим фактором, способствующим значительному ухудшению состояния здоровья. Следует отметить, что в обеих группах (21 день, 42 дня) с увеличением возраста детей отмечается рост разводов родителей, конфликтов в семье и в организованном коллективе, смерть близких. Фактор «алкоголизация (20%) и депривация интересов ребенка (45%)» имеет наибольший показатель в возрастной группе 7–9 лет.



В связи с выявлением психологических рисков у значительного количества обследованных детей, в целях оценки состояния психологического статуса как интегральной составляющей величины здоровья, было проведено их дополнительное обследование в психотерапевтическом отделении [4, 9, 12, 13].

Для анализа неспецифических проявлений психофизиологической дезадаптации клинко-биографическим методом были обследованы дети всех возрастов. При анализе установлено, что нарушение социальной адаптации (74%) (отказы от посещения организованных коллективов, конфликтность) и неуспешность психического развития (61%) чаще отмечались в возрастной группе детей 7–9 лет, хотя высокие показатели были представлены и в других возрастных группах (50–60%).

Физиологические показатели дезадаптации в виде нарушения сна встречались во всех группах более чем в 45%, различные нарушения опорожнения кишечника наиболее часто (28,6%) наблюдались у детей дошкольного возраста, что в 2 раза превышает показатель в других возрастных группах. Тревожность определялась как характеристика актуального состояния личности [1, 6]. При обследовании детей дошкольного и младшего школьного возраста был использован тест тревожности М. Дорки, для старших школьников – тест Рейнольдса Ричмонда [4, 14].

При повышении уровня тревожности личность склонна расценивать большее число стимулов, ситуаций, как угрожающих её функционированию, успешности, жизни. При этом все функциональные системы организма находятся в напряжении и со временем истощаются, что приводит к развитию функциональных, а затем и органических расстройств (со стороны нервной и соматической сферы) [5, 6].

При анализе уровней тревожности следует отметить, что в среднем по всем возрастным группам (со сроками 21 и 42 дня) имелось повышение данного показателя у 60% детей. Установлено, что около 40% детей старшего школьного возраста хотели получить психологическую помощь, причём девочки в 2 раза чаще, чем мальчики, и в группе со сроком 42 дня потребность в данном виде помощи возрастает в полтора раза.

Дети в возрасте от 5 до 15 лет были обследованы при помощи разных модификаций цветового теста Люшера для диагностики их нервно-психического состояния [12, 13]. Были определены интегративные показатели и отдельные показатели нервно-психического состояния детей. Данное исследование показало высокую частоту нарушений.

Интегративные показатели выявили:

- плохое нервно-психическое состояние у 60,5% детей (4–6 лет) у 33,3% детей (7–9 лет)
- перевозбуждение вегетативной нервной системы у 81,6% (4–6 лет) у 90,4% (7–9 лет)

Отдельные показатели выявили:

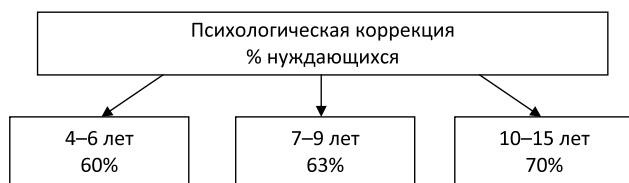
- эмоциональное напряжение у 31,6% детей (4–6 лет) у 47,6% детей (7–9 лет)
- тревогу у 36,8% детей (4–6 лет) у 66,7% детей (7–9 лет)
- стресс у 52,6% детей (4–6 лет) у 76,2% детей (7–9 лет)
- депрессивные симптомы у 10,5% детей (4–6 лет) у 14,3% детей (7–9 лет)
- подавление физических потребностей у 21,1% детей (4–6 лет) у 17,3% детей (7–9 лет)

У детей 10–15 лет было выявлено эмоциональное напряжение в 55,4% случаев, физиологическая дисфункция в 33,9%, снижение фона настроения в 15,2%.

Более длительное наблюдение за детьми в программе «Г» сотрудниками отделения психотерапии позволило более глубоко и детально оценить их нервно-психическое состояние в отличие от срока 21 день (программы «А», «Б», «В»). В связи с этим в группе продолжительностью 42 дня было выявлено дополнительно эмоциональное напряжение, снижение фона настроения, дезадаптации в 1,5 раза чаще, чем в группе 21 день.

Дезадаптация рассматривалась [4] в данном случае, как неуверенность, растерянность, сложность выбора линий поведения. Дезадаптация сопровождалась в обеих группах (21 и 42 дня) физиологической дисфункцией в 33,9%. В группе 42 дня у детей были выявлены эмоциональная незрелость (10%), протестные реакции (30%), психосоматические реакции (19,7%), раздражительная слабость (18,9%).

На основании исследования психологического статуса в кабинете психотерапии был определен процент нуждающихся в оказании психологической коррекции в обеих группах, сроком 21 день (программы «А», «Б», «В») и 42 дня (программа «Г»).



Было установлено:

В различных возрастных группах от 50 до 70% детей имели физиологическую дисфункцию, психосоматические и депрессивные реакции, что указывает на необходимость проведения им курса психотерапии, а не только психологического консультирования [8, 15, 11].

В программах «А», «Б», «В» из-за краткости курса реабилитации (срок пребывания 21 день) психологическая помощь оказывалась преимущественно в виде психологического консультирования, охват которым составил 65% от поступивших. Психологическое консультирование состояло из 1–3 встреч с психологом или с психотерапевтом и проводилось в режиме индивидуальной или групповой беседы в форме тренингов-семинаров, основное внимание уделяли трудной жизненной ситуации, в которой находился ребенок. Работа была обращена к личностному ресурсу, т.е. направлена на ре-

шение социальных и психологических проблем адаптации, поведения пациента во время стресса или конфликта, проблем его общения, решение некоторых вопросов саморегуляции.

Для детей всех групп психологическое консультирование является недостаточным, так как оно не рассматривает их индивидуальные особенности нервно-психического и соматического статуса. Индивидуальная психотерапия в рамках программ «А», «Б», «В» (21 день) проводилась только в 5% от всех поступивших, что составляет 8,9% от числа нуждающихся, из-за короткого срока пребывания. Для проведения курса индивидуальной психотерапии были отобраны только дети с тяжелой психосоматикой, депрессией, потерей близких, суицидальными мыслями и т.д.

При проведении курса психотерапии для уточнения целей и рационализации программ для каждого ребенка индивидуально проводилась дополнительная психологическая диагностика по результатам индивидуальной беседы, с применением психологических тестов [2, 4, 10, 15], по которым оценивались в динамике уровни:

- тревожности,
- агрессии и ее видов,
- алекситимии,
- индекса страха,
- психологической активности,
- работоспособности,
- настроения,
- самочувствия,
- коммуникативных навыков,
- показателей адаптации организма в целом.

При проведении курса психотерапии психотерапевт рассматривал участие и роль социально-психологических факторов и особенностей личности в этиопатогенезе соматического расстройства в отличие от психологического консультирования.

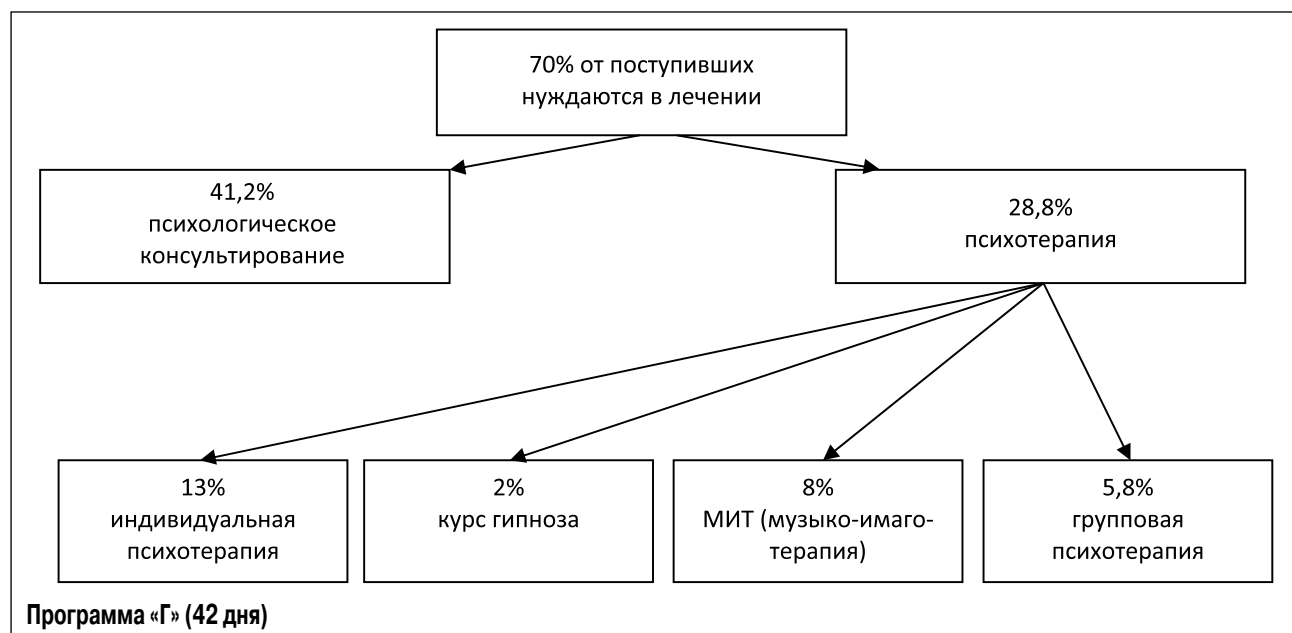
Эффективность достигалась благодаря постоянно-му контролю психологического состояния пациента и возможности коррекции психотерапевтической программы по мере необходимости. Психотерапевт следовал за пациентом: за его симптомами, настроением, особенностями поведения, гармонизируя их, расширяя спектр эмоционально-поведенческих реакций, образцов общения, формируя более адекватные мотивы и цели поведения, развивая волевые качества и самооценку.

Недостатками индивидуальной психотерапии при программах в 21 день явились:

- повышение её интенсивности (вместо 2-х раз до 3-4-х раз в неделю), что уменьшало эффективность встреч, так как не имелось достаточно времени у пациента для осознанного восприятия

происходящих внутренних изменений личности;

- сокращение количества занятий на курс до 5-6, (законченный курс от 8 до 15 и более);
- недоступность других современных форм психотерапии: гипноза, групповой и семейной психотерапии.



Средние показатели эффективности психологической коррекции детей 4-15 лет

№	Показатели психологической коррекции	Эффективность психологической коррекции %			
		Программы «А», «Б», «В»		Программа «Г»	
		ПК*	ПТ**	ПК	ПТ
1	Адаптация в коллективе	48,1	80,2	52,6	97,1
2	Развитие навыков общения	39,5	85,1	45,1	97,5
3	Расширение спектра стратегий преодоления негативных эмоций	45,6	65,7	45,4	79,1
4	Овладение навыками поведения в стрессовых и конфликтных ситуациях	28,2	45,4	28,2	82,5
5	Информированность пациентов об основных понятиях и положениях психологии (о значении психологии в жизни человека)	100	100	100	100
6	Информированность пациентов о значении психологических факторов в развитии соматических расстройств	10,4	30,1	15,4	89,3
7	Сформированность мотивации к прохождению психотерапии	38,3	100	40,3	100
8	Улучшение показателей психического статуса	-	60,2	-	98,4
9	Снижение частоты проявления симптомов, неспецифических для основного соматического расстройства	-	57,3	-	95,3
10	Снижение частоты проявления симптомов, специфических для основного соматического расстройства	-	43,4	-	97,4
11	Повышение эффективности реабилитации по основному соматическому и сопутствующим нервно-психическим расстройствам	-	15,6	-	30,2

* ПК – психологическое консультирование

** ПТ – психотерапия

В программе «Г» имелась возможность провести большему количеству детей не только психологическое консультирование, но и полный курс психотерапии с решением как социально-психологических, так и внутриличностных проблем, вызывающих и поддерживающих течение соматического заболевания. Среднее количество сеансов в курсе психотерапии по данной программе составляло 8, а в сложных случаях до 15, что являлось оптимальным, кроме того, данная программа позволяла проводить психотерапию в виде сеансов гипноза, групповой и семейной психотерапии.

ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка эффективности психологической коррекции проводилась различными методами в зависимости от ее вида. В случае проведения психологического консультирования его эффективность определялась в ходе беседы, наблюдения, в том числе других сотрудников РЦ.

Эффективность психологического консультирования оценивалась в совокупности с показателями эффективности социальной реабилитации, так как при психологическом консультировании решались только общие задачи адаптации личности детей, и невозможно было решить психологические проблемы, которые поддерживали соматическое расстройство.

Эффективность психотерапии определялась индивидуально для каждого пациента по результатам повторного индивидуального психологического тестирования с учетом динамики клинических проявлений, нервно-психического и соматического расстройств.

Показатели психического статуса пациентов многочисленны, их динамика многообразна и индивидуальна. В рамках данной работы были использованы интегративные показатели эффективности психологической коррекции.

Наиболее эффективной для детей явилась программа «Г». При реализации этой программы охват детей психологическим консультированием больше в 2 раза, курсом психотерапии – в 4 раза. В ходе этой программы превалировали курсы психотерапии, что в большей степени соответствовало потребностям реабилитационного воздействия. Эта программа позволила повысить эффективность психологической коррекции и реабилитации детей в 1,7 раза по сравнению с проведением программ «А», «Б», «В».

Оптимизация психосоциального статуса является важнейшей составляющей интегративной модели комплексной реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2000.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб.: Речь, 2002.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
4. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. – Киев, 1989.
5. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб.: Лениздат, 2000.
6. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб.: «Издательство «Питер», 2000.
7. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003.
8. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии. – СПб.: Речь, 2003.
9. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2000.
10. Панова Н.М. Агрессия наших детей. – СПб.: Речь, 2004.
11. Подольский А. и др. Диагностика подростковой депрессивности. – СПб.: Питер, 2004.
12. Собчик Л.Н., Канин К.Г. Метод цветочных выборов – модификация восьмицветового теста Люшера. Практическое руководство. – М.: ИПП, 2007.
13. Тимофеев В.И., Филимоненко Ю.И. Цветовой тест Люшера, диагностика нервно-психического состояния: методическое руководство. – Изд. 2-е. – СПб.: ИМАТОН, 2007. – 40 с.
14. Тэмпл Р., Дорки М., Амен В. Учебно-методическое пособие. Сост. И.Б. Дерманова. – СПб.: Речь, 2002.
15. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: ЗАО «Издательство «Питер», 1999.

Сведения об авторах: Н.Б. Губина, главный врач, заслуженный врач России

О.Ф. Макарова, заведующая психотерапевтическим отделением, М.Л. Климова, заведующая педиатрическим отделением. ddune@rambler.ru

Поступила: 12.04.08

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ ПСИХО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

А.С. Носко, Е.Т. Лильин, Л.М. Рудницкая, Е.В. Фадеева
ФГУ РРЦ «Детство» МЗ РФ, Москва

CORRECTION OF THE SYNDROME OF THE MENTAL AND SPEECH RETARDATION IN PATIENTS WITH CEREBRAL PALSY

Nosko A., Lilin E., Rudnitskaya L., Fadeeva E.

Federal State Institution "Russian Rehabilitation Center "Detstvo", Moscow

RESUME

The basic aim of treatment of patients with cerebral palsy (CP) is achievement of a high level of social adaptation by this category of the population that is reached by carrying out of polysyndromic treatments and competent psychological and pedagogical correction of mental and speech retardation that causes an opportunity of reception school and as an average and higher education. In this article experience and results of correction of a syndrome of mental and speech retardation in patients with CP received treatment on the basis of a day time hospital of polyclinic of Federal State Institution "Russian Rehabilitation Center "Detstvo" is described. The presented data testify that application of modern methods of complex rehabilitation in a combination to psychological and pedagogical correction allow to achieve a high level of mental and speech development and in enough high measure to realize educational potential of patients with CP.

Keywords: cerebral palsy, social adaptation.

РЕЗЮМЕ

Основной целью проводимого восстановительного лечения больных детским церебральным параличом (ДЦП) является достижение высокого уровня социальной адаптации данной категорией населения, что достигается путем проведения полисиндромального лечения и грамотной психолого-педагогической коррекцией задержки психо-речевого развития, что обуславливает возможность получения школьного, а также среднего и высшего образования пациентами с ДЦП. Описан опыт и результаты коррекции синдрома задержки психо-речевого развития у больных ДЦП, получавших лечение на базе дневного стационара поликлиники ФГУ РРЦ «Детство» МЗ РФ. Представленные данные свидетельствуют о том, что применение современных методов комплексной реабилитации в сочетании с психолого-педагогической коррекцией позволяют добиться высокого уровня психо-речевого развития и в достаточно высокой мере реализовать образовательный потенциал больных ДЦП.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, социальная адаптация.

Одной из основных проблем современной детской нейрореабилитологии является эффективное полисиндромальное лечение и последующая социально-бытовая адаптация больных детским церебральным параличом. Данной теме посвящено множество исследований как отечественных, так и зарубежных авторов [1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14]. Однако наибольшее внимание уделяется вопросам двигательной реабилитации, в то время как коррекция синдрома задержки психо-речевого развития, занимающего, несомненно, важное место в структуре ДЦП, к сожалению, остается без должного внимания.

Согласно литературным данным [2, 3, 10, 11], синдром задержки психо-речевого развития встречается у 40–80% больных ДЦП, в зависимости от формы и степени тяжести заболевания. Различные формы дизартрии отмечаются у 73–94%. Отсутствие эффективной и достаточной коррекции данной симптоматики в ранней резидуальной и хронической резидуальной стадиях ДЦП приводит к тому, что лишь 13% больных ДЦП, достигших семилетнего возраста, готовы к освоению программы общеобразовательной школы, 28–33% обучаются по программе школы 8-го вида, а оставшиеся 54–63% не обучаются вовсе.

Учитывая тот факт, что по данным различных источников умственная отсталость характерна лишь для 21–26% больных ДЦП, напрашивается печальный вывод: количество пациентов с ДЦП, не получающих столь необходимое образование в рамках школьной программы, несмотря на достаточно высокий реабилитационный и образовательный потенциал, катастрофически высоко и составляет 60–70%. Для этой группы детей невозможно в дальнейшем овладение достойной профессией и, к сожалению, они вынуждены пожизненно находиться на попечении родителей и государства.

Учитывая несомненную важность вышеизложенной проблемы, опишем опыт и результаты, достигнутые за четыре года работы дневного стационара поликлиники ФГУ «Российский реабилитационный центр «Детство» МЗ РФ. В дневном стационаре, как и во всех отделениях ФГУ РРЦ «Детство», в качестве ведущего метода лечения ДЦП мы применяем метод кондуктивной терапии, который основан на принципах кондуктивной педагогики, разработанной А. Пето в 50-х годах прошлого века. Основным направлением кондуктивной педагогики является интеграция ребенка в условия социальной среды, что достигается путем расширения спектра целенаправленных действий больного в сочетании с психолого-педагогической и логопедической коррекциями. В процессе лечения проводятся занятия, направленные на одновременное формирование движений в онтогенетических этапах двигательного развития, развитие мышления, памяти, внимания, эмоциональной сферы и других сторон интеллектуальной деятельности, ликвидацию логопедических проблем.

На современном этапе применение всего спектра реабилитационных технологий – медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, методики психо-сенсорной коррекции, биологической обратной связи, компьютерные и социально-бытовые занятия, ипотерапия и т.д. – в структуре кондуктивной педагогики позволяют закономерно применять термин «кондуктивная терапия» и позиционировать его как крайне эффективный метод реабилитации больных детского возраста с психоневрологической патологией [9], что доказательно изложено в материалах более десяти кандидатских работ, которые были проведены на базе нашего Центра за последние пять лет. Особое внимание в структуре метода уделяется повышению уровня социально-бытовой адаптации детей-инвалидов, что

является наиболее общим, интегративным отражением состояния двигательной и психо-речевой сфер ребенка с ограничением возможностей.

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

По результатам первичного обследования в дневном стационаре специалистами реабилитационной бригады помимо мероприятий, направленных на коррекцию моторных навыков, в курс лечения длительностью четыре недели обязательно включают индивидуальные и групповые занятия с логопедом и психологом, а также, при необходимости, с дефектологом. В процесс восстановительного лечения больных ДЦП, начиная с возраста четырех лет, мы обязательно включаем занятия, направленные на развитие графических навыков, а с шести лет проводим подготовку к обучению в рамках общеобразовательной школы и школы 8-го вида, в зависимости от степени сохранности интеллекта у каждого конкретного пациента.

Помимо «обычной» работы с психологами и логопедами значительной динамики в коррекции задержки психо-речевого развития у больных ДЦП удается достичь при использовании таких методик, как логопедическая программа «Дэльфа-142М», «Звуковой луч», «Опти-музыка», «Сенсорная комната», специализированные компьютерные тренажеры, агро-, эрготерапия, Монтессори-терапия.

В конце курса лечения специалисты реабилитационной бригады оценивают комплексную динамику стато-локомоторного развития и психо-речевой сферы, достигнутую в результате проведенного лечения, на основании чего определяют достаточную и эффективную кратность повторных курсов реабилитации и

составляют подробный план восстановительного лечения и психолого-логопедической коррекции для каждого пациента, на период до следующей госпитализации.

Согласно разработанному плану в межгоспитальный период реабилитация больных продолжается на поликлиническом уровне. Специалистами поликлиники нашего Центра осуществляется необходимое неврологическое и педиатрическое наблюдение пациентов с ДЦП. Также продолжается психолого-педагогическая коррекция посредством проведения занятий с психологами и логопедами поликлиники с кратностью 1-2 занятия в неделю. По рекомендациям специалистов нашего Центра межгоспитальная медико-психолого-педагогическая коррекция может проводиться специалистами других ЛПУ, которые регулярно проходят обучение на базе ФГУ РРЦ «Детство».

Эффективность вышеизложенной программы реабилитации и медико-психолого-логопедического дошкольного патронажа больных ДЦП была оценена нами на примере группы из 33 больных спастическими формами детского церебрального паралича, впервые поступивших на лечение в дневной стационар Российского реабилитационного центра «Детство» в возрасте трех лет в 2004 году. Распределение больных по форме и степени тяжести ДЦП представлено в таблице 1.

Реабилитация больных проводилась с кратностью 2 раза в год, межгоспитальная медико-психолого-педагогическая коррекция осуществлялась специалистами поликлиники нашего Центра. Также со всеми пациентами исследуемой группы проводили занятия, направленные на развитие графических навыков и подготовку к обучению в школе.

Оценка динамики психо-речевого развития осуществлялась через 4 года реабилитации по достижении пациентами возраста семи лет при помощи комплексной пятибалльной оценки нарушений речи (Семенова К.А. и соавт., 1998), включающей произноси-

тельную сторону речи, соответствие развития внутренней речи возрастной норме, понимание речи окружающими. В соответствии с количеством баллов определялась степень тяжести нарушения речи: 5-4 балла – тяжелая степень нарушения речи; 3-2 балла – средняя степень нарушения речи; 1 балл – легкая степень нарушения речи; 0 баллов – норма.

Для оценки психического развития использовалась стандартная балльная методика оценки восприятия величины предметов и способность к конструированию. Результат от 0 до 1 по каждому из тестов соответствовал низкому уровню конкретной психической функции, от 2 до 3 – сниженному уровню, а результат 4-5 расценивался как достаточный.

Эффективность проведенного лечения у каждого пациента и группы в целом мы определяли после каждого проведенного курса лечения по формуле: $E = B1/B2$, где B1 – значение оценки тяжести нарушения функций до проведения лечения, B2 – значение оценки тяжести нарушения после проведения лечения.

Полученное значение показателя эффективности оценивали по шкале: 2,0 и более – «значительное улучшение»; 1,20–1,99 – «улучшение»; 1,06–1,19 – «незначительное улучшение»; 0,95–1,05 – «без перемен»; меньше 0,95 – «ухудшение» (Семенова К.А., 1998).

При сравнении динамики в речевой и психологической сферах, достигнутой за период с 2004 по 2008 год, мы получили следующие результаты.

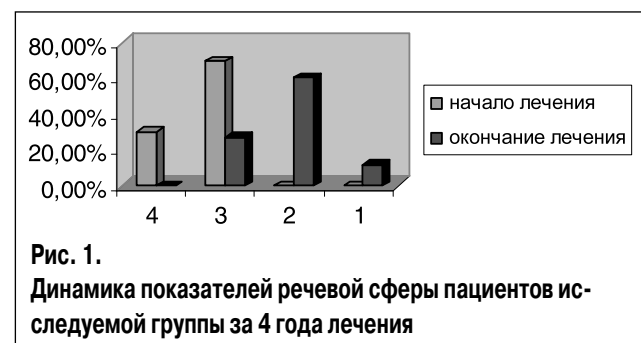


Рис. 1.
Динамика показателей речевой сферы пациентов исследуемой группы за 4 года лечения

Таблица 1

Распределение больных по форме и степени тяжести заболевания в начале лечения

Форма и степень тяжести ДЦП		(n=33)
форма заболевания абс. (%)	спастическая диплегия	27 (82%)
	гемиплегическая форма	6 (18%)
степень тяжести заболевания абс. (%)	тяжелая	7 (22%)
	средняя	18 (54%)
	легкая	8 (24%)

Как показано на рис. 1, в процессе лечения среди пациентов исследованной группы уменьшилось количество больных, произносительная сторона речи которых была нарушена по типу дизартрии (4 и 3 балла), значительно увеличилось число детей, у которых произносительная сторона речи была нарушена за счет наличия стертой псевдо-бульбарной дизартрии, но полностью понятна окружающим – 20 (60,6%) человек (2 балла); у 4 пациентов (12,1%) произносительная сторона речи соответствовала норме.

В психологическом статусе положительная динамика, как показано на рис. 2, была выражена в значительной степени. Количество пациентов с низким уровнем восприятия к окончанию исследования уменьшилось до 0%, а число больных с достаточным уровнем восприятия достигло к концу лечения 57,6%. Достаточный уровень конструктивного праксиса по окончании четырех лет лечения был отмечен у 45,5% пациентов исследуемой группы.

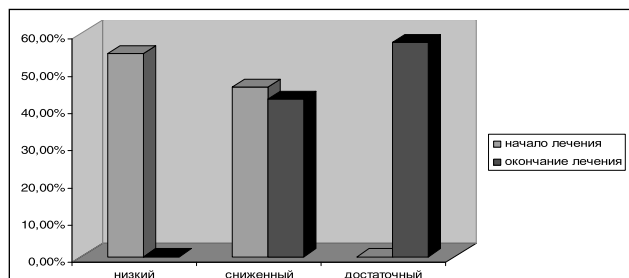


Рис. 2.
Динамика уровня восприятия у больных исследуемой группы за 4 года лечения

По показателям коэффициента эффективности проведенное с 2004 по 2008 гг. лечение расценивалось, как «улучшение» и составило 1,42. Особенно ценно для нас то, что в результате проведенной за 4 года реабилитации, как видно из рис. 3, 22 пациента исследуемой группы (66,6%) к семи годам были готовы к обучению в первом классе по программе общеобразовательной школы.

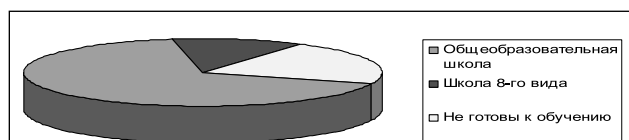


Рис. 3.
Готовность к обучению пациентов исследуемой группы после 4 лет лечения

Таким образом, подводя итог вышесказанному, хочется отметить, что своевременная, эффективная и грамотно методически организованная коррек-

ция синдрома задержки психо-речевого развития у больных детским церебральным параличом, основанная на взаимодействии специалистов медицинского и психолого-педагогического профиля, а также акцентирование процесса реабилитации на подготовку к школьному обучению позволяет в дальнейшем значительно повысить уровень социальной защищенности детей-инвалидов, которые являются самой обездоленной категорией населения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Артемьев Д.В., Орлова О.Р., Моренкова А.Э. Использование ботокса в медицинской практике // Неврологический журнал. – 2000. – Т. 5. № 4. – С. 46-51.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. // Детский церебральный паралич. – Киев: Здоровье, 1988. – 327 с.
3. Белоусова Е.Д., Темкин П.А., Лобов М.А. и др. Врожденная гемиплегическая форма детского церебрального паралича // Вестник практической неврологии. – 1999. – № 5. – С. 219–229.
4. Бондаренко Е.С., Ширеторова Д.Ч., Зыков В.П. Современные подходы к патогенезу и реабилитации при заболеваниях нервной системы у детей // Педиатрия. – 1995. – № 4. – С. 107–108.
5. Доценко В.И., Дутикова Е.М., Спивак Б.Г. Современные методы восстановительного лечения больных детским церебральным параличом. – М., 2001. – 52 с.
6. Дутикова Е.М., Лильин Е.Т. Ботулотоксин типа А (Диспорт) в лечении детского церебрального паралича // Фарматека. – 2007. – № 7. – С. 37–42.
7. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации ДЦП. – М., 2001. – Книга 2. – 116 с.
8. Козьявкин В.И., Качмар О.О. Методы оценки эффективности медицинской реабилитации в системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации // Украинский медицинский вестник. – 2003. – № 3 (35). – С. 61–66.
9. Лильин Е.Т. Современные технологии реабилитации в педиатрии. – М.: «ОДИ international», 2000. – 540 с.
10. Семенова К.А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича. – М.: Антидор, 1999. – 384 с.
11. Dzienkowski R.C., Smith K., Dillow K. Cerebral palsy: a comprehensive review // Nurse-Pract. – 1996. – V. 21. – № 2. – P. 4–8.
12. Kanovsky P., Streitova H., Lnenicka J. et al. Botulinum toxin A treatment of spasticity in non - ambulatory pediatric

celebral palsy // 51-st Annual Meeting of American Academy of Neurology. – Toronto. – 1999. – P. 108–112.

13. Kozijavkin V., Kachmar O. Correction of movement utilizing the “Spiral” suit – an important part of Kozijavkin method //

Cer. Pal. Mag. – 2004. – № 6. – P. 14–17.

14. Lazar R.B. Principles of Neurological Rehabilitation // McGraw-Hill. – New York. – 1997. – P. 710.

Поступила: 06.10.08

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Е.О. Иванова, С.В. Дьякова

Кафедра детской хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ., Москва

STOMATOLOGICAL MORBIDITY OF CHILDREN AND DOWN'S SYNDROME

Ivanova E.O., Diakova S.V.

SUMMARY

In the course of full clinical stomatological supervision of children with the Down's syndrome there were discovered some regularities in forming and development by them of a number of mouth diseases. As far as in the literature there is no unified view of the structure of stomatological morbidity of this contingent of children it does not seem possible at the present moment to create a program of their preventive medical examination, treatment and prevention of pathological condition of mouth depending on the severity level of the background disease.

In this article the stomatological diseases of the most frequent occurrence are considered.

Keywords: Down's syndrome, stomatological supervision.

РЕЗЮМЕ

В ходе полного клинического стоматологического обследования детей с синдромом Дауна были выявлены некоторые закономерности в формировании и развитии у них ряда заболеваний полости рта. Поскольку в литературе не существует единого представления о структуре стоматологической заболеваемости данного контингента детей, в настоящее время не представляется возможным создание программы их диспансеризации, лечения и профилактики патологических состояний полости рта, в зависимости от степени тяжести фонового заболевания.

Ключевые слова: Дауна синдром, стоматологическое обследование.

В современной литературе нам не удалось обнаружить данных по частоте встречаемости стоматологических заболеваний у детей с синдромом Дауна. Это не позволяет установить достаточность как диагностики стоматологических заболеваний, так и особенности лечения полости рта этой группе больных.

Общепринятые стандарты оказания помощи врачам-стоматологом для них малопримемлемы, в силу неврологических и соматических отклонений, особенностей психо-эмоционального статуса, обусловленных данной патологией.

Следовательно, для оказания этому контингенту детей стоматологической помощи в системе комплексной реабилитации (позволяющей снизить количество тяже-

лых заболеваний полости рта у данной категории больных), необходима четкая научно-обоснованная система.

Не решенными остаются вопросы диспансеризации этой категории детей, учитывая различные возрастные периоды (от 0 до 18 лет), она должна включать полный спектр оказания стоматологической помощи. Актуальным остается также необходимость выработать для этих детей объем, кратность и периодичность всех лечебно-реабилитационных мероприятий.

Возникает также необходимость определить возможность оказания стоматологической помощи детям, страдающим синдромом Дауна в психоневрологических больницах, диспансерах, школах-интернатах, реабилитационных центрах. До сих пор не создан алгоритм ока-

зания стоматологической помощи этим больным в необходимых объемах на весь период детства.

Нами проведено клиническое обследование и анализ историй болезни 44 детей с синдромом Дауна в возрасте от 1 года до 14 лет, проходящих курс комплексной реабилитации на базе Федерального государственного учреждения «Российский реабилитационный центр «Детство» Росздрави. Детям проведен полный клинический стоматологический осмотр с участием родителей и лечащего врача, с учетом возраста и пола.

При обследовании детей с синдромом Дауна отмечали особенности проявления основного заболевания, а именно небольших размеров череп – брахицефалия, узкие глазные щели, с косым разрезом, идущим сверху вниз и внутрь, эпикант – кожная складка, идущая от внутреннего угла глаза к нижнему, плоская переносица с расширенным основанием, короткий нос с широкими ноздрями, уплощенное лицо, редкие сухие волосы, короткая шея с «воротниковой» складкой. При осмотре учитывали наличие меньшей ротовой полости, слабость жевательной мускулатуры, а также наличие макроглоссии с изменением положения языка за счет постоянно открытого рта.

В ходе клинического стоматологического обследования нами установлено, что с наибольшей частотой у детей с синдромом Дауна встречались: задержка прорезывания зубов временного прикуса (76,7%), зубочелюстные аномалии (75%), задержка прорезывания зубов постоянного прикуса (67%), аномалия положения уздечек

полости рта (66,6%), катаральный гингивит, возможно медикаментозный гингивит (52%), кариес и его осложнения (47,8%). Таким образом, наиболее частыми остаются зубочелюстные аномалии, пороки развития слизистой оболочки полости рта (уздечки) и задержка прорезывания зубов как временного, так и постоянного прикуса.

Нами было выявлено, что частота кариеса временных зубов у больных с данной патологией выше по сравнению с показателями у практически здоровых детей, а частота кариеса постоянных зубов у детей с синдромом Дауна и у практически здоровых детей одинакова (Kroll R.G. et al., 1970). Это можно объяснить тем, что после длительных курсов медицинской и психолого-педагогической реабилитации ребенку легче привить правила и технику профилактики стоматологической заболеваемости.

Нами установлено, что интенсивность течения кариеса и заболеваний парадонта зависит от цитогенетического варианта основного заболевания (табл. 2).

Интенсивность кариеса зависит от сопутствующей неврологической патологии, степени снижения интеллекта, числа перенесенных заболеваний, в том числе инфекционных. В ходе обследования нами было установлено, что процент детей с простой трисомной формой болезни Дауна, имеющих различные зубочелюстные аномалии, ниже, чем у детей с другими формами болезни Дауна, сочетающимися с аутистическиподобным расстройством. Возможно, следует учитывать влияние генетической обусловленности на развитие стоматологической заболеваемости у этой группы пациентов.

Таблица 1

Распределение обследованных больных по возрасту и полу

Пол/возраст ребенка	1–3 года	3–7 лет	7–10 лет	10–14 лет	14 лет и старше	Всего
Девочки	4	6	5	3	-----	18
Мальчики	2	11	7	6	-----	26

Таблица 2

Распределение обследованных детей с болезнью Дауна по формам заболевания и периодам развития зубочелюстной системы

Цитогенетические варианты	Период прикуса молочных зубов	Период смены зубов	Период постоянных зубов
Простая трисомная 47,xy(xx), + 21	11	20	2
Мозаичный 46,xy(xx)/47,xy(xx),xy+21	4	1	1
Транслокационный 46,xy(xx),der21/D или 21G	2	3	-

При изучении сроков прорезывания зубов у детей с синдромом Дауна нами была установлена хаотичность прорезывания зубов, а также задержка прорезывания временных первых моляров, вторых резцов и клыков.

Среди некариозных поражений твердых тканей зуба, возникающих после прорезывания, патологическая стираемость наблюдалась у 10% детей, что мы рассматриваем как симптом неполноценности твердых тканей зубов, нарушение прикуса и наследственную предрасположенность. Системную гипоплазию эмали и флюороз выявили у 15,3% детей.

Зубочелюстные аномалии нами диагностированы у 75% обследованных детей с синдромом Дауна. В их структуре превалировала патология прикуса: резцовая дизоокклюзия, перекрестный-травматический, мезиальный. Аномалия зубных рядов в сочетании с аномалией отдельных зубов встречалась в 70% случаев. Зубочелюстными аномалиями сопутствовали: короткие уздечки верхней губы (25%), языка (15%).

На момент осмотра в помощи врача-стоматолога-терапевта нуждались 25 из 44 детей, в помощи хирурга-

стоматолога 27 из 44 детей, врача-ортодонта 35 из 44. Ранняя терапевтическая помощь нами была оказана 12 больным, а хирургическая 5 детям, из них пластика уздечки верхней губы проведена 1 ребенку амбулаторно. Однако остальным детям в силу неврологических и соматических отклонений, а также с учетом особенностей психо-эмоционального статуса помощь в условиях общего стоматологического приема малоприемлема.

Таким образом, наше исследование показало, что совершенствование системы специализированной стоматологической помощи в комплексном лечении детей с синдромом Дауна в диспансерах, реабилитационных центрах, психоневрологических больницах, школах-интернатах, даст возможность оказывать ее в необходимых объемах, на основе алгоритма действий, который должен выполняться стоматологом в течение всего периода детства.

Для переписки: Москва, Делегатская 20, С.В.Дьякова, Е.О. Иванова

Поступила 17.09.08

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА ПОДРОСТКОВ ПО ОСОБЕННОСТЯМ ИХ РЕЧИ

Е.Ю. Меркушова, Е.Ю. Чеботарева

Кафедра социальной и дифференциальной психологии РУДН, Москва

Исследование выполнено в рамках Инновационной образовательной программы РУДН

LIMITATIONS OF DIAGNOSTICS OF CHARACTER ACCENTUATIONS OF ADOLESCENTS ACCORDING TO THEIR SPEAKER DISCRIMINANTS

E.Yu. Merkusheva, E.Yu. Chebotareva

RESUME

Source of information about individual and psychological qualities of a child can be not only a comment of psychodiagnost, but also an attentive observation over the behavior of the patient, his/her speech, analysis of his/her works (drawings, texts). This article is dedicated to description of limitations of diagnostics of the individualities of a child according to its speech.

Keywords: character accentuations, speaker discriminants.

РЕЗЮМЕ

Источником информации об индивидуально-психологических качествах ребенка может стать не только заключение психодиагноста, но и внимательное наблюдение за поведением пациента, его речью, анализ его произведений (рисунков, текстов). Данная статья посвящена описанию возможностей диагностики особенностей характера ребенка по его речи.

Ключевые слова: акцентуация характера, особенности речи.

В реабилитации детей очень важно учитывать психологический фактор, так как любой физический или психический дефект накладывает отпечаток на личность ребенка в целом, на его способы взаимодействия с внешним миром. А индивидуально-психологические особенности ребенка, в свою очередь, во многом определяют его отношение к болезни, к процессу лечения. Таким образом, успех реабилитации во многом зависит от умения специалистов понимать индивидуально-психологические особенности пациентов и учитывать их в процессе работы с детьми. Источником информации об индивидуально-психологических качествах ребенка может стать не только заключение психодиагноста, но и внимательное наблюдение за поведением пациента, его речью, анализ его произведений (рисунков, текстов). Данная статья посвящена описанию возможностей диагностики особенностей характера ребенка по его речи.

Само явление акцентуаций характера [4] обычно связывается с подростковым возрастом, подростковым кризисом идентичности. В этом возрасте идет активное становление личности, поиск «себя». И очень важно, чтобы этот процесс получал конструктивное развитие, чтобы в его результате у подростка формировался целостный, непротиворечивый, позитивный образ «Я», чтобы подросток принимал себя и был способен к самореализации, бесконфликтному самопредъявлению своих индивидуально-психологических качеств.

В то же время психологическая коррекция свойств личности и индивидуальности в этом возрасте имеет определенные сложности, в первую очередь связанные с еще недостаточно развитыми способностями к адекватной рефлексии, самооценке, саморегуляции. Подростки нередко негативно воспринимают «прямые» методики диагностики и психологического воздействия. Поэтому важно разрабатывать проективные методики диагностики и коррекции их индивидуально-психологических качеств. В связи с этим мы обратились к проблеме выявления акцентуаций характера подростков по особенностям их речи.

Под акцентуациями в психологии понимаются отдельные чрезмерно выраженные, заостренные черты характера, которые не являются патологическими, однако представляют собой «болевы́е точки» человека, которые при определенных условиях определяют не-

адекватные реакции, неспособность гибко адаптироваться к изменениям в окружающем мире [4]. Обычно акцентуации развиваются в подростковом возрасте, в период становления характера, и сглаживаются с взрослением.

В психологии твердо установлено положение, что все психические явления могут быть изучены только в конкретной деятельности человека. В этом заключается принцип неразрывной связи или единства психики и деятельности [3]. Характерологические особенности людей также можно лучше всего установить, изучая их деятельность. В том числе, характер человека ярко проявляется и в речевой деятельности. Благодаря специфике деятельности, индивидуальному стилю ее исполнения, у человека формируется и определенный стиль речи: деловой или образный, лаконичный или многословный.

Большинство отечественных психологов и лингвистов рассматривают речь как *речевую деятельность*. По мнению А.А. Леонтьева [3], речевая деятельность представляет собой специфический вид деятельности, не соотносимый непосредственно с «классическими» видами деятельности. Она в форме отдельных речевых действий обслуживает все виды деятельности, входит в их состав.

Идея проявления в речи индивидуально-психических свойств человека, его жизненного опыта, ведущей деятельности нашла отражение в понятии языковой личности [2]. В современных науках о языке понятием языковой личности оперируют многие лингвисты и психологи. *Языковая личность* понимается здесь как «совокупность способностей и характеристик человека, обуславливающих создание и восприятие им речевых произведений (текстов), которые различаются: степенью структурно-языковой сложности, глубиной и точностью отражения действительности, определенной целевой направленностью» [2].

К настоящему времени накоплено немало исследований, свидетельствующих о выраженности разнообразных индивидуальных свойств субъекта говорения (письма) в продуцируемом им тексте.

Одними авторами изучалась репрезентация в тексте *половозрастных, социальных и национальных признаков субъектов говорения*. Другими авторами анализировалась выраженность в тексте различных

личностных сфер говорящего: эмоциональной сферы, волевой регуляции, мотивации, уровня интеллекта. Установлены связи между общим объемом высказывания и такими характеристиками человека, как замкнутость, озабоченность, осмотрительность, принципиальность, властность и т.д.

Целью нашего эмпирического исследования было выявление связей между выраженностью различных акцентуаций характера у подростков и особенностями их речевой деятельности.

Выборка исследования: в исследовании приняла участие 125 человек в возрасте от 14 до 17 лет (55 мужского пола и 70 – женского).

Методики: для определения акцентуаций характера мы использовали тест-опросник Шмишека, для изучения речевых характеристик испытуемых – психолингвистический анализ речевых действий, предложенный Е.Ю. Чеботаревой, В.Н. Денисенко и А.И. Крупновым [5]. С помощью этого метода анализировались сочинения испытуемых на значимую для данного возраста тему «Мои друзья».

Метод психолингвистического анализа речевых действий, предложенный Е.Ю. Чеботаревой, В.Н. Денисенко и А.И. Крупновым [5], основывается на положении о многомерно-функциональной организации актов поведения и деятельности человека, разработанном А.И. Крупновым. Текст рассматривается как продукт речевой деятельности, в котором, как и в речевом акте, отражается вся структура личности человека. Данный метод предполагает изучение как лингвистического, так и психологического аспекта речевых действий и текстов.

Лингвистический анализ проводится на языковом, речевом и содержательно-смысловом уровнях организации текста [5]. При изучении психологического аспекта речевых действий предполагается анализ каждого конкретного действия с различных сторон: операционально-динамической, мотивационной, когнитивной, продуктивно-результативной, эмоциональной и регуляторно-волевой. Каждый из названных компонентов, в свою очередь, содержит по две переменные, позволяющие охарактеризовать его с двух противоположных полюсов.

Для выявления связей между выраженностью черт характера и речевыми характеристиками мы подвергли полученные эмпирические данные корреляцион-

ному анализу Спирмена. Кроме того, мы проводили попарное сравнение групп испытуемых с ярко выраженной акцентуацией определенного типа и с отсутствием акцентуации данного типа [1]. Для проверки статистической значимости различий между группами применялся Т-критерий Стьюдента.

Результаты исследования: мы обнаружили подтвержденные статистически связи между акцентуациями характера и особенностями речевых действий, а также статистически значимые различия в речевых характеристиках подростков с разными акцентуациями. Обобщая результаты исследования, мы можем представить следующие «речевые портреты» акцентуантов.

Тексты подростков с **демонстративной акцентуацией** отличаются большим объемом, однотипной лексикой, частым использованием неинформативных слов (местоимений, междометий и пр.) («Ну, например, один человек, он по гороскопу, можно сказать, Весы, и это очень проявляется в людях»). Их речь довольно связна, тексты целостны и последовательны («Но потом, недавно мы с ней опять помирились и я очень этому рада»). Они отличаются яркой эмоциональной экспрессивностью («Там были мои самые-самые лучшие подруги!», «Я просто не смогу без них жить!»). Демонстративные подростки редко употребляют категории действия и времени, почти не употребляют категории количества, но чаще других используют категории обстоятельства и состояния («когда мне самому очень лениво», «со знакомыми, когда скучно, тоже очень приятно пообщаться»). Они реже других прибегают к уточнениям, задают мало вопросов и нечасто ссылаются на других рассказчиков.

Тексты подростков с **застревающей акцентуацией** также отличаются большим объемом и низкой лексической вариативностью. При средней грамматической правильности речи эти подростки очень редко допускают ошибки в построении фраз. Им характерны частые отступления от темы, многочисленные уточнения («С ней невозможно было, как говорят, когда две женщины собираются, они сразу начинают сплетничать, так с ней невозможно было просто болтать, нужно было всегда говорить о каких-то глобальных вещах, причем эти вещи...»). Они редко используют оценочные фразы и дают названия своим текстам. В целом, тексты содержательны и понятны. Эмоцио-

нальный фон речи в основном положительный.

Тексты подростков с **возбудимой акцентуацией** отличаются малым объемом, низкой лексической насыщенностью и вариативностью. Такие подростки допускают довольно много ошибок, особенно в построении фраз («Друзья – это люди, с которыми ты можешь обсуждать любые совершенно проблемы, не заботясь о каких-то, что они все равно поймут тебя»). Речь их не отличается экспрессивностью. Они редко описывают других людей, им не свойственны отступления от темы и нарушения последовательности. Общее количество смысловых категорий низкое, особенно редко они используют категории времени. В своих рассказах возбудимые подростки редко описывают внешность других людей, но часто ссылаются на известных людей («Один известный человек сказал, что друзья могут быть преданные тебе, предавшие тебя и преданные тобой») и часто дают названия своим даже устным высказываниям («Итак, о друзьях», «На вопрос: «Мои друзья...»»).

Тексты подростков с **гипертимной акцентуацией** довольно большие по объему и лексически насыщены, часто в них можно встретить различные ошибки, особенно в построении фраз. Для них не свойственно обрывать предложения на полуслове, они стараются полностью донести до слушателя свою мысль. Тексты не отличаются содержательностью и понятностью, однако они весьма эмоционально выразительны («Друзей у меня просто очень большой круг! Мои друзья – люди, от которых можно получить очень много самой разнообразной информации, весело пообщаться, обменяться положительной энергией, зарядиться как-то»). Гипертимы реже других обращаются в своих текстах к читателю.

Тексты подростков с **тревожной акцентуацией** отличаются высокой лексической насыщенностью и большим количеством ошибок. Особенно часто тревожные подростки допускают грамматические ошибки («осознавать, что тот или иной человек – мои друзья», «мне всегда понравилось помогать ему», «10 людей»). Речь связана плохо, особенно на уровне однородных членов предложения («Я тоже всегда стараюсь помочь друзьям, знакомым, близким, выслушать, понять их проблемы»). Они часто отступают от темы и нарушают последовательность повествования («У нас очень хороший класс. Мои лучшие подруги – Света и

Катя. В нашем классе многие интересуются политической, можно интересно побеседовать. Света заканчивает школу с золотой медалью.»). В своих сочинениях тревожные учащиеся затрагивают большое количество различных вопросов.

Тексты подростков с **экзальтированной акцентуацией** характеризуются довольно большим объемом, высоким уровнем лексической насыщенности и вариативности. Они нередко отступают от темы разговора и затрагивают большое количество вопросов («У меня есть как настоящие друзья, так и очень хорошие знакомые, хорошие компании, люди, с которыми мне весело, интересно, с которыми я связана учебой, увлечениями, театром, я не знаю, с которыми я лазила в горы, ходила на лыжах. Все, что угодно.»). Эмоционально-окрашенные фразы, характерные для них, не всегда несут глубокий смысл и содержание («Конечно же, конечно же, что бы ни случилось, я никогда, ни в коем случае не оставлю ее...»). В своих сочинениях экзальтированные подростки говорят, в основном, о других людях («У моего друга есть брат, он очень любит птиц...»).

Тексты подростков с **эмотивной акцентуацией** весьма объемны и лексически насыщены. Они практически не допускают ошибок, особенно редко можно встретить в их текстах синтаксические ошибки и ошибки в построении фраз. В их речи используются преимущественно простые конструкции, она довольно хорошо связана («Я могу рассказать о трех моих друзьях... Первая подружка...» и т.д.). Эмотивные подростки редко используют однородные члены, вводные слова и обособленные обороты. Спектр вопросов, затронутых в сочинениях, весьма широк. Они часто употребляют в речи различные смысловые категории, однако категории признака используют довольно редко. Они часто повторяются и чаще всего повторы относятся к описанию эмоций и состояний («Друзья – это хорошо... Мне с ними было хорошо... С ними было хорошо и общаться, и... В общем, друзья – это хорошо.»). В их текстах редко встречаются уточнения, самоперебивы, вопросительные предложения.

Речь подростков с **циклотимной акцентуацией** отличается низким уровнем связности, особенно на уровне частей текста («Думаю, вряд ли появится в ближайшее время какой-то новый друг, думаю, вряд ли кто-нибудь перестанет быть моим другом, на-

деюсь, мои друзья тоже так думают.»). В их речи часто встречаются сложные предложения, но они редко используют однородные члены. К тому же для них не характерно употребление цитат и неинформативных слов. Редко в их текстах встречаются сопоставления и причинно-следственные связи. Помимо этого, они редко описывают внешность людей. Они почти не употребляют в своей речи вопросительных предложений и редко повторяются.

Выявленные нами связи особенностей речевой деятельности с акцентуациями подростков позволяют не только сделать вывод о возможностях экспресс-диагностики акцентуаций по речи, но также позволяют предположить, что эти результаты можно использовать для дифференциации используемых в коррекционной работе вербальных техник психологического воздействия в зависимости от типа акцентуации подростка.

Так, возможно, в коррекционной работе с *демонстративными подростками* следуют чаще задавать уточняющие вопросы к используемым ими в речи неинформативным словам (что «это?», «о ком вы думаете, когда говорите: «некоторые люди»?»). В их рассказах о каких-то событиях помимо обсуждения состояний, обращать их внимание на конкретные действия, на какие-то детали реальной ситуации, уточнять время и место действий. Также будет полезно обсуждать с ними те эмоции, которые они вкладывают в эмоционально-экспрессивные языковые единицы, выясняя, действительно ли они испытывают эти эмоции, что их вызывает, либо они просто «играют привычную роль», эмоционально выражая то, к чему на самом деле равнодушны.

Так как основная особенность речи подростков с *застревающей акцентуацией* то же «застревание» на деталях, возможно, в общении с ними будет полезно учить их разделять разные темы в высказываниях, лаконично выражать свои мысли. С ними полезно обсуждать причинно-следственные связи различных событий и отделять таковые от связей по ассоциации (которые очень типичны для их мышления).

Поскольку возбудимая и застревающая акцентуации во многом схожи между собой, с *возбудимыми* подростками также полезно в потоке ассоциаций вычленять отдельные темы, обсуждать, почему они воспринимаются ими как связанные между собой. Так-

же в беседах с ними стоит уделить внимание их чрезмерной приверженности авторитетам, чаще задавать вопросы о том, что они думают сами, как они понимают изречения великих людей, какой личный смысл в них вкладывают.

Психотерапевтическое общение с *гипертимами* и *экзальтированными* подростками желательно четко структурировать, чаще задавать таким подросткам вопросы о том, что они хотели сказать той или иной фразой, какой именно смысл вкладывают в употребляемые лексически незначимые слова. Периодически стоит уточнять, какой именно вопрос в данный момент обсуждается, какая «коммуникативная задача» решается.

Речевые ошибки *тревожных* подростков лучше игнорировать, а нарушения последовательности и логичности, по возможности, восстанавливать не уточняющими вопросами, а перифразами. Это покажет и ваше внимание к высказываниям подростка, и будет служить ему образцом для более последовательного изложения своих идей в дальнейшем, но в то же время не усилит его тревожность из-за отмечаемых слушателем ошибок. Кроме того, желательно постепенно приучать таких подростков более подробно обсуждать (и соответственно, обдумывать) одну тему, быть более последовательными в изложении своих мыслей.

В разговорах с подростками с *эмотивной* и *циклотимной* акцентуациями следует больше внимания уделять конкретным событиям, постепенно переходя от обсуждения их эмоций (не давая им «зацикливаться» на них) к тем событиям, которые эти эмоции вызвали, обсуждать причинно-следственные связи между различными событиями (как внешними, так и внутренними, психическими). Их полезно просить описать других людей, помещения и пр., поощряя внимание к деталям объектов внешнего мира.

Таким образом, проведенное нами эмпирическое исследование показывает, что речь подростка может быть источником информации об особенностях его характера, средством диагностики наличия у него акцентуации. А выявленные особенности речевой деятельности акцентуантов разных типов могут использоваться для дифференциации стратегий вербального психокоррекционного взаимодействия с подростками, имеющими разные типы акцентуаций.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Валиулина В.Р., Чеботарева Е.Ю. Проявления типа характера человека в его речевой деятельности // Вестник РУДН, Серия «Психология и педагогика» – № 2 (4), 2006. – С. 22–27.
2. Караулов Ю.Н. Русский язык и языковая личность. – М., 1987.
3. Леонтьев А.А. Основы психолингвистики. – М.: Смысл, 1997.
4. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1983.
5. Чеботарева Е.Ю., Денисенко В.Н., Крупнов А.И. Психолингвистический анализ речевых действий. – М.: Изд-во РУДН, 1998 г. – 72 с.

Для переписки: Е.Ю. Меркушова, логопед, центр образования 109, lmerkushova@yandex.ru, Е.Ю. Чеботарева, доцент кафедры социальной и дифференциальной психологии РУДН, chebotarevy@yandex.ru

Поступила 12.06.08

ПРИНЦИПЫ И ПОДХОДЫ В СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЕ ДЕТЕЙ-СИРОТ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 18 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, РОЖДЕННЫХ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Е.В. Носов, Е.М. Савицкая

Кафедра психологии Самарского государственного педагогического университета, Самара

PRINCIPLES AND APPROACHES IN SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL PROTECTION OF ORPHAN CHILDREN AT THE AGE OF 1 TO 18 MONTHS OF LIFE BORN OF HIV POSITIVE WOMEN

E.V. Nosov, E.M. Savitskaya

Psychology Department of Samara State Pedagogical University, Samara

RESUME

Nowadays within the tense situation in social sphere that leads to the sharp decrease in moral and material welfare of the population, the problem with orphan children becomes the key issue. About 69% of the children living in orphans' houses hold the chronic pathology mainly of the central nervous system, there are also children with the diagnosis "Prenatal AIDS contact" born from the "AIDS positive" women.

The main aim of the project is to research the peculiar features of how the diagnosis "Prenatal AIDS contact" influences mental development of the orphan children from the specialized orphan house "Solnishko", the city of Samara.

The practical meaning of the project is to prove the staff of the orphan house to change their opinions concerning the diagnosis "Prenatal AIDS contact" and work with the children knowing the world trends.

Keywords: social sphere, children, AIDS positive women.

РЕЗЮМЕ

В настоящее время проблема детей-сирот встает особенно остро в связи с обострением социального кризиса. До 69% контингента домов ребенка составляют дети с тяжелой хронической патологией, преимущественно центральной нервной системы, но в последние три года проблема социального сиротства в России стала усугубляться в результате роста эпидемии ВИЧ-инфекции и быстрого увеличения числа детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами.

Практическая значимость работы заключается в том, чтобы довести до сознания окружающих таких детей взрослых необходимость изменения взглядов на диагноз «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции» и разумно подходить к вопросу собственной безопасности не впадая в крайности и взаимодействовать с ребятами с учетом действительно актуальных потребностей в общении.

Ключевые слова: социальное сиротство, ВИЧ-положительные женщины.

В настоящее время проблема детей-сирот особенно актуальна в связи с обострением социального кризиса, приводящего к резкому снижению материального и нравственного благополучия населения. По данным Госкомстата России, в стране насчитывается более 700 тысяч детей-сирот и детей, лишенных родительского попечения (данные за 2005 год). До 69% контингента домов ребенка составляют дети с тяжелой хронической патологией, преимущественно центральной нервной системы, но в последние три года проблема социального сиротства в России стала усугубляться в результате роста эпидемии ВИЧ-инфекции и быстрого увеличения числа детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами. Детям, родившимся от ВИЧ-инфицированных матерей, устанавливается эпидемиологический диагноз «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции». С этим диагнозом ребенка наблюдают до 18-месячного возраста, и, если за это время не обнаруживают клинических и лабораторных свидетельств в пользу ВИЧ-инфекции, его снимают с наблюдения [10].

Последствия социального сиротства детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами, тяжким бременем лягут на государство и общество. Оно будет усиливаться в связи с ускоряющимся процессом вовлечения женщин репродуктивного возраста в эпидемиологический процесс (из почти 8 000 таких детей 7 000, т.е. 90% от общего числа, были рождены в 2001–2003 гг., а процент отказа от младенцев среди ВИЧ-положительных женщин в 9 раз больше, чем среди женщин без ВИЧ) [2]. Подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных женщин в настоящее время относится к фертильному возрасту. Проблемой является и организация социально-психологической помощи детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных женщин.

Министерство здравоохранения и социального развития, а также Министерство образования и науки не обладают достаточным потенциалом для обеспечения медицинской, социальной, психологической помощи ВИЧ-положительным матерям, их детям и потенциальным опекунам. Результатом этого является тот факт, что зачастую матери, живущие с ВИЧ, отказываются от своих детей вне зависимости от их ВИЧ-статуса [11]. С каждым годом возрастает доля ВИЧ-инфицированных женщин, принявших ре-

шение сохранить беременность. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, на 31 декабря 2004 года общее количество больных с ВИЧ-инфекцией, живущих в России, составляло 291 186, число женщин в возрасте 15–39 лет – 78 539, а число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, – 13 143. Число детей, вовлеченных в эпидемию ВИЧ-инфекции, на планете неуклонно растет [3].

Из живущих ныне 1,6 млн. детей с ВИЧ/СПИДом подавляющее большинство (около 90%) инфицированы естественным путем, от матери: во время беременности, родов и при грудном вскармливании [3].

Значительный рост числа ВИЧ-инфицированных людей в России, наблюдаемый с 1996 года, обусловлен не только широким распространением внутривенного введения наркотиков среди лиц обоего пола, но и вовлечением в этот процесс многочисленных половых партнеров наркоманов [2].

К сожалению, нет полных данных в масштабе всей страны о жизнеустройстве детей с перинатальным ВИЧ-контактом, находящихся на попечении государства. В десяти регионах Российской Федерации, где родились и проживают примерно 50–60% от общего числа таких детей, примерно 30% из них находятся в медицинских стационарах, 53% в домах ребенка и только 17% размещены в замещающие семьи различного типа [10].

В настоящий момент все дети, имеющие антитела к ВИЧ и оставшиеся без попечения родителей, направляются в медицинские и социальные учреждения на общих основаниях. В Самаре с 2001 года дети-сироты данной категории попадают на воспитание в Муниципальное учреждение Дом ребенка «Солнышко» специализированный, где у ребенка исследуется общее состояние, уровень психомоторного, речевого и физического развития, проводятся лабораторные и инструментальные исследования, определяются показатели клеточного и гуморального звеньев иммунитета, вирусная нагрузка, выявляются вторичные, ВИЧ-связанные и сопутствующие заболевания.

Ребенка, состоящего на диспансерном учете по перинатальному контакту с ВИЧ-инфекцией, наблюдают педиатр и специалисты амбулаторно-поликлинической сети (в условиях Дома ребенка

проводится наблюдение педиатра, невролога, оториноларинголога, психолога, логопеда, дефектолога) или социальных учреждений в соответствии со стандартами, установленными в РФ. Физическое обследование с обязательной оценкой антропометрических показателей и психомоторного развития проводится один раз в 10 дней в первый месяц жизни, затем ежемесячно до снятия с диспансерного учета.

Написанная работа – призыв ко всем, кто стоит у истоков воспитания ребенка с диагнозом «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции», к тем, кто принимает решения, направленные на спасение его психической жизни и того, чтобы из-за выставленного диагноза «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции» ребенок не стал изгоем общества.

Причины многочисленных нарушений у детей-сирот разнообразны. Именно отказные дети часто имеют врожденные физические и психические аномалии вследствие алкоголизма или наркомании родителей. Дети, рожденные от нежелательной беременности, входят в группу особого риска по психологической патологии, так как часто рождаются недоношенными, имеют недостаточную массу тела и признаки морфофункциональной незрелости [12]. Кроме того, ранняя социальная депривация является фактором, усугубляющим нарушения психического развития детей-сирот, в особенности рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей [10], т.к. до недавнего времени основные и приоритетные задачи наблюдения детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, носили медицинский характер: своевременная и полная диспансеризация, раннее выявление ВИЧ-инфекции, профилактика вторичных инфекций, оптимальная вакцинация [2, 4, 11].

Общение со старшими служит единственно возможным контекстом, в котором ребенок постигает и «присваивает» добытое людьми ранее [6]. Вот почему общение для данной группы детей – главный фактор психического развития [9]. Но в связи с выставленным диагнозом «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции», эмоциональное и тактильное общение с такими детьми сводится к минимуму. Осуществляется лишь физиологический уход за данной категорией детей. Взрослые, обслуживающие детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, в первую очередь обеспокоены своей безо-

пасностью, тем самым они отгораживаются от ребят средствами защиты (медицинские перчатки, защитные экраны), стараются общаться с ними только по мере необходимости (кормление, смена нательного белья). И одним из доказательств такого отстраненного и дистанцированного общения служит так называемый «госпитализм» – синдром психической и физической отсталости, возникающий в первые годы жизни ребенка из-за дефицита общения с близкими взрослыми [5].

Стигмы и дискриминация также представляют большую угрозу для полноценного психического развития при взаимодействии взрослых, которые занимаются выхаживанием и воспитанием детей-сирот на ранних этапах. Стигматизация – это предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или группе людей, связанное с наличием у них каких-либо особых свойств или признаков. В отличие от дискриминации, которая проявляется в действиях, в прямом ущемлении прав, ставящих одних граждан в худшее положение по сравнению с другими, стигматизация проявляется в большей степени косвенно через распространенное в обществе негативное отношение. В настоящее время в стране все еще превалирует предвзятое отношение к детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных женщин, что связано, прежде всего, с недостатком знаний об этой инфекции среди широких слоев населения, со страхом перед болезнью, недостаточной информацией о мерах личной и общественной профилактики [10].

Явление госпитализма обнаружилось при переводе детей, с которых был снят диагноз «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции» в общую группу в условиях дома ребенка. В обычной группе данные дети резко отставали в общем психическом и физическом развитии: к двум годам они мало говорили, плохо поддавались воспитанию, проявляли поразительную пассивность. Среди проявлений госпитализма были отмечены также эмоциональная обедненность, навязчивые движения (раскачивание тела, онанизм). А ведь эти малыши не были больны ВИЧ-инфекцией!

Первый год жизни будет иметь фундаментальное значение для всего последующего развития этих детей. Специфика развития младенцев, рож-

денных от ВИЧ-инфицированных матерей, воспитывающихся в доме ребенка, не имеет фатального характера и может быть скорректирована грамотной работой не только при общении с детьми, но и в большей мере при специально организованной работе администрации с воспитателями и обслуживающим персоналом данной категории детей, разъяснении им разумного подхода к собственной безопасности и необходимости преодоления ими дистанцированного и негативного характера взаимодействия с малышами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для исследования психического развития детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей с диагнозом «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции», нами велось наблюдение, в течение девяти месяцев, за двумя группами детей: группа № 1 – экспериментальная, группа № 2 – контрольная, в каждой из которых находилось по двадцать детей-сирот, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, имеющих юридический статус отказных детей – это означает, что за время исследования детей не навещали ни родители, ни родственники (контакт детей со взрослыми ограничивался только сотрудниками Дома ребенка). Также все матери исследуемых детей во время беременности употребляли наркотические вещества (опий, героин), и имели стаж наркомании от двух до семи лет. Как правило, эти женщины – будущие матери, не состояли под наблюдением в женских консультациях, не обследовались, не обращались за медицинской помощью (не принимали терапию, предназначенную для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку).

В связи с этим у малышек отягощен клинический анамнез; у детей выставлены диагнозы: перинатальное поражение ЦНС, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, синдром двигательных нарушений в форме центрального тетрапареза, внутриутробная гипоксия плода, внутриутробная гипотрофия плода различной степени тяжести, гипертензионно-гидроцефальный синдром. Всем детям выставлены диагнозы: анемия различной степени, внутриутробная инфекция разной этиологии, открытое овальное окно.

ВИЧ-инфицированные женщины, которые не состоят на диспансерном учете по беременности, отказываются от детей намного чаще тех, кто состоял на учете. Анализ данных показал, что ВИЧ-инфицированные женщины, принимающие химиопрофилактику во время беременности, отказываются от детей в восемь раз реже, чем женщины, не принимающие химиопрофилактику. Отсутствие регистрации по месту жительства и (или) медицинского полиса, а также предвзятое отношение медицинских работников к женщинам, имеющим положительный ВИЧ-статус, являются факторами, препятствующими их своевременному обращению в женские консультации [10].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Фактический уровень психического развития детей-сирот, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, в начале исследования, как в контрольной, так и в экспериментальной группах в интересующих нас в первую очередь параметрах, таких как «эмоции и общение», «взаимодействие со взрослыми», «тонкая моторика», «голосовые реакции», «понимание речи», «навыки и умения» и «социализация», имели незначительные отклонения в результатах. Но после девяти месяцев взаимодействия экспериментальной группы с психологом девятнадцать из двадцати ребят по всем исследуемым показателям добились положительного результата (у всех этих детей сформировалось базовое доверие к окружающему миру [1, 14], они научились понимать свое имя, реагировать на него, они охотно вступали в общение с другими детьми и окружающими их взрослыми – активно подключали взрослых к своим играм, привлекали к сотрудничеству, стремились разделить с ними свои чувства, во время игр эти ребята сосредоточены на действиях с предметами, которые окрашены ярко выраженными положительными и познавательными эмоциями, у них привиты основные навыки и умения, сформирован навык опрятности, большинство ребят обучены передвижению с опорой и др.).

Педагогический состав данной группы, наблюдая работу психолога, не ограниченную излишними средствами защиты своего здоровья (медицинскими перчатками, защитным экраном для лица), на пятом месяце наблюдения преодолел дистанцио-

ванный и негативный характер работы с данной категорией детей, в результате чего показатели в исследуемых нами рубриках значительно улучшились.

Исходя из этого мы делаем вывод о том, что, доведя до сознания окружающих таких детей взрослых необходимость изменения взглядов на диагноз «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции» и разумного подхода к вопросу безопасности своего здоровья, не впадая в крайности, они достигнут того взаимодействия с ребятами, которое будет действительно необходимо для полноценного психического развития последних.

В результате проведенного исследования выявлено, что выставленный диагноз «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции» негативно влияет на психическое развитие детей, так как большинство людей проявляют к этим ребятам дистанцированность и отстраненность, боясь быть зараженными неизлечимой болезнью. Результатом такого отношения становится потеря высочайшего потенциала психического развития, тех навыков, умений и знаний, которые позволили бы им в последующем занять достойное место в обществе [7].

Диагноз «ВИЧ-инфекция» подтверждается менее чем у 20% детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами, еще меньшее количество из них нуждается в медикаментозном лечении [13]. По прошествии 18 месяцев с рождения диагноз «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции» может быть снят, но за этот период времени в результате сложившегося негативного отношения к малышам, происходят те важные психологические изменения, которые меняют их отношения к окружающему миру [11]. Это является главной бедой таких детей.

Практическая значимость работы заключается в том, чтобы довести до сознания окружающих таких детей взрослых необходимость изменения взглядов на диагноз «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции» и разумно подходить к вопросу собственной безопасности, не впадая в крайности, и взаимодействовать с ребятами с учетом действительно актуальных потребностей в общении, так как случаев, чтобы дети с данным диагнозом заразили кого-либо еще не зарегистрировано, контакт со стулом, мочой, слезами, слюной не приводит к передачи ВИЧ-инфекции. Не надо использовать средства

защиты, если вы собираетесь держать на руках ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной женщиной. Не нужно надевать перчатки для того, чтобы держать ребенка на руках, либо прижимать к себе, а также при его пеленании. Заражение ВИЧ может наступить только при прямом контакте с инфицированной кровью [13, 14].

Таким образом, мы наметили перспективу для дальнейшего изучения этой проблемы. Тем более что проблема психического развития детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, становится глобальной проблемой общества в целом. С учетом роста детской ВИЧ-инфекции, процесс работы с данной категорией детей необходимо начинать на самых ранних этапах их развития, так как именно этот возраст является сензитивным к формированию базового доверия к окружающему миру.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Возрастная психология. Конспект лекций / О.О. Петрова, Т.В. Умнова. – Изд. 2-е. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. – 224 с.
2. Воронин Е.Е., Афонина Л.Ю., Фомин Ю.А., Садовникова В.Н. Диспансеризация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Наблюдение и лечение детей с ВИЧ-инфекцией: Рекомендации для педиатров амбулаторно-поликлинической сети, медицинских, социальных и образовательных учреждений, врачей общей практики. – М., 2006. – 82 с.
3. Воронин Е.Е. Дети, женщины и ВИЧ-инфекция в Российской Федерации: Информационно-аналитический обзор / Е.Е. Воронин, Ж.В. Терентьева, Л.Ю. Афонина и др. – М., 2004. – 64 с.
4. Воронин Е.Е. Диагностика, клиника, лечение и профилактические мероприятия у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями: Пособие для врачей различных специальностей. – М.: Медицина для Вас, 2004. – 63 с.
5. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Полиграф сервис, 1998. – 481 с.
6. Детская практическая психология: Учебник / Под ред. проф. Т.Д. Марцинковской. – М.: Гардарики, 2000. – 58–145 с.
7. Запорожец А.В. Значение ранних периодов детства для формирования детской личности // Принципы развития

- психологии / Под редакцией Л.И. Анцыферовой. – М., 1978.
8. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. – 9-е изд. – СПб.: Питер, 2006. – 940 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).
 9. Мещеряков С.Ю. Особенности аффективно-личностных связей со взрослыми у младенцев, воспитывающихся в семье и домах ребенка. // Возрастные особенности психического развития детей. – М., 1982. – 24–29 с.
 10. Наркевич М.И. ВИЧ-инфекция и СПИД. Брошюра для работников домов ребенка, детских яслей и садов. – М., 2006. – 46 с.
 11. Нильсен К. (Nielsen K.) ВИЧ-инфекция у детей: пер. с англ. – СПб.: Канадско-российский проект борьбы со СПИДом. – 2000. – 46 с.
 12. Программа воспитания и обучения детей в доме ребенка. Разработана и подготовлена Главным управле-
- нием лечебно-профилактической помощи детям и матерям Министерства здравоохранения СССР, кафедрой физиологии развития и воспитания детей Центрального института усовершенствования врачей (Ямпольская Р.В., Фрухт Э.Л.) при участии лаборатории воспитания детей раннего возраста НИИ дошкольного воспитания АПН СССР (Фонарев А.М.). – М., 1987. – 304 с.
13. Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция. – СПб., 2004. – 696 с.
 14. Современные технологии реабилитации в педиатрии. Под ред. Е.Т. Лильина. – М.: Издательство «ОДИ international», 2000. – 556 с.
- Для переписки: Е.В. Носов, Е.М. Савицкая, кандидат психологических наук, профессор, Тел. (моб.) 8-927-658-39-69
e-mail: altay92@mail.ru
Поступила 11.05.2008

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ У ПОДРОСТКОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Е.В. Фадеева, А.П. Шарандак, А.С. Носко, Е.Т. Лильин
ФГУ РРЦ «Детство» МЗ РФ, Москва

FEATURES OF A SELF-ESTIMATION AT TEENAGERS WITH IMPELLENT INFRINGEMENTS

Fadeeva E.V., Sharandak A.P., Nosko A.S., Lilin E.T.
FSD RRC "Detstvo", Moscow

RESUME

Studying of a self-estimation at children and teenagers with infringement of functions of the locomotive system allows to allocate following patho- characteristic features. The self-estimation at similar patients has the overestimated, inadequate character on emotionally significant qualities, such as health, happiness, mental abilities. This fact can be interpreted as the psychological aberration, allowing the sick teenager to interpret the physical defect in the comprehensible image. Similar psychological protection allows to reduce experience of presence at itself a physical defect at the expense of distortion of self- representations.

Keywords: self-estimation, teenagers, physical defect.

РЕЗЮМЕ

Изучение самооценки у детей и подростков с нарушением функций опорно-двигательного аппарата позволяет выделить следующие патохарактерологические особенности. Самооценка у подобных больных имеет завышенный, неадекватный характер по эмоционально значимым качествам, таким как здоровье, счастье, интеллектуальные способности. Этот факт можно интерпретировать как психологическую компенсацию, позволяющий больному подростку истолковывать свой физический дефект приемлемым для себя образом. Подобная психологическая защита позволяет уменьшить переживание наличия у себя физического недостатка за счет искажения представлений о себе.

Ключевые слова: самооценка, подростки, физический дефект.

Самооценка – одна из центральных характеристик психического развития учащихся; особенно велико ее значение в старшем подростковом и раннем юношеском возрасте, когда завершается существенный этап личностного формирования человека [1, 7, 10]. В отечественной психологии самооценка рассматривается как системное, иерархически организованное образование, функционирующее в качестве личностного феномена – компонента самосознания [3, 5]. Структура самооценки представлена единством когнитивного и эмоционального компонентов, первый из которых выступает в виде знаний субъекта самооценивания относительно себя, а второй – в виде эмоционально-ценностного отношения к себе в соответствии с этими знаниями.

По данным А.В. Захаровой, соотношение этих компонентов в структуре самооценки не является постоянным и зависит от уровня общего и психического развития; чем меньше ребенок, тем выше преобладание эмоционального компонента. Однако к старшему дошкольному возрасту уже наблюдается достаточно четкая дифференцировка когнитивного и эмоционального компонентов [3]. Адекватная самооценка способствует согласованности требований подростка к себе с его реальными возможностями и условиями деятельности, позволяет ему разумно управлять своим поведением. Установлено, что благополучное личностное развитие характеризуется относительно высоким уровнем самооценки, устойчивостью и гармоничностью ее строения. При неблагополучии, недостаточной сформированности, незрелости личности самооценка отличается неустойчивостью, конфликтностью строения, завышенным или заниженным уровнем притязаний [1, 4].

Установлено, что представление человека о самом себе во многом зависит от того, как оценивают его окружающие, особенно если это коллективная, групповая оценка: под влиянием благоприятных мнений самооценка повышается, неблагоприятных – снижается. Такие изменения носят достаточно устойчивый характер [10]. К. Роджерс тесно связывает становление «Я-концепции» с присущей человеку потребностью в личностном росте, самоактуализации и характером взаимодействия ребенка с окружающими его людьми. По его мнению, про-

цесс развития самосознания личности изначально носит конфликтный характер, так как с момента рождения человек стоит перед дилеммой – принять ли оценку других или остаться при своей. Часто ребенок провоцируется к отказу от индивидуального оценочного механизма и подчиняет свое поведение системе оценок окружающих, чтобы не потерять их любовь. Так постепенно человек может научиться все более недоверчиво относиться к собственным ощущениям, желаниям, перенося источник оценок на других людей, уходя все дальше от истинной самооценки [8].

Специалисты, изучавшие особенности самооценки и «Я-концепции» у детей и подростков с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, отмечают наличие связи между эмоционально-ценностным отношением к своей внешности, различными переменными образа «Я» и критическим отношением окружающих к лицам с аномалиями развития. Подростки с заметными отклонениями в физическом развитии в большей степени подвержены неблагоприятному влиянию социально-психологической среды, способствующей формированию негативной «Я-концепции», в результате неприятие своего физического «Я» в сочетании с критическим отношением окружающих, перерастает в негативное эмоционально-ценностное отношение к собственной личности в целом [12].

С другой стороны, у подростков с двигательными нарушениями самооценка имеет завышенный, неадекватный характер по эмоционально значимым качествам, таким как здоровье, счастье, интеллектуальные способности вопреки знанию о болезни. Этот факт можно интерпретировать как психологическую компенсацию, результат эмоциональной логики, позволяющий больному подростку истолковывать свой физический дефект приемлемым для себя образом; психологическую защиту, позволяющую уменьшить переживание наличия у себя физического недостатка за счет искажения представлений о себе [2, 9]. Описаны такие формы «психологической защиты» у подростков с церебральными параличами как компенсаторные фантазии замещающего характера, возникающие из-за переживания неполноценности, связанной с осознанием физического дефекта [6].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 89 подростков в возрасте 13–18 лет с двигательными нарушениями различного генеза. Подростки обучались по программе общеобразовательной школы в классе, на дому или по программе специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Для изучения особенностей самооценки и «Я-концепции» по методике Дембо-Рубинштейн [11], был проведен эксперимент с четырьмя группами испытуемых. Диагноз «ДЦП, поздняя резидуальная стадия» имели 63 подростка (71%), среди обследованного контингента подростков в выборке представлены следующие клинические формы детского церебрального паралича: спастическая гемиплегия наблюдалась у 56% подростков (преобладал правосторонний гемипарез – в 63%); спастическая диплегия – у 44% больных.

В первую группу вошли подростки, имеющие диагноз «детский церебральный паралич, спастическая диплегия» (28 человек); вторая группа – подростки, имеющие диагноз «ДЦП, спастическая гемиплегия» (35 человек). Третья группа была представлена больными с двигательными нарушениями после перенесенной закрытой черепно-мозговой травмы – 14 человек (16%); подростки с другими заболеваниями опорно-двигательного аппарата – нейрогенная косолапость, парез Дюшена-Эрба, артрит, спинномозговая грыжа и др. – 12 человек (13%) составили четвертую группу.

Все обследуемые имели двигательные нарушения легкой и средней степени тяжести, передвигались самостоятельно или с опорой на трость, полностью обслуживали себя. У 63% больных отмечались речевые нарушения в форме стертой спастико-паретической и псевдобульбарной дизартрии, интеллектуальное развитие соответствовало возрастной норме. Подростки проходили восстановительное лечение в поликлиническом отделении с днев-

ным стационаром и первом психоневрологическом отделении ФГУ РРЦ «Детство» МЗ РФ.

Эксперимент проводили в виде свободной беседы. На листе бумаги проводили длинную вертикальную черту и предлагали испытуемому поставить карандашом отметку в том месте, где, как он думает, находится сам среди самых больных и самых здоровых людей. Инструкцию разъясняли и повторяли, но решение не обсуждали. Затем предлагали аналогичные задачи – поставить отметку на шкале ума, характера, счастья. После чего начинали этап экспериментально спровоцированной беседы.

В зависимости от того, где ребенок поставил черточку, его спрашивали, каких людей он считает счастливыми (несчастливыми). В ходе исследований также задавался вопрос о том, чего не хватает испытуемому для полноты счастья, что он понимает под счастьем, от чего оно зависит. Затем экспериментатор таким же образом беседовал с ребенком относительно трех первых показателей. Результаты методики Дембо-Рубинштейн подвергали не только качественной, но и количественной обработке. Если отметка своего положения оказывалась в нижней трети шкалы, то самооценка рассматривалась как «низкая», если в средней трети шкалы, – как «средняя», если в верхней трети, – как «высокая».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты представлены в таблице.

Как показывают результаты исследования, у подростков с церебральными параличами и двигательными нарушениями в результате травмы (группы 1–3) преобладает высокий уровень самооценки. От 44 до 67% испытуемых называли себя «самыми умными и здоровыми», уверенными и успешными, отмечая предельно высокие значения шкал. Подростков с двигательными нарушениями вследствие травмы (группа 3) отличает высокая слабо дифференцированная самооценка, которая сочетается с

Таблица

Характер уровня самооценки (в процентах) в различных группах детей с двигательными нарушениями

Уровень самооценки	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
Высокий	54%	44%	67%	37%
Средний	44%	33%	27%	55%
Низкий	2%	23%	6%	8%

предельно высокими (часто даже выходящими за крайнюю верхнюю точку шкал), слабо дифференцированными притязаниями. Подобная оценка указывает на глобальное завышенное представление о себе. Такая «глобальная» удовлетворенность собой по большей части носит ярко выраженный защитный характер и может выражать самые различные явления – от инфантилизма до самодостаточности. Она может также выступать и как реактивное образование на какое-то сильное внешнее неблагополучие, остро переживаемый внутренний конфликт.

Среди подростков с другими заболеваниями опорно-двигательного аппарата (группа 4) диагностируется средний уровень самооценки, что больше согласуется с данными, полученными в выборке здоровых сверстников. 55% детей тяготеют к «средней линии», отмечая как свои достоинства, так и недостатки. В этой группе чаще других встречается адекватное отношение к своему заболеванию, с реальной оценкой возможностей.

Низкая самооценка встречается в выборке подростков с диагнозом «ДЦП, гемипаретическая форма» (группа 2). Для испытуемых этой группы характерна высокая тревожность и низкий уровень социально-психологической адаптации, неприятие своего физического «Я» в сочетании с критическим отношением окружающих, которые перерастают в негативное эмоционально-ценностное отношение к собственной личности в целом. Эти данные свидетельствуют о том, что подростки со спастической гемиплегией более склонны к острому переживанию своей физической неполноценности, чем представители других групп.

Дополнительные сведения представлений о себе подростков с двигательными нарушениями мы можем получить, исследуя данный компонент личности у представителей разных полов. Так, к примеру, у девушек с нарушениями опорно-двигательного аппарата отмечается общее снижение самооценки. Среди юношей с большей частотой встречаются более высокие показатели по общим критериям (ум, характер, здоровье, счастье) и неадекватная оценка своих качеств, как в сторону завышения, так и в сторону снижения. Анализ результатов по половому признаку обнаружил, что юноши чаще отмечают высокую самооценку по шкалам ума и здоровья. Что

касается шкалы счастья, то у девушек самооценка по этому параметру менее стабильна. Анализ этих данных позволяет предположить, что юноши менее критичны к своему заболеванию, и характеризуются недостаточно зрелыми представлениями об уме, здоровье, счастье.

Еще более ярко подтверждение этого вывода дает анализ бесед с испытуемыми в процессе проведения исследования. Так, многие отмечают, что для счастья, в первую очередь, необходимым являются здоровье и благополучие близких, появление новых друзей. Таким образом, ответы подростков с двигательными нарушениями отражают потребность в социальных контактах, заботу и внимание к членам семьи («Хочу, чтобы мама и бабушка были здоровы», «Хочу, чтобы не было смерти и болезней», «Не хватает настоящих друзей, девушки», «Желал бы уверенности в других людях», «Не хватает общения в школе»). Большая часть испытуемых хотела бы избавиться от двигательных нарушений и «быть как все» («Хочу, чтобы выздоровела рука», «Хочу выздороветь – не очень-то здорово быть инвалидом»).

Но с другой стороны, у части испытуемых в ответе на вопрос «Чего тебе не хватает для полного счастья?», преобладало желание получить новые игрушки, свидетельствующее о незрелости личности, инфантилизме, эгоистическом стремлении к своему благополучию («Хотелось бы иметь новые игрушки, денег», «Чтобы у меня все шло как по маслу»). Еще одна часть испытуемых уклонялась от бесед с экспериментатором, предпочитая давать односложные ответы и отрицая у себя наличие каких-либо недостатков. Эти подростки имели завышенную самооценку, несмотря на подчас выраженные нарушения опорно-двигательного аппарата, препятствующие полноценной социализации. Подобную самооценку можно рассматривать как компенсаторную.

Выводы:

1. Самооценка детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в сравнении со здоровыми сверстниками имеет стойкие патохарактерологические особенности; характеризуется незначительным расхождением между притязаниями и самооценкой, что указывает на неадекватное, завышенное пред-

ставление о себе и своих возможностях.

2. Подросткам с двигательными нарушениями в большей степени свойственен низкий уровень критичности, чем их ровесникам без двигательных девиаций. Опрос показал крайнюю поверхностность сведений этого контингента детей об уме, характере, счастье и здоровье.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: под ред. Д.И. Фильдштейна / Вступительная статья Д.И. Фильдштейна. – М.: Издательство «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – 352 с. (Серия «Психологи отечества»).
2. Воробьева О.В. Особенности самооценки детей с ортопедическими заболеваниями // Учебно-воспитательный процесс в реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. – Л., 1987.
3. Захарова А.В. Психология формирования самооценки. – Минск, 1993.
4. Зейгарник Б.В. Психология личности: норма и патология. Под ред. М.Р. Гинзбурга – М.: Издательство «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1998. – 352 с. (Серия «Психологи отечества»).
5. Зинченко В.П. Проблемы психологии развития // Вопросы психологии. – 1991, № 4–6; 1992, № 3–4, с. 50–60.
6. Калижнюк Э.С. Психогенные реакции и особенности формирования личности при детских церебральных параличах: Методические рекомендации. – М.: Минздрав СССР, 1982. – 27 с.
7. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2000. – 304 с.
8. Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: Монография. / Пер. с англ. О. Кондрашовой, Р. Кучкаровой. – М.: Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2000. – 464 с.
9. Романова О.Л. Экспериментально-психологическое исследование личности больных, страдающих физическими недостатками // Ж. невропатологии и психиатрии. – 1982, № 12. – С. 26–31.
10. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб., 2003.
11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. (Практическое руководство) – М.: Апрель – Пресс, Психотерапия, 2007. – 224 с.
12. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.: МГУ, 1989.

Для переписки: Фадеева Евгения Владимировна.
Психолог поликлиники восстановительного лечения с дневным стационаром; г. Москва, ул. Ялтинская, 10-1-135, SAO76@mail.ru
Поступила 05.05.08

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЗЫКИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ И ФОРМИРОВАНИЯ ИНТОНАЦИИ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ

Т.В. Попова

Академия последипломного образования Московской обл.
Центр развития ребенка № 15 «Золотой петушок»
г. Балашиха, Московская обл.

CORRECTION AND FORMATION OF SPEECH INTONATION OF PRE-SCHOOL CHILDREN SUFFERING FROM DYSARTHRIA WITH THE HELP OF MUSIC

T. V. Popova

RESUME

The article touches upon a topical problem of correction and development of intonation of pre-school children suffering from speech disturbance by means of music. Phases and contents of the correction work have been herein formulated.

Keywords: intonation, correction, dysarthria, speech disturbance, music therapy.

РЕЗЮМЕ

В статье затронута актуальная проблема организации коррекционно-развивающей работы по формированию интонации у дошкольников с нарушением речи средствами музыки. Сформулированы этапы и содержание коррекционной работы.

Ключевые слова: интонация, коррекция, дизартрия, речевые нарушения, музыкотерапия.

Развитие интонационной выразительности речи является неотъемлемой частью овладения родным языком. Чтобы ясно и точно выразить свою мысль, донести до слушателя и собеседника необходимую информацию, заключающую определенный смысл, человек должен владеть интонационным богатством языка. Сегодня к речи образованного человека предъявляются определенные требования. В речи должна присутствовать дикционная четкость, орфоэпическая грамотность, логическая ясность, эмоционально-образная выразительность.

Во все времена было в почете красноречие. Дошедшие до нас античные источники свидетельствуют о большом значении, которое придавалось ораторскому искусству уже в те далекие времена. Афинская демократия в 5–4 вв. породила целую плеяду знатных ораторов. Речь Перикла была подобна грому и молнии, у Лисия – была образцом простоты и изящества. Речи Демосфена были вершиной аттического красноречия, а преклонение перед его гением было всенародным. Сам Цицерон считал его речи образцом совершенства.

В софистике, философском течении, стояла задача: научить убедительности, научить делать слабое мнение сильным. Софисты обращались к диалектике – искусству рассуждать, и к риторике – искусству говорить. Тот, кто умело владел этими искусствами, мог переубедить любого противника и добиться торжества своего мнения. Платон обладал образцом истинного красноречия. До наших времен дошло его высказывание, где он сравнивал речь с живым организмом, говоря, что всякая речь должна быть составлена как живое существо: у нее должно быть тело с головой и ногами, туловищем, а конечности должны подходить и соответствовать друг другу.

Композиции Аристотеля отличались удивительной стройностью. Особенно интересно его высказывание, посвященное слогу речи: «...ведь недостаточно знать, что следует сказать, но необходимо также сказать это, как должно, и это немало помогает речи

произвести должное впечатление» (Антич. риторика, стр. 127). Он требовал ясности речи: «Достоинство стиля заключается в ясности; доказательством этого служит то, что раз речь не ясна, она не достигает своей цели» (Антич. риторика). Яркой фигурой в римском красноречии был Цицерон. Его умение говорить стало итогом в развитии ораторского искусства и памятником латинской словесности.

На Руси устное народное творчество сопровождало человека на протяжении всей его жизни. Обучение выразительности речи начиналось очень рано. Так, младенцу читали потешки и прибаутки. Подрастая, ребенок слушал сказки, рассказы, пословицы, поговорки, песни. Из этого дети не только получали знания и набирались мудрости, но и впитывали культуру красноречия, усваивали богатство интонаций.

Большое внимание выразительности речи, ее красоте, уделяли многие русские писатели, поэты, педагоги, призывая беречь ее чистоту, благозвучие и силу. М.В. Ломоносов считал важным для голоса «выходку», которой он обозначал изменение голоса посредством «возношения и опущения, протяжения и напряжения». А.Н. Толстой называл тысячелетиями созданный народом русский язык гибким, пышным, неисчерпаемым богатством, умным, поэтическим и трудовым орудием своей жизни. К.Г. Паустовский ценил русский язык, прежде всего, за его точность, простоту, живописность, разговорность. А.П. Чехов считал неприличием для интеллигентного человека дурно говорить, как не уметь читать и писать. К.И. Чуковский своим творчеством воспитывал даже у детей чувство стиля, вкуса к изящным и благородным формам языкового выражения, умение видеть в родной речи эстетически совершенные и прекрасные ее стороны. Он призывал осторожно обращаться с речью, оттачивать свою речь и всегда помнить, что «язык острее меча».

Д.С. Лихачев учил детей «Как говорить? Как выступать? Как писать?». Очень ценно его напутствие, в котором он говорил, что учиться хорошей, спокой-

ной, интеллигентной речи надо долго и внимательно, прислушиваясь, запоминая и изучая. В.А. Сухомлинский называл речевую культуру человека зеркалом его духовной культуры. Он придавал большое значение звучащему слову: «Игра оттенков, тончайших черточек эмоционально-эстетической окраски слов является источником духовного богатства...» человека. А.С. Макаренко стал считать себя педагогом только лишь после того, как научился говорить фразу «Иди сюда!» не менее чем с двадцатью оттенками.

Лингвистический характер интонации проявляется в связи интонации с содержанием, с построением предложения. Интонация является одним из важных средств передачи смысловой информации, поэтому изучение интонационных особенностей языка является необходимым при обучении речи, начиная с самого раннего возраста человека.

В настоящее время положение в речевой культуре вызывает серьезную тревогу и опасение. Сегодняшнее поколение выпускников школ не умеет ярко, увлекательно, эмоционально построить свое высказывание. Их речь маловыразительна, бедна интонационными красками. Общение между сверстниками происходит в условиях использования однообразных, примитивных штампов, построенных на сленге, который не выражает красоты и богатства русского языка. А ведь еще Сократ сказал: «Каков человек, такова и его речь».

Исследователи детской речи обращают особое внимание на развитие ее эмоциональности, интонационного оформления. Они указывают, если над выразительностью речи детей специально не работать, то речь может остаться крайне маловыразительной. В любом речевом высказывании проявляется степень развития выразительности речи, влияющая на смысл реплики говорящего. Поэтому необходимо научить детей правильно пользоваться интонацией, строить интонационный рисунок высказывания, передавая не только его смысловое значение, но и эмоциональные особенности.

В последнее время увеличивается количество детей с такой речевой патологией, как дизартрия. Структура дефекта при дизартрии определяется с помощью привлечения данных психолингвистики о процессе порождения речи. При дизартрии нарушается реализация речедвигательной программы за счет

несформированности операций внешнего оформления высказывания: голосовых, темпо-ритмических, артикуляционно-фонетических и просодических нарушений, а также речевого дыхания. Просодические нарушения могут вызывать семантические нарушения и затруднять коммуникацию. За счет нарушения мозговой деятельности могут возникать специфические трудности в выделении существенных и торможении побочных связей, что приводит к недостаточности формирования общей схемы высказывания, которые усиливаются за счет недостаточного подбора нужных лексических единиц. Это проявляется в затруднениях формирования высказывания и его декодирования.

Характерной особенностью дизартрии является нарушение голоса и мелодико-интонационные расстройства. Нарушения голоса связаны с парезами мышц языка, губ, мягкого неба, голосовых складок, мышц гортани, нарушениями их мышечного тонуса и ограничением их подвижности. При поражении этих мышц голос становится слабым, немелодичным. При дизартрии нарушения голоса крайне разнообразны и специфичны для разных ее форм. Они характеризуются: а) недостаточной силой голоса, которая ведет к тому, что он становится слабым, тихим, иссякающим в процессе речи; б) нарушением тембра голоса – он становится глухой, назализованный, хриплый, монотонный, сдавленный, тусклый; может быть гортанным, форсированным, напряженным, прерывистым; в) слабой выраженностью или отсутствием голосовых модуляций – ребенок не может произвольно менять высоту тона.

В психолого-педагогической литературе указывается, что у детей с нарушением речи отмечается недоразвитие всей познавательной деятельности. Внимание таких детей характеризуется неустойчивостью, трудностями включения, переключения и распределения, наблюдается сужение объема памяти, быстрое забывание материала, особенно вербального, снижение активной направленности в процессе припоминания последовательности событий, сюжетной линии текста. Детям этой категории присуще недоразвитие мыслительных операций, снижение способности к абстрагированию, обобщению.

Они моторно неловки, неуклюжи, характеризуются импульсивностью, хаотичностью движений. Дети

с речевыми нарушениями быстро утомляются, имеют пониженную работоспособность. Они долго не включаются в выполнение задания. В эмоционально-волевой сфере у таких детей также имеются специфические отклонения. Им присущи нестойкость интересов, пониженная наблюдательность, сниженная мотивация, неуверенность в себе и др. Отсюда вытекает потребность в оптимизации коррекционно-педагогического процесса, предполагающего разработку и применение качественно новых подходов к обучению, воспитанию и коррекции речевых нарушений.

Педагог должен так ставить учебную задачу, чтобы получить не какой-то результат, а добиться эффективности обучения для развития самих детей, подойти творчески к выбору методов и приемов работы.

В Центре развития ребенка № 15 «Золотой петушок» г. Балашиха функционирует логопедическая группа, в которой ведется работа по коррекции и формированию интонационной выразительности речи у дошкольников средствами музыки. Группа состоит из 15 человек, в возрасте от 5 до 7 лет. У всех детей имеется диагноз «дизартрия». Коррекционная работа проводится на фронтальных, подгрупповых, индивидуальных занятиях, а также в повседневной жизни.

Нами было выбрано такое направление в работе с дошкольниками, потому что в музыке хорошо представлены все составляющие, которые есть и в интонации: мелодика, сила, темп, ритм, тембр. Также давно известно положительное влияние музыки на человека, способной изменить его душевное и физическое состояние. Упоминание о ее воздействии можно найти уже с древнейших времен. Знаменитые ученые Пифагор, Аристотель, Платон указывали на лечебное и профилактическое воздействие музыки, считали, что она устанавливает пропорциональный порядок и гармонию во Вселенной, в том числе нарушенные в человеческом теле. Ими было замечено, что музыка, прежде всего ее основные компоненты – мелодия и ритм, изменяет настроение человека, перестраивает его внутреннее состояние.

Виднейший врач Авиценна тысячи лет назад лечил музыкой психические заболевания, а врач Асклепид звуками трубы восстанавливал слух. Демокрит обращал внимание на целительное воздействие звучания определенных музыкальных инструментов и рекомен-

довал слушать флейту для исцеления при смертельных инфекциях. Древнегреческий философ Пифагор в своих работах показывал, как музыка может влиять на эмоциональное состояние человека, восстанавливать душевную гармонию. У Платона также можно найти суждения, связанные с музыкотерапией. По его мнению, ритмы и лады воздействуют на мысль, делая ее сообразной им самим. Идеи Платона, Пифагора о влиянии музыки на человека получили развитие в учении Аристотеля о катарсисе, очищении души человека в процессе восприятия искусства.

Древнекитайские подходы к диагностике и лечению основывались на воздействии музыки на активные биологические точки человека. В Средние века музыкотерапия была связана с теорией аффектов, которая изучала воздействие различных ритмов, мелодий на эмоциональное состояние человека. Научное осмысление механизма воздействия музыки на организм человека началось с конца 19 – начала 20 вв. Появился ряд исследований, проводившихся такими учеными, как В.М. Бехтерев, И.М. Сеченов, С.С. Корсаков и др.

Медициной было установлено благотворное влияние музыки на различные системы организма человека: сердечнососудистую, дыхательную, двигательную, нервную. Очень важными были выводы о том, что приятные эмоции, вызываемые музыкой, повышают тонус коры головного мозга, улучшают обмен веществ, стимулируют дыхание, кровообращение, усиливают внимание, повышают работоспособность, тонизируют центральную нервную систему, снимают психоэмоциональное напряжение, мобилизуют резервные силы, оказывают лечебное воздействие на психосоматические процессы в организме человека. В частности, И.П. Павлов отмечал, что взаимная уравновешенность процессов возбуждения и торможения служит источником положительных эмоций, а отсутствие сбалансированности в протекании нервных процессов в коре головного мозга и его подкорке ведет к отрицательным эмоциям.

Лечебное воздействие музыки отмечал и профессор В.А. Гиляровский, когда использовал ее в работе с душевнобольными в нервно-психиатрической лечебнице, а логоритмику считал неотъемлемой частью в работе с заикающимися дошкольниками.

В последнее время ученые все чаще рекомендуют

использовать для лечения речевых расстройств нетрадиционные методы коррекции, в частности, музыкотерапию. Они отмечают, что это лекарство, которое слушают, а на некоторых людей музыка влияет даже острее, чем слово. Известно, что с помощью музыки облегчается установление контакта с человеком. В частности, доктор мед. наук И.П. Чукчиев установил, что эмоции являются тем фактором, который значительно повышает художественную ценность речевого выступления.

Положительное влияние музыки на лиц с речевыми расстройствами отмечали и некоторые зарубежные исследователи. Так, Е. Kilinska-Ewertowska подчеркивает, что при соблюдении определенных условий выполнение ритмических упражнений доступно всем детям, независимо от их интеллектуального, физического и моторного развития. Она пришла к выводу о том, что ритмика формирует у детей чувство ритма и музыкальности и может широко применяться в реабилитации и терапии различных расстройств и заболеваний. А. Rosentalowa опиралась в работе с заикающимися на сочетание слова и музыкального ритма, включающего как запрограммированный, так и импровизированный музыкальный аккомпанемент ритмических движений тела. Это помогает следить за осанкой, грацией, дикцией, интонацией, правильно оформлять речь в лексическом и грамматическом плане.

Сила музыкального воздействия определяется способностью музыки вызывать в воображении слушателя музыкальные образы, зависящие от особенностей восприятия каждого конкретного человека. В музыкальном образе важны и относительно самостоятельны такие характеристики, как мелодика, ритм, гармония, тембр, высота, динамика и др.

Анализ процессов, происходящих в коре головного мозга под воздействием музыки, показал, что у детей при эмоциональном отношении к деятельности значительно повышается уровень функционирования различных корковых зон, возрастает число и степень межцентральных связей, повышается уровень межполушарных взаимодействий. Для того чтобы ребенок самостоятельно использовал в речи интонационные средства выразительности, он прежде должен знать, что это такое и владеть ими. Такой подход к формированию интонации речи нами

выбран для понимания ее целостной системы, самостоятельности использования, для повышения общей культуры речи.

Учитывая особенности развития детей, для достижения положительных результатов вся работа по коррекции и развитию интонации речи проводится в два этапа.

Первый этап, начальный, знакомит детей с основными средствами интонации и дает практические навыки владения этими средствами. Необходимым условием реализации на практике потенциальных возможностей, заложенных в коррекционно-обучающем процессе, является «интонационная компетентность» детей, т.е. их умение пользоваться различными интонационными конструкциями, а также автоматическое использование в собственной речи всех интонационных компонентов. Первый этап включает восемь блоков. К каждому блоку подбираются определенные задания, сопровождаемые музыкой. В процессе выполнения заданий соблюдается принцип постепенного повышения сложности упражнений. Особое внимание мы обращаем на активность детей в процессе учебного действия, эмоциональность, правильность и точность выполнения заданий, фиксируем трудности при выполнении упражнений.

1 блок – развитие дыхания. Учитывая особенности дыхания детей с дизартрией, а именно его слабость, поверхностность, небольшой объем, в этом блоке решаются следующие коррекционные задачи: формирование диафрагмального дыхания; формирование длительной, плавной, целенаправленной воздушной струи; выработка глубокого длительного вдоха и спокойного длительного выдоха.

Все упражнения этого блока выстроены в определенном порядке, который помогает решить поставленные выше задачи. Специально подобранное музыкальное оформление, сопровождая каждое упражнение, позволяет ритмизировать все функции детей и быстрее овладеть навыками диафрагмального дыхания. В начале упражнения направлены на развитие физиологического дыхания, целью которых является научить детей правильному набору воздуха, выработке длительной выдыхаемой струи, умению задерживать воздух.

2 блок – развитие силы голоса. В рамках этого блока поставлены следующие коррекционные зада-

чи: различение на слух силы голоса; дифференциация значений: тихо – громко; тише – громче; громко – тише (умеренно) – тихо; тихо – громче (умеренно) – громко; самостоятельное изменение силы голоса; самостоятельное изменение силы голоса с постепенным усилением или ослаблением.

Задания подбираются таким образом, чтобы дети сначала могли воспринимать, а затем воспроизводить силу голоса по двум параметрам: тихо – громко. После качественного выполнения таких упражнений, задание усложняется, а именно: воспринимать и воспроизводить силу голоса по трем параметрам: тихо – умеренно – громко. И, наконец, последние задания направлены на то, чтобы дети умели пользоваться постепенным усилением и ослаблением голоса.

3 блок – развитие мелодики. Задачи: различать на слух высоту звучания голоса; дифференцировать значения: высоко, низко, на одной высоте; самостоятельно изменять высоту голоса. Для этого блока также разработаны задания для постепенного овладения восприятием и воспроизведением мелодии, начиная с низкого звучания, переходя к высокому, и наоборот. Сначала упражнения просты в исполнении, но постепенно задача усложняется. Постепенно дети овладевают практическим умением регулировать голос по высоте.

4 блок – развитие чувства ритма. Задачи: различать длинные и короткие удары; самостоятельно воспроизводить простые ритмические рисунки; придумывать и воспроизводить простые ритмические конструкции. При выполнении заданий этого блока дошкольники пользуются различными детскими музыкальными инструментами: колокольчиками, бубнами, барабанами, дудочками и пр. Все эти упражнения также проходят под веселую, задорную музыку, что вызывает у детей огромный интерес и повышает их работоспособность.

5 блок – развитие умения организации речи в разных темпах. Задачи: дифференциация понятий быстро – медленно; дифференциация понятий замедление – ускорение; восприятие и воспроизведение различного вида темпа: медленно – умеренно – быстро. Для этого блока подобран ряд упражнений таким образом, чтобы сначала дети научились пользоваться медленным и быстрым темпом, затем уже даются задания на постепенное ускорение темпа и его

замедление.

6 блок – развитие тембра голоса. Задачи: выработка звонкости, собранности звучания; выработка ровности, устойчивости, гибкости голоса; повышение выносливости голоса, т.е. умение при голосовой нагрузке не терять качества его звучания.

7 блок – развитие логического ударения. Задачи: развивать слуховой гнозис; совершенствовать слуховое восприятие; учить исполнять заданный акцент на определенную долю. Упражнения этого блока носят, в основном, двигательный характер и приучают детей выделять акценты в различных частях музыки хлопками, притопами, ударами по коленям, взмахами лент и т.п. Мы используем эти упражнения с той целью, чтобы дети через движение прочувствовали разницу между сильными и слабыми долями, поняли назначение акцента.

8 блок – развитие умения слышать паузы. Задачи: слышать и понимать паузы в контекстной речи; самостоятельно использовать паузы в собственной речи. Для решения этих задач сначала дети отхлопывают, отстукивают, играют на детских шумовых музыкальных инструментах различные ритмические группировки, в которые включены паузы. Для знакомства детей с паузами в музыке нами подобраны простые по форме детские песни. В этих песнях небольшие музыкальные фразы заканчиваются паузами, т.е. требуют после себя речевой остановки.

В рамках работы на начальном этапе дети овладевают восприятием и воспроизведением всех структур, входящих в понятие интонационной выразительности речи (высота, сила, темп, ритм, тембр, ударение, паузация). Кроме того, дети учатся правильно дышать, экономно расходовать запасы воздуха и длительно удерживать целенаправленную воздушную струю, чтобы в дальнейшей работе уметь использовать полученные навыки для построения определенной интонационной конструкции.

Работа, проведенная на первом этапе, является базой для **второго этапа**, целью которого становится целостное овладение ребенком интонационной культурой речи. Теперь, когда у детей сформированы основные понятия и навыки, необходимые для построения выразительной речи, и дети хорошо в них могут ориентироваться, а также воспроизводить, дальнейшая работа по развитию интона-

ции проводится уже как на стихотворном материале, так и на прозе.

В результате, представленная система работы позволяет достаточно эффективно повысить уровень интонационной выразительности речи у дошкольников с дизартрией.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алмазова Е.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. – М.: Айрис Пресс, 2005. – С. 200.
2. Античная риторика. – М., 1978.
3. Брусиловский Л.С. Музыкалотерапия // Руководство по психиатрии. – Ташкент, 1979. – С. 256–275.
4. Искусство и педагогика. Из культурного наследия России 19–20 вв.: Хрестоматия / Сост. Вебер М.А. – СПб., 1995.
5. Красникова Е.И. О психическом механизме влияния музыки на эффективность учебной деятельности // Вопросы повышения эффективности обучения и воспитания студентов в медицинском вузе. – М., 1983.
6. Музыкальное воспитание детей с проблемами в развитии и коррекционная ритмика / Под ред. Е.А. Медведевой. – М.: АCADEMA, 2002. – С. 7–10.
7. Поваляева М.А., Караханян Л.Р. Поиск нетрадиционных методов в коррекционной педагогике. – Ростов-на-Дону: Ростовский пед. университет, 1976.
8. Родионова О.С. Интонационная подсистема – компонент системы языка. – Саратов, 2001.
9. Русская риторика. Хрестоматия / Под ред. Л.К. Граудина. – М.: Просвещение, 1996. – 258 с.
10. Черемисина Н.В. Русская интонация: поэзия, проза, разговорная речь. – М.: Русский язык, 1982. – 207 с.
11. Kilinska – Ewertowska E. Logorytmice. – Lublin, 1978.
12. Rosentalowa A. O logorytmice // Logopedia. – № 10, 1971. – S. 116–127.

Т.В. Попова, аспирант кафедры специальной педагогики и психологии Академии последипломного образования Московской обл., учитель-логопед ЦРР № 15 «Золотой петушок», г. Балашиха, Московская обл.
Тел. 8-962-944-67-90

Поступила 03.10.08

СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

А.В. Рогов

ОГУ «Реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями ЗАТО Северск», Томская обл., г. Северск

Медицинская реабилитация подразумевает систему медико-биологических мероприятий, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных в результате болезни или травмы функций, профилактику осложнений и рецидивов заболевания, развитие навыков самообслуживания и трудовой деятельности.

Известные способы реабилитации детей с ограниченными возможностями иногда оказывают жесткое воздействие на опорно-двигательный аппарат ребенка.

Учитывая собственный опыт работы на занятиях по лечебной гимнастике и используя оригинальные прикладные средства реабилитации [1, 2], нами была разработана методика реабилитации детей с ограниченными возможностями.

Целью ее применения является улучшение статодинамических функций у детей с ограниченными воз-

можностями.

Разработанная методика позволила решить следующие задачи:

- увеличение подвижности в суставах нижних конечностей;
- уменьшение патологического тонуса мышц грудной клетки, плечевого пояса, шеи;
- формирование навыков прямохождения;
- повышение эмоционального настроения ребёнка.

Техническое обеспечение: надувная шина размером 13,6-38 ТУ 38.05.01.014-94 (диаметр около 1,6 метра), мяч диаметром от 55 см до 85 см, в зависимости от возраста ребёнка.

Методика (этапы):

1. Ребенка укладывают спиной на мяч (рис. 1), который ограничен надувной шиной.
2. Инструктор фиксирует одну руку на голеностоп-

ных суставах, а другой придерживает ребенка за плечо и медленно скатывает ребенка с мяча до касания его стопами опоры (рис. 2).

3. Инструктор располагается лицом к ребенку, сидя на камере, и придерживает ребенка за коленные суставы, помогая согнуть-разогнуть ноги (рис. 3).

4. Инструктор помогает ребенку медленно под-

няться до вертикального положения и предоставляет возможность ему самостоятельно осуществить горизонтальную балансировку в течение 5–7 минут (рис. 3).

Ребёнок самостоятельно удерживает вертикальное положение (камера обеспечивает безопасность) (рис. 5, 6).

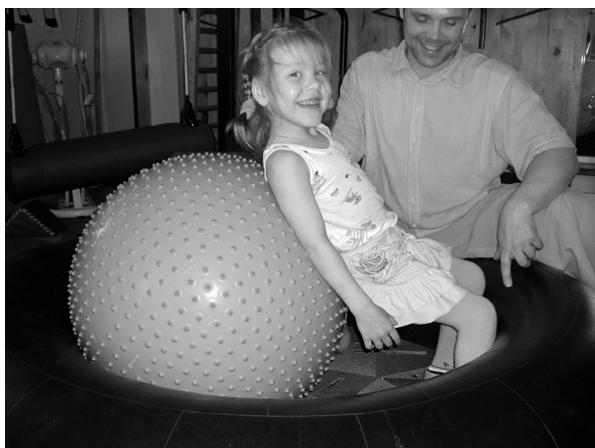


Рис. 1.



Рис. 3.



Рис. 2.



Рис. 4.



Рис. 5.

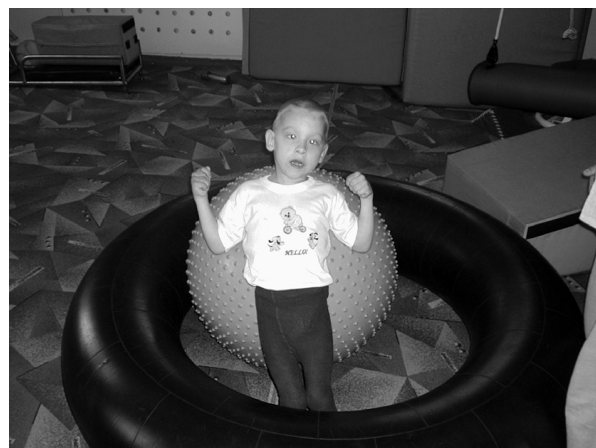


Рис. 6.

В результате применения методики у детей с ограниченными возможностями увеличивается подвижность в суставах; снижается патологический тонус мышц; приобретаются навыки прямохождения.

Кроме того, впервые возникшее ощущение вертикализации собственного тела создает положительные эмоции, чувство личной безопасности, мотивацию и предпосылки к последующим занятиям, что значительно увеличивает реабилитационный потенциал детей с трудностями в развитии.

1. Пат. 49433 Российская Федерация, МПК А

47 D 13/04. Тренажер / А.В. Рогов, А.Ю. Власов, А.В. Поликарпов. – № 2005106585/22; Заявл. 09.03.2005; Опубл. 27.11.2005, Бюл. № 33.

2. Пат. 48462 Российская Федерация, МПК А 47 D 13/04. Тренажер / А.В. Рогов, А.Ю. Власов, А.В. Поликарпов. – № 2005106584/22; Заявл. 09.03.2005; Опубл. 27.10.2005, Бюл. № 30.

Рогов Артем Валерьевич, врач-педиатр
636017, Томская область, город Северск, ул. Транспортная 90, а/я 553

Тел. 8 (3823) 99-59-40, тел/факс 8 (3823) 52-13-28
e-mail: det-reabilit@front.ru

МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ КАК ЗВЕНО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

М.Ю. Максимова, В.Г. Ионова, А.А. Шабалина, А.А. Никонов
Государственное учреждение Научный центр неврологии РАМН, г. Москва

STUDY OF MECHANISMS AND REGULATION OF FUNCTIONAL PLATELET ACTIVITY AS A PART OF COMPLEX REHABILITATION IN NEUROLOGY

M.Y. Maksimova, V.G. Ionova, A.A. Shabalina, A.A. Nikonov
Research Center of Neurology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

ABSTRACT

Further evaluation of platelet activity regulation pathways will improve diagnostic methods and develop novel approaches to treatment and rehabilitation of patients with cerebrovascular diseases.

Endothelial dysfunction and haemostasis disorders are the underlying causes of the majority of cerebrovascular diseases. Adhesion molecules of endothelial origin are exposed at the site of vessel lesion and «attract» circulating platelets. Fixation of platelet at the damaged vessel structures augment collagen-platelet interaction. Along with collagen thrombin is another crucial physiological inductor of platelet aggregation, emerging at final stages of internal and external coagulation pathways.

Keywords: platelet activity, endothelial dysfunction, rehabilitation, cerebrovascular diseases.

РЕЗЮМЕ

Дальнейшее изучение механизмов регуляции активности тромбоцитов позволит усовершенствовать методы диагностики и разработать новые подходы к лечению и комплексной реабилитации пациентов, перенесших сосудистые заболевания головного мозга. В основе патогенеза многих сосудистых заболеваний головного мозга лежат механизмы нарушения гемостаза и эндотелиальной дисфункции. В месте повреждения сосудистой стенки экспонируются молекулы адгезии эндотелиального происхождения, которые служат центрами «притяжения» циркулирующих в крови тромбоцитов. Фиксация тромбоцита к поврежденным структурам сосуда создает предпосылки для эффективного взаимодействия тромбоцита с коллагеном. Наряду с коллагеном, важным физиологическим индуктором агрегации тромбоцитов является тромбин, который образуется на конечных этапах внешнего и внутреннего пути коагуляции.

Ключевые слова: активность тромбоцитов, эндотелиальная дисфункция, реабилитация, сосудистые заболевания.

В основе патогенеза многих сосудистых заболеваний головного мозга лежат механизмы эндотелиальной дисфункции и нарушения гемостаза. Одним из ключевых аспектов данных нарушений являются механизмы функциональной активности тромбоцитов. Механизмы регуляции гемостаза при неврологических заболеваниях активно изучаются, однако не все аспекты биохимических изменений описаны достаточно полно. Очевидна сложность адекватного фармакологического вмешательства в работу каскадной системы активации мегакариоцитов и тромбоцитов у пациента любого возраста, перенёвшего сосудистую катастрофу, однако коррекция нарушенной системы гемостаза представляет собой одно из важнейших направлений комплексной реабилитации сосудистых больных.

В месте повреждения сосудистой стенки (например, в результате изъязвления атеросклеротической бляшки) экспонируются молекулы адгезии эндотелиального происхождения – фибронектин, ламинин, фактор Виллебранда, витронектин и другие, которые служат центрами «притяжения» циркулирующих в крови тромбоцитов [2, 13].

На действие агонистов (АДФ, вазопрессина, адреналина, серотонина, тромбина, коллагена, тромбоксана A_2 , фактора активации тромбоцитов – ФАТ) тромбоцит отвечает по следующей схеме:

1. Изменение формы (процесс сферуляции) – переход от дисковидной формы к сферической с выростами в виде псевдоподий.
2. Развитие адгезивности – способности прилипнуть к субэндотелию.
3. Обратимая агрегация, сопровождающаяся образованием микроагрегатов, содержащих от 3 до 20 пластинок.
4. Реакция дегрануляции (секреции) – выброс содержимого гранул.
5. Необратимая агрегация клеток [3, 6].

Фиксация тромбоцита к поврежденным структурам сосуда создает предпосылки для эффективного взаимодействия тромбоцита с коллагеном [8]. Последовательность биохимических событий, лежащих в основе индуцированной активации тромбоцита можно условно разделить на 5 стадий.

I. Инициация активации тромбоцитарного звена гемостаза обусловлена образованием комплекса

коллагена со специфическим мембранным рецептором. Результатом взаимодействия является активация мембраносвязанного фермента фосфолипазы A_2 с образованием двух продуктов – арахидоновой кислоты (АК) и лизо-ФАТ. Субстратом этой реакции служит молекула фосфолипида (Фл), содержащего во втором положении глицеринового остатка арахидоновую кислоту. Чаще всего в качестве субстрата выступает молекула фосфатидилхолина, преимущественно содержащегося во внешнем слое наружной плазматической мембраны (ПМ) тромбоцита; на его долю приходится примерно 26% от общего содержания липидов в ПМ. Под действием фермента циклооксигеназы АК быстро конвертируется в циклические эндоперекиси – простагландин G_2 и простагландин H_2 – короткоживущие высокореакционные соединения, которые по механизму отрицательной обратной связи ингибируют активность циклооксигеназы. Продуктом реакции, катализируемой ферментом тромбоксансинтетазой, является тромбоксан A_2 (TxA_2) – мощный индуктор агрегации и вазоконстриктор. Другой сильный индуктор агрегации – фактор активации тромбоцитов (ФАТ) – образуется из промежуточного соединения лизо-ФАТ путем ферментативного ацетилирования с помощью ацетилтрансферазы [3, 5].

Таким образом, в ходе первой стадии активации тромбоцитов образуются два активных стимулятора, при этом их конечные внутриклеточные концентрации значительно превышают число активных «сайтов» коллагена. Основные принципы каскадного механизма активации тромбоцитов – усиление активирующего сигнала и его конвергенция – находят отражение и на последующих стадиях активации. Следует отметить, что I этап агрегации обычно не сопровождается заметными изменениями формы и адгезивных способностей тромбоцитов [7]. Терминация стимулирующего сигнала TxA_2 и ФАТ осуществляется ферментами их метаболизма, максимальное содержание которых обнаружено в легких. В результате быстрой инактивации период полужизни ($t_{1/2}$) эйкозаноидов не превышает 1 мин [14].

II. Ауто- и паракринный механизм активации тромбоцитов под действием ФАТ и TxA_2 опосредован специфическими мембранными рецепторами и определяется стимуляцией активности мембранос-

вязанного фермента фосфолипазы С. Результатом ферментативного гидролиза минорного фосфолипида фосфатидилинозитолдифосфата (ФИФ₂) является образование двух соединений – 1,4,5-инозитолтрифосфата (ИФ₃) и диацилглицерина (ДАГ), обладающих свойствами вторичных внутриклеточных посредников. ИФ₃ – гидрофильное соединение, которое мобилизует ионизированный Са из его внутриклеточных депо: плотной тубулярной системы (ПТС), эндоплазматического ретикулаума тромбоцитов. В покоящихся тромбоцитах базальный уровень кальция не превышает 80 нМ, при этом выделяют два пула Са: 1) цитозольный пул ($t_{1/2} \approx 17$ мин), регулируемый трансмембранным обменом Na/Ca; 2) медленно изменяющийся пул ($t_{1/2} \approx 300$ мин), который зависит от активности Са/Mg-АТФазы и локализуется в ПТС. ИФ₃, связываясь с рецептором ПТС, открывает рН-чувствительный Са-канал [1]. АТФ является кофактором, в присутствии которого вероятность открывания каналов увеличивается. Использование метода stop-flow флуориметрии позволило предположить существование еще одного пула кальция в тромбоцитах. Это мембраносвязанный кальций ПТС, который высвобождается при активации слабыми агонистами.

Молекулярной мишенью действия ДАГ служит мультифункциональный мембраносвязанный фермент протеинкиназа С (ПК С), осуществляющий фосфорилирование различных внутриклеточных белков по сериновым и треониновым остаткам. Регуляторная роль ПК С сводится к запуску внутриклеточных механизмов снижения концентрации свободных ионов кальция в цитоплазме тромбоцита ($[Ca^{2+}]_{вн}$). Эти механизмы включают фосфорилирование и последующее ингибирование активности рецепторуправляемых Са-каналов ПМ [11, 12].

Интересно, что синтетические аналоги ДАГ – форболовые эфиры – обладают способностью вызывать агрегацию тромбоцитов, что связывают с активацией Фл А₂. В то же время инкубация тромбоцитов с форболмеристатацетатом (ФМА) или синтетическим ДАГ приводит к частичному ингибированию клеточных ответов на тромбин, ФАТ, другие активаторы тромбоцитов [6]. Показано, что оборот ФИФ₂, ИФ₃, Самобилизация ослаблены после прямой стимуляции ПК С. Ингибиторы ПК С устраняют супрессирующий

эффект форболовых эфиров на Фл С-зависимую активность. Более того, в работах последних лет установлено, что в тромбоцитах ПК С не только блокирует рецепторзависимое увеличение $[Ca^{2+}]_{вн}$, но и переклюкает чувствительность с агонистов, активирующих Са-зависимые реакции (секрецию, агрегацию), на агонисты, действующие через цАМФ.

Таким образом, ключевым звеном II этапа активации тромбоцитов является мобилизация ионов кальция из внутриклеточных депо; ионизированный кальций – основной регулятор последовательности тромбоцитарной активации.

III. К основным внутриклеточным процессам, которые находятся под контролем свободного уровня кальция, относятся: положительная модуляция активности мембранных фосфолипаз А₂ и С; экспрессия на поверхности клетки гликопротеиновых рецепторов фибриногена, интегриновых комплексов (экспозиция некоторых факторов адгезии не является Са-зависимым процессом); ингибирование аденилатциклазного и гуанилатциклазного путей, тормозящих стимуляцию тромбоцитов; работа сократительного аппарата тромбоцитов, которая определяет изменение формы тромбоцита, адгезивную активность, секрецию и высвобождение содержимого внутриклеточных гранул [19]. Для проявления влияния Са²⁺ на большинство из перечисленных процессов необходимо предварительное образование комплекса 4-х ионов кальция с кальмодулином – специфическим кальцийсвязывающим белком, относящимся к семейству S-100 белков. Образованный комплекс (Са-КМ) обладает способностью активировать киназу легких цепей миозина, стимулируя секрецию и дегрануляцию [17, 20]. Другими мишенями действия Са-КМ являются аденилатциклаза (АЦ) и гуанилатциклаза (ГЦ), фосфорилирование которых Са-КМ-зависимыми протеинкиназами вызывает снижение их ферментативной активности и последующее уменьшение внутриклеточного уровня циклических нуклеотидов – цАМФ и цГМФ соответственно. Взаимодействие Са-КМ комплекса с фосфодиэстеразой (ФДЭ) цАМФ, напротив, приводит к стимуляции активности этого фермента и, как следствие, ускоренному метаболизму цАМФ до неактивного соединения АМФ [4, 19].

III этап соответствует фазе первичной (обрати-

мой) агрегации тромбоцитов. Возможность перехода тромбоцитов из III в IV стадию активации определяется как внутриклеточными механизмами регуляции, которые снижают $[Ca^{2+}]_{вн}$, так и тормозными экстраклеточными стимулами, действие которых реализуется через аденилатциклазную и гуанилатциклазную системы трансдукции сигнала. Если рассматривать экстраклеточный уровень, то ведущее значение здесь имеют простаглицлин и NO. В тромбоцитах эту тормозящую роль играют цАМФ и цГМФ.

Простаглицлин постоянно синтезируется клетками эндотелия в кровотоке. Связываясь со специфическими рецепторами на мембране тромбоцитов, он активирует АЦ, повышает внутриклеточное содержание цАМФ и снижает концентрацию ионов кальция [16].

Переход ГТФ в цГМФ катализирует гуанилатциклаза. Увеличение внутриклеточного содержания цГМФ ингибирует последующие тромбоцитарные ответы через угнетение активности Фл С. Указанный путь торможения агонист-индуцированного ответа тромбоцитов характерен для NO, который вызывает селективную активацию ГЦ, связываясь с гомовой группировкой этого фермента. NO-синтетаза присутствует в различных клетках, включая макрофаги, нейтрофилы, эндотелиальные клетки, тромбоциты. Этот фермент, используя L-аргинин как субстрат, генерирует NO и L-цитрулин в качестве метаболита. Метилэфир L-аргинина – специфический ингибитор NO-синтетазы.

Основной путь снижения $[Ca^{2+}]_{вн}$ – активация Са-АТФаз ПТС и ПМ, уменьшающих внутриклеточный уровень кальция за счет его обратного захвата во внутриклеточные депо (ресекувестрация) и выброса Ca^{2+} из клетки. Кальций-блокирующий эффект циклических нуклеотидов опосредован специфическими цАМФ- и цГМФ-зависимыми протеинкиназами [1, 17]. В то же время не исключается, что часть эффектов циклических нуклеотидов определяется их прямым воздействием на активность ПК С, фосфолипазы С и A_2 .

IV. Стадия дегрануляции. В ходе реакции высвобождения из тромбоцитов через открытую канальцевую систему выделяются АДФ, ФАТ, вазопрессин, серотонин, адреналин, TxA_2 , которые вовлекают в процесс агрегации другие тромбоциты. TxA_2 и серотонин (посредством активации 5-НТ_{2А}-рецепторов), об-

ладая вазоконстрикторным действием, обуславливают скопление тромбоцитов в месте повреждения [15], локализуя процесс.

Для развития необратимой агрегации важным событием является высвобождение во внеклеточное пространство АДФ. Мембранные рецепторы АДФ относятся к классу P_{2x} -пуриновых рецепторов, которые одновременно являются Са-каналами. Активация этих рецепторов открывает доступ к неисчерпаемому источнику внеклеточного кальция, вызывая вход в клетку Ca^{2+} по градиенту концентрации [1, 3, 5].

V. Конечные этапы активации тромбоцитов связаны с экспозицией на поверхности тромбоцитов рецепторов фибриногена – гликопротеинового комплекса IIb-IIIa.

Наряду с коллагеном, важным физиологическим индуктором агрегации тромбоцитов является тромбин, который образуется на конечных этапах внешнего и внутреннего пути коагуляции [9].

Интактные эндотелиальные клетки связывают циркулирующий тромбин, вызывая его инактивацию [18]. Мембранные участки связывания тромбина на ПМ эндотелия известны под названием тромбобулинов. Каскадный механизм свертывающей системы крови, генерирующий тромбин, включает активацию протромбина на поверхности тромбоцитов [10]. В этом процессе участвуют ионы кальция и отрицательно заряженные тромбоцитарные Фл. Кислые Фл (фосфатидилсерин, фосфатидилинозитол), находящиеся на внутренней стороне ПМ тромбоцитов, экспонируются в результате индуцированного коллагеном разрушения и дегградации тромбоцитов. Точкой приложения действия тромбина служит фосфолипаза A_2 , дальнейшая цепь событий аналогична описанной для коллагена.

В заключение следует отметить, что каскадная система включения и активации факторов, регулирующих внутриклеточную концентрацию ионов кальция – основного индикатора активности клеток тромбоцитарного звена, отличается динамичностью. Для нее характерны множественность путей проведения сигнала, дублирование и взаимозаменяемость своих элементов, быстрый возврат к равновесному состоянию. Этим объясняется сложность адекватного фармакологического вмешательства в работу каскадной системы активации мегакариоцитов и тромбоцитов.

Дальнейшее изучение механизмов регуляции активности тромбоцитов позволит усовершенствовать методы диагностики и разработать новые подходы к лечению и комплексной реабилитации пациентов, перенесших сосудистые заболевания головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Авдонин П.В., Ткачук В.А. Рецепторы и внутриклеточный кальций. – М.: Наука, 1994.
2. Суслина З.А., Танащян М.М., Ионова В.Г. Ишемический инсульт: кровь, сосудистая стенка, антитромботическая терапия. – М.: Медицинская книга, 2005. – 248 с.
3. Балуда В.П., Деянов И.И., Балуда М.В., Тлепшуков И.К. Физиология системы гемостаза. – М.: Медицина, 1995. – 243 с.
4. Баринов В.Г. Плазменные, тромбоцитарные и эндотелиальные факторы в диагностике нарушений гемостаза и реологии крови у больных различными формами ИБС. Дис. ... в виде научного доклада на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – 2001.
5. Бувальцев В.И., Камышева Т.В., Спасская М.Б., Небиеридзе Д.В. Дисфункция эндотелия как интегральный фактор риска атеросклероза и возможности ее коррекции // Клиническая фармакология и терапия. – 2002. – Т. 11, № 5. – С. 30–32.
6. Руководство по гематологии. Под ред. Воробьева А.И. – М., 2005.
7. Сидоркина А.Н., Сидоркин В.Г., Преснякова М.В. Биохимические основы системы гемостаза и диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови. – Н. Новгород: ННИИТО, 2001. – 92 с.
8. Booth N.A. Fibrinolysis and thrombosis. //Bailliers Best Pract Res Clin Haematol. – 1999; 12: 423–433.
9. Camici M, Sagripanti A., Di Mitri R. Thrombin. // Minerva Med. – 2000; 91:105–112.
10. Cines D.B., Pollak E.S., Buck C.A. et al. Endothelial cells in physiology and in the pathophysiology of vascular disorders. //Blood. – 1998; 91 (10): 3527–3561.
11. Hassouna H.I. Blood stasis, thrombosis and fibrinolysis. // Hematol Oncol Clin North Am. – 2000; 14: 17–22.
12. Gokce N., Vita J.A. Clinical manifestations of endothelial dysfunction. In: Loscalzo J., Schafer A.I., editors. Thrombosis and Hemorrhage. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
13. Kozuka K., Kohriyama T., Nomura E., Ikeda J., Kajikawa H., Nakamura S. Endothelial markers and adhesion molecules in acute ischemic stroke--sequential change and differences in stroke subtype. //Atherosclerosis. – 2002; 161 (1):161-8.
14. Kurabayashi H., Tamura J., Naruse T., Kubota K. Possible existence of platelet activation before the onset of cerebral infarction. //Atherosclerosis – 2000; 153: 203–207.
15. Lip G.Y., Blann A.D., Farooqi I.S., Zarifis J., Sagar G., Beevers D.G. Sequential alterations in haemorheology, endothelial dysfunction, platelet activation and thrombogenesis in relation to prognosis following acute stroke: The West Birmingham Stroke Project. //Blood Coagulation and Fibrinolysis. – 2002; 13 (4): 339-4.
16. Silva J.M., Saldanha C. Arterial endothelium and atherothrombogenesis II – the role of endothelial dysfunction in atherothrombotic lesions. //Rev. Port. Cardiol. – 2006; 25 (12): 1159–1186.
17. Endo E, Tanaka T, Isobe T, Kasai H, Okuyama T, Hidaka H. Calcium-dependent affinity chromatography of S-100 and calmodulin antagonist coupled Sepharose. J Biol Chem. 1981; 256:12485–12489.
18. Esper R.J., Nordaby R.A., Vilarino J.O., et al. Endothelial dysfunction: a comprehensive appraisal. //Cardiovascular Diabetology. – 2006; 5 (4).
19. Faraci F.M., Heistad D.D. Regulation of the cerebral circulation: role of endothelium and potassium channels. //Physiol. Reviews. – 1998; 78(1): 53–97.
20. Foerch C, Otto B, Singer OC, Neumann-Haefelin T, Yan B, Berkefeld J, Steinmetz H, Sitzer M. Serum S100B predicts a malignant course of infarction in patients with acute middle cerebral artery occlusion. Stroke. 2004; 35: 2160–2164.
21. Foerch C, Singer OC, Neumann-Haefelin T, du Mesnil dR, Steinmetz H, Sitzer M. Evaluation of serum S100B as a surrogate marker for long-term outcome and infarct volume in acute middle cerebral artery infarction. //Arch Neurol. 2005; 62: 1130–1134.

Сведения об авторах: Максимова Марина Юрьевна – д.м.н., ведущий научный сотрудник 2 неврологического отделения Научного Центра неврологии РАМН, Ионова Виктория Григорьевна – профессор, руководитель Лаборатории гемореологии и гемостаза НЦ неврологии РАМН, Шабалина Алла Александровна – врач, Никонов Алексей Александрович – аспирант 2 неврологического отделения.

<http://www.neurology.ru/>, nikonoffff@mail.ru

Поступила 16.09.08

НАУКА ПОБЕЖДАТЬ (КАК ЗАЩИТИТЬ И ОТСТОЯТЬ ПРАВА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА)

В.Г. Кальте

ФГУ РРЦ «ДЕТСТВО» МЗ РФ

РЕБЕНКУ от рождения ПРИНАДЛЕЖАТ И ГАРАНТИРУЮТСЯ государством ПРАВА И СВОБОДЫ человека и гражданина в соответствии с Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права, международными договорами Российской Федерации, Федеральными законами, Семейным кодексом РФ и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации (Закон РФ «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» от 24 июля 1998 года, № 124-ФЗ, статья 10).

В Российской Федерации в последние годы принят ряд законоположений, защищающих права ребенка на достойную жизнь и интеграцию в общество. Но почему тогда они «не работают»? Почему чиновники, которые призваны обеспечивать исполнение закона, не выполняют свои обязанности? Кто виноват и что делать? Ведь дети, в силу своего возраста, сами не могут выступить в защиту своих прав, поэтому ПРИРОДОЙ и ЗАКОНОМ защитить своего ребенка должны родители (Семейный Кодекс Российской Федерации, статья 64).

Но как это делать? Делать правильно, грамотно, последовательно, терпеливо, с верой в справедливость и торжество закона – это целая НАУКА. Этому необходимо учиться. Как победить чиновника, за спиной которого мощный профессиональный, порой циничный бюрократический аппарат, с его веками отработанными отписками-ответами, из которых бывает трудно понять суть изложенного.

На самом деле, не все так безнадежно. Ведь повсюду мы слышим, что живем в правовом государстве и все равны между собой. И наша Конституция это подтверждает: «Все равны перед законом и судом. Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других об-

стоятельств. Запрещаются любые формы ограничения прав граждан по признакам социальной, расовой, национальной, языковой или религиозной принадлежности».

НЕ ПЛАЧЬ, НЕ БОЙСЯ, НЕ ПРОСИ

Свободный гражданин не просит, он знает свои права и требует их соблюдения. Одно из них – право на обращение в государственные органы, органы местного самоуправления, к должностным лицам, в различные организации – закреплено, прежде всего, в Конституции России, в статье 33: «...Граждане Российской Федерации имеют право обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы и органы местного самоуправления».

Прошло уже десять лет (1998 г.) как Россия ратифицировала Европейскую Конвенцию о защите прав человека и основных свобод. В соответствии с нормами Конвенции граждане России получили возможность обращаться с жалобами и в Европейский суд по правам человека, в случаях, когда нарушено какое-либо право, гарантированное данной Конвенцией.

2 мая 2006 года подписан Федеральный Закон «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», который регулирует правоотношения, связанные с реализацией гражданином России закрепленного за ним Конституцией права на обращение в государственные органы и органы местного самоуправления. При этом «...граждане реализуют право на обращение свободно и добровольно» (статья 2).

Под обращениями понимаются изложенные в устной или письменной форме обращения, предложения, заявления, жалобы граждан. Обращения могут быть индивидуальными и коллективными. Виды обращений перечислены в статье 4 упомянутого федерального закона:

- 1) обращение** гражданина (далее – обращение) – направленное в государственный орган, ор-

ган местного самоуправления или должностному лицу письменное предложение, заявление или жалоба, а также устное обращение гражданина в государственный орган, орган местного самоуправления;

2) предложение – рекомендация гражданина по совершенствованию законов и иных нормативных правовых актов, деятельности государственных органов и органов местного самоуправления, развитию общественных отношений, улучшению социально-экономической и иных сфер деятельности государства и общества;

3) заявление – просьба гражданина о содействии в реализации его конституционных прав и свобод или конституционных прав и свобод других лиц, либо сообщение о нарушении законов и иных нормативных правовых актов, недостатках в работе государственных органов, органов местного самоуправления и должностных лиц, либо критика деятельности указанных органов и должностных лиц;

4) жалоба – просьба гражданина о восстановлении или защите его нарушенных прав, свобод или законных интересов либо прав, свобод или законных интересов других лиц.

ЗНАЙТЕ, что общественные организации инвалидов, выступающие в качестве истцов и ответчиков, истцы – **при рассмотрении дел о защите прав и законных интересов ребенка**, освобождаются от уплаты государственной пошлины по делам, рассматриваемым в судах общей юрисдикции, а также мировыми судьями (Налоговый Кодекс РФ от 5 августа 2000 года № 117-ФЗ, часть 2, статья 333.36, п.15).

ПИШИТЕ ПИСЬМЕННЫЕ ОБРАЩЕНИЯ, ОНИ БОЛЕЕ ДЕЙСТВЕННЫ

Забудьте об устных обращениях. Конечно, они могут быть устными, но более действенными (из опыта) являются письменные. После общения на личном приеме старайтесь оставить после себя память в виде письменного обращения. Для нашей бюрократической системы важен порядок. И он определен федеральным законом «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», пункт 2 статьи 8 которого гласит: «Письменное обращение подлежит обязательной регистрации в те-

чение трех дней с момента поступления в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу».

Для любого чиновника существенно то, что написано, подписано, датировано, зарегистрировано и имеет «входящий номер». Это ВАЖНО.

Как правильно написать обращение? Этот вопрос возникает всегда. И многие уже на этом этапе сдаются. От слова «правильно». Можно обратиться к профессионалу-юристу, но это дорого. Можно найти типовой образец в Интернете, и в многочисленных справочниках, но это чьи-то чужие фразы и мысли. Перечитав великое множество типичных образцов, вы придете к пониманию – они все похожи, как близнецы, и далеки от вашей личной проблемы. Ведь писали их такие же люди, как вы. И писали они именно образцы по разным проблемам. А у вас своя конкретная выстраданная проблема, и вот она рядом хнычет, потому что вовремя не получила помощь в виде бесплатного лекарства, ежегодной путевки в санаторий или компенсации за приобретенное самостоятельно техническое средство реабилитации. А ведь у вашего ребенка есть на это ПРАВО, закрепленное в ЗАКОНЕ и нарушенное конкретным должностным лицом. Напишите сами! Напишите ярко, сильно и образно, перемежая сарказм конкретными статьями закона! Получатель должен понять, что вы не отступите, и всегда напомните ему о его долге исполнять ЗАКОН.

С чего начинается обращение? С точного адреса, фамилии, имени, отчества или наименования получателя, например: «Руководителю городского филиала Фонда социального страхования».

Начинайте письмо со ссылки на закон, указ, постановление Правительства и т.д. Эти магические слова действуют на чиновника на рефлекторном уровне. Обязательно укажите, какие нормы нарушены в отношении вашего ребенка непосредственно. А подходящий к теме вашего обращения документ всегда найдется – только не ленитесь искать.

Не забудьте в начале написать «Уважаемый Имярек», а в конце «С уважением к Вам...». Даже если вы никакого уважения к нему не чувствуете. Эта маленькая приписка покажет чиновнику, что у вас железная выдержка и непоколебимая уверенность в быстром решении проблемы.

СДЕРЖИВАЙТЕ ЭМОЦИИ

Вас обидели в государственном учреждении, обманули в фонде социального страхования – не дали путевку ребенку на санаторно-курортное лечение или не оплатили проезд на лечение, унизили в аптеке, не выдав по рецепту врача бесплатное лекарство. Все ваше естество возмущено, душа бурлит, вы жаждите и планируете мщение. Все ваши эмоции не вмещаются в пять, вот уже десять листов бумаги. А на самом деле, о чем речь? Вы требуете то, на что ваш ребенок имеет право по ЗАКОНУ: путевку в санаторий, лекарство, техническое средство реабилитации – которые необходимы вашему ребенку-инвалиду. Вы просидели за столом бессонную ночь, исписали гору бумаги и чего же вы, в конце концов, добились?

ПОМНИТЕ, закон на вашей стороне. Напишите только об этом. Изложите ваше требование и ссылку на Федеральный закон, и все. Это не займет много места на листе, и требование будет очень конкретное. Может, чиновник, стоящий на страже Закона, от усердия что-то недоглядел, забыл, перепутал, ошибся, наконец (такое возможно). А вы вежливо указываете ему на Федеральный закон, на ошибку или недосмотр, и при этом твердо настаивайте на соблюдении законности при решении вашей проблемы, и все.

СОБЛЮДАЙТЕ СУЩЕСТВУЮЩИЙ ПОРЯДОК, ПРОЦЕДУРУ

Требовать исполнение закона НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С САМОЙ НИЖНЕЙ ИНСТАНЦИИ. Решили писать о нарушении прав вашего ребенка на санаторно-курортное лечение – определитесь с адресатом. Это должно быть конкретное должностное лицо, нарушившее положение закона. И лучше, если это нашло подтверждение в его письменном ответе. Как только вы получите от него ответ, который вас не устраивает (или не получите вообще), – немедленно пишите его руководителю. Если и после этого вопрос не решен – следующему начальнику и так далее выше и выше, не пропуская ни одной инстанции (ведь у каждого начальника есть начальник, и это хорошо). И всякий раз указывайте на нарушение закона предыдущим получателем обращения, на несоблюдение сроков рассмотрения и ответов на ваши жалобы и фамилии чиновников, которые не решают вашу проблему. Обязательно прикладывайте копии ответов, полученных на Ваше обращение.

При этом очень полезно в конце каждого письма напоминать о законе, который обязывает чиновника письменно отвечать на любое обращение (письменное либо устное) в **тридцатидневный** срок: «...обращение, поступившее в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в соответствии с их компетенцией, рассматривается в течение 30 дней со дня регистрации письменного обращения» (статья 12 закона «О порядке рассмотрения обращений граждан»). **Добивайтесь письменных ответов.**

ПОМНИТЕ: чиновник не может, в отличие от вас, отказаться отвечать на вопросы, свидетельствовать, подписывать протоколы до прихода адвоката. Он обязан делать это по вашему требованию, как и по требованию любого другого гражданина. Более того, в соответствии с требованиями пункта б статьи 8 упомянутого закона **запрещается** направлять вашу жалобу на рассмотрение в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу, решение или действие (бездействие) которых обжалуется.

ГЛАСНОСТЬ – ВАША «ТЯЖЕЛАЯ АРТИЛЕРИЯ»

Защищать права своего ребенка нужно гласно. Чем больше у вас союзников – тем лучше. Вы знаете своего депутата? Районного, городского, областного, депутата Государственной Думы. А он знает вас и проблемы, которые вас волнуют и не решаются? Предоставьте ему возможность оправдать оказанное ему доверие, пусть докажет, что достоин быть снова избранным.

Соберите адреса и телефоны всех ваших депутатов – районного, городского, областного, республиканского – и пишите им, пишите! У них есть помощники, общайтесь с ними. Уточните время и место проведения приемов по личным вопросам, заранее запишитесь на прием. Приходите на прием обязательно со своей папкой, где хранится ваша переписка.

Не забывайте, что у нас большим авторитетом пользуется «четвертая власть». С большим пиететом к ней относятся чиновники. Сделайте для журналиста подарок, передайте ему копии всех чиновничьих отписок. Журналисты сейчас ищут горячие (конфликтные) темы – так помогите им, напишите о своей битве с бездушным чиновничьим аппаратом. ПРЕССА

не зря называется четвертой властью – используйте и это оружие. И чем грубее и бездушнее будут чиновники, чем больше в их ответах будет грамматических и стилистических ошибок, – тем больше обрадуется журналист. А уж если вам удастся заинтересовать журналиста настолько, что он направит официальный запрос по вашему делу от имени редакции, можете не сомневаться: чиновник на какое-то время станет настоящим сторонником законности и преданным слугой народа (и вашим в том числе). Не упустите свой шанс!

СТАРАЙТЕСЬ БЫТЬ КРАТКИМ

В своем письме **ПОДНИМАЙТЕ ТОЛЬКО ОДИН ВОПРОС**. Если у вас два вопроса – пишите два обращения. По каждому вопросу – отдельное обращение. **НЕПРЕМЕННО УКАЗЫВАЙТЕ, КАКАЯ НОРМА ЗАКОНА НАРУШЕНА В ОТНОШЕНИИ ВАШЕГО РЕБЕНКА**. Продемонстрируйте знание закона или нормативного правового акта. Не поленитесь перечислить все статьи законов, нарушенных при рассмотрении вашей проблемы.

ОБРАЩЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ КРАТКИМ И КОРРЕКТНЫМ. Не давайте повода чиновнику обидеться хотя бы на одно слово вашей жалобы. Если это добросовестный исполнитель, он сразу отреагирует на ваше справедливое корректное требование и решит проблему. Если недобросовестный – пусть сам выпутывается, выкручивается, отписывается и – оставляет письменные следы, которые дадут вам право обращаться выше по инстанции.

Старайтесь изложить проблему на **ОДНОМ ЛИСТЕ БУМАГИ – НЕ БОЛЬШЕ**. Но не стоит впадать в отчаяние, если у вас и после многочисленных переписываний получается больше страницы. Отправляйте, передавайте, несите их в канцелярию. Не забудьте оставить себе копию, на которой должна стоять дата (отправления, вручения) и желательно фамилия или подпись (разборчивая) работника, принявшего ваше обращение. С этой минуты – это не просто ваши мысли, эмоции, требования и пр., это **ДОКУМЕНТ**. К которому уже особое отношение.

Копии всех обращений, справки, рецепты и другие документы вашей переписки храните в отдельной папке. Даже если вы очень несмелый человек, вам придется с самого начала приучить себя к тому, чтобы в

кабинетах вежливо и неотступно заставлять регистрировать все ваши бумаги. Вы не можете уйти из кабинета до тех пор, пока на копии вашей жалобы не будет стоять отметка «принято» с датой и подписью ответственного лица. Все просьбы и требования, всевозможные заключения, справки, направления и рекомендации специалистов – минимум в двух экземплярах! Больше – можно, меньше – нет! Лишняя копия может понадобиться для журналиста или случайно встреченного в коридорах власти общественного правозащитника.

Если вы теряетесь и смущаетесь в канцелярии, перед секретарями чиновников – не беда. Потратьте немного времени и денег на конверты и марки и отошлите свое обращение заказным письмом с «уведомлением о вручении». На открытке, которая прикрепляется к письму и возвращается к вам же с отметкой о том, что адресат письмо получил, обязательно напишите тему письма. Даже если места очень мало – пишите так, чтобы суть была понятна. И тогда адресат (или его секретарь) распишется не просто за письмо, а за тему. Таким образом, почтальон зарегистрирует вашу конкретную проблему. А прохождение писем, жалоб и заявлений граждан в аппарате управления строго регламентировано. И ответственность за их своевременное исполнение – тоже.

Открытку – «уведомление о вручении» – вы тоже положите в папку. Там должно быть все – даже троллейбусные билеты, даже чеки за валидол и справки из поликлиники об ухудшении вашего здоровья из-за потрясения незаконным постановлением властей по поводу лично ваших проблем.

Никогда не ленитесь после «суровых» приемов у должностных лиц сходить в поликлинику, к врачу, и пожаловаться на бессонницу, нервное расстройство, головную боль или еще чего-нибудь. Пусть участковый врач выпишет лекарство. Вам придется потратить на это немного времени, зато запись в вашей карточке именно участкового врача, именно в государственной поликлинике является неоспоримым доказательством ваших моральных и материальных убытков не только для высших инстанций, но и для суда. **ПОМНИТЕ**: отстаивать и защищать права своего ребенка – это серьезная, кропотливая и длительная работа. Ленивые не побеждают.

СТРОГО ПРИДЕРЖИВАЙТЕСЬ ПОЛОЖЕНИЙ, СТАТЕЙ ЗАКОНА

Нынче во многих госучреждениях советуют обратиться в суд, дескать, суд решит, а мы тогда с превеликим удовольствием поможем. Не поддавайтесь на это, пока не будете готовы. Методично «доставайте» по порядку все чиновничьи инстанции. Объясняйте, что не хотите перегружать вашей не такой уж и глобальной проблемой суд. Пусть чиновник письменно посоветует вам обратиться в суд. Тогда у вас будет полное право в судебных бумагах и в жалобах «наверх» писать, что вы обратились в суд по рекомендации самого чиновника. И здесь на вашей стороне закон – Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14 ноября 2002 года № 138-ФЗ, статья 255. К решениям, действиям (бездействию) органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц, государственных или муниципальных служащих, оспариваемым в порядке гражданского судопроизводства, относятся коллегиальные и единоличные решения и действия (бездействие), в результате которых:

- нарушены права и свободы гражданина;
- созданы препятствия к осуществлению гражданином его прав и свобод.

Все наши суды завалены малыми и большими исковыми заявлениями. К судебному рассмотрению следует готовиться тщательно и собирать материалы. Лучше сделайте все, чтобы решить дело на досудебном уровне. Но уж если не получится – все ваши копии и справки, квитанции и чеки очень помогут судье быстро разобраться в проблеме и настроят его в вашу пользу. Ибо судьи ценят тщательно и грамотно выполненную работу.

И САМОЕ ГЛАВНОЕ – В КАЖДОМ СВОЕМ ОБРАЩЕНИИ ВЫ ДЕМОНИСТРИРУЕТЕ, ПОДЧЕРКИВАЕТЕ, НАСТАИВАЕТЕ, ЧТО ДЛЯ ВАС ПРЕВЫШЕ ВСЕГО ЗАКОН, ЧТО ОН НЕРУШИМЫЙ И НЕПРЕЛОЖНЫЙ, И

ЧТО ВЫ НЕ ВЕРИТЕ В ВОЗМОЖНОСТЬ СОЗНАТЕЛЬНОГО НАРУШЕНИЯ ЗАКОНА ГОСУДАРСТВЕННЫМИ СЛУЖАЩИМИ ВСЕХ УРОВНЕЙ, ВПЛОТЬ ДО ГАРАНТА КОНСТИТУЦИИ.

Еще раз напоминаю алгоритм действий при защите прав ребенка-инвалида на санаторно-курортное лечение. В соответствии с пунктом 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» при предоставлении социальных услуг дети-инвалиды имеют право на получение на тех же условиях второй путевки на санаторно-курортное лечение и на бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица. Итак:

1. Необходимость направления ребенка, имеющего право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, на санаторно-курортное лечение, определяется лечащим врачом и ВК лечебно-профилактического учреждения по месту жительства с оформлением справки (форма 070/н-04) для получения путевки на ребенка (для предоставления по месту требования) и санаторно-курортной карты для детей (форма 076/у-04). В органе исполнительной власти в сфере здравоохранения (здравотдел) нужно получить направление на лечение и талон на проезд к месту лечения.

2. Эти документы вместе с письмом направляете в учреждение медико-социальной экспертизы для занесения в индивидуальную программу реабилитации ребенка-инвалида (подробно), как в направлении.

3. Индивидуальную программу реабилитации, направление на санаторно-курортное лечение и результаты обследования прилагаете к письму-обращению о предоставлении путевки в Фонд социального страхования.

И... ждите ответа.

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ ЖУРНАЛА!

Мы продолжаем международное сотрудничество. Достигнута договоренность по обучению Российских специалистов методам реабилитации применяемым в Германии. В г. Ганovere в апреле 2008 года будет проходить недельный цикл обучения для российских реабилитологов. Ориентировочная стоимость поездки (включая оплату перелета, визу, проживание, услуги переводчика, обучения с выдачей сертификата) 1 тыс евро. Сообщите в редакцию свою заинтересованность в обучении той или иной методике, адрес своей организации и количество направляемых специалистов.

НАПРАВЛЕНИЯ И МЕТОДИКИ СЛЕДУЮЩИЕ:

- Сенсорная интеграция по Jean Ayres (Трафарет тела и регуляция тонуса)
- Терапия по Bobath (формирование нормальных двигательных стереотипов)
- Терапия по Affolter-Konzept
- Различные концепции терапии при работе с односторонними параличами
- Сенсомоторно-функциональное лечение
- Диагностика по поведенческому принципу и терапия нейропсихологических нарушений
- Различные концепции лечения заболеваний верхних конечностей
- Мануальная терапия
- Когнитивные терапевтические упражнения по Perfetti
- Эргономика по В. Engström (правильная осанка при сидении во время работы и отдыха)
- Мануальный лимфодренаж: стандартизированное проведение терапии обучения в неврологии
- Дисфагия и логопедия
- Новые методы лечения аутизма, болезни Дауна, детского энуреза

aps_detstvo@mail.ru

detstvo1996@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ

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

«ЛФК И МАССАЖ.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И МАССАЖ»

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

Для предприятий и организаций **44019**

(периодичность: 6 номеров в полугодие)

«РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ»

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

Для предприятий и организаций **44027**

(периодичность: 2 номера в полугодие)

«МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

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

Для предприятий и организаций **83257**

(периодичность: 1 номер в полугодие)

«ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

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

Для предприятий и организаций **82494**

(периодичность: 1 номер в полугодие)

«НАТУРОТЕРАПИЯ И ГОМЕОПАТИЯ»

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

Для предприятий и организаций **45769**

(периодичность: 1 номер в полугодие)

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

«ЛФК И МАССАЖ.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И МАССАЖ»

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

Для предприятий и организаций **44019**

(периодичность: 6 номеров в полугодие)

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

Дизайн и верстка

Press-Art

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

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

Свидетельство о регистрации средства массовой информации Минпечати РФ ПИ № 77-12750 от 31 мая 2002 г.
Лицензия на издательскую деятельность Минпечати РФ ИД № 05368 от 12 июля 2001 г.
Тираж 2000 экз. Отпечатано в ООО «Пресс-Арт». Заказ № 1498. Цена свободная.