



РВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ

ISSN 2222 - 2014

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ №18 | 2016(2)



**Специальный выпуск, посвященный республиканской научно-практической конференции с международным участием
«Современные тенденции развития медицинской реабилитации»**

ОҒАЛТУДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ» ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ «ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»
«REHABILITATIONISSUES» PERIODICAL
ISSN 2222 - 2014

Научно-практический журнал издается 3 раза в год
Тираж 300 экземпляров

Редакционная коллегия:

Дарибаев Ж.Р., Ризванова А.Р., Кусаинова К.К.
Оспанова Ш.Х., Султанова Г.М., Медетбекова Ж.А.

Редакционный совет:

S. Bar Haim (PhD, Израиль)
Т.Т. Батышева (д.м.н., профессор, Россия)
М. Белокопытов (доктор PhD, Израиль)
Т.Т. Бокебаев (д.м.н., профессор, Казахстан)
А. Крицонас (д.м.н., профессор, Литва)
М.М. Лепесова (д.м.н., профессор, Казахстан)
F. Menendez (PhD, Cuba)
Х.М. Мухаметжанов (д.м.н., профессор, Казахстан)
Е.С. Нургужаев (д.м.н., профессор, Казахстан)
Р.И. Рахимжанова (д.м.н., профессор, Казахстан)
К.А. Семенова (д.м.н., профессор, Россия)
O. Surdu (Ovidius University, Romania)
U. Solimene (PhD, Italy)
А.В. Чемерис (д.м.н., профессор, Казахстан)
А. Шарман (доктор PhD, Казахстан)
Н.И. Шевелева (д.м.н., профессор, Казахстан)
I. Ponikowska (PhD Poland)

Адрес редакции:

г. Астана, пр. Туран 36
Национальный центр детской реабилитации
Телефон/факс: (7172) 511-565
E-mail: journalrdrc@mail.ru

**«ОҢАЛТУДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ» ҒЫЛЫМИ-
ПРАКТИКАЛЫҚ ЖУРНАЛЫ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»
«REHABILITATION ISSUES» PERIODICAL**

**Бас редактор
Главный редактор
Editors-in-Chief**

**Медицина ғылымының докторы
Шолпан Адильжановна Булекбаева**

**Доктор медицинских наук
Шолпан Адильжановна Булекбаева**

**Doctor of medical sciences
Sholpan A. Bulekbaeva**

Республика Казахстан
г. Астана, пр. Туран 36
тел./факс 7172-511-565
e-mail: journalrdrc@mail.ru

Научно-практический журнал «Вопросы реабилитации» призван способствовать развитию реабилитационной службы и повышению ее эффективности. Журнал позволит обмениваться новыми знаниями, идеями и опытом специалистам, занятым реабилитацией больных и инвалидов, объединит усилия медицинских, социальных и педагогических служб в борьбе за здоровый образ жизни.

Цель журнала – публикация оригинальных научных статей, освещающих актуальные вопросы реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры и курортологии, здоровья населения Казахстана, внедрение современных медицинских технологий диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний.

Сфера интересов журнала: реабилитация и восстановление здоровья больных и социализация инвалидов, укрепление здоровья и профилактика заболеваний, пропаганда здорового образа жизни, социально-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями.

Журнал рассчитан на исследователей, практических врачей всех специальностей, менеджеров и политиков в области реабилитации и профилактики заболеваний, а также социальных работников, психологов, логопедов, дефектологов и педагогов.

Рубрики журнала:

1. Физиология и психология
2. Нутрициология, лечебное питание
3. Фармакологическая поддержка в реабилитации
4. Неотложные состояния и ранняя реабилитация
5. Функциональная диагностика в реабилитации
6. Биомедицинские технологии в реабилитации
7. Лечебная физкультура, спортивная медицина, физиотерапия и гигиена
8. Сопровождение лиц с ограниченными возможностями
9. Социальная реабилитация, адаптация и коррекционная педагогика
10. Организация реабилитационной помощи, качество реабилитационных услуг
11. Восстановительная медицина, профилактика, здоровый образ жизни
12. Паллиативная медицина
13. Дайджест новостей из мира реабилитации
14. Памятные даты

СОДЕРЖАНИЕ

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ КАЗАХСТАНА**
Булекбаева Ш.А. 5

**ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО
ПОТЕНЦИАЛА У ДЕТЕЙ С
ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ
ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА**
Булекбаева Ш.А., Байдарбекова А.К. 11

**МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ**
Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Лисовский Е.В.,
Ризвансва А.Р., Кусаинова К.К. 16

**ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО
КОМБИНЕЗОНА «ФАЭТОН» В РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ
ПАРАЛИЧОМ**
Варзина Т.В., Ахметова Н.С., Увашева Н.С. 20

**ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ
РЕАБИЛИТАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ДЕТЕЙ С ДЦП**
Айдарханова К.А., Отжагарова Е.Е.,
Коновалова И.Н. 23

**РОЛЬ СТАТОКИНЕЗОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ
ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**
Ахметова Н.С., Варзина Т.В.,
Жуманазарова М.М. 27

**ИППОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННО-
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТСКОГО
ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА**
Ахметова Н.С., Варзина Т.В., Молдабек Э.Ж. 30

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ
РАБОТЫ ПСИХОЛОГА ДЕТЬМИ С ЗАДЕРЖКОЙ
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ РДРЦ
«БАЛБУЛАК»**
Надырзова Э.К., Ахметова Н.С., Жунисова А.Ж. 33

**«БАЛБУЛАК» РЕСПУБЛИКАЛЬНЫЙ БАЛАЛАР ОҢАЛТУ
ОРТАЛЫҒЫНДА АУТИЗМІ БАР БАЛАЛАРМЕН АВА
–ТЕРАПИЯСЫН ЖҮРГІЗУ МӘСЕЛЕСІ**
Ахметова Н.С., Жүнісова А.Ж.,
Мухамадиева Ш.К. 37

**«БАЛБУЛАК» ОҢАЛТУ ОРТАЛЫҒЫНДАҒЫ
ПСИХИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЖАЛПЫ СӨЙЛЕУ
ДАМУЫНЫҢ ТЕЖЕЛУІ БАР БАЛАЛАРМЕН
ЛОГОПЕДИЯЛЫҚ ЖҰМЫСТАР**
Ахметова Н.С., Жүнісова А.Ж., Аханова А.А.,
Салмабаева Ж.М. 41

**ЦЕРЕБРАЛЬДІ САЛ АУРУЫНА ШАЛДЫҚҚАН
БАЛАЛАРДЫ ӨЗІН-ӨЗІ ДАМУЫҒА ҢЫТАЛАНДЫРУ
ЖҰМЫСЫНДА МОНТЕССОРИ ДИДАКТИКАЛЫҚ
ҚҰРАЛ-ЖАБДЫҚТАРЫНЫҢ МАҢЫЗЫ**
Ахметова Н.С., Жүнісова А.Ж.,
Жалилова Г.А. 45

**ЖЕТКІНШЕК ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ
АГРЕССИВТІ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ ТҮРЛЕРІМЕН
ПСИХОКОРРЕКЦИЯЛЫҚ ЖҰМЫС ЖҮРГІЗУДІҢ
ЕРЕКШЕЛІГІ**
Нурылдаева Ж.М. 49

**ПСИХИКАЛЫҚ ДАМУЫ ТЕЖЕЛГЕН МЕКТЕП
ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРМЕН ЖҮРГІЗІЛЕТІН
ПСИХОКОРРЕКЦИЯЛЫҚ ЖҰМЫС ТҮРЛЕРІ**
Палымбетова Ж.А. 51

**АТА-АНАСЫ АЖЫРАСҚАН ОТБАСЫНДА
ТӘРБИЕЛЕНЕТІН БАЛАҒА ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ
ҚОЛДАУ КӨРСЕТУДІҢ ЖОЛДАРЫ**
Сулейменова А.А.. 54

**ОҚУШЫНЫҢ ТАБЫСТЫ БОЛУЫН
ҚАМТАМАСЫЗДАНДЫРУДАҒЫ МЕКТЕП
ПСИХОЛОГЫНЫҢ АТҚАРАТЫН РӨЛІ**
Таныштыбаева Г.А., Ошанова Н.Б.. 58

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ
ЗРЕНИЯ.**
Рахмангулова Г.А. 61

**КОМПЛЕКСНОЕ ОЗДОРОВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ В
УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ДЕТСКОГО
КЛИНИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ «АЛАТАУ»**
Палтушева Т.П., Мусаева К.К.,
Тулепбергенова Г.Б. 64

**РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С
ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**
Мусаева К.К., Джансеитова А.О.,
Джанаева М.Т. 67

**ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ЖЕЛТУХА КАК ПРИЧИНА
НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

С.К. Кошенова, Г.Б. Жусупова, С.В. Катхе,
Г.Б. Сапиева 70

**УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С
НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЛОКОМОТОРНОО
АППАРАТА**

Акижанова И.В., Нигаи Н.Г. 72

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДХИРУРГИЧЕСКОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С
ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ**

Утебеков Ж.Е., Бондарева И.В.
Соавторы: Савинов С.В., Акчурина Я.Е., Абедимова
Р.А., Михайлова Н.В., Ситников И.Ю., Есимова Г.Н.,
Синицына Т.Н. 79

**СИНДРОМ ЖИЛЫ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА (СЛУЧАЙ ИЗ
ПРАКТИКИ)**

Кулакова А. А., Варзина Т.В., Ахметова Н.С. 85

**ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Куришбаева Б.Т., Ахметова Н.С.,
Варзина Т.В. 88

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЗАПОР У ДЕТЕЙ С
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Дуйсенова Р.Н., Ахметова Н.С., Варзина Т.В. 90

**СЕМИНАР ПО РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ
В ЗАЛЬЦБУРГЕ (АВСТРИЯ)**

Шакенов М.Ж. 92

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ БИОУПРАВЛЕНИЯ
В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА**

Шокарева Г.В. 96

**КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ
ИНФАРКТ МИОКАРДА**

Шокарева Г.В. 97

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ КАЗАХСТАНА

Ш.А. Булекбаева

Филиал корпоративного фонда «UniversityMedicalCenter»

Национальный центр детской реабилитации, г. Астана

Ключевые слова: Детская инвалидность, Стандарт медицинской реабилитации, реабилитационная служба;

Keywords: Child's disability, Standard of medical rehabilitation, rehabilitation service;

Негізгі сөздер: Балалар мүгедектігі, медициналық оңалту стандарты, оңалту қызметі.

Решение проблемы инвалидности детей и их реабилитация являлась одной из приоритетных направлений социальной политики Казахстана с момента приобретения страной Независимости.

Однако, реализация поставленных задач сталкивалась с определенными, объективными трудностями, т.к. организация службы реабилитации была обусловлена ее масштабностью и отсутствием на тот момент материальной базы, методических разработок, законодательно закрепленных. Восстановительное лечение проводилось в условиях стационаров и поликлиник, которое продолжалось в санаториях и на курортах. Санаторно-курортное лечение выполняло общенациональную социально-значимую функцию по профилактике заболеваний и реабилитации больных.

Сложная экономическая и политическая ситуация, произошедшая в 90-е годы, привела к сильным изменениям в курортной службе, что не лучшим образом отразилось на санаторно-курортном комплексе Казахстана. Помимо неблагоприятных экономических последствий это повлекло за собой истерцию кадров и снижение необходимого уровня материально-технического оснащения, в том числе лечебно-диагностического и реабилитационного оборудования санаторно-курортных учреждений.

Наряду с этим, в значительной степени уменьшились объемы научных исследований в области разведки и использования лечебных ресурсов, разработки и внедрения в практику новых методик санаторного лечения.

Данное обстоятельство крайне негативно сказалось на состоянии здоровья населения республики, так как санаторно-курортный комплекс был важным элементом социальной инфраструктуры страны, обеспечивающий возможность оздоровления и актив-

ного отдыха широких слоев населения, в том числе и детей со специфическими нуждами.

По данным экспертов ООН общемировая численность инвалидов составляет более 15% населения. В Казахстане число людей с ограниченными возможностями составляет более 630 тыс. человек или около 4% от общей численности населения.

При этом, лечебно-реабилитационная помощь пациентам со специфическими нуждами, в основном, оказывается в стационарах и поликлиниках.

Первые реабилитационные учреждения в республике стали появляться 20 лет назад, с середины 90-х годов прошлого столетия, которые размещались в нетиповых, приспособленных помещениях, без соответствующего оборудования и подготовки специалистов.

В 1995 году при содействии Первой Леди Республики Казахстан С.А. Назарбаевой был открыт Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак» (Центр «Балбулак») на 75 коек в типовом здании детского сада, у подножья Зайлийского Алатау. Все начиналось с чистого листа, т.к. не было ни штатных нормативов, ни алгоритма проведения комплексных процедур, ни специального оснащения: тренажеров, позиционеров, ни подготовленного персонала. Благодаря поддержке Детского Фонда «Бобек» (ДФ «Бобек») и лично Саре Алпысовне, была выстроена система реабилитации, не только в Центре «Балбулак», но и в целом, в стране. ДФ «Бобек» оснастил Центр современными тренажерами, сенсорной комнатой, ортезным оборудованием, что позволило этой небольшой организации на протяжении 12 лет быть организационно-методическим учреждением страны, оказывающим существенную консультативную помощь регионам.

Кардинальные политические и социальные преобразования, экономический рост, произошедшие в стране в последние годы, обеспечили возможность для формирования новых подходов к решению проблем инвалидности, соответствующим нормам международного права и мировым требованиям в области прав человека и инвалида.

За последнее десятилетие стали открываться новые центры реабилитации в различных ведомствах,

как в государственном, так и в негосударственном секторах.

Важным событием для страны стало создание медицинского кластера в г.Астана, в состав которого вошел Республиканский детский реабилитационный центр (РДРЦ) на 300 коек. За основу РДРЦ была взята модель Центра «Балбулак» с использованием трех аспектов реабилитации. Были учтены все необходимые методы комплексной реабилитации, диагностики, расширены ортезное производство, психолого-педагогическая коррекция, в состав РДРЦ введен школа. Специалисты были обучены в лучших реабилитационных центрах мира. РДРЦ стала моделью интегративной, комплексной реабилитации, отвечающей международным стандартам.

В 2007г. в перечень специальностей был включен врач-реабилитолог. Вместе с тем, до сих пор имеется ряд проблем в организации службы реабилитации. Отмечается терминологическая путаница и неверное толкование значения «восстановительное лечение» и «реабилитация». В связи с этим хотелось отметить, что восстановительное лечение направлено на восстановление нарушенных функций, а комплексная реабилитация - на восстановление личности и ее полноценной жизни в условиях повседневной деятельности.

Министерством труда и социальной защиты населения РК был утвержден Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения, в рамках которого получило дальнейшее развитие предоставление специальных социальных услуг в условиях стационара, полустационара и оказания услуг на дому.

В рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г., министерством здравоохранения был утвержден Стандарт организации оказания медицинской реабилитации населению РК.

Утвержден государственный норматив сети организаций здравоохранения, где создаются:

на районном уровне - отделения (койки) реабилитации при сельской/районной/многопрофильной больнице;

В городах с численностью обслуживаемого населения от 150 тыс. человек - санаторий, специализированный санаторий, профилакторий, реабилитационный центр;

На областном уровне с численностью обслуживаемого населения от 150 тыс. человек - санаторий, специализированный санаторий, профилакторий, реабилитационный центр.

В рамках усиления внутри и межведомственного взаимодействия разработан План мероприятий по созданию единой автоматизированной информационной базы путем взаимодействия регистра диспан-

серных больных Единой информационной системы здравоохранения и ИС «Централизованный банк данных лиц, имеющих инвалидность».

К основным показателям, характеризующим здоровье детского населения, относится уровень инвалидности. В Казахстане отмечается рост детей-инвалидов в целом и в том числе в возрасте до 16 лет.

По данным Министерства здравоохранения и социального развития РК от 01.01.2016г. (информационная система «Централизованный банк данных лиц, имеющих инвалидность») (далее - «ЦДБИ») за период с 2012-2015г.г. в республике отмечается тенденция к увеличению числа детей-инвалидов.

В настоящее время на учете детей - инвалидов состоит от 0-18 лет

75 712 детей, из них дети - инвалиды от 0 до 16 лет - 68252 детей, от 16 до 18 лет - 7457.

Численность детей инвалидов в возрасте от 0-18 лет (тыс.чел.) на 01.01.2016г.

Численность детей-инвалидов от 0-18 лет в сравнении с 2012г. выросла на 9868 человек и составила 75712 (рост на 13%).



Рис.1.

В разрезе возрастных категорий наблюдается рост уровня детей - инвалидов от 0 до 16 лет с 57627 до 68252, вместе с тем, в возрастной категории от 16 до 18 лет имеется устойчивая тенденция к снижению числа детей-инвалидов в среднем на 9% с 2012г.

Структура инвалидности

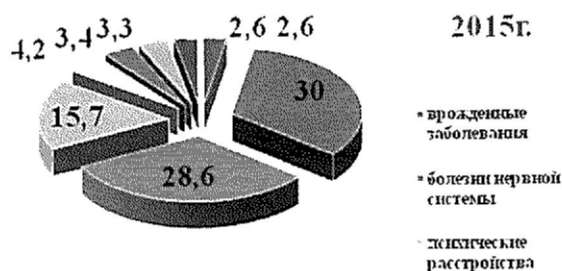


Рис.2.

В структуре причин инвалидности у детей ведущее место занимают врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения - 22733 (30%), болезни нервной системы - 21688 (28,6%), психические расстройства и расстройства поведения - 11926 (15,7%), болезни уха и сосцевидного отростка - 3199 (4,2%), травмы всех локализаций - 2543 (3,4%).

В настоящее время, в Казахстане имеется сеть специализированных реабилитационных организаций для детей и подростков с ограниченными возможностями.

Реабилитационная помощь детям оказывается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в организациях здравоохранения, медико-социальных учреждениях, а также в санаторно-курортных организациях и в частных центрах. Медико-социальная помощь на уровне ПМСП оказывается участковыми педиатрами, социальными работниками и психологами. Национальная скрининговая программа ПМСП, охватывающая ежегодным обследованием более 3 млн. детей и более 2 млн. взрослых, позволяет выявлять и предотвращать заболевания на ранних стадиях. Сейчас в Казахстане проводится 11 скринингов, из них осмотры детско-

го населения направлены на профилактику, раннее выявление и предупреждение заболеваний, развитие которых связано с особенностями анатомо-физиологического развития в различные возрастные периоды жизни, в том числе в подростковом периоде. Кроме того, в функционал организаций ПМСП входят профосмотры целевых групп детей до 17 лет и их диспансеризация.

Сеть организаций, оказывающих реабилитационную помощь детям в республике, включая детей-инвалидов в системе здравоохранения и социального развития, включает 25 реабилитационных центров (РЦ) различных форм собственности и отделения (койки) медицинской реабилитации (МР) в составе больничных и амбулаторно-поликлинических организаций.

МР на койках круглосуточного и дневного пребывания в республике оказывали 11 РЦ, из них 3 РЦ республиканского уровня.

Из 11 РЦ, койки дневного стационара имеет центр «Болашак» в количестве 40 коек, Павлодарский городской центр реабилитации детей коек не имеет, амбулаторного типа.

Таблица 3 - Реабилитационные центры

область	Реабилитационные центры	Всего коек		Пролежанные (абс)		в т.ч. ДЦП	
				2014	2015	2014	2015
		2014	2015				
Акмолинская обл.	РГКП «Республиканский центр реабилитации «Бурабай» МЗСР РК»	100	100	706	703	0	0
	ГКП «Областная больница восстановительного лечения детей с поражением ЦНС "Болашак"»	100	100	2800	2800	347	322
г. Алматы	ГКП «Городской детский реабилитационный центр»	63	63	800	831	243	273
	РГКП «РДРЦ «Балбулак»	60	60	860	846	512	495
г. Астана	АО «РДРЦ»	300	300	4249	4262	2386	2431
Кызылординская	Кызылординский филиал АО "РДРЦ"	50	50	701	700	318	324
Жамбылская	ГКП на ПХВ «Жамбылский областной реабилитационный центр "Материнство и Детство"»	150	150	2687	2640	9	3
Карагандинская обл.	ГУ «РЦ «Умит»	150	150	1132	1094	114	315
Павлодарская обл.	ГКП «Павлодарский городской центр реабилитации детей»	0	0	11021	9959	32	71
Южно-Казахстанская обл.	ГКП «Областной детский реабилитационный центр»	100	100	1847	2136	0	0
	ГКП «Областной реабилитационный центр "Мейрим"»	100	100	1821	1816	771	847
	ГКП «Шымкентская городская детская больница» №2 (от 0 до 14)	100	100	1900	1940	253	350
Итого		1273	1273	30524	29727	4985	5431

В 2015г. количество центров и соответственно коек не изменилось и составило 1273 коек. Из них, обеспечивают реабилитацию детей 1233 круглосуточных коек и 40коек дневного пребывания. Средняя длительность пребывания пациентов на реабилитации составляет 25,1. В республике реабилитационные услуги также предоставляют 11 частных РЦ, из них 3 РЦ (МР) предоставляют в рамках государственного заказа.

В г.Актобе 2 РЦ неврологического профиля: РМЦ Клиника «Дару» на 35 коек и ТОО «РЦ Акбобек» на 140 коек. За отчетный период прошли реабилитацию в «Дару» 1286 (1006) пациентов, из них с ДЦП – 447 (325). В «Акбобек» прошли реабилитацию 2940 (2226) детей, из них с ДЦП – 82 (30). В г.Семей РЦ «Токтамыс» оказывает реабилитационные услуги детям с поражением центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Курс реабилитации получили за 2015г. 33953 ребенка (2014г.- 33756), из них 5960 (5340) составили дети с ДЦП.

Из общего числа реабилитационных центров, 7 являются специализированными центрами и предназначены для лечения детей с неврологической патологией, 3 центра - для реабилитации детей с неврологической, ортопедической патологиями и состоянием, после кардиохирургических вмешательств, 1- общесоматического профиля, 1 - для органов дыхания.

Медико-социальная помощь оказывалась в отделениях дневного пребывания и домашнего обслуживания, в реабилитационных центрах для детей-инвалидов, а также в медико-социальных учреждениях стационарного типа для детей с психоневрологической патологией и нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Разработана Концепция развития детской реабилитационной службы, которая затрагивает следующие вопросы:

- создание безопасной среды жизнедеятельности;
- продвижение здорового образа жизни и берегающего здоровье поведения;
- проведение мероприятий по ранней диагностике и вмешательству в развитие детей первых лет жизни с высоким риском появления различных нарушений;
- внедрение технологий ранней и продолженной МР;
- оказание комплексных реабилитационных услуг на всех этапах согласно Стандартам медицинской реабилитации.

Целью Концепции является: Улучшение качества и доступности комплексной реабилитационной по-

мощи детскому населению Республики Казахстан.

Задачи:

1. Совершенствование нормативно-правовой базы детской реабилитационной службы РК;
2. Развитие сети детской реабилитационной службы;
3. Оказание реабилитационной помощи на уровне ПМСП;
4. Использование ресурсов МСУ санаторно-курортных организаций, НПО, МОН при оказании этапов реабилитации;
5. Укрепление и развитие кадрового потенциала.

Ключевой аспект Концепции с позиции международной классификации функционирования (МКФ) заключается в том, что реабилитация и социальная интеграция инвалидов не могут рассматриваться отдельно. Это взаимосвязанные процессы, включающие с позиции международного права доступную местную реабилитационную инфраструктуру, реализацию в этих условиях во всех субъектах реабилитации индивидуальной программы и достижение эффективной социальной интеграции.

Для этого необходимо на каждом региональном уровне создание ранней, комплексной, этапной, доступной, управляемой, эффективной системы (службы) реабилитации, как универсальной социальной технологии подготовки инвалидов к интеграции в общество, реализуемой мультидисциплинарной командой специалистов с активным участием, как инвалидов, так и членов их семей.

Для планирования объемов реабилитационных мероприятий, своевременной коррекции процесса реализации реабилитационных программ, осуществления контрольной функции со стороны координатора требуется разработка грамотного менеджмента, четкое отслеживание и направление потоков инвалидов с учетом рекомендаций ИПР.

Для реализации данного направления необходимо:

совершенствование системы комплексной реабилитации детей-инвалидов и детей с инвалидизирующей патологией;

Внедрение инновационных роботизированных и компьютеризированных технологий комплексной реабилитации;

совершенствование системы информированности населения о мерах социальной защиты и обслуживания инвалидов;

разработка эффективных механизмов обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и протезно – ортезно – ортопедическими изделиями;

формирование межведомственной информационной базы инвалидов с использованием методологических подходов МКФ для усиления координации

и взаимодействия организаций – субъектов реабилитации и оценки эффективности комплексной реабилитации;

организация обучения (переподготовки) специалистов в области медико-социальной реабилитации с позиции МКФ и междисциплинарного подхода;

организация и проведение научных исследований по проблемам инвалидности и комплексной реабилитации инвалидов;

организация научно-практических конференций различного уровня по актуальным проблемам медико-социальной реабилитации инвалидов.

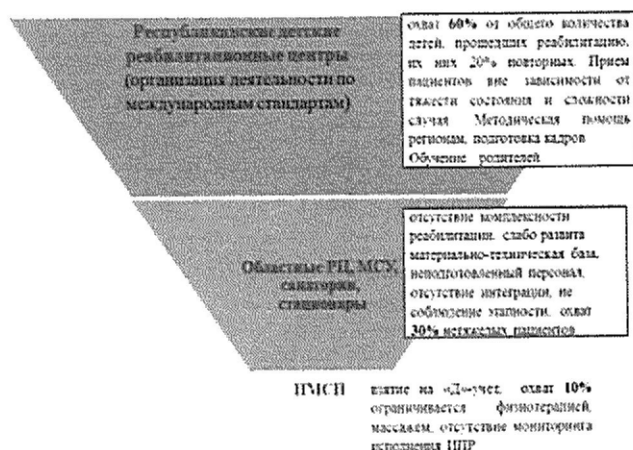
Начата работа по созданию мониторинговых групп для координации реабилитационной помощи детскому населению и мониторингу внедрения Стандарта медицинской реабилитации. Разработаны Положение, индикаторы, график выездов мониторинговых групп.

Предлагаемая модель реабилитационной службы позволит расширить ранний охват реабилитацией и больше использовать стационарзамещающие технологии.

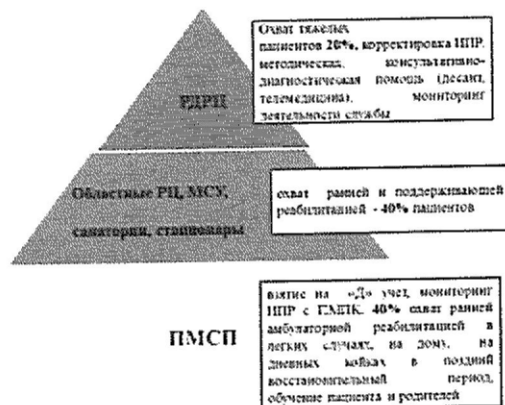
Таким образом, видна динамика развития службы детской реабилитации, которая начиналась с РДРЦ «Балбулак». На сегодняшний день – это служба признана, имеет в регионах реабилитационные койки, отделения, центры, утверждены нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность организаций, занимающихся МР.

Основную роль в развитии службы реабилитации сыграло внимание к этой проблеме и поддержка Первой Леди Казахстана С.А.Назарбаевой.

Существующая сеть и функционал организаций реабилитационной службы



Предлагаемая модель регионализации реабилитационной помощи детскому населению



РЕЗЮМЕ

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ КАЗАХСТАНА

Ш.А.Булেকбаева

**Филиал корпоративного фонда «UniversityMedicalCenter»
Национальный центр детской реабилитации**

Статья посвящена истории развития детской реабилитационной службе Казахстана.

SUMMARY

THE HISTORY OF CHILDREN'S REHABILITATION SERVICE IN KAZAKHSTAN

Bulekbayeva Sh.

**Branch of corporate fond «University medical center» National
rehabilitation center for children**

The article is devoted to the history of children's rehabilitation service in Kazakhstan.

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚАЗАҚСТАНБАЛАЛАРОҢАЛТУҚЫЗМЕТІНІҢДАМУТАРИХЫ

БулেকбаеваШ.А.

**«University Medical Center» корпоративтікқорының
Балалардыоңалтудыңұлттықорталығыфилиалы**

Осы мақала Қазақстан балаларды оңалту қызметін тарихына арналған.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ДЕТЕЙ С ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Булекбаева Ш.А., Байдарбекова А.К.

КФ «University Medical Center»

Национальный центр детской реабилитации, г. Астана

ГБОУ ВПО Новосибирский Государственный Медицинский Университет Минздрава России, г. Новосибирск

Ключевые слова: Реабилитационный потенциал, внутрижелудочковое кровоизлияние, перинатальный период.

Keywords: Rehabilitation potential, intraventricular hemorrhage, perinatal period.

Негізгі сөздер: Оңалту әлеуеті, қарынша ішіне қанқ ұйылу перинаталдық кезең

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) в современной неонатологии сохраняет свою актуальность, несмотря на активное изучение данного вопроса как отечественными, так и зарубежными учеными [1]. Анализируя литературу по изучаемой проблеме, можно отметить, что на сегодняшний день достаточно подробно изучен патогенез развития ВЖК как у недоношенных, так и у доношенных детей [2,3]; российские и зарубежные ученые предлагают и осваивают различные методы лечения и профилактики развития подобных кровоизлияний [4,5]. Однако недостаточно изучены отдаленные последствия таких кровоизлияний [6,7]. До текущего момента не был оценен реабилитационный потенциал (РП) у детей после ВЖК как наглядный показатель тяжести поражения не только нервной системы ребенка, но и степени его социальной адаптации. Так, уровень РП при патологии нервной системы базируется на оценке нарушений различных функций организма, характеризующих тяжесть его поражения [8,9], но немаловажным при оценке РП является профессионально-трудовая составляющая – возможность достижения определенных трудовых целей, профессионального и социально-трудового статуса, в том числе обеспечения занятости, возможности обучения, адаптации в трудовом процессе. Непосредственно при оценке РП детям мы учитываем его возможности овладения знаниями, навыками и умениями (общеобразовательными, профессиональными, социальными, культурными и бытовыми) и возможность достижения самообслуживания и самостоятельного проживания [10,11,12].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Выявить взаимосвязь между различными по характеру и степени тяжести ВЖК пери-

натального периода у детей различного гестационного возраста при рождении и уровнем, характером их РП на момент исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

В основу работы положены результаты клинко-патогенетического исследования 93 детей различных возрастных групп от 1 до 6 лет (включительно) с неврологическими нарушениями, имевших в анамнезе ВЖК различной степени, находившихся на реабилитационном лечении в специализированном центре для детей с патологией нервной системы. Исследование проводилось на базе психоневрологического отделения Филиала Корпоративного фонда «University Medical Center» Национального центра детской реабилитации (Центр). Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезней с изучением характеристик акушерского анамнеза, данных неврологического осмотра, дополнительных методов исследования (анализов, результатов УЗИ и томограмм), всем детям был проведен неврологический осмотр, нейропсихологическое тестирование и оценен РП. Данный показатель оценивался с использованием шкалы определения РП, составленной для исследования, включающей три критерия нарушений у детей: 1) анатомические ограничения (нарушения двигательной сферы: наличие парезов и параличей, а также расстройств равновесия и координации, включая осложнения со стороны опорно-двигательного аппарата); нарушения сенсорной сферы: патологии слуха, зрения; а также наличие у ребенка сопутствующих заболеваний других органов и систем; 2) когнитивные и речевые, а также коммуникативные нарушения; 3) оценка социальной адаптации по шкалам Бартели (от года до 6 лет) и FIM (с 6 лет), используемые в Центре [13]. В результате оценки по шкале уровень РП высчитывался в % эквиваленте и был разделен на три категории: высокий (65%-100%), средний (31%-64%) и низкий (0%-30%). Дети с высоким РП, по нашему мнению, имели высокие возможности восстановления или приобретения (частичного или полного) утраченных (неприобретенных) функций организма и социализации в обществе. Дети со средним РП имели

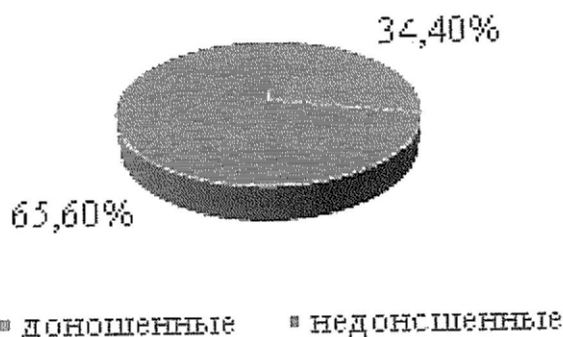
возможности неполного выздоровления с остаточными проявлениями в виде умеренно выраженного нарушения здоровья и ограниченной социализацией. Низкий РП характеризовал отсутствие у ребенка возможности компенсации заболевания, потребность в постоянном уходе; неспособность в будущем выполнять любые виды трудовой деятельности. Таким образом, выявление РП и использование его в нашей работе позволило объективно рассмотреть развившиеся в результате ВЖК исходы, разделив их на группы согласно уровням РП. Кроме того, при изучении РП детей мы разделили всех пациентов на группы по преобладающим сферам поражения организма: когнитивные и речевые нарушения (дети с задержками психо-речевого (ЗПРР) и речевого развития (ЗРР), синдромом Дауна); анатомические нарушения (преимущественно, с нарушениями двигательной сферы, включающие нарушения сенсорной сферы: детские церебральные параличи (ДЦП) и гидроцефалии без ЗПРР и ЗРР; смешанные расстройства (все виды ДЦП и гидроцефалии, с ЗПРР и ЗРР), группа легких неврологических расстройств (логоневроз, тики, расстройства звукопроизношения, компенсированная нейросенсорная тугоухость и пр.). Для наглядности полученных данных в каждом изучаемом нами вопросе был указан средний показатель РП по интересующей группе наблюдения.

По результатам изучения вышеописанных матералов были определены особенности этиопатогенеза развития ВЖК как у доношенных, так и у недоношенных детей с анализом развившихся у пациентов последствий (по уровню РП). Для выявления этиологических факторов развития ВЖК у детей мы изучили следующие данные и сравнили их в обеих группах детей: наличие в анамнезе у ребенка интранатальной травмы головы, наличие в анализах ребенка (и) или матери во время беременности положительных тестов на внутриутробную инфекцию (ВУИ), наличие в акушерском анамнезе перенесенной матерью во время беременности острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), токсического действия на головной мозг ребенка непрямого билирубина, а также наличие в анамнезе фактора интранатальной гипоксии (низкие показатели шкалы Апгар при рождении). Для изучения важности времени воздействия патологического фактора на плод в изучаемых группах мы сравнивали наличие в акушерском анамнезе угрозы прерывания беременности (УПБ) в различные ее сроки: в первом, втором и третьем триместрах. С целью оценки исходов развившихся заболеваний нами была изучена связь между гестационным возрастом детей при рождении и степенью их РП на момент исследования. Группы были сравнены в количественном соотношении, по этиопатогенетическим факторам (гипоксия, инфекция, травма головы и токсическое

действие билирубина), по времени их воздействия на плод (также по времени УПБ), гестационному возрасту при рождении (доношенные или нет), а также по степени их РП при осмотре. В данной статье нами была использована классификация ВЖК Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины, созданная в 1999 году. Согласно этой классификации ВЖК делят на 3 степени тяжести: I степень – субэпендимальное кровоизлияние; II степень – субэпендимальное и интравентрикулярное кровоизлияние; III степень – субэпендимальное, интравентрикулярное и перивентрикулярное кровоизлияние.

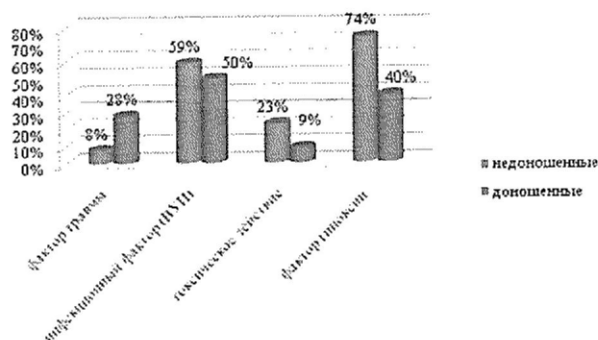
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Диаграмма 1. Массовая доля доношенных и недоношенных младенцев в структуре изученных ВЖК



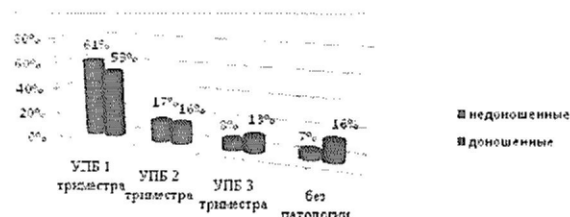
Согласно диаграмме 1, в структуре ВЖК перинатального периода большую долю занимают недоношенные дети (65,60%), что подтверждают данные Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины совместно с Ассоциацией детских нейрохирургов России от 2014 года, согласно которым частота развития ВЖК у недоношенных и новорожденных составляет от 60 до 90% случаев [5]. Кроме того, полученные цифры согласуются с данными мировой литературы об обратной пропорциональной зависимости частоты развития ВЖК и гестационного возраста новорожденного [14,15,16].

Диаграмма 2. Соотношение патологических факторов в патогенезе развития ВЖК у доношенных и недоношенных младенцев (численность факторов в каждой группе включает случаи сочетания данного фактора с другими)



По данным диаграммы 2 видно, что факторы гипоксии и токсического действия билирубина намного превышают таковые в группе доношенных детей, за исключением цифр о наличии в анамнезе травм головы. Это свидетельствует о большей значимости гипоксии и токсического действия билирубина в патогенезе развития ВЖК у недоношенных младенцев, что связано с морфофункциональными особенностями головного мозга детей раннего гестационного возраста. Так, по Ballabhp., исследователя ВЖК у новорожденных, патогенез развития таких кровоизлияний именно у недоношенных связан с наличием в субэпендимальной области боковых, III и IV желудочков у плода непосредственно над головкой и телом хвостатого ядра особой эмбриональной ткани, которая имеет название «герминативный матрикс», из которого и происходят кровоизлияния. Непосредственно же патогенез ВЖК является многофакторным и состоит из следующих основных составляющих: хрупкость сосудов герминативного матрикса, нарушения в мозговом кровотоке и расстройства свертывающей системы крови [2]. Превышение частоты травм головы в патогенезе развития ВЖК у детей, рожденных в срок, свидетельствует о том, что такие кровоизлияния у доношенных детей чаще связаны именно с травмой головы из-за форсированного извлечения плода, ротации головы или затяжных родов в сочетании с асфиксией и гипоксией. Это связано с тем, что ВЖК у рожденных в срок исходят не из герминативного матрикса, который к рождению полностью редуцируется, а из сосудистого сплетения, где также слабо развит соединительнотканый каркас [5].

Диаграмма 3. Сравнение времени воздействия патологического фактора на плод в группах доношенных и недоношенных детей с ВЖК



Согласно данным диаграммы 3 при сравнении групп доношенных и недоношенных детей в анамнезе в обеих группах преобладает патология беременности с первого триместра (у группы недоношенных несколько выше), у доношенных – чаще, в сравнении со второй группой УПБ диагностировалась с третьего триместра, либо беременность в данных случаях протекала без патологии (вероятно, это случаи с травмой головного мозга в родах – исходя из показателей предыдущей диаграммы 2). Данные показатели подтверждают наш вывод о прямой взаимосвязи време-

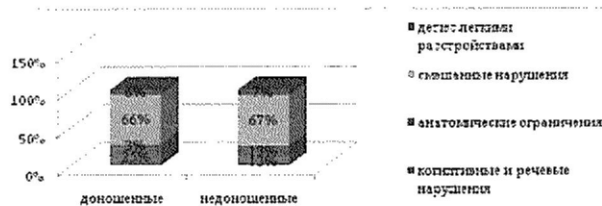
ни воздействия патологического фактора на плод и гестационного возраста детей с ВЖК.

Диаграмма 4. Корреляция между гестационным возрастом детей и степенью их РП



Как видно по данным диаграммы 4, отмечается прямая связь между гестационным возрастом и степенью РП у детей с ВЖК: так у доношенных детей чаще отмечается высокий и средний РП, в то время как у недоношенных детей – больший процент детей с низким РП.

Диаграмма 5. Корреляция между гестационным возрастом детей и преобладающей сферой поражения



Как видно по данным диаграммы 5, в обеих группах преобладали смешанные (речевые, когнитивные и двигательные расстройства), у доношенных детей с ВЖК в сравнении с недоношенными преобладали когнитивные и речевые нарушения, в то время как у недоношенных – двигательные. Вероятно, что полученные результаты преобладания двигательных расстройств над речевыми в группе недоношенных детей связано также с вовлечением в процесс перивентрикулярных двигательных зон, что более характерно для поражений мозга у младенцев с малым гестационным возрастом. Данное утверждение согласуется с нашими дальнейшими исследованиями (особенности сочетанных ВЖК у детей различного гестационного возраста).

ВЫВОД. Среди детей с ВЖК перинатального периода большую часть составляют недоношенные дети. Предположительно, полученные данные связаны с этиопатогенезом развития изучаемых кровоизлияний. Так, в результате проведенного исследования нами была выявлена прямая взаимосвязь между временем воздействия патологического фактора на плод и гестационным возрастом детей с ВЖК. Т.е. у недоношенных детей с ВЖК в акушерском анамнезе отмечается патология беременности чаще с первого триместра, а у доношенных – чаще с третьего триместра, кроме того имеются случаи нормально

протекавшей беременности. Также нами была выявлена большая значимость гипоксии и токсического действия билирубина в патогенезе развития ВЖК у недоношенных младенцев. Полученные результаты связаны с морфофункциональными особенностями головного мозга детей раннего гестационного возраста, главным образом, наличия в головном мозге герминативного матрикса, из которого и происходят кровоизлияния. Превышение частоты травм головы в патогенезе развития ВЖК у детей, рожденных в срок, свидетельствуют о том, что такие кровоизлияния у

доношенных детей чаще связаны именно с травмой головы во время родов в сочетании с асфиксией и гипоксией, так как ВЖК у рожденных в срок исходят не из герминативного матрикса, а из сосудистого сплетения. Последствия перенесенных ВЖК в изученных группах также различаются: у доношенных детей чаще отмечается высокий и средний РП, чаще с задержками психо-речевого и речевого развития, в то время как у недоношенных детей - больший процент детей с низким РП, с преобладанием двигательного дефицита в сравнении с предыдущей группой.

Библиография

1. Хромова С.В. Состояние центральной нервной системы и церебральная гемодинамика у доношенных детей первых двух лет жизни, перенесших внутрижелудочковые кровоизлияния. автореф. дисс.канд. мед. наук. Иваново - 2004 - 25 с.
2. Ballabh P. Intraventricular Hemorrhage in Premature Infants: Mechanism of Disease *Pediatr Res.* Jan 2010. 67 (1): 1-8.
3. Tsai AJ, Lasky RE, John SD. Predictors of neurodevelopmental outcomes in preterm infants with intraparenchymal hemorrhage. *J. Perinatol.* 2014 Feb 20.
4. Jernigan SC, Berry JG, Graham DA. The comparative effectiveness of ventricular shunt placement versus endoscopic third ventriculostomy for initial treatment of hydrocephalus in infants, *J. Neurosurg Pediatr.* Mar 2014;13(3): 295-300
5. Внутрижелудочковые кровоизлияния, постгеморрагическая гидроцефалия у новорожденных детей, принципы оказания медицинской помощи/Володина Н.Н., Горелышева С.К., Попова В.Е. Методические рекомендации. М.-2014. -7с.
6. Потешкина О.В. Ранние и отдаленные результаты лечения внутрижелудочковых кровоизлияний у новорожденных с помощью вентрикулосубгалеального дренирования резервуар-катетером, автореф. дисс.канд. мед. наук. СПб 2009- 30с.
7. Bayram E, Bayram M, Topcu Y, Hiz S, Kayserili E. Long term neurodevelopmental outcome of preterm infants with periventricular-intraventricular hemorrhage. *J. of Clinical and Experimental Investig.* 2012. №3 (3).
8. Основы медико-социальной экспертизы/ А. И. Осадчих, С. Н. Пузин, Д. И. Лаврова и др. -М.: Медицина, 2005. - 277-353с.
9. Методические подходы определения реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза инвалидов вследствие сосудистой патологии головного мозга/Т. А. Сивуха, А. А. Енисеева. Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. - М., 1997. - Вып. 21.
10. Андреева, О. С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. М., 2000. - № 4. - 20-26с.
11. Особенности строения, развития и кровоснабжения коркового центра речи в плане пластичности мозга/Ожигова А.П., Дробинина С.В. В сб.: Механизмы структурной, функциональной и нейрохимической пластичности мозга. М 1999: 71с.
12. Правовые, организационные и методические основы реабилитации инвалидов. Руководство. Том 1./ А. И. Осадчих, С. Н. Пузин, О. С. Андреева и др. - М.: Медицина, 2005. - С. 303-307.
13. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: Руководство для врачей и научных сотрудников. - М., 2004, - 432 с.
14. Петрухин А.С. Детская неврология. Том 2. Москва. ГЭОТАР-Медиа.-2012. - 63,66с.
15. Семенов О.Б. Оптимизация высокотехнологической помощи новорожденным с тяжелыми формами ВЖК (нейрохирургические аспекты). автореф. дисс. док. мед. наук: СПб. - 2010 - 23 с.
16. Volpe JJ. *Neurology of the newborn*. W.B. Saunders - 2001, с.87, с.103.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ДЕТЕЙ С ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Булекбаева Ш.А., Байдарбекова А.К.

Филиал корпоративного фонда «University Medical Center»

Национальный центр детской реабилитации, г. Астана

**ГБОУ ВПО Новосибирский Государственный Медицинский Университет Минздрава России,
г. Новосибирск**

Статья раскрывает особенности реабилитационного потенциала у детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями перинатального периода.

SUMMARY

REHABILITATION POTENTIAL IN CHILDREN WITH INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGE AT THE PERINATAL PERIOD.

Bulekbayeva Sh., Baidarbekova A.

**Branch of corporate fond «university medical center» National
rehabilitation center for children**

The article reveals the peculiarities of rehabilitation potential in children with intraventricular hemorrhage at the perinatal period.

ТҮЙІНДЕМЕ

ПЕРИНАТАЛДЫҚ КЕЗЕҢДЕГІ ҚАРЫНША ІШІНЕ ҚАН КУЙЫЛУ БОЛҒАН БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУ ПОТЕНЦИАЛЫН ЫҚЕРЕКСЕЛІГІ

Булекбаева Ш.А., Байдарбекова А.

«University Medical Center» корпоративтік қорының Балаларды оңалтудың ұлттық орталығы филиалы

Осы мақалада перинаталдық кезеңдегі қарынша ішіне қан куйылу оңалту потенциалының ерекшелігін ашады.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Лисовский Е.В.,
Ризванова А.Р., Кусаинова К.К.

Филиал корпоративного фонда «University Medical Center»
Национальный центр детской реабилитации, г. Астана

Ключевые слова: международная классификация функционирования, реабилитация;

Keywords: International Classification of Functioning, rehabilitation;

Негізгі сөздер: оңалту, денсаулық жөніндегі Халықаралық жіктемесі;

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала и одобрила к применению 3 классификации, которые описывают разные аспекты здоровья и имеют различные цели: Международная классификация болезней (МКБ, International Classification of Diseases, ICD), Международная классификация медицинских услуг (МКМУ, International Classification of Health Interventions, ICHI), Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF).

МКБ представляет собой инструмент мониторинга здоровья населения; эта классификация играет ведущую роль в принятии решений по финансированию и распределению ресурсов в системе здравоохранения.

На 54-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 года все страны-члены ВОЗ одобрили МКФ для применения как международный стандартизированный инструмент для описания и измерения степени нарушений здоровья. В 2007 г. эксперты ВОЗ разработали и приняли версию МКФ для детей и подростков (International Classification of Functioning, Disability and Health, version for Children and Youth, МКФ-ДП).

Особенностью МКФ является то, что она рассматривает функционирование как интегративный показатель здоровья человека, т.е. для заключения о состоянии функционирования (оптимальный/неоптимальный) необходима трехуровневая оценка: уровень организма (его структура и функция), уровень адаптивного поведения (активность), уровень взаимодействия с внешней средой. МКФ рассматривает ограничение функционирования (инвалидность) как результат действия биологических факторов, социальных факторов или их сочетания.

МКФ-ДП состоит из 2-х частей, которые предна-

значены для определения профиля функционирования и контекста.



Структура Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков

Первичным элементом МКФ-ДП являются категории, которые входят в домены, из которых, в свою очередь, образованы составляющие. Полный вариант классификации содержит 5 составляющих, 30 доменов и 1424 категории.

Первая часть МКФ-ДП описывает функционирование ребенка и состоит из 3-х составляющих:

- 1) функции организма (в т.ч. сенсорные и психические);
- 2) структура организма;
- 3) активность и участие.

Код категорий, которые составляют «функции организма» и «структура организма» определяют наличие у человека структурно-функциональных нарушений тканей и органов (в т.ч. – нервной системы). Каждая из этих составляющих содержит 8 доменов. Примеры доменов для составляющей «функции организма»:

психические функции;
сенсорные функции и боль;
функции голоса и речи;
функции сердечно-сосудистой, кровяной, иммунной и дыхательной систем.

В составляющей «активность и участие», вклю-

чающей 9 доменов, кодируются поведенческие проявления использования приобретенного опыта (исследование, получение знаний, коммуникация, самообслуживание, передвижение, счет, чтение, письмо, игровая активность и т.д.) в типичных жизненных ситуациях (получение образования, бытовая, досуговая деятельность, взаимодействие с другими и т.д.). Примеры доменов составляющей «активность и участие»:

- научение и применение знаний;
- общение;
- подвижность;
- самообслуживание.

Во вторую часть МКФ-ДП включены две составляющие: раздел «факторы окружающей среды», который содержит 5 доменов (этот раздел определяет природные условия, продукты, технологии, поддержку со стороны других людей, службы, административные системы и политику, которые оказывают влияние на функционирование человека) и раздел «личностные факторы» (этот раздел не предусматривает использования фиксированных категорий и кодировок).

В МКФ-ДП для определения проблемы функционирования человека используются такие понятия как «нарушение» (структур тела или снижение/утрата функций тела), «ограничение» (активности и участия в жизненных ситуациях), «задержка».

Две детерминанты используются для оценки ограничений – «потенциальная способность» и «реализация».

Детерминанта «реализация» составляющей «активность и участие» должна быть оценена на основании результатов наблюдения за поведением ребенка в естественных условиях родителями и/или другими взрослыми на протяжении предшествующего измерения месяца (в этом случае возможно избежать погрешности измерения, которые могут быть вызваны новыми и некомфортными для ребенка условиями проведения исследования). Однако детерминанта допускает влияние на успешность ребенка естественного окружения, в том числе использование ребенком вспомогательных устройств (например – слухового аппарата или очков) и поддержку окружающих людей.

Детерминанта «потенциальная способность без посторонней помощи» составляющей «активность и участие» базируется на результатах обследования ребенка специалистом без оказания ребенку помощи и использования поддерживающих средовых средств (в т.ч. – реабилитационного оборудования).

МКФ-ДП допускает измерение еще двух определителей:

1) «потенциальная способность с посторонней помощью» – в этом случае допускается использование вспомогательных устройств и помощи специалиста;

2) «реализация без посторонней помощи» оценивается на основании наблюдений в естественных условиях без использования вспомогательных устройств и без поддержки.

3) Система кодирования категорий в МКФ-ДП имеет универсальную структуру. Код содержит:

4) латинская буква, которая определяет составляющую классификации,

5) цифры – определяют категорию внутри составляющей,

6) точка (или знака + для облегчающих факторов среды)

7) цифры после точки – отражают значения детерминант категории.

Составляющая «функции организма» кодируется буквой «b», «структура организма» – «s», «активность и участие» – «d», «факторы окружающей среды» – «e».

Пример: b110.0 e110+4

Коды МКФ измеряются с помощью единой шкалы. К каждому домену классификации подбираются определяющие слова, указанные ниже в скобках (знак xxx стоит вместо кода):

- xxx.0 НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные,...) 0-4%

- xxx.1 ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые,...) 5-24%

- xxx.2 УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые,...) 25-49%

- xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные,...) 50-95%

- xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные,...) 96-100%

- xxx.8 не определено (не определена тяжесть ограничения)

- xxx.9 неприменимо

При оценке функционирования в детском возрасте возможно использование термина «задержка» вместо «ограничение» или «нарушение».

Составляющая «факторы внешней среды» использует одну детерминанту с негативной или позитивной шкалой, которая отражает выраженность влияния фактора на человека с ограниченными возможностями. Разделитель «точка» указывает на препятствующие факторы, а ее замена на знак «плюс» указывает на облегчающие факторы (таб. 2.1).

Пример: e115+4 – постоянное использование очков, существенно повышающих остроту зрения ребенка.

В рамках принципов МКФ-ДП выявление нарушений структуры и функций организма и оценка их тяжести должно реализовываться преимущественно в медицинских учреждениях (кроме некоторых психических функций), по возможности – с использованием стандартизированных современных аппаратных методик, включая скрининговые.

Таблица. 2.1

Градация определителей для факторов внешней среды

xxx.0 НЕТ препятствий	xxx+0 НЕТ облегчающих факторов
xxx.1 НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ препятствия	xxx+1 НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ облегчающие факторы
xxx.2 УМЕРЕННЫЕ препятствия	xxx+2 УМЕРЕННЫЕ облегчающие факторы
xxx.3 ВЫРАЖЕННЫЕ препятствия	xxx+3 ВЫРАЖЕННЫЕ облегчающие факторы
xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ препятствия	xxx+4 АБСОЛЮТНЫЕ облегчающие факторы
xxx.8 не уточненные препятствия	xxx+8 не уточненный облегчающий фактор
xxx.9 неприменимо	xxx.9 неприменимо

Допускается проведение оценки активности и участия поддетерминанте «реализация» людьми, которые наблюдают за ребенком в повседневной жизни, но делают это регулярно в нескольких типичных социальных ситуациях. Наиболее адекватными респондентами в этом случае являются родители ребенка и другие воспитывающие взрослые, в том числе воспитатели детских садов или домов ребенка. Лучше, если заполнение вопросников будут выполнять психологи или другие специалисты со слов родителей и воспитателей.

Формулирование цели оказания комплексной помощи ребенку с особыми потребностями преимущественно формируются из категорий разделов «активность и участие» и «факторы внешней среды».

Активность – выполнение ребенком действий, которые он может совершать независимо от контекста. Активность включает в себя как отдельные действия, например, захват карандаша, так и короткие последовательности действий для достижения одной цели, например, надеть носок, съесть бутерброд. Оценка активности по определителю «реализация» отвечает на вопрос, что и как дети делают в повседневной жизни, но не обязательно, что они это хотят сделать во взаимодействии с другими или по их собственной воле.

Термин участие отражает включение личности в важные жизненные ситуации, подчеркивая, что ребенок делает по своему желанию в значимом контексте. Участие как социальный конструкт, включает в себя взаимоотношения между физическими и социальными аспектами среды, индивидуальностью и семьей, привычками и образом жизни. Иначе говоря, участие – «выбранная ребенком активность в конкретной ситуации».

Считается, что на участие влияют следующие средовые факторы: наличие – объективное существование ситуации, доступность – возможность доступа к ситуации, цена – финансовые, временные или энергетические затраты, необходимые для участия, настраиваемость – возможность адаптации ситуации, приемлемость – готовность окружающих принять человека с ограниченными возможностями.

МКФ-ДП, разработанная в 2007 году как инструмент оценки функционирования ребенка в контексте личностных и средовых факторов, находит широкое применение в различных сферах деятельности, связанных с охраной здоровья детей и предоставлением комплексной помощи детям с ограничениями жизнедеятельности.

Классификация предлагает универсальный язык международного и междисциплинарного общения, содействует внедрению современного подхода к реабилитации и образованию детей с инвалидностью и особыми образовательными потребностями, направленного на реализации их прав на участие в социальной жизни.

МКФ-ДП может применяться различными специалистами для целей, соответствующих их профессиональной деятельности в наиболее подходящем варианте. Например, для врачей наиболее востребованными компонентами МКФ-ДП могут быть категории составляющих «функции организма» и «структура организма»; для психологов – категории доменов «психические функции», составляющих «активность и участие», «факторы внешней среды», «личностные факторы»; для педагогов – составляющей «активность и участие»; для социальных работников – составляющей «факторы внешней среды».

РЕЗЮМЕ

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

**Булেকбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Лисовский Е.В.,
Ризванова А.Р., Кусаинова К.К.**

Филиал КФ «University Medical Center»

Национальный центр детской реабилитации, г. Астана

Данная статья рассматривает использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в реабилитации.

SUMMARY

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH

**Bulekbayeva Sh., Daribayev Zh., Lisovsky E., Rizvanova A.,
Kussainova K.,**

**Branch of corporate fond «University medical center» National
rehabilitation center for children**

This article reviews the using of International Classification of Functioning, Disability and Health in rehabilitation.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖҰМЫС ІСТЕУ ҚАБІЛЕТІ, ӨМІР СҮРУГЕ ҚАБІЛЕТІ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ ЖӨНІНДЕГІ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ЖІКТЕМЕСІ

**Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Лисовский Е.В.,
Ризванова А.Р., Кусаинова К.К.,**

«University Medical Center» корпоративтік қорының Балаларды оңалтудың ұлттық орталығы филиалы

Бұл мақалада оңалту барысында жұмыс істеу қабілеті, өмір сүруге қабілеті және денсаулық жөніндегі Халықаралық жіктемесі пайдалануы қаралады.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО КОМБИНЕЗОНА «ФАЭТОН» В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Варзина Т.В., Ахметова Н.С., Увашева Н.С.

Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак» г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: реабилитация, ДЦП, нейро-ортопедический костюм «ФАЭТОН».

Негізгі сөздер: оңалту, БЦС, нейро-ортопедиялық «Фазтон» костюмі.

Keywords: rehabilitation, cerebral palsy, neuro-orthopedic suit "FAETON".

ВВЕДЕНИЕ. Анализ становления и развития двигательной активности ребенка показывает, что имеет место ее постепенное развитие от хаотических движений всех четырех конечностей новорожденного, через период, неоднозначного по времени развития до различных форм становления произвольной деятельности. [1]. Развитие двигательной системы происходит в процессе самого двигательного акта, на основе обратной афферентации, определяющей и контролирующей совершаемый двигательный акт и его адаптивные возможности [2]. При определенных условиях скорректированная проприоцептивная импульсация способна оказать нормализующее дей-

ствие на деятельность нарушенных структур, контролирующих моторику [3].

В основе метода динамической проприоцептивной коррекции лежит принцип создания дозированного афферентного проприоцептивного потока с опорно-связочного аппарата аксиальной мускулатуры и мышц конечностей. Повторяющиеся сеансы лечения с использованием нагрузочных костюмов ведут к определенной нормализации деятельности структур, контролирующих моторику пораженных конечностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ 43 реабилитационных карт детей с диагнозом детским церебральным параличом (ДЦП), получавших сеансы проприоцептивной коррекции с применением нейро-ортопедического костюма «Фазтон». На занятия были взяты дети с 3-х до 14 лет. из них в возрасте 3-7 лет – 40 детей, возрасте 8-14 лет – 3 детей. Распределение детей по формам ДЦП представлено в таблице №1.

Таблица. 1 Распределение детей по формам ДЦП

Форма ДЦП	Число детей
Двойная гемиплегия	5
Спастическая диплегия	9
Атонически-астатическая форма	4
гиперкинетическая форма	9
Спастико-гиперкинетическая форма	16

С целью коррекции двигательных нарушений был использован нейро-ортопедический реабилитационный комбинезон (РК) «ФАЭТОН». Реабилитационный костюм «ФАЭТОН» выполнен в виде комбинезона, из плотной специальной ткани, в котором устроены эластичные камеры, в которые нагнетается воздух с помощью компрессорного блока, давление в камерах регулируется. Камеры расположены по ходу мышц антагонистов туловища и конечностей. Под воздействием нагнетаемого воздуха, встроенные в костюм камеры расширяются, натягивают ткань, т.е. оболочку костюма, что обеспечивает своеобразное корсетирование туловища и конечностей. Механическое обжатие туловища и конечностей, вызывает растяжение мышц, связочного и суставного аппарата, при

этом усиливается проприоцептивное раздражение, активизируется α - γ -мотонейронная система на всех уровнях ЦНС и создаются нейрофизиологические предпосылки для восстановления нарушенного постотонического контроля.

Принцип действия костюма основан на выработке организмом рефлекторной реакции в ответ на внешнее воздействие. С помощью упругих специальных элементов в костюме нагружается скелетно-мышечная система ребенка и придается правильная поза. Дальнейшей тренировкой по специальной методике вырабатывается рефлекторная обратная связь центральной нервной системы, запоминающая эти правильные движения.

Показания для применения РК «ФАЭТОН»: реабилитация незрелых больных с двигательными нарушениями, вследствие черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения, повреждения позвоночника и спинного мозга, детского церебрального паралича, при заболеваниях опорно-двигательной системы (остеохондроз, артроз, остеопороз и т.д.).

Противопоказания для применения РК «ФАЭТОН»: острые инфекционные (вирусные) заболевания, сопутствующие заболевания внутренних органов в стадии обострения и декомпенсации.

Костюм одевается на нижнее хлопчатобумажное белье, в исходном положении лежа или на боку, полусидя, стоя в зависимости от двигательных возможностей пациента. Затем производится нагнетание воздуха с помощью компрессора в эластичные камеры, находящиеся в устройстве лечебного костюма до состояния жесткости. Больной адаптируется в положении сидя-стоя. В ходе сеанса пациент осуществляет ходьбу в костюме вперед спиной, приставным шагом в разных плоскостях, выполняет по образцу различные движения, в том числе раскачивания туловища вперед, назад, с возможной ротацией вправо, влево, сочетанный поворот головы, «латеральная флексия», ходьба по лестнице и др.

Продолжительность одного сеанса в костюме составила от 15 до 40 минут с постепенным увеличением времени. При проведении сеансов учитывались индивидуальные особенности пациента, двигатель-

ная сфера и психоэмоциональный статус ребенка. До начала сеанса с пациентом и его родителями была проведена беседа с разъяснением цели данного вида терапии, эффективности и безопасности применения реабилитационного костюма «ФАЭТОН». Курс реабилитации в РК «ФАЭТОН» составил 8-10 сеансов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В результате комплексной реабилитации с применением нейро-ортопедического костюма «ФАЭТОН» у всех детей отмечалась положительная динамика в двигательной сфере. Дети стали более уверенно удерживать голову, улучшилась реакция равновесия и координации движений. Уменьшились патологические синергии мышц конечностей, в том числе патологические синергии мышц плечевого пояса, оральные синергии, спастичность и гиперкинезы в оральной мускулатуре. Положительная динамика отмечена в психоэмоциональном статусе ребенка, улучшилась произносительная сторона речи. Побочных эффектов, ухудшения состояния больных за время занятий в реабилитационном костюме «ФАЭТОН» не отмечалось.

ВЫВОДЫ. Применение нейро-ортопедического костюма «ФАЭТОН» является эффективным и перспективным методом реабилитации больных с ДЦП. Физиологическое воздействие на мышцы и суставы стимулирует работу центральной нервной системы, которая получает мощный информационный импульс (как правильно ходить, стоять и т.д.), а также способствует восстановлению речевого аппарата и развитию речи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Семенова К.А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича, «Антидор», Москва, 1999, с. 20 [1], 21 [2], [3];
2. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации ДЦП, Санкт-Петербург ЭЛБИ-СПб. 2005, с.27-32, 89-92
3. Жукабаева С.С. Клиника и диагности-

ка детского церебрального паралича, учебно-методическое пособие, Алматы, 2005, с. 40-41

4. Инструкция по применению нейро-ортопедического костюма «ФАЭТОН», с.2-5.

5. Лильин Е.Т., Степанченко О.В., Бриль А.Г., Детский Доктор, 2'99, Реабилитология, Современные технологии восстановительного лечения и реабилитации больных с детским церебральным параличом.

РЕЗЮМЕ

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО КОМБИНЕЗОНА «ФАЭТОН» В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Варзина Т.В., Ахметова Н.С., Увашева Н.С.

Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак»

В данной статье представлены данные о применении нейро-ортопедического костюма «ФАЭТОН» в реабилитации больных с ДЦП. Показана эффективность метода проприоцептивной коррекции для восстановления нарушенного позотонического контроля, совершенствования двигательных навыков, восстановления речевого аппарата и развития речи.

ТҮЙІНДЕМЕ

НЕЙРО-ОРТОПЕДИЯЛЫҚ «ФАЭТОН» КОМБЕНИЗОНЫН ЦЕРЕБРАЛЬДІ САЛ АУРУЫНА ШАЛДЫҚҚАН БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУЫНДА ҚОЛДАНЫЛУЫ

Варзина Т.В., Ахметова Н.С., Увашева Н.С.

«Балбұлақ» Республикалық балаларды оңалту орталығы

Бұл мақалада нейро-ортопедиялық «Фаэтон» костюмінің сал ауруына шалдыққан балаларды оңалтуында қолданылуы көрсетілген. Бұзылған позотоникалық бақылауды қалпына келтіруде, қимыл-қозғалыс икемділігін жетілдіруде, сөйлеу мүшелерінің қызметін қалпына келтіруде, сөйлеу қабілетінің дамуын жетілдіруде проприоцептивті түзету әдісінің тиімділігі ұсынылған.

SUMMARY

APPLICATION OF NEURO-ORTHOPEDIC OVERALLS "PHAETON" IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHILDREN'S CEREBRAL PALSY

T.V.Varzina, N.S.Akhmetova, N.S.Uvasheva

Republican children's rehabilitation Center "Balbulak"

This article presents data on the use of neuro-orthopedic suit "PHAETON" in the rehabilitation of patients with cerebral palsy. The efficiency of the method of proprioceptive correction to restore the violated postotonic control, improving motor skills, restoration of organs of articulation and speech development is shown.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ДЦП

Айдарханова К.А., Отжагарова Е.Е., Коновалова И.Н.
Детский реабилитационный центр «Акбобек»
г. Актобе, Казахстан

Ключевые слова: ДЦП, реабилитация, пневмокостюм «Атлант», кинезотерапия.

Түйінді сөздер: Балалар церебралді сал ауруы, оңалту, «Атлант» пневмокостюмы, кинезотерапиясы.

Keywords: Infantile cerebral paralysis, rehabilitation, «Atlant» pressure suits, kinesitherapy.

АКТУАЛЬНОСТЬ. Детский церебральный паралич за последние годы стал одним из наиболее распространённых заболеваний центральной нервной системы у детей в различных странах и составляет от 1 до 5,8 на 1000 новорожденных. Развитие современных технологий в комплексной реабилитации больных с ограниченными возможностями является важнейшей задачей здравоохранения. Это касается в первую очередь восстановлению двигательных навыков у детей с детским церебральным параличом, так как данное заболевание наиболее часто приводит к инвалидности.

Степень тяжести ДЦП зависит от выраженности двигательных нарушений, обусловленных преимущественно аномальным распределением мышечного тонуса и нарушением координации движений, что препятствует нормальной физической активности, неблагоприятно влияет на все стороны развития личности. У детей с детским церебральным параличом нарушено формирование всех двигательных функций: удержание головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Поражение центральной нервной системы при детском церебральном параличе нарушает работу мышечных схем произвольных движений, что и определяет одну из основных трудностей формирования двигательных навыков. Примерно у 20 - 25% детей с церебральным параличом имеет место умственная отсталость различной степени выраженности. у 20% - эпилептические припадки.

Неправильные схемы движений у детей с ДЦП могут закрепляться и приводить к формированию патологических поз и положений тела и конечностей. Такие дети с трудом усваивают навыки самообслуживания: одевания, раздевания, застёгивания пуговиц, зашнуровывания ботинок и т. п. Необходимо отме-

тить, что целенаправленные практические действия формируются в процессе двигательного опыта: при недостаточной двигательной активности отмечается вторичная апраксия.

Особенностью двигательных нарушений у детей с ДЦП является не только трудности или невозможность выполнения тех или иных движений, но и слабость ощущений этих движений, в связи с чем у ребёнка не формируются правильные представления о движении. Слабое ощущение своих движений и затруднения в ходе осуществления действий с предметами являются причинами недостаточности активного осязания, в том числе узнавания предметов на ощупь (стереоагноза). Двигательные нарушения, ограничивающие предметно - практическую деятельность, затрудняющие развитие самостоятельного передвижения и навыков самообслуживания, ставят больного ребёнка с первых лет его жизни в почти полную зависимость от окружающих взрослых. Это способствует формированию у него пассивности, безынициативности, нарушает становление мотивационной сферы. Таким образом, двигательные расстройства у детей с детским церебральным параличом отрицательно влияют на весь ход их психического развития. Кроме того, при ДЦП имеют место нарушения эмоционально - волевой сферы, поведения, интеллекта, речи, зрения и слуха, связанные с ранним органическим поражением головного мозга. Все эти нарушения ослабляют ребёнка, поэтому дети растут слабыми, часто болеют простудными заболеваниями, а по физическому развитию значительно отстают от здоровых сверстников. Физическая ослабленность сочетается с повышенной психической истощаемостью, в результате чего одни дети вялы, бездеятельны, пассивны, другие, напротив, легко возбудимы, плаксивы. Проблемы таких детей - это проблемы семьи и общества.

ЦЕЛЬ. Восстановление двигательных навыков у детей с ДЦП для адаптации их в обществе.

Реабилитация детей с ДЦП основывается на комплексном многоплановом подходе, заключающем в себя множество различных значимых аспектов: медицинский, психический, физический, социально-экономический, профессиональный и личностный.

Реабилитационная политика направлена на социальную адаптацию детей с ДЦП в современном обществе. Все мероприятия проводятся с целью коррекции двигательного дефекта, улучшения двигательной активности, улучшение возможности общения, формирование максимальной независимости действий ребенка в повседневной жизни, эмоциональное и социальное развитие, обучение и образование, коррекция нарушений мотиваций.

МЕТОДЫ. Особенно благоприятным для развития активности таких детей является применение физической реабилитации, которая проводится в «Реабилитационном центре «Акбобек». Физическая реабилитация проходит системно, разрабатывается специалистами, а применяется и педагогами, и воспитателями, и родителями. Лечебная физкультура как метод реабилитации детей с детским церебральным параличом занимает в комплексной терапии одно из ведущих мест и является естественно - биологическим методом, способствующим более быстрому восстановлению нарушенной функции опорно-двигательного аппарата.

В «Реабилитационном центре «Акбобек» внедряется для реабилитации детей с ДЦП метод кинезотерапии, кондуктивной терапии, используется нейро-ортопедический пневмокостюм. Для работы по этой методике прошли обучение специалисты центра - инструктор ЛФК Руденко Б.Г., врач - невролог Коновалова И.Н. на базе реабилитационного центра профессора Исановой В.А. (город Казань) мастер-класс на тему: «Кинезотерапия, как способ медико-кондуктивной реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями».

Кинезотерапия, как способ медико-кондуктивной реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями - система индивидуальных занятий, формирующая новые двигательные навыки на основе нейрофизиологических механизмов проприоцептивного нервно-мышечного прототипа, повышающие реакции мышц на их активное сокращение через «бомбардировку» альфа, гамма мотонейронов спинного мозга импульсами с вышестоящих нервных формаций в ответ на проприоцептивные раздражения с периферии.

Преимуществом данного метода является создание нейрофизиологических условий для активного сокращения повреждённых мышечных волокон и восстановлению нарушенных двигательных функций при волевом участии больного, что оптимизирует его реабилитацию и значительно ускоряет устранение функциональной двигательной недостаточности. Адаптированный метод кинезотерапии используется в реабилитации неврологических больных как самостоятельно, так и в костюме «Атлант». Тренинг в пневмокостюме обеспечивает:

- восстановление или компенсацию нарушенных двигательных функций, в зависимости от двигательного дефицита и давности заболевания.
- улучшение координации повседневных движений, восстанавливает статику - динамический баланс, позотонический контроль по удержанию позы, активизирует навыки передвижения.
- восстановление нарушенных речевых функций при дизартрии, дислалии, моторной афазии.

Мы работаем по методике, включающей следующие компоненты:

1. Предварительный «разогрев» мышц (элементы массажа для улучшения кровообращения и расслабления мышц, парафинолечение.)
2. Выполнение физических упражнений в пневмокомбинезоне.
3. Выполнение физических упражнений в специальном приспособлении (вертикализатор).
4. Выполнение физических упражнений с опорой на параллельные брусья.

Занятия в лечебно физкультурном кабинете проводятся в первой половине дня через 1-2 часа после еды. Длительность занятия 40- 50 минут ежедневно; 10-12 процедур на курс. Таким образом, идёт поэтапное формирование двигательных функций здорового ребёнка. Для этого в каждом занятии применяется порядок физических упражнений, имитирующий онтогенетически обусловленное формирование у ребёнка локомоция (удержание головы - перевороты на живот и спину - ползание - передвижение на «четвереньках» - выпрямление и удержание равновесия, т.е. формирование постурального механизма - ходьба.) Под влиянием упражнений в мышцах ребёнка с ДЦП возникают адекватные двигательные ощущения. Ребёнок начинает правильно ощущать позы и движения, что является мощным стимулом к развитию и совершенствованию его двигательных функций и навыков. Положительное влияние на развитие двигательных функций оказывает использование комплексных афферентных стимулов: зрительных (упражнения проводятся перед зеркалом), тактильных (поглаживание конечностей, опора ног и рук на поверхность пола, покрытую различными видами материи), проприоцептивных (упражнения с сопротивлением, чередование упражнений с открытыми и закрытыми глазами.). Четкая речевая инструкция, применение доступных для детей названий упражнений способствует нормализации психической и эмоциональной деятельности ребёнка, улучшает понимание речи, обогащает словарь. Таким образом, у ребёнка формируются различные связи с двигательным анализатором, что является мощным фактором всего психического развития. После снятия комбинезона осуществляются элементы массажа для расслабления мышц после физической нагрузки. Дополнение процедуры лечебно-

физкультурного кабинета выполняемой в пневмокостюме с элементами массажа, позволяет сочетать в одной процедуре разные средства физической реабилитации, что приводит к взаимоусилению их влияния. Массаж направлен на расслабление спастичных мышц, что изменяет функциональное состояние головного и спинного мозга, улучшает кровоснабжение мышц, ускоряет ток лимфы, способствуя таким образом более быстрому освобождению тканей от продуктов обмена. И это применяется в сочетании с теплелечением (парафиновые аппликации), водолечением (расслабление спастичных мышц в тёплой воде бассейна).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Восстановление детей с ДЦП проводится на базе «Реабилитационного центра "Акбобек"» с июня 2015 года. Лечение получили 83 ребёнка в возрасте от 3-х до 10 лет за период с июня 2015 года по январь 2016 года. 20 детей прошли повторный курс реабилитации. При этом - первый курс в июне 2015 года они получали по стандарту - бальнеотерапия, массаж, физиопроцедуры, лечебно физкультурный кабинет. Второй курс - с ноября они получали аналогичный лечебный комплекс, при этом ежедневные занятия лечебно физкультурного кабинета, проводимые в пневмокостюме и также активные углубленные занятия с психологом с использованием пневмокостюма. После окончания второго курса лечения отмечено, что занятия в пневмокостюме дают более быстрый эффект- дети становятся более активными, у многих улучшилась речь. Снижение мышечного тонуса при работе в пневмокостюме идёт более эффективно, дети лучше удерживают позу, быстрее формируются двигательные навыки. В результате мы отмечаем улучшение двигательной активности у детей с ДЦП, увеличение амплитуды движения в суставах. Для определения применялись гониометрия и ортопедические тесты- аддукторный тест, тест Эванса.

Коррекция двигательных нарушений у детей с ДЦП включает в себя: личностно-ориентированный подход - с учетом особенностей проявления заболевания, оценки функциональных возможностей пациентов; использование специальных физических упражнений локального воздействия для снижения тонуса поражённых патологическим процессом групп мышц, увеличение подвижности в суставах конечностей; применение различных способов компенсации

нарушенных двигательных возможностей (тренажеры, бассейн, вертикализатор и т.д.) с использованием срочной коррекции движений на основе обратной биологической связи; оценку динамики двигательной функции и адаптационного потенциала как критериев эффективности программы физической реабилитации; учёт мотивации пациентов при выборе нетрадиционных средств адаптивной физической культуры (дыхательные упражнения с элементами психорегуляции; музыкальное сопровождение и т.д.); программу индивидуальных занятий физическими упражнениями. Активно привлекаются к реабилитации детей их близкие - ребёнок настраивает свою эмоциональную реакцию через реакцию матери и таким образом учится понимать значение того или иного события (социальное заимствование), уделяется внимание медико-педагогической коррекции, направленной на выработку самостоятельной активности и независимости ребёнка; преодоление двигательной, речевой и психической недостаточности путём воспитания, развития и коррекции задержанных и нарушенных функций. Метод кондуктивной терапии содержит систему индивидуальных занятий с пациентом, направленных на восстановление двигательных навыков у пациентов с двигательными и когнитивными нарушениями. В основе метода лежат нейропсихологические механизмы опосредованного воздействия на резервные возможности мозга и на подсознательном уровне достигается ослабление выраженности соматической болезни, полного или частичного восстановления нарушенных функций, обеспечения условий для социальной адаптации индивида; ибо человек может очень многого достичь за счёт мотивационной деятельности, силы воли, психологических форм компенсации. Чрезвычайно значимым для специальной педагогики является содержательный компонент педагогики Монтессори: большое внимание уделяется сенсомоторному развитию ребёнка, развитию у него речи и мышления, умению концентрировать внимание и сосредоточенно работать, умению контролировать себя, свою деятельность.

ВЫВОДЫ. Таким образом, реабилитация детей с ДЦП включает в себе всестороннее воздействие на ребёнка с целью более полной социальной адаптации, для воспитания самостоятельного, независимого, социально активного и социально адаптированного человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исанова В.А. Нейрореабилитация- Казань, 2004, 288 с.
2. Исанова В.А. Медико-социальная реабилитация в условиях многоаспектных реабилитационных учреждений. – Казань, Бриг, 2006 284 с.

3. Аксенова Л.И., Б.А. Архипов, Белякова Л.И. и другие Специальная педагогика, 2000, 395с.

РЕЗЮМЕ

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

**Айдарханова К.А., Отжагарова Е.Е., Коновалова И.Н.
детский «Реабилитационный центр «Акбобек», Актөбе**

Кинезотерапия – адаптированная методика, разработанная профессором Исановой В.А. в сочетании с использованием пневмокостюма, имеет огромное значение в становлении двигательных навыков у детей с поражением центральной нервной системы.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЗАМАНАУИ ОҢАЛТУ ӘДІСТЕРМЕН БАЛАЛАРДЫҢ ЦЕРЕБРАЛДІ САЛ АУЫРУЫН КЕШЕНДІ ЕМДЕУМЕН ҚОЛДАНУ

**Айдарханова К.А., Отжагарова Е.Е., Коновалова И.Н.
Балаларды «Оңалту орталығы «Ақбөбек», Ақтөбе**

Кинезотерапияның бейімделу методикасын профессор В.А. Исанова жетілдірді. Орталық нерв жүйесі бұзылған балалардың тыныс алуға машықтау үшін, пневмокостюмдерді қолдануды байланыстыру үлкен маңызға ие.

SUMMARY

THE USE OF MODERN METHODS OF REHABILITATION IN THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

**Aidarkhanova K.A., Otzhagarova Y.Y., Konovalova I.N.
Children's Rehabilitation center «Akbobek», Aktobe**

Kinesitherapy is the adapted technique developed by professor Isanova V.L. Combination of using pneumosuit has a huge meaning. Formation of moving skills with the children who have violation of central nervous system.

РОЛЬ СТАТОКИНЕЗОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Ахметова Н.С., Варзина Т.В., Жуманазарова М.М.

Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак» г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: реабилитация, ДЦП, статокинезотерапия.

Негізгі сөздер: оңалту, БЦС, статокинезиотерапия.

Keywords: rehabilitation, cerebral palsy, statokinezoterapiya.

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последнее время во всем мире и в частности в Казахстане наблюдается рост числа инвалидов, как взрослых, так и детей. Детская инвалидность в свою очередь является индикатором ухудшения состояния здоровья населения в целом. Этот факт вызывает озабоченность всего общества. В настоящее время лечение, профилактика и социальная помощь данной категории детей остаётся актуальной проблемой. Проблемы обучения, воспитания и социализации детей с церебральным параличом взаимосвязаны с вопросами физического воспитания, поиска эффективных методик развития двигательной сферы, развития локомоторной функции и повышения уровня развития физических качеств.

ВВЕДЕНИЕ. Одним из методов коррекции двигательных нарушений и расстройств координации движений является статокинезотерапия с применением стабиллографии. Стабиллография – это графическая регистрация колебаний центра тяжести человека в положении стоя. Непосредственным объектом стабиллографического исследования является процесс поддержания человеком вертикальной позы – функция равновесия. Равновесие тела – это состояние устойчивого положения тела в пространстве. Поддержание равновесия при стоянии является динамическим процессом. Тело стоящего человека совершает иногда практически невидимые, иногда хорошо заметные колебательные движения в различных направлениях около некоторого среднего положения. На функцию равновесия влияет функционирование многих систем организма: вестибулярной, зрительной, суставно-мышечной проприорецепции, высших отделов центральной нервной системы. Поэтому расстройство одной из этих систем оказывает влияние на функцию равновесия: чем больше поражение одной или нескольких систем, участвующих в поддержании положения тела в пространстве, тем больше тело совершает колебательных движений и тем больше их

амплитуда. Все эти изменения удается регистрировать с помощью компьютерной стабиллографии. С ее помощью проводится как диагностика так и реабилитация двигательных расстройств, развитие координации, а также оценка динамики лечения пациентов в условиях специализированных учреждений, в том числе и в условиях РДРЦ «Балбулак».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведена оценка эффективности статокинезотерапии у 40 детей с ДЦП в возрасте от 7 до 16 лет, которые передвигаются самостоятельно, не имеющих грубых интеллектуальных и психических нарушений. Исследование проводилось с соблюдением этических требований, добровольно, в условиях минимального риска для здоровья. Распределение детей по формам ДЦП отражено в таблице №1.

Таблица. 1

Форма ДЦП	Количество детей
Спастический гемипарез	10
Спастическая диплегия	15
Гиперкинетическая форма	5
Атактическая форма	10
Спастико-гиперкинетическая форма	16

Для проведения занятий был использован компьютерный стабиллоанализатор, укомплектованный чувствительной платформой и двумя мониторами (для исследуемого и для врача). Сущность метода заключается в том, что платформа реагирует на изменение равновесия пациента, которое на экране монитора отмечается маркером. Установка пациента проводится следующим образом: стопы пациента ставятся в центр платформы параллельно друг другу. Во время сеанса пациент производит движения телом вперед, назад, в сторону, не отрывая стоп от платформы. В начале и в конце курса было проведено диагностическое тестирование (тест Ромберга, тест «Мишень», тест на изометрическое сокращение мышц ног). Полученные данные теста Ромберга и Мишень позволяют количественно определить степень использования зрения и проприоцептивной чувстви-

тельности для контроля устойчивости тела детьми с ДЦП в основной стойке.

По результатам обследования индивидуально для каждого ребенка были подобраны реабилитационные тренажеры в программе. В ходе тренировок сложность задания увеличивалась вплоть до занятий на развивающих тренажерах по типу сложных компьютерных игр. Курс составил 10 сеансов. Продолжительность сеанса составила 20-25 минут.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По окончании курса статокинезотерапии положительная динамика была отмечена в 100% случаях. У всех детей отмечено увеличение скорости реакции, повышение концентрации внимания, улучшение функции равновесия и координации движений, улучшилось качество проведения упраж-

нений, выросла мышечная сила в пораженной нижней конечности.

ВЫВОДЫ. Включение статокинезотерапии в комплексную реабилитацию детей с ДЦП позволяет целенаправленно воздействовать на механизмы поддержания вертикальной позы и улучшения регуляции постуральной устойчивости. В результате сеансов статокинезотерапии отмечаются значительные улучшения не только в двигательной сфере, но и отмечается улучшение познавательной деятельности, как результат взаимодействия при удержании равновесия вестибулярного и зрительного анализаторов, суставно-мышечной проприорецепции и высших отделов ЦНС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гросс Н.А. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата [Текст]. М.: Советский спорт, 2000. 224 с.
2. Иоффе М.Е., Устинова К.И., Черникова Л.А. Обучение произвольному контролю позы в условиях биоуправления по стабیلграмме [Текст] // Материалы XXXVсероссийского совещания по проблемам высшей нервной деятельности, СПб. 2000. С. 338-341.
3. Киселов Д.А. Стабилометрия в диагностике и лечении детей с гемипаретической формой детского церебрального паралича [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: М., 2007. 124 с.
4. Статистика по детям инвалидам в России на 2010 год [Электронный ресурс] // РиаНости. 2010.

URL: <http://ria.ru/society/20090917/185412439.html> (дата обращения: 18.05.2011)

5. Lin J.P. The cerebral palsies: a physiological approach [Text]: J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2003. Vol. 74. P. 23-29.
6. Miller G. Cerebral Palsies: An Overview. In: The Cerebral Palsies: causes, consequences, and management [Text]: Boston: Butterworth-Heinemann. 1998. P. 1-35.
7. Winter D.A. A.B.C. (Anatomy, Biomechanics and Control) of Balance during Standing and Walking [Text]: Waterloo: Waterloo Biomechanics, 1995. 56 p.
8. Winter D.A. The biomechanical and motor control of human gait [Text]: University Waterloo Press, 2002.

РЕЗЮМЕ

РОЛЬ СТАТОКИНЕЗОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Ахметова Н.С., Варзина Т.В., Жуманазарова М.М.

Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак»

Статокинезотерапия является одним из перспективных и эффективных методов реабилитации детей с ДЦП, позволяет целенаправленно воздействовать на механизмы поддержания вертикальной позы и улучшения регуляции постуральной устойчивости.

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚИМЫЛ-ҚОЗҒАЛЫС БҰЗЫЛЫСЫН ТҮЗЕТУІНДЕГІ СТАТОКИНЕЗИОТЕРАПИЯНЫҢ РӨЛІ

Ахметова Н.С., Варзина Т.В., Жуманазарова М.М.

«Балбулак» Республикалық балаларды оңалту орталығы

БЦС ауруын оңалтуындағы келешегі нәтижелі және тиімді әдістердің бірі, сонымен қатар вертикальді қалыпты ұстауға және постуральді тұрақтылықты жақсарту механизмін нысаналы түрде қалыптастыруына жол береді.

SUMMARY

ROLE OF STATOKINEZOTERAPIA IN THE CORRECTION OF MOTOR DISTURBANCE

T.V. Varzina, N.S. Akhmetova, Zhumanazarova M.M.

Republican children's rehabilitation Center "Balbulak"

Statokinezoterapiya is one of perspective and effective methods of rehabilitation of children with cerebral palsy, allows to influence mechanisms of maintenance of a vertical pose and improvement of regulation of postural stability purposefully.

ИППОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Ахметова Н.С., Варзина Т.В., Молдабек Э.Ж.

Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак» г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: иппотерапия, реабилитация, детский церебральный паралич.

Негізгі сөздер: иппотерапия, оңалту, церебралды сал ауруы.

Key words: hippotherapy, rehabilitation, cerebral palsy.

АКТУАЛЬНОСТЬ. Вопросы физической и медицинской реабилитации детей с органическими поражениями нервной системы, в частности с детским церебральным параличом (ДЦП), являются актуальными в странах всего мира. Характерным для ДЦП является нарушение мышечного тонуса, дискоординация движений, патологические позы и локомации, нарушение психомоторного развития, дефект ощущения собственного тела в пространстве. Необходимо формировать мотивацию к выздоровлению у самого ребенка, привлекать к активной работе родителей и близких ребенка. Одним из оригинальных признанных в мире методов реабилитации является иппотерапия.

ВВЕДЕНИЕ. Иппотерапия – это нейрофизиологически ориентированная терапия с использованием лошади. Благодаря специфике движений лошади с помощью слабых координационных реакций тренируются удержание равновесия и компенсаторные мышечные сокращения. Проприоцептивная сенсомоторная стимуляция закрепляет близкие к норме двигательные реакции пациента, одновременно увеличивает объем двигательной активности в суставах. В иппотерапии почти исключительно используется движение лошади шагом. Идущая шагом лошадь служит терапевтическим средством для воспроизведения двигательной активности. Когда ребенок сидит верхом, его осанка вырабатывается благодаря специфике движения лошади, идущей вперед; а с помощью слабых координационных реакций вырабатывается и тренируются удержание равновесия и компенсаторные мышечные сокращения. Специфическая стимуляция улучшает осанку, так как облегчает нахождение и закрепление наиболее близких к норме двигательных реакций, доступных ребенку. Одновременно такая двигательная коррекция тренирует мускулатуру, устраняя ее непропорциональность, и регулирует мышечный тонус, что также максимально увеличивает объем двигательной активности в суста-

вах. При регулярных занятиях, во-первых, начинают работать и укрепляются мышцы, необходимые для ходьбы, во-вторых, в коре головного мозга формируется стереотип «прямохождения». Тело и мозг ребенка готовятся к тому, что бы сделать первый самостоятельный шаг. Научившись балансировать на лошади, ребенок постепенно переносит этот навык в обычную жизнь и более уверенно чувствует себя на земле. Иппотерапия оказывает влияние и на высшую нервную деятельность. Стимулируется мотивационно-познавательная деятельность. В результате этого ребенок приобретает навыки бытового самообслуживания. Снижается излишняя эмоциональная лабильность, повышается психическая активность, мобилизуется волевая деятельность. Нормализуются и улучшаются эмоционально-поведенческие реакции. Стимулируется развитие речи, обучаемости и внимания. Формируются новые коммуникативные навыки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

– изучения влияния иппотерапии, как закрепляющего подготовительного метода для усвоения новых поз и движений у детей ДЦП.

– изучение возможной оптимизации психофизического состояния, активации мотивацией пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ 70 реабилитационных карт детей с диагнозом ДЦП в возрасте с 3-х до 17 лет, прошедших курс иппотерапии. До начала занятий все дети прошли комплексное обследование, включая невролога, педиатра, психолога, логопеда, при необходимости и врача психиатра. Распределение детей по формам ДЦП отражено в таблице №1.

Таблица. 1

Формы ДЦП	Число детей
Двойная гемиплегия	13
Спастическая диплегия	16
Спастический гемипарез	14
Атонически-астатическая форма	9
Гиперкинетическая форма	8
Спастико-гиперкинетическая форма	10

Занятия иппотерапии проводились на территории РДРЦ «Балбулак», где имеется конюшня и две лошади. До начала занятий дети и их родители были информированы о цели и методике проведения иппотерапии, правилах безопасности. Во время занятий на ребенка одевался защитный шлем-каска, занятия проводились без использования седла. На первом занятии ребенок с помощью инструктора знакомился с лошадью для установления контакта с животным, участвовал в кормлении лошади. Первое занятие, как правило, проходило в пассивном режиме. Основная цель была: удержание позы верхом на лошади и выполнение несложных упражнений, обучение правильной посадке и спешиванию с лошади. В дальнейшем программа занятий постепенно усложнялась в зависимости от двигательных возможностей ребенка и его психоэмоционального статуса. Дети выполняли различные упражнения верхом на лошади. Дети с тяжелыми двигательными нарушениями и интеллектуальной недостаточностью во время сеансов сидели верхом на лошади вместе с инструктором, в отдельных случаях для достижения мышечного расслабления и уменьшения гиперкинезов ребенок находился на лошади в положении лежа на животе. Продолжительность занятий составила 30 минут, курс 6-8 сеансов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В результате курса иппотерапии у всех детей (100%) отмечалась положительная динамика в двигательной сфере. Уменьшилась спастичность мышц, расширился объем активных и пассивных движений, укрепилась мускулатура спины, улучшилась реакция равновесия и координация движений, улучшилась зрительно-моторная координация, у детей были сформированы новые двигательные навыки. Сеансы иппотерапии способствовали положительной динамике и в психоэмоциональной сфере: оживились положительные эмоции, улучшилось настроение, уменьшились страхи и невротические проявления, повысилась самооценка детей с ограниченными возможностями. Все дети адекватно переносили занятия, ухудшения самочувствия, случаев травматизма не отмечалось.

ВЫВОДЫ. Иппотерапия является высокоэффективным методом реабилитации детей с ДЦП, позволяет проводить сенсомоторное и психомоторное воздействие, сохранять и нормализовать мышечный тонус. Иппотерапия может служить методом обучения новым «позам и движениям», подготовкой локомоторного аппарата к обучению ходьбе. Верховая езда способствует повышению самооценки ребенка с ограниченными физическими возможностями, ведь он способен передвигаться на мощном животном и управлять им.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батышева Т.Т. Иппотерапия при детском церебральном параличе. Методические рекомендации. г. Москва. 2012г. 18-19 стр.
2. Колкер И.А. Детский церебральный паралич. Инструментальная диагностика. Лечение. / И.А. Колкер, В.Е. Михайленко, И.П. Шмакова. – Одесса. Пласке, 2006г – 312стр.
3. Штраус И. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой

езды: пер. с нем. / И. Штраус. – М. Московский Конноспортивный клуб инвалидов, 2000.-102с, 240с.

4. Смолянинов А.Г. Иппотерапия. — К., 2010. — 70 с.

5. Качмар О.А., Бабадаглы М.А. Основы реабилитации двигательных нарушений по методу Козьявкина / Козьявкин В.И., Сак Н.Н., – Львів: Українські технології, 2007 №-192с.

РЕЗЮМЕ

ИППОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Ахметова Н.С., Варзина Т.В., Молдабек Э.Ж.

Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак»

Иппотерапия является эффективным и безопасным методом реабилитации детей с ДЦП. Сеансы иппотерапии способствуют улучшению двигательного стереотипа, формированию новых двигательных навыков и улучшению психоэмоционального статуса ребенка с ограниченными возможностями.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЦЕРЕБРАЛДЫ САЛ АУРУЫНА ШАЛДЫҚҚАН БАЛАЛАРДЫҢ ОҢАЛТУ-ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЕМІНДЕГІ ИППОТЕРАПИЯ

Ахметова Н.С., Варзина Т.В., Молдабек Э.Ж.

«Балбулак» Республикалық балаларды оңалту орталығы

Иппотерапия церебралды сал ауруына шалдыққан балаларды оңалтуда қолданылатын қауіпсіз және тиімді әдістердің бірі. Иппотерапия емін қабылдау мүмкіндігі шектеулі баланың стереотипін жақсартуға, жаңа қозғалыс дағдыларын қалыптастыруға, психоэмоционалдық күйін көтеруге әсер етеді.

SUMMARY

HIPPOTHERAPY IN REHABILITATION AND PREVENTIVE TREATMENT OF THE CHILDREN CEREBRAL PALSY

N.S. Akhmetova, T.V. Varzina, E.Zh. Moldabek.

Republican children's rehabilitation Center "Balbulak"

Hippotherapy is an effective and safe method for the rehabilitation of children with cerebral palsy. Hippotherapy sessions help to improve movement patterns, the formation of new motor skills and improve the psycho-emotional status of the child with disabilities.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА ДЕТЬМИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ РДРЦ «БАЛБУЛАК»

Надырова Э.К., Ахметова Н.С., Жунисова А.Ж.

Республиканский детский реабилитационный центр «БАЛБУЛАК» г. Алматы

Ключевые слова: ЗПР, психокоррекционная работа, психологические игры.

Негізгі сөздер: ПДТ, психологиялық түзету жұмысы, психологиялық ойындар.

Keywords: mental retardation, psychocorrectional work, psychological games

ВЕДЕНИЕ. Состояние здоровья детей и подростков регулярно обсуждается на коллегии Минздрава и социального развития РК. Это связано с увеличением доли рождения нездоровых, физически незрелых детей. И в настоящее время проблема коррекционной помощи детям с неврологической патологией является чрезвычайно актуальной.

В нашем Республиканском реабилитационном центре на реабилитацию приезжают дети со всех регионов Казахстана. Деятельность центра направлена на комплексную медико-психолого-педагогическую и социальную реабилитацию. Особую роль в реабилитации детей с нарушениями в психике играет роль работа психолога. Так как, в центр большинство детей поступает с нарушениями психики и поведения. Среди них задержка психического развития, повышенная активность, конфликтность, обидчивость, и застенчивость. Именно психолог как ведущий специалист в реабилитации может помочь ребенку в преодолении этих психологических проблем. В «группу риска» попадают дети с задержкой психического развития (ЗПР). Данная категория детей нуждается во всестороннем изучении и организации специальной психокоррекционной помощи, которая должна быть организована в сензитивные, наиболее благоприятные периоды развития – возрастные интервалы индивидуального развития, при прохождении которых внутренние структуры наиболее чувствительны к специфическим влияниям окружающего мира. В развитии психических функций подобные сензитивные периоды так же играют очень важную роль. В частности дети, достигнув пятилетнего возраста, становятся наиболее чувствительными к восприятию фонематических конструкций, в других же возрастах данная способность существенно ниже. Учет сензитивных периодов необходим прежде всего

для правильной организации учебных мероприятий. Основное внимание наших педагогов-дефектологов, учителей-логопедов, психологов и других специалистов, работающих с дошкольниками, у которых наблюдается ЗПР, уделяется целенаправленному формированию психологических функций

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – изучение задержки у детей и оценка эффективности психокоррекционной работы в преодолении данной проблемы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Под наблюдением находились 25 пациентов, 13 мальчиков и 12 девочек, в возрасте от 8 - до 10 лет, страдающих задержкой психического развития.

Критериями исключения были возраст старше 10 лет, дети с поведенческими нарушениями (аутисты).

При поступлении ребенка в центр психолог проводит первичное обследование ребенка. Психолого-педагогическое обследование предусматривает изучение особенностей сенсорной, познавательной и личностной сфер, двигательных возможностей ребенка, его поведения, воли, уровня развития речи, навыков самообслуживания. Состав системы диагностических заданий подбирается с учетом каждого возрастного этапа, так как дети с нарушениями развития, поступающие в учреждение, могут быть различного возраста: раннего, дошкольного, школьного, подросткового.

После обследования психолог берет на индивидуальное занятие детей, которые нуждаются в психокоррекционной помощи, то есть детей с проблемами познавательного характера. Обращает внимание на развитие речи, внешний вид ребенка и на его поведение. А так же проводит тест для определения уровня умственного развития младших школьников (7-10 лет). Данный тест внедрен и проводится в РДРЦ «Балбулак» с сентября месяца 2015 года. Стандартизованную методику для определения уровня умственного развития младших школьников Э.Ф.Замбацян (7-10 лет) прошли 25 детей младшего школьного возраста на индивидуальных занятиях психолога. Данный тест показал свою достоверность.

Методика исследования сконструирована на основе некоторых методик теста структуры интеллекта по Р.Амтхауэру. Тест структуры интеллекта Р.Амтхауэра включает в себя 9 субтестов, применяемых для измерения речевых, математических способностей, пространственного воображения и памяти, и рассчитан на групповое применение для детей от 12 лет и выше.

Для младших школьников было разработано 4 субтеста, включающих в себя 40 вербальных заданий, подобранных с учетом программного материала начальных классов [1, 93с].

В состав первого субтеста входят задания, требующие от испытуемых дифференцировать существенные признаки предметов и явлений от несущественных, второстепенных. По результатам выполнения некоторых задач субтеста можно судить о запасе знаний испытуемого.

Второй субтеста состоит из заданий, представляющих собой словесный вариант исключения «пятого лишнего». Данные, полученные при исследовании этой методикой, позволяют судить о владении операциями обобщения и отвлечения, о способности испытуемого выделять существенные признаки предметов или явлений.

Третий субтест – задания на умозаключение по аналогии. Для их выполнения испытуемому необходимо уметь установить логические связи и отношения между понятиями.

Четвертый субтест направлен на выявление умения обобщать (испытуемый должен назвать понятие, объединяющее два слова, входящих в каждое задание субтеста).

Каждому заданию присваивается определенная оценка в баллах, отражающая степень его сложности. Общий результат по каждому субтесту определяется путем суммирования баллов по всем 10 заданиям.

Максимальное количество баллов, которое может получить школьник за выполнение I-II субтестов, – по 26 баллов, III – 23 балла, IV – 25 баллов. Таким образом, общая максимальная оценка по всем 4 субтестам составляет 100 баллов.

Интерпретация полученных школьником результатов производится следующим образом:

- 100-80 баллов – высокий уровень умственного развития;
- 79-60 баллов – средний уровень;
- 59-40 баллов недостаточный (ниже среднего) уровень развития;
- 39-20 баллов – низкий уровень развития;
- меньше 20 баллов – очень низкий уровень.

При обсуждении результатов следует учитывать не только общий уровень развития, но и роль каждой составляющей в общем результате. Важно оце-

нить, насколько гармонично или асинхронно развиты диагностируемые интеллектуальные умения, а также какой из параметров значительно улучшает или ухудшает результат.

При первичном обследовании из 25 детей по результатам теста была обнаружена, что у 10 детей меньше 20 баллов, что показывает очень низкий уровень развития, а у 15 детей меньше 39 баллов низкий уровень развития.

Занятия проводились индивидуально 5 раз в неделю. Всего 18 индивидуальных занятий. Продолжительность одного занятия 20 минут. При организации психокоррекционных занятий мы стараемся создать для ребенка ситуацию успешности чтобы похвалить его за смелость и ловкость, выразить благодарность от того что он участвовал активно на занятиях. Так как для детей с ЗПР не могут пересказать знакомую сказку им не доступно творческое рассказывание. Особую трудность для детей представляет связанная монологическая речь, которая характеризуется нарушением логической последовательности, фрагментарностью. Даже при использовании наглядных опор (картин, иллюстраций) дети затрудняются в определении причинно-следственных связей и отношений, наблюдается чрезмерная детализация ситуации.

При составлении плана психокоррекционной работы с детьми задержкой психического развития мы проводим занятия в трех основных направлениях:

- учим ребенка самостоятельно рассуждать, анализировать, сравнивать предметы и явления;
- ведем работу по повышению самооценки ребенка;
- учим навыкам поведения, например, умению слушать взрослого, выполнять определенные правила.

Поэтому мы считаем, что надо подробнее остановимся на некоторых из них.

На индивидуальных психокоррекционных занятиях мы используем методическую пособие «Развиваем мышление» [2]. Так как у детей ЗПР овладение основными мыслительными операциями отличается меньшей полнотой и недостаточной тонкостью, по сравнению с нормально-развивающимися сверстниками.

Книга состоит из 5 разделов «Сравнение», «классификация», «закономерности», «умозаключения», «пространственное мышление». Использование этого пособия на занятиях дает нам научить ребенка самостоятельно рассуждать, анализировать, сравнивать предметы и явления. Кроме этого на занятиях используем наглядную пособие Е.А.Стребелева «Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии» [3]. При грамотном подходе к работе

мы смогли научить ребенка целостному восприятию ситуации, изображенных на картинках, привести к обобщения представлений о свойствах и качествах предметов овладению действиями замещения моделирования. Картиный материал оказал нам значительную помощь в формировании соотношения между словом и образом умений выполнять классификацию и систематизацию, устанавливать причинно-следственные связи и зависимости понимать скрытый смысл и юмор. Так же на занятиях использовали пособие «Развиваем память». Суть заданий в книге заключается в том, чтобы запомнить в деталях рисунок на нижней левой карточке. Далее закрыть карточку рукой или перевернув ее, нужно верно найти 3 карточки с элементами рисунка задания. Чтобы было понятнее, что именно искать на карточке с заданием написан вопрос. Например на карточке нарисован лев а вопрос звучит так: «Во что одет лев?» ребенок должен найти карточки на которых нарисованы те же вещи, что и на рисунке-задании. Это не так просто так как придется выбирать и несколько весьма похожих вариантов. Если задание выполнено верно в верхнем ряду сложится картинка на которой будет присутствовать герой с карточки задания. Это будет одновременно наградой на то что задание выполнено правильно. Кроме того мы на занятиях используем наглядно-методический учебный материал «Истории в картинках». Суть заданий состоит в том чтобы ребенок сам составляет из карточек сюжетную картинку и рассказывает историю. Ребенок сначала составляет историю из 4-х карточек, потом из 5, 6, 7, 8, 9 итак до 12 карточек. С помощью этого материала мы смогли достичь того что ребенок начал задавать вопросы и отвечать на них. Самостоятельно, выразительно без повторов передать содержание литературных текстов в соответствии с возрастной программой. Научился составлять рассказы о предмете, по картине, по серии сюжетных картин, небольшие рассказы из личного опыта, рассказы творческого характера. У

них устная речь стало более содержательной, эмоциональной, выразительной, фонематически и грамматически правильная. Дети начали использовать речь как инструмент для мышления то есть умеет связно и последовательно выражать свои мысли, понимать смысл текста и передавать его содержание.

Обучение ребенка управлению своим гневом и снижению личностной тревожности проводятся посредством релаксационных упражнений как «Снежная баба», «Две минуты отдыха», «Апельсин», «Путешествие на облаке». Регулярное выполнение релаксационных упражнений делает ребенка более спокойным и уравновешенным [4].

Также проводим беседу в виде игры по повышению самооценки ребенка и навыкам поведения, например, умению слушать взрослого, выполнять определенные правила. Такие как «Четыре характера», «В гостях у волшебника». Эти игры позволяют научить детей определить свои личностные черты и свойства характера других людей.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Повторное психологическое обследование выявило что у детей с ЗПР после проведения индивидуальных психокоррекционных работ средний балл составляет 58 баллов что оказалось достаточно высоко, что свидетельствовало о нормальном среднем развитии ребенка. После психокоррекционной работы психологическое познавательное улучшение отмечено у 25 детей, что проявлялось в умении мысленно сравнивать предметы или явления и выделять в них общий признак является одним из существенных условий овладения понятиями в процессе обучения, улучшением коммуникативных навыков.

В ходе исследования установлено, что использование наглядных материалов и психологических упражнений, игр в психокоррекционной работе позволяет улучшить познавательную и интеллектуальную сторону ребенка с ЗПР.

ЛИТЕРАТУРА

1. О.Н.Истратова «Психологическое тестирование детей от рождения до 10 лет» Изд. четвертое. Ростов-на-Дону «Феникс» 2013г.
2. Развиваем мышления. М., «Росмэн» 2008.
3. Е.А.Стребелева «Формирование мышле-

ния у детей с отклонениями в развитии». Владос, 2007.

4. О.Н.Истратова «Практикум по психокоррекции: игры, упражнения, техники» Изд. четвертое. Ростов-на-Дону «Феникс» 2010г.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА ДЕТЬМИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ РДРЦ «БАЛБУЛАК»

Ахметова Н.С., Жунисова А.Ж., Надырова Э.К.

Республиканский детский реабилитационный центр «БАЛБУЛАК»

В обзоре представлена краткая информация о психокоррекционной работе психолога в реабилитационном центре с детьми ЗПР. Проанализированы все литературы которые применяются в психокоррекционной работе в детском реабилитационном центре «Балбулак». А так же изложены пути и способы повышения успешности и самооценки детей с ЗПР во время занятий.

ТҮЙІНДЕМЕ

«БАЛБҰЛАҚ» РБОО ЖАҒДАЙЫНДА ПСИХИКАЛЫҚ ДАМУЫНДА ТЕЖЕЛУІ БАР БАЛАЛАРМЕН ПСИХОКОРЕКЦИЯЛЫҚ ЖҰМЫС ЖҮРГІЗУДІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Ахметова Н.С., Жунисова А.Ж., Надырова Э.К.

«БАЛБҰЛАҚ» Республикалық балалар оңалту орталығы

Бұл шәлуда балалар оңалту орталығындағы психикалық дамуы тежелген балалармен жүргізілетін психокоррекциялық жұмыс жайында қысқаша ақпарат берілген. «Балбұлақ» оңалту орталығында психокоррекциялық жұмыста қолданылатын барлық әдебиеттер талданған. Сонымен қатар психикалық дамуы тежелген балалардың өзін-өзі бағалауын сабақ барысында көтерудің жолдары мен амалдары баяндалған.

SUMMARY

FEATURES PSYCHOCORRECTIONAL WORK OF PSYCHOLOGIST WITH CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION UNDER RDRTS "BALBULAK"

E.K. Nadirova, N.S. Akhmetova, A.Zh. Zhynisova

Republican Children's Rehabilitation Center "Balbulak"

This review is a summary of the psychocorrectional work of psychologist in a rehabilitation center with mental retardation children. Analyzed all the literature which are used in psychocorrectional work in children's rehabilitation center "Balbulak". And also set out ways and means to enhance the success and self-reports of children with mental retardation in the classroom.

«БАЛБҰЛАҚ» РЕСПУБЛИКАЛЫҚ БАЛАЛАР ОҢАЛТУ ОРТАЛЫҒЫНДА АУТИЗМІ БАР БАЛАЛАРМЕН АВА – ТЕРАПИЯСЫН ЖҮРГІЗУ МӘСЕЛЕСІ

Ахметова Н.С., Жүнісова А.Ж., Мухамадиева Ш.К.

«Балбұлақ» Республикалық балаларды оңалту орталығы

Негізгі сөздер: аутизм, дерт, нұсқау, дағдыландыру.

Ключевые слова: аутизм, болезнь, инструкция, приобретение навыков.

Keywords: autism, disease, instruction skills.

Зерттеудің көкейтестілігі:

Аутизм – бұл бас миының дамуының бұзылысы салдарынан туындайтын тежелу. Ол әлеуметтік әрекеттестіктен оқшауланумен және өзара қарым-қатынас жасаудың жетіспеушілігімен, қайталанатын іс-қимылмен және қызығушылықтың шектелуімен анықталады. Жоғарыда көрсетілген белгілер үш жасқа дейін байқалады. Бүгінде аутизмнің шығуын зерттеушілер тұқымқуалаушылықпен байланыстырса, екіншілері туылғанда болатын ақаулармен немесе балаға салынатын егулердің салдарынан болатын дерт деп есептейді. Бірақ, аутизмнің пайда болуына ықпалын берген нақты себептер ғылыми тұрғыда әлі анықталмаған [1]. Аутист балалар психикалық дамуында тежелуі бар балалармен салыстырған өздеріне тән мінез-құлық ерекшеліктері бар. Бүгінде біздің елімізде де аутист балалар сирек кездесетін жәйт емес. Біздің «Балбұлақ» Республикалық балалар оңалту орталығында жүйке жүйесі мен психикасы зақымдалған балалар емделетіндіктен аутист балалар да ауысым сайын болатыны анық. Сондықтан біздің орталық оларды қоғамдық өмірге бейімдеу мақсатында аутисттердің мінез-құлқын түзеуге тиімділігі мол деп табылған АВА терапиясын ендіруді 2015 жылдың қыркүйек айынан бастап қолға алды. Ол үшін орталықтағы психолог мамандардың кәсіби біліктілігін көтеру үшін арнайы АВА терапиясы курсына жіберіп, біліктілігімізді арттырды. Осы курстың бірнеше сатысын меңгергеннен кейін АВА терапиясын біз «Балбұлақ» балалар оңалту орталығында 2015 жылдың 18 желтоқсанынан айынан бастап тәжірибие жүзінде жүргізе бастадық.

Зерттеудің мақсаты: оңалту орталығына аутист диагнозмен түскен балалардың мінез-құлқын АВА терапиясы арқылы түзету.

Материалдар менәдістер: сабаққа барлығыб аутист бала қатысты. Сабаққа психикалық дамуы жа-

сына сай және психикалық дамуында тежелуі бар балалар алынған жоқ.

Оңалту орталығының психолог маманы бала орталыққа түскен күні оның даму картасының тарихына қарап, диагнозын қарайды. Онан соң VB/MAPP хаттамасына сәйкес баланың дағдыларын есепке алып, алғашқы тексеруден өткізеді. Ескеретін жәйт орталықтың психолог маманы міндетті түрде психиатр маманымен баланың диагнозы жөнінде кеңеседі. Тек соның негізінде психолог баланы жеке сабаққа алады. Сабаққа жоспарды әр баланың жеке және дербес ерекшеліктерін есепке ала отырып, әрқайсысына жеке-жеке жоспар құрады. Әдетте жеке сабақ 40 минуттан өткізіледі. Оның ұзақтығы ауысымның соңына дейін жүреді, яғни шамамен жеке 18 сабақ. Психокоррекциялық сабақ әдеттегі психикалық дамуында тежелуі бар балалардың сабағына қарағанда ерекше өтеді. Сонымен бірге сабақтың көлемі де өзгеше яғни ұзақтығы жағынан үлкен. Осы тұрғыда біз АВА-терапиясын жүргізудің ерекшелігі жөнінде психолог мамандар мен аутист балалардың ата-анасына біршама мағұлмат беруді жөн деп санаймыз.

АВА бағдарламасын немесе қолданбалы мінез-құлықты талдау жеке бір адамға белгілі бір жоспар ретінде қарастырылуы мүмкін. Өйткені адамда белгілі бір мінез-құлық түрлеріне байланысты бір әрекет тән және егер баланың қандай да бір мінез-құлқына сіздің реакцияңыз және бірізділікпен болса, онда ол балаға түсінікті болады. Осыған сәйкес баланың сізді түсінуі оңай болады. Сіздің қатысуыңыз балаға тыныштандыруға ықпал етеді, ол өзара әрекеттесу үшін ашыла бастайды. Аутизмді бар көптеген балалар мен ересектер компьютерді олардың түсінікті «тілі» үшін жақсы көреді. АВА бағдарламасы өзінің әрекетінің бірреттілігі мен реакциясының кезеңіне қарай компьютермен салыстыруға болады. Компьютерде сәтті жұмыс жасау немесе ойнау үшін балаға қажетті бұйрық тетігін басу керек. Белгілі бір тетікті басқан соң ол нәтижеге қол жеткізеді. Ол музыка таңдау немесе компьютерді қосу немесе өшіруге ниет болуы мүмкін. Мұнда ең бастысы тұрақтылық, пайдаланудағы қарапайымдылық және бірізділіктің болуы керек. Компьютердің тышқанын пайдалану -

балаға жағдайды басқару сезімін береді. Егер оған белгілі бір бұйрық берілмесе, компьютер музыканы ойнатпайды және ол балаға компьютерді қашан өшіру керектігін айтпайды. Ол бұйрық жүргізбейді. Ол тек бұйрыққа жауап береді. АВА-терапиясын зерттеуші Р.Шрамм: «Егер сіз балаға түсінікті боламын десеңіз сіздің тіліңіз анық, қысқа және сөзбен және әрекетпен өзара бірізділік керек яғни дәл сол компьютер тілі тәріздес болу керек» - дейді [2].

Стандартты тестілеудің міндетті бөлігі баланың мінез-құлық бақылауы болып табылады. Бақылаушы (психолог) оған қандай да бір әрекетті орындауды сұрауы керек. Мысалы, секіру немесе алақанмен шапалақтау немесе қандай да бір дыбысты қайталау.

Әдетте аутизмді бар бұрын АВА/ВВ бағдарламасы бойынша шұғылданбаған балалар бұл дағдыларды меңгерген және оны өз ынтасы бойынша спонтанды (яғни ішкі себептермен пайда болған) көрсетеді. Бірақ, дайындықтан өтпеген балалар өтініштерді жиі түсінбейді немесе нұсқауды орындағысы келмейді. Егер бала ересек адамның талабын орындамаса дағдыларын тестілеу барысында көрсетпесе бақылаушы (психолог) «-» таңбасын қояды. Яғни бұл тағсырманы орындамады деген мағынаны білдіреді. Нәтежесінде балаға тек «аутизм» диагнозы қойылып қана қоймай, «дамудың тежелуі» немесе «ақыл-ой дамуының тежелуі» деген диагноз қойылады. Аутизмді бар балалар ақыл-ой қабілетін және мейірім, ой ұшқырлығы сияқты жеке тұлғалық қасиеттерін жоғалтпайды бірақ, бұл қасиеттер мен қабілеттер бір-бірімен ұштаспайды. Балалар бұл қасиеттерді қажетті жағдайда көрсетпейді. Бір жағынан егер баладан секіруді сұрағанда ол секірмесе бұл оның мүлдем секіре алмайды деген сөз емес немесе ол одан секіруді сұрағанда секіруді үйрене алмайды деген ой емес. Дәл солай дыбыстармен де болуы мүмкін. Мәселен, бала белгілі бір дыбысты өз бөлмесінде жалғыз қалғанда айтады, бірақ, одан ересек адам сұраса орындамайды. Бұл оның сөйлеуге қабілеті жоқ деген сөз емес, ол сіздің өтініштеріңіз бен нұсқауларыңызды орындау үшін ынтасы жоқтың дәлелі яғни сізге бұл дағдыларды қалыптастыруға мәжбүр жағдайда тұрғанымыздың айғағы.

АВА/ВВ әдістерін түсініп және пайдалану бір әмбебап мекемені салып жатқан құрылысшының жұмысына өте ұқсас. Оқу бақылауын меңгеру үрдісі болашақта баламен өзара қарым-қатынастың фундаментінің берік және жақсы орнауына кепілдік болады. Сіздің одан әрі қарай салған құрылысыңыздың сапасы осы фундаменттің беріктігіне байланысты болады. Кейбір ата-аналар былай айтады: «бала менің беделімді мейіндамайды». Балаңыздың көзінше беделді болудың ең жақсы жолы – бұл АВА –терапиясының оқу бақылауын меңгеру яғни тиімді оқыту үрдісінің 7 баспалдағын игеру болып табылады [3].

Оқу бақылауын қалыптастырудың 7 баспалдағы:

Бірінші қадам. Бала әрқашан сіздің ол ұстайтын ойыншықтарын немесе ол алғысы келетін басқа да заттарын сіздің қолыңызда екенін білуі керек. Бұл заттарға сіздің бақылау жасауыңыз оқу бақылауын қалыптастырудың ерте кезеңінде өте маңызды орынға ие. Бірақ бала өзіне ұнаған заттардан түгелінен айрылады деген сөз емес. Керісінше, ол баланың өзі-жақсы ұстаса және қарапайым нұсқауларды орындауына мүмкіндік алады.

Екінші қадам. Балаға сізбен қызығырақ екенін дәлелдеңіз. Қарым-қатынастың әрбір кезеңі баланың өміріне жаңа тәжірибие енгізіп, оған қызықтар әкелуі тиіс. Ол баланың сіздің нұсқауыңызды өз ниетімен орындап, сізбен көп уақыт өткізуі үшін керек. Бала ойнап жатқан заттарды атаңыз. Қарым-қатынас барысында хабарлау сөйлемін пайдаланыңыз. Сонымен бірге баламен ойнаңыз. Оған жалғыз ойнағаннан гөрі басқа адамдармен бірге ойнау қызық екенін түсіндіруге тырысыңыз. Егер баламен ойнау білмесеңіз сізге оны үйрену керек. Себебі ойын сіздің жақсы мұғалім болуыңыз үшін өте қажет. Әрбір ойынан кейін оның балаға берген әсері жайлы өзіңіз жазып жүріңіз. Ойынның балаға қызық болуын әрі оны жалықтырмауын қадағалаңыз. Балаға ұнаған ойынды есепке алып жүріңіз.

Үшінші қадам. Балаға сізге сенуге болатынын көрсетіңіз. Әрқашан өз ойыңызды ашықайтыңыз. Егер сіз балаға нұсқау берсеңіз ал, ол орындамаса ол тапсырманы орындамағанынша қосымша зат бермеңіз. Бұл қадам сізге балаға жетістікке жетуге көмек беруге мүмкіндік береді егер ондай тек қажеттілік туындаған жағдайда. Баламен қарым-қатынас жасау барысында бұйрық тілін пайдаланыңыз. Бұл тіл сабақтың барлық уақытының 25% алуы керек. Бұйрық тілі дегеніміз – бұл сіздің баладан қандай да бір реакция (ым-ишара, сөздер, әрекеттер) күтетініңізді көрсететін қарым-қатынастың бір түрі болып табылады. Баладан бірдеңе талап етпес бұрын сіз одан не күтетініңізді яғни сұраққа қандай жауап естігіңіз келетінін түсінуіңіз керек. Егер сіз баланы тыңдамаған уақытында сый беретін болсаңыз, бала ерте ме кеш пе осы оқу түрін таңдайды. Себебі сіз оған осы оқу түрін мақұлдап тұрсыз.

Бұйрық тілімен берілетін талаптарды бала бір күннің ішінде және әртүрлі уақытта орындауы керек. Кейбір кезде сіз оны бала теледидар көргісі келгенде оқытып үйретуіңізге болады. Мәселен, бала теледидарды көру үшін белгілі бір тапсырманы орындауы тиіс егер ол орындаса теледидар көреді ал, егер орындамаса көрмейді. Ал, егер ол тапсырманы орындаған жағдайда теледидарды қосыңыз, біраз уақыт көргеннен кейін оны ақырындап өшіріп келесі тапсырмаға нұсқау беріңіз.

Төртінші қадам. Балаға тек сіздің нұсқауыңызды орындағанда ғана ол қалаған заттарына қол жеткізе алатынына көзін жеткізіңіз. Мүмкіндік туған бойда балаға жиі жеңілдеу нұсқауларды беріңіз және оның сол нұсқауларды орындауға талпынысына сый беруді ұмытпаңыз, жағымды тәжірибие жинақтаңыз.

Бесінші қадам. Бекітуге қосымша зат әдісіні пайдаланыңыз. Оқу бақылауын меңгерудің бастапқы кезеңінде яғни сіздің нұсқауларыңызды орындауға жағымды реакция көрген сәттердің барлығында. Барлық уақытта қосымша заттың болуы бұл баланың мінез-құлқын түзету мақсатында жиі пайдаланылады. Мәселен, әрбір адам өзіне сыйлық алу немесе тіпті бір мадақтау сөзге жету үшін сол берілген жұмысқа жанын салып тер төгеді. Бұл ереже дәл солай. Егер мақсатқа жетем десең нұсқауды орында. Осыдан кейін барып бала сізді түсіне бастайды. Бала сүйікті заттарына қол жеткізудің басты жолы ол сізді тыңдау және осыған сәйкес ол нұсқауларды орындауға тырысады. Ең соңында ол сізбен оқуға мүмкіндікті өзі іздейді себебі оның жақсы көретін ойыншықтары сіздің қолыңызда.

Алтыншы қадам. Балаңыздың және өзіңіздің

мақсаттарыңызды жақсы білетініңізді көрсетіңіз. Сіздің балаңыз үшін қосымша зат ретінде пайдалануға болатын әрбір затты бақылап, оны үнемі жазып отырыңыз. Сонан соң оның әрбір жағдайда қай затты қалайтынын бақылаңыз. Оның таңдауы әрдайым өзгеріп отыруы мүмкін. Сондықтан сізге оның сабақ барысындағы талғамын байқау сізден үлкен байқампаздықты талап етеді. Баланың таңдауларының тізімін жасап, баламен қарым-қатынас жасайтын барлық ересектерге оның тізімін беріңіз. Берілетін сыйлықтардың кезектесуін қадағалаңыз. Әйтпесе оның қызығушылығы тез кетіп қалуы мүмкін. Сыйлықтың ең жақсысын баланың әлеуметтік дағдыларды меңгеру жұмысына жұмсағаныңыз жөн. Мысалы: дәретханаға үйрету, сөйлеуді дамыту сияқты.

Жетінші қадам. Балаға айтқанды орындамау немесе нұсқауды елемей оның қалаған затына қол жеткізуін қиындатады.

Нәтижесі: міне, жоғарыда аталған ережелерді басшылыққа ала отырып, біз жүргізген сабақтардың нәтижесінде мынандай жетістіктерге қол жеткіздік:

№	Өткізілген сабақтардың тақырыптары	Сабаққа алынған барлық бала	үйренді	көмекпен	өзгеріссіз
1	Дене мүшелерін ажырату, сларды атау	9	4	5	-
2	«қане үй құрастырайық», «жануарлар», «көлеңке» домичо ойынын баламен жұппен ойнауға үйрету	11	5	6	-
3	Баланы топтық ойынға үйрету	7	3	4	-
4	Баланың өз-өзіне қызмет көрсету дағдыларын үйрету (қасық ұстату, қасықпен жеу, кесемен ішу)	3	-	3	-
5	Қимыл-қозғалысты имитациялау	6	2	4	-
6	Біртекті бұйрықты орындау	12	5	7	-
7	Визуальді салыстыруды қалыптастыру	5	3	2	-
8	Тыңдау дағдысын қалыптастыру	12	7	5	-
9	«Суреттерді салыстыру» көру қабылдауын жақсарту	8	4	4	-
10	Сурет бойынша әңгіме құрастыруға оқыту	2	1	1	-

Жақсарғаны: 7

Едәуір жақсарғаны: 5

Өзгеріссіз: 0

Осылайша АВА терапиясы аутист балалардың мінез-құлқын түзетуде өз тиімділігін дәлелдеді. Сондықтан жоғарыда аталған қадамдарды психолог мамандар жұмыс барысында басшылыққа алуы керек және оны баланың үйдегі ата-аналарына міндетті түрде үйретуі керек деп есептейміз.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Гугл. Сайты Википедия Аутизм.
2. Р.Шрамм «Детский аутизм и АВА» Екатеринбург., 2013.
3. Патрик Сансон. Психопедагогика и аутизм: опыт работы с детьми и взрослыми. М., Теревинф 2012.

РЕЗЮМЕ

ПРОБЛЕМА ПРОВЕДЕНИЯ АВА ТЕРАПИИ С АУТИСТАМИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ «БАЛБУЛАК»

Ахметова Н.С., Жүнісова А.Ж., Мухамадиева Ш.К.

Республиканский детский реабилитационный центр «БАЛБУЛАК»

В обзоре представлена краткая информация о диагнозе аутизм. А так же влияния АВА терапии на поведение ребенка, и о результатах занятия если, специалист в своей работе будет эффективно использовать эту методику. А так же основные шаги применения этой методики указаны поочередно.

ТҮЙІНДЕМЕ

«БАЛБҰЛАҚ» РЕСПУБЛИКАЛЫҚ БАЛАЛАР ОҒАЛТУ ОРТАЛЫҒЫНДА АУТИЗМІ БАР БАЛАЛАРМЕН АВА – ТЕРАПИЯСЫН ЖҮРГІЗУ МӘСЕЛЕСІ

Мухамадиева Ш.К., Ахметова Н.С., Жүнісова А.Ж.

«Балбұлақ» Республикалық балаларды оғалту орталығы

Түйіндеме: Бұл шолуда АВА терапиясының аутизм диагнозы бар баланың мінез-құлқына берер әсері, оны маманның тиімді іске асырған жағдайда алынатын нәтижесі жайында жазылған. Сонымен бірге ссы әдістің негізгі жеті қадамы рет-ретімен көрсетілген.

SUMMARY

THE PROBLEM OF TREATMENT OF ABA AUTISTIC PATIENTS IN THE REPUBLICAN REHABILITATION CENTRE "BALBULAK"

N.S. Akhmetova, A.Z. Zhynisova, Sh.K. Mukhamadieva

Republican Children's Rehabilitation Center "Balbulak"

This review is a summary of the diagnosis of autism. And also influence of ABA therapy on the child's behavior, and the results of a class if an expert in their work will effectively use this technique. As well as the application of the basic steps of this procedure are given alternately.

«БАЛБҰЛАҚ» ОҢАЛТУ ОРТАЛЫҒЫНДАҒЫ ПСИХИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЖАЛПЫ СӨЙЛЕУ ДАМУЫНЫҢ ТЕЖЕЛУІ БАР БАЛАЛАРМЕН ЛОГОПЕДИЯЛЫҚ ЖҰМЫСТАР

Ахметова Н.С., Жүнісова А.Ж., Аханова А.А., Салмабаева Ж.М.
«Балбұлақ» Республикалық балалар оңалту орталығы Алматы қ.

Негізгі сөздер: балалар церебральді сал ауруы, жалпы тіл бұзылысы, логопедиялық жұмыстар, артикуляциялық жаттығулар.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, общее нарушение речи, логопедическая работа, артикуляционные упражнения.

Keywords: cerebral palsy, general disturbance of speech, logopedic work, articulation exercises.

Зерттеудің көкейтестілігі: Елімізде мүмкіндігі шектеулі азаматтарымыздың қоғамның белсенді мүшесі болуы үшін барлық жағдайлар жасау туралы мәселе жиі айтылып келеді. Елбасымыз Н.Ә.Назарбаевтың соңғы жолдауында «...мүмкіндігі шектеулі азаматтарымызға көбірек көңіл бөлу керек. Олар үшін Қазақстан кедергісіз аймаққа айналуға тиіс. Бізде аз емес ондай адамдарға қамқорлық көрсетілуге тиіс – бұл өзіміздің және қоғам алдындағы біздің парызымыз. Бүкіл әлем осымен айналысады» - деп айтты [1]. Осы мақсатта мүмкіндігі шектеулі балаларды өмірге бейімдеу, білім беру, қоғамдық өмірге белсенді араластыру мақсатында құрылған оңалту орталықтарында атқаратын рөлі орасан зор. Дәл осы оңалту орталығында бала кішкентайынан әртүрлі медициналық-педагогикалық, психологиялық және әлеуметтік қызметтің көмегіне жүгіне алады.

Балалар церебральді сал ауруы – бұл тек қимыл-қозғалыстың бұзылуына ғана емес, ақыл-ойдың тежелуі мен патологиясына, сөйлеу кемістіктеріне, есту және көру бұзылыстарына әкелетін орталық жүйке жүйесінің күрделі ауруы болып табылады.

Біздің орталыққа келетін балалардың басым көпшілігі 60%-ы БЦС диагнозымен түсетін болғандықтан, соған сәйкес психикалық және сөйлеу дамуында тежелуі бар балаларда көп кездеседі. айтылып отырған мәселе өз дәрежесінде түсінікті болуы үшін біз көпшілікке психикалық және сөйлеу дамуында тежелуі бар балалар туралы толық ақпарат беруді жөн деп санаймыз.

Психикалық дамуы тежелген балалардың сөйлеуінің ырғағының қарқыны баяу болады. Сонымен бірге олардың сөздік қоры аз, сөйлеу сапасының

бұзылыстарының көптігімен ерекшеленеді. Бұл санатқа жататын балалардың сөйлеуін дамыту туралы мына ғалымдар біршама зерттеу жұмыстарын жүргізген. Олар: В. А. Ковшиков, Ю. Г. Демьянов, З. Тржесоглава, Е. В. Мальцева және т.б. Әдетте ақыл-ой дамуы сақталған балалармен салыстырғанда психикалық дамудың тежелуінде сөйлеу бұзылыстарының барлық түрлері бар. Сонымен қатар психикалық дамуында тежелісі бар балаларда дауыстың дыбысталу бұзылысы психикалық дамуы өз жасына сай балаларға қарағанда жиі кездеседі. Ғалым Е. В. Мальцеваның пікірінше, психикалық дамуы тежелген кіші мектеп жасындағы оқушылардың 29,9% дауыс дыбысталуында бұзылыс бар, яғни жалпы психикалық дамуы тежелген сөйлеу бұзылысы бар балалардың санының 76,3% құраған. Зерттеуші В. А. Ковшикова және Ю. Г. Демьянованың пікірінше психикалық дамуы тежелген 7—9 жастағы балалардың 70% дауысты дыбыстауында бұзылыс бар екені байқалған. Сонымен бірге жалпы білім беретін мектептің бастауыш сынып оқушыларының дауысты дыбыстаудың бұзылысы тек 4% оқушыны құраған. Дауысты дыбыстаудың бұзылысы 1-ші сынып оқушыларының арасында кең тараған (55,8%, Е. В. Мальцеваның мәліметі бойынша). 4-ші сыныптарда бұл көрсеткіш әлдеқайда төмендеген (20,5%) [2].

Жалпы сөйлеу дамуының тежелуі деп – орталық жүйке жүйесі зақымдалуының салдарынан сөйлеу қабілетінің жүйелі дамымауы немесе сөйлеу аппаратының перифериялық бөлімінің зақымдалуын (алалия, афазия, дизартрия, ринолалия) айтамыз. Р.Е.Левина бойынша сөйлеудің дамуының үш деңгейі бар. Оны келесідей үлгімен сипаттап көрсетуге болады:

I деңгей – жалпы қолданыстағы сөздердің аз санын пайдалану арқылы күмбірлеп сөйлеу;

II деңгей – қарым-қатынас барысында фразаларды пайдалануға талпыну, сөйлеуді бастау;

III деңгей – лексика-грамматикалық және фонетикалық-фонематикалық дамымаудың элементтерімен фразалық сөйлеу.

Логопедиялық ықпал етудің құралдары: дыбыстауды түзетудің арнайы әдісі

яғни, ең алдымен сөйлеу жаттығулар жүйесі мен артикулярлық гимнастика жүйесін дұрыс құрастыру. Қосымша уқалау пайдаланылады.

Дыбысты дұрыс емес айтуды түзету үрдісінің барлығы жалпы үш кезеңге бөлінеді: а) дыбысты қою; б) дыбысты автоматтау; в) араласқан дыбыстарды ажырату.

Дыбысты қою бірнеше бірізді тәсілдермен жүргізіледі:

1.Қажетті артикуляциялық дыбыс төсеу одан да қарапайым артикуляциялық қимыл-қозғалысқа мүшеленеді, яғни тіл мүкістігін дайын артикуляциялық гимнастика жолымен түзету. Көп қайталаулардан кейін жаттықтырған қимыл-қозғалыстың кинестетикалық түйсінуі автоматтандырылып, бала оны тез әрі дұрыс айтуға дағдыланады.

2.Қарапайым дайындалған қимыл-қозғалыстар кешенді қимыл-қозғалысқа енгізіліп, қажетті дыбыстың дұрыс артикуляциялық төсеуі қалыптасады.

3. Дұрыс төсеуді қайта жаңғыртқан кезде дауысты демалу ағысы қосылады да бала өзі түшін кенеттен қажетті дыбысты шығара бастайды. Есту зейіні кейбір дұрыс дыбысты айтуды бекітуден кейін қалыптасады. Сонан соң қажетті дыбысты айтуға тікелей талап қойылды. Бірнеше және қатесіз көп қайталаудан кейін оның қойылымын аяқталды деп есептеуге болады.

Психикалық дамуы тежелген балалардың психологиялық ерекшеліктерін есепке ала отырып, жүргізілетін логопедиялық жұмысты біз бірнеше бағытта жүргіземіз:

- ойлау операцияларын дамыту яғни талдау, салыстыру, жалпылау;
- көру қабылдауын дамыту, талдау, көріп есте сақтауды дамыту;
- еске сақтау, ес қабілетін дамыту, кеңістікті еске сақтауды қалыптастыру;
- зейін, ес, есту қабылдауын дамыту;
- артикулярлық моториканы және моторлық даму бұзылыстарын түзету;
- сөз құрылымының және дауысты дыбыстау бұзылыстарын түзету;
- лексиканы дамыту (сөздік қорын дамыту, сөздің мағынасын нақтылау, лексикалық жүйені қалыптастыру, сөз арасындағы байланыстарды бекіту);
- сөйлем құрылымын талдауды қалыптастыру;
- коммуникативті, танымдық және ретпен сөйлеу қызметін дамыту;
- психикалық дамуы тежелген балалармен түзету-логопедиялық ықпал ету жұмысы айрықша және кешенді түрде көзқарас танытуды талап етеді.

Материалдар мен әдістер: Аталған міндеттерді өз дәрежесінде дұрыс шешу үшін диагностикалық кезең маңызды. Себебі оның барысында бұзылыстардың себебі анықталып, баланың жеке ерекшеліктері

айқындалады. Логопедиялық тексеру күрделі бұзылыстары бар барлық балаларға қатысты кең диапозондағы мәселелерге бағытталып жүргізіледі. Орталыққа түскен балаларды алғашқы тексеруден өткізгеннен кейін біз СДТ және ПДТ бар балаларды логопедиялық жеке түзету-дамыту сабағына аламыз. Соның бірі біздің орталыққа 2015 жыл бойына 7376-ла логопедтің алғашқы тексеруінен өткен. Оның ішінде 74-і дизартриямен, 32-і жалпы сөйлеу дамуының тежелуімен бірге дизартриясы бар 442 бала логопедтің сабағына алынған. Жалпы сөйлеу дамуының үш деңгейі бар екенін ескерсек, бұл бағыт бойынша барлығы 189 бала болған. Олардың барлығына Е.М.Новикованың әдісі бойынша логопедиялық зондпен массаж жасалынады. Сонымен қатар артикуляциялық жаттығулар, тыныс жаттығулары, дыбыстарды қою, машықтандыру және ажырату жұмыстарын жүргізілген. Сондай-ақ фонематикалық есту қабілетін арттырылған [3,4986]. Сабақ әр баламен жеке түрде 20 минуттан жүргізіледі. Жоғарыда айтылған мақсаттар мен міндеттерге сәйкес біз СДТ және ПДТ балалармен төмендегідей сабақ түрлерін жүргіздік. Яғни олармен ойлау мен сөйлеуді дамытуға арналған әртүрлі ойын түрлерін жүргіздік, артикуляциялық жаттығулар жасадық, ауыз қуысына Новикованың әдісі бойынша массаж жасадық. Сонымен бірге қазіргі заманға сай талап бойынша логопедиялық сабақты компьютерлік құрылғыларсыз елестету мүмкін емес. Сондықтан біз өз сабақтарымызда «ДАС-БОС» және Дельфа-142.1» компьютерлік тренажерін пайдаланамыз. Енді аталған жұмыстарға толығырақ тоқталсақ. Балаға арнайы төмендегідей ойын түрлерін жүргіздік.

Ойын «Сөйлемді аяқта және қарсы сөздерді ата».

Піл үлкен, ал маса...

Тас ауыр, ал үкі...

Күлше қыз мейірімді, ал өгей шеше...

Қыста ауа райы - суық, ал жазда...

Ағаш биік, ал, бұта...

Ата кәрі, ал немересі...

Сорпа ыстық, ал компот...

Сүт сұйық, ал қаймақ...

Сатушы сатады, ал сатып алушы...

Қоян тез секіреді, ал тасбақа баяу қозғалады...

және т.б.

Ойын «Мынау қандай жануар екенін тап!».

Күзетеді, тістейді, үреді - бұл не?

Мяулайды, сыпайды, тырнайды - ...

Мөңірейді, шайнайды, жүреді - ..

Ұшады, ызылдайды, шағады - ... және т.б.

Ойын «Қандай?»

«Қыс» тақырыбы бойынша «қандай?» сұрағына жауап беретін сөздерді ойлап, шамасы келгенше көп сөздерді табу керек.

Күн (қандай?)...

жел ...

аспан

...

Қар ... қырау ... шыр-
ша... аяз...
Ауа райы ... күндіз ...
Ауа ... ағаш... күртік қар...
Ойын «Не істеді?»
«Қыс» тақырыбы бойынша «қандай?» сұрағына
жауап беретін сөздерді ойлап, шамасы келгенше көп
сөздерді табу керек.
Күн (қандай?)... жел ... аспан
...
Қар ... қырау ... шырша
... күндіз ...
Ауа райы ...
аяз...
Ауа ... ағаш... күртік
қар...
Бұл ойынға ұқсас етіп барлық жыл мезгілдерін ай-
тып шығуға болады..
«Жеміс-жидектер мен көкөністер» ойыны.
Аталған тақырып бойынша «не?» сұрағына жауап
беретін сөздерді ойлап табу.
Үлкен... кіші... ірі...
дөңгелек... ұсақ...қатты...
жұмсақ... тәтті... дәмді...
ашы... сап-сары... көкпеңбек...
қызыл... жасыл... қара...
ұзын... піскен... шырынды...
балғын ... қытырлақ ...және т.б.
«ДАС-БОС» логотерапиялық компьютері мен
компьютерлік тренажер «Дельфа-142.1» патология-
сында сөйлеу қабілетінің әртүрлі бұзылыстары бар

балалардың жалпы сөйлеуінің тежелуін түзетуге
арналған тұтас аппаратты-бағдарламалық кешен.
Олардың бағдарламасының мазмұны балалардың
сөйлеуіндегі дыбыстауды қалыптастырудағы
кемшіліктерді игеруге бағытталған жаттығулардан
тұрады (дұрыс сөйлеудегі тыныс алуды қою, дауыстың
күшін ерікті түрде өзгертуге, фонематикалық
қабылдауды толыққанды дамыту, сөздері жаппай
және буындап оқыту т.с.с.); сөйлеудің лексикалық-
грамматикалық жақтарын түзету (дыбыстық әріпті
грамматикалық жалпылаумен жұмыс, сөздік
қорын байыту) сонымен бірге жазу және оқудың
бұзылыстарының алдын-алу немесе түзету сияқты
түрлі ақпараттар қарастырылған. Бала аталған ком-
пьютерде арнайы логопедиялық жаттығуларды 20
мин. ішінде орындап, тілін жаттықтырады. 2015 жыл
бойына аталған компьютерлерде жалпы сөйлеу
дамуының тежелуі және дизартриясы бар барлығы
161 бала сабаққа алынған. Дәлірек айтқанда, «ДАС-
БОС» -та - 70, «Дельфа-142.1» - 91 бала логопедиялық
жаттығуларды орындаған. Сабақ нәтижесінде барлық
баланың сөйлеу қабілетінде оң нәтижелер көрінген.

Қорытынды. Психикалық дамуында тежелуі бар
балалардың сөйлеуінің бұзылысының кең таралуы
бұл мәселені одан әрі зерттеуді талап етеді. Сонымен
бірге бұл балалардың сөйлеу дамуын қалыптастыру
үшін логопед мамандардың кәсіби біліктілігін одан
әрі жетілдіру мен мәселені тиімді шешудің жолдарын
қарастыруды қажет етеді. Логопедия ғылымы бой-
ынша жүргізілген зерттеулердің көпқырлылығына
қарамастан, бұл мәселе әлі де өзекті болып қалады.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. ҚР Президентінің Халыққа Жолдауы «Еге-
мен Қазақстан» 2015ж
2. М.В.Жигорева. Дети с комплексными нару-
шениями в развитии: педагогическая помощь 2-е
изд. М., 2008.
3. А.Айтбаева «Коррекциялық педагогика
негіздері» А., «Қазақ университеті» 2011.
4. А.А.Аханова. «Балбұлақ» оңалту
орталығында жалпы сөйлеу дамуы тежелуі бар
балаларға логопедиялық көмек». «Педагогика

мен психологиядағы қазіргі тенденциялар: теори-
ядан практикаға» тақырыбындағы халықаралық
ғылыми-практикалық конференцияның матери-
алдары. А., 2013.

5. Ж.М.Салмабаева «Жалпы сөйлеу дамуының
тежелуін түзету жұмысында «Дельфа-142.1»
логопедиялық тренажерін пайдалану» Хабаршы,
А., 2013.

6. Б.А.Есенбаева «Оңалту орталығында тәрбие
жұмысын ұйымдастыру» А., 2015

РЕЗЮМЕ

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ «БАЛБУЛАК»

**Ахметова Н.С., Жүнісова А.Ж., Аханова А.А., Салмабаева Ж.М.,
Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак»**

В обзоре представлена для повышения эффективности работы логопеда и развития речи детей с задержкой психического и речевого развития информационные технологии как «Дельфа», «Дас-Бос» и артикуляционные упражнения. Даны рекомендации по развитию речи разными логопедическими упражнениями.

ТҮЙІНДЕМЕ

«БАЛБҰЛАҚ» ОҢАЛТУ ОРТАЛЫҒЫНДАҒЫ ПСИХИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЖАЛПЫ СӨЙЛЕУ ДАМУЫНЫҢ ТЕЖЕЛУІ БАР БАЛАЛАРМЕН ЛОГОПЕДИЯЛЫҚ ЖҰМЫСТАР

**«Балбұлақ» Республикалық балалар оңалту орталығы
Ахметова Н.С., Жүнісова А.Ж., Аханова А.А., Салмабаева Ж.М.**

Бұл шолуда психикалық дамуы тежелген балалардың сөйлеуін дамыту үшін қойылатын дыбыстық қою, артикуляциялық жаттығулар, «Дельфа», «Дас-Бос» тәрізді ақпараттық технологияларды логопедтің жұмысында тиімді пайдалану жайында айтылған. Тіл дамыту жұмысында қолданылатын әртүрлі логопедиялық жаттығулар ұсынылған.

SUMMARY

SPEECH THERAPY WORK WITH CHILDREN WITH LEARNING DISABILITIES AND SPEECH DEVELOPMENT IN CHILDREN'S REHABILITATION CENTER "BALBULAK"

**N.S. Akhmetova, A.Zh. Zhynisova., A.A. Ahanova, Zh.M. Salmabaeva Republican Children's
Rehabilitation Center "Balbulak"**

The review is presented for improving the efficiency of speech therapy and language development of children with mental and speech development of information technologies as "Delphi", "Das-Bos" and articulation exercises. The recommendations on the development of speech in different speech therapy exercises.

ЦЕРЕБРАЛЬДІ САЛ АУРУЫНА ШАЛДЫҚҚАН БАЛАЛАРДЫ ӨЗІН-ӨЗІ ДАМУЫҒА ЫНТАЛАНДЫРУ ЖҰМЫСЫНДА МОНТЕССОРИ ДИДАКТИКАЛЫҚ ҚҰРАЛ-ЖАБДЫҚТАРЫНЫҢ МАҢЫЗЫ

Ахметова Н.С., Жүнісова А.Ж., Жалилова Г.А.
«Балбұлақ» Республикалық балалар оңалту орталығы Алматы қ.

Негізгі сөздер: балалар церебральді сал ауруы, ұсақ қол моторикасы, Монтессори педагогикасы, оқу-тәрбие жүйесі.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, мелкая моторика рук, Монтессори педагогика, учебно-воспитательная система.

Keywords: cerebral palsy, fine motor skills of hands, Montessori pedagogy, teaching and educational system.

Зерттеудің көкейтестілігі:

Әлем мойындаған М.Монтессори жүйесінің педагогика ғылымында орны ерекше. Оның өсіп келе жетқан ұрпақты жан-жақты әрі үйлесімді және еркін тәрбиелеп, дамыту жолында атқаратын рөлі зор. Өзінің қарқынды дамуын сонау XIX – XXғғ. Еуропа мен Америкада бастаған бұл оқу жүйесі, бүгінде өз құндылығын жоймай, бала оқыту мен тәрбиелеу ісінде біздің еліміздегі білім беру жұмыстарына енгізіліп жатыр. Осы тұрғыда Мария Монтессори жүйесінің әдістемелік ұсыныстары мен негізгі идеясы несімен маңызды деген орынды сұрақ туындайды. Бұған біз М.Монтессори жүйесінің ең бірінші артықшылығы бұл оқу-тәрбие жүйесіндегі адамгершіліктің жоғарылығы және балаға қандайда бір үстемдік жасаудың болмауы деп жауап беруші едік. М.Монтессори жүйесінде балалар өзінің ішкі қызығушылығына сәйкес келетін және өзіне ұнайтын жұмысты педагогтың белгілі бір шектелген көмегімен таңдауына мүмкіндігі бар. Бала өзінің сезімін еркін және спонтанды жаттықтырады, құлшыныс пен ынта қанағаттанушылық сезінеді, себебі ол жұмысын біреудің нұсқауымен емес, өз қалауы арқылы жасап жатыр. Аталған жүйенің тағы бір артықшылығы – оқу-тәрбие іс-әрекетін жекелеуге максимальді түрде мүмкіндік береді. Мәселен, әрбір балаға жеке әрі нақты ойластырылып, құрылған бүгінгі бағдарламалар бала дамуының көп жылға ілгерілеуіне септігін тигізеді.

Монтессори жүйесінің жаңашылдығының маңызы сынып-сабақ жүйесін бұзып, 3 пен 12 жасаралығындағы балалар үшін олардың жеке жұмыс орындау ырғағы

мен өз бетімен орындаушылық қасиеттерін ескере отырып, оқу үрдісінің түпнұсқасын құру болып табылады. Сондықтан да М.Монтессори мектебінде «Бұны маған өз бетімен орындауға көмектес» деген сөз ұран болып қалыптасқан [1].

М.Монтессори педагогикалық жүйесінің негізінде – әрбір өмір бұл еркін белсенділіктің көрінуі деген биологиялық алғышартты қойған. Сондай-ақ ол өз еңбектерінде сабақты баланың өзімен реттеліп, бақыланатын белсенділік деп жазған және де қажетті әрекетті педагог емес, баланың өзі анықтайды деп түсіндіреді. Монтессори ұсынған әдістеменің тікелей мағынасы баланы өз-өзін тәрбиелеуге, өзін-өзі оқытуға және өзін-өзі дамытуға ынталандыру болып табылады.

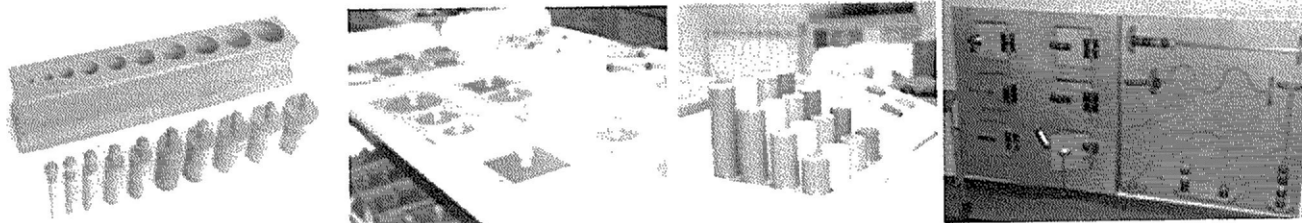
Зерттеудің материалдары мен әдістері: Монтессоридің дидактикалық құрал-жабдықтары табиғи өнімдерден жасалынған. Ол оқу әдістемелік құралдар мен дамытушы ойындардың арасындағы дәнекер тәрізді. Монтессори құрал-жабдықтарының дизайны 100 жыл өтсе де сол дайындалған күнінен ешбір өзгермеген. Барлық ағаш құрал-жабдықтары құнды ағаш түрлерінен жасалған. Дидактикалық құралдардың дайындалуы өте күрделі әрі жоғары сапада жасалғандықтар бұл құрал-жабдықтар өте қымбат тұрады. Бірақ, мүмкіндігі шектеулі балалардың қоршаған орта туралы түсінігін кеңейту, ұсақ қол моторикасын, ой-өрісін, танымдық қабілетін дамыту, қоғамдағы өз орнын табу мен өз бетімен өмір сүруге баулу жұмыстары барлық мәселелерден биік тұруы тиіс. Сондықтан да біздің «Балбұлақ» Республикалық балалар оңалту орталығы мекемесінің басшылары орталықта емделетін мүмкіндігі шектеулі балаларды өзін-өзі дамытуға ынталандыру мақсатында және олардың әлеуметтік ортаға бейімделуін қамтамасыздандыруға көмек беруі үшін монтессори педагогикасының дидактикалық құрал-жабдықтарын 2012 жылы сатып алды.

Монтессори құрал-жабдықтары оның ұсынған жүйесінің маңызды құрамдас бөлігі. Құрал-

жабдықтар баланың өз қателіктерін тауып, оны түзетуге, өзін еркін дамытуға ең бастысы өзіндік белсенділігін жаттықтыруға мүмкіндік беретіндей етіп жасалған. Осы тұрғыда біз сөзіміз дәлелді бо-

луы үшін орталығымыздағы Монтессори құрал-жабдықтарының бірқатар бейнесуреттерін назарларыңызға ұсынуды дұрыс деп есептейміз (сурет №1).

Сурет №1. Монтессори дидактикалық құрал-жабдықтары



Монтессори сыныптары – бұл 2,5-6 жасқа дейінгі әртүрлі жастағы балалар тобы. Бала оқуды бастағанда оған тәжірибесі бар үлкен жастағы балалар көмектеседі. Кейін ол басқаларға көмектесе бастайды. Осыған орай бұл бала өзін әртүрлі адамдардың ортасында және қоғамда өзін-өзі ұстауды үйренеді яғни әлеуметтік өзін-өзі ұстау дағдысын меңгереді. Монтессори сыныбы бірнеше аймақтарды қамтыған. Олар: ірі моториканы дамыту аймағы: онда бала қоршаған ортаны танып білуге, кеңістікте қозғалуға 1-3 жас аралығында аса құштар болады. Себебі бұл кезең баланың қозғалыс пен әрекетті меңгеру кезеңі.

Себеп-салдар байланысы аймағы: жоғарыдан төмен түскен, оңнан солға немесе солдан оңға қарай қозғалған заттардың қозғалысын бақылау арқылы ойлау, зейін қою, қабылдау сияқты қабілеттері дамиды.

Сенсорлық даму аймағы: бұл да маңызды аймақтардың бірі, ондағы материалдар сезім мүшелерінің дамуына жағдай жасайды. Бала сезім мүшесі арқылы заттарды ажыратуға және топтауға үйренеді. 0-3 жас аралығында баланың сезім мүшелері қарқынды дамиды. Мыс: заттардың көлемі, түсі, пішіні, иісі, бұдырмақтылығын т.б. Цилиндрлер блогындағы цилиндрлерді көзбен көріп, оның үлкен, кіші екенін ажыратады, қолмен ұстау арқылы алған білімін кеңейте түседі. Сенсорлық білімдерін ұқсас қасиеттеріне байланысты жұбын табу арқылы немесе қатар тұзу арқылы бекітеді.

Ұсақ моториканы дамыту аймағы: бұл аймақта баланың ұсақ моторикасын дамытуға арналған жаттығулар орналасқан. 1,5-3 жас аралығында баланың ұсақ заттарға деген қызығушылығы белсенді болады. Бұл баланың сипап сезу және тіл дамытуға жауапты бас ми бөлігінің дамуымен байланысты. Мысалы: қарақұмық (гречка) ішінде жатқан ойыншықтарды тереді, манкадағы фасольды елеуішпен елеп алады, қасықпен бір ыдыстан екіншісіне салады.

Сумен жұмыс жасау аймағы: бұл жаттығулар арқылы бала ұсақ моторикасын дамытумен қатар баланың шыдамсыздығын басып сабырлы болуға дағдылануына көмегін тигізеді. Жұмыс соңында өз

қатесін тексеріп, төгілген суды сүртіп артын жинастырып ұқыптылыққа үйренеді.

Тіл дамыту аймағы: ауызекі тіл қарым-қатынастың басты құралы, оқу мен жазудың негізі болып саналады[2].

Осы тұрғыда біз орталығымыздағы Монтессори бөлмесінде жүргізілетін сабаққа толығырақ тоқталуды жөн санаймыз. Бізде орталыққа келген әрбір церебральді сал ауруына шалдыққан әрбір бала міндетті түрде Монтессори бөлмесінде сабаққа алынады. Сабақтың жүргізілуінің ұзақтығы 20 минут. Сабақ тек баланың белгілі бір құрал-жабдыққа қызығушылығы оянғаннан кейін ғана басталады. Монтессори бойынша сабақтың үш кезеңі ескерілуі тиіс. Олар: педагог зат пен атаудың арасындағы байланысты орнатқан кезеңі, атауына сәйкес затты тану кезеңі, затқа сәйкес сөздерде жаттау кезеңі. Осыған орай біз өз тәжірибіміздегі үш кезеңді сабаққа мысал келтірейік.

Сенсорлық құрал-жабдықтармен жүргізілетін жаттығулар. Тақырып: Геометриялық денелер.

Құрал-жабдықтар: себет, 9 көк түсті геометриялық денелер – шар, сопақша, эллипсоид, цилиндр, пирамида, конус, куб, параллелепипед, үшқырлыпризма. Жоғарыда айтылған денелерге сәйкес формадағы тақтайшалары бар жәшіктер: 3 шаршы, 2 дөңгелек, 2 тікбұрыш, 1 теңқабырғалы үшбұрыш.

Тікелей мақсат: геометриялық денелерге назар аудару және оларға тәнерекшеліктерді айту.

Жанама мақсат: стереометрияға дайындық.

Құрал-жабдықтарды көрсету:

Мұғалім (балаға): «Қазір мен саған қызық заттар көрсетемін. Қанекей, менімен бірге жүр». Мұғалім мен бала бірге барып сөрелің үстінде тұрған геометриялық денелерді алады, апарады үстел үстіне себетті қояды, отырады. Мұғалім себеттен үш бақылау геометриялық денелерді алып шығады: куб, шар, цилиндр. Кедергі келтірмесін деп себетті жылжытады. Мұғалім кубты алады оны екі қолымен ұстап сипалайды, айналдырады. Тексеру кезінде мына мәселелерге назар аудару керек:

- беті;
- қабырғасы;
- бұрыштары.

Мұғалім кубты балаға береді. Бала денені тексереді. Кубты қайтадан мұғалімге береді. мұғалім оны басқа жаққа қойып қояды.

Мұғалім шарды алады оны екі қолымен ұстап сипалайды. Балаға береді. Бала денені тексереді. Шарды қайтадан мұғалімге береді. Мұғалім оны басқа жаққа қойып қояды. Дәл осы әрекеттерді ол үшінші геометриялық дене – цилиндрмен жасайды. Ол осы үш дененің бір-бірінен айырмашылығын айқын көрсету үшін барлық жағдайды жасап жатыр. Геометриялық денелердің түзетілген және біртегіс бетіне назар аудартады. Ссыдан кейін ол геометриялық денелерді арнайы жасалған себетке салады. Одан әрі қарай көрсетілім сабақтың үш кезеңді түрінде жүргізледі.

1-ші кезең:

Мұғалім: «Бұл денелердің барлығының атауы бар. Сен оның қалай аталатынын білесің бе?». Мұғалім кубты алып зерттейді, балаға береді. Бала кубты өз бетімен зерттейді. Мұғалім балаға: «Бұл куб» деп айтады. Бала қайталайды. Геометриялық дене қайта қарастырылып ары қойылады. мұғалім себеттен шарды алып онымен де дәл осылай жасайды. Сонан соң цилиндрмен де солай жасайды. Сенсорлық әсерлерден кейін денелердің атауларын айтады яғни зат пен оның атауының арасындағы байланыс орнатады.

2-ші кезең. Мұғалім балаға: «Өтінемін маған шарды берші» дейді. Егер бала затты оның атауымен дұрыс байланыстырса, ол мұғалімге шарды береді. мұғалім шарды үстел үстімен дөңгелетуіне болады. Дәл осылай басқа геометриялық денелермен жасалынады. Мәселен, «Кубты алып оны өз алдына қой», «Цилиндрді үстел үстіне қой». Мұғалім балаға «Өтінемін, кубты қайтадан себетке салшы», «Ал, енді шарды», «және цилиндрді». Бала барлық денелерді себетке салады.

3-ші кезең. Мұғалім орамалды алып, балаға айтады: «Қазір мен барлық денелерді орамалмен жауып қоямын. Мен ештеңе көрмеймін, бірақ менің

саусақтарым бірнәрсені танып қоюы мүмкін!». Мұғалім қолын себетке салады қандай да бір геометриялық денені сипап ұстайды да «Ого, менде куб!» деп, кубты алып оны үстел үстіне қояды. Мұғалім енді осы әрекетті балаға ұсынады: «Ал, енді сен бірдеңе тауып көр!». Бала геометриялық денені сипап ұстап көріп оны алады. Мұғалім «Бұл не?» деп сұрайды. Бала: «Цилиндр» және т.б. Егер бала дененің атауын атамай, тек «Менде мынау» десе, онда мұғалім: «Куб пен цилиндрді қайта салып қоя ғой» деп айтады және қайтадан екінші кезеңді қайталайды.

Мұғалім берген білімді қайта бекіту үшін бірқатар жаттығуларды жүргізеді. Геометриялық денелер жабық себеттің ішінде жатады. бала оған қолын сұғып, қандай да бір денені зерттеп, бұл дене дөңгелейтінін немесе жоғарыға лақтыруға болатынын және сыртқа суырып алатынын айтады.

а) Бала көзін жұмады. Мұғалім оған: қандай да бір геометриялық денені береді. Бала оны зерттеп, басқа денелердің арасына қою үшін оны қайта мұғалімге қайтарады. Бала көзін ашып сол геометриялық денені ешбір зерттеусіз танып білуі тиіс.

ә) Бала денелерді топтастырады: дөңгелейтін денелер, тік тұра алатын денелер дөңгелейтін және тік тұра алатын денелер.

б) Бала қоршаған ортадан осы денелерге ұқсайтын формаларды табады.

в) Бала геометриялық денелерден құрастырады және т.б. құрылыс орнатады.

Құрал-жабдықтармен жұмыс кезінде қателерді бақылау керек.

Баланың жас ерекшеліктері: шамамен 3 жас.

Сөздік қорын дамыту: дөңгелету, лақтыру, вертеть геометриялық денелердің атауы және т.б.

Міне, бұл біздің орталықта күнделікті түрде жүргізілетін Монтессори бөлмесіндегі сабақтың барысынан қысқаша алынған мысал болатын. Осындай үздіксіз жүргізілетін бұл жұмыстардың нәтижесінде біздің орталыққа келіп Монтессори бөлмесіндегі дидактикалық құралдармен жұмыс жасаған балалардың даму динамикасы төмендегідей болды.

	Дамытушылық модульдерімен жұмыс		Күнделікті әлеуметтік тұрмыстық өмірге бейімдеу және өз бетінше дамуына жағдай жасайтын жаттығулар		
	Жалпы және ұсақ қол моторикасын дамыту	Сенсорлық базасын және дифференсациясын дамыту	Қоршаған ортаға қамқорлық ж/е өз-өзіне қызмет етуін арттыру	Себеп-салдар байланысы аймағы	Тіл дамыту аймағы
Қатысқандар	215	215	215	215	215
Үйренгендер	82	56	28	139	48
Көмекпен	133	159	187	76	167
Өзгеріссіз	-	-	-	-	-

Қорытынды. Жоғарыда аталған көрсеткіштер Монтеessori дидактикалық құрал-жабдықтары әрбір мектеп жасына дейінгі және мүмкіндігі шектеулі балалардың өзін-өзі дамытуға ынталандырып, өз бетімен білім алуын мүмкіндігінің аясын кеңейтуіне жол ашады. Сондықтан бұл дидактикалық құрал-жабдықтар әрбір білім беру мекемелерінің қабырғасынан орын табуы керек деп есептейміз.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Богуславский М.В. «Юлия Фаусек: 30 лет по методу Монтеessori». Москва. 1994г.

2. Сороков Д.Г. Гребенников Л. – «Физические упражнения в Монтеessori-методе».

3. Гребенников Л. «Работа на линии в Монтеessori-группе».

4. Дичковская И.Н., «Воспитание для жизни: образовательная система М. Монтеessori». Москва. 1996г.

РЕЗЮМЕ

РОЛЬ ДИДАКТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ МОНТЕССОРИ ПЕДАГОГИКИ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ К САМОРАЗВИТИЮ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Ахметова Н.С., Жүнісова А.Ж., Жалилова Г.А.

Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак»

В обзоре представлена краткая информация об истории метода Монтеessori педагогики. Проанализированы все наглядные и дидактические материалы Монтеessori педагогики которые применяются в нашем детском реабилитационном центре «Балбулак» для стимуляции к саморазвитию детей с ДЦП.

ЦЕРЕБРАЛЬДІ САЛ АУРУЫНА ШАЛДЫҚҚАН БАЛАЛАРДЫ ӨЗІН-ӨЗІ ДАМУЫҒА ЫНТАЛАНДЫРУ ЖҰМЫСЫНДА МОНТЕССОРИ ДИДАКТИКАЛЫҚ ҚҰРАЛ-ЖАБДЫҚТАРЫНЫҢ МАҢЫЗЫ

Ахметова Н.С., Жүнісова А.Ж., Жалилова Г.А.

«Балбулак» Республикалық балалар оңалту орталығы

Бұл шолуда монтеessori педагогикасының әдісінің тарихы жайында қысқаша мағұлмат берілген. Біздің «Балбулак» балалар оңалту орталығында ЦС ауруына шалдыққан балаларды өзін-өзі дамытуға ынталандыру үшін пайдаланылатын Монтеessori педагогикасындағы барлық көрнекі құралдар мен дидактикалық материалдардың маңызы жайында жазылған.

SUMMARY

ROLE OF MONTESSORI TEACHING MATERIALS OF PEDAGOGICS TO STIMULATE CHILDREN FOR SELF-DEVELOPMENT WITH CEREBRAL PALSY

N.S. Akhmetova, A.Zh. Zhynisova, G.A. Zhalilova

Republican Children's Rehabilitation Center "Balbulak"

This review presents a summary of the history of the Montessori method of education. Analyzed all the visual and didactic materials of Montessori pedagogy are applied in our children's rehabilitation "Balbulak" center to stimulate self-development of children with cerebral palsy.

ЖЕТКІНШЕК ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ АГРЕССИВТІ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ ТҮРЛЕРІМЕН ПСИХОКОРРЕКЦИЯЛЫҚ ЖҰМЫС ЖҮРГІЗУДІҢ ЕРЕКШЕЛІГІ

Нурылдаева Ж.М.

№4 қалалық емхана Алматы қ.

Кілттік сөздер: жеткіншек, агрессивті мінез-құлық, жанұя түрлері, мінез-құлық ауытқушылығы.

Ключевые слова: подросток, агрессивное поведение, типы семей, отклонение поведения от нормы.

Keywords: the teenager, aggressive behavior, types of families, the deviation from normal behavior.

Кіріспе

Біздің №4-ші қалалық емханаға емге келушілер саны жылдан жылға артып келеді. Емханадағы психолог маманының негізгі міндеті адамдарға психологиялық қолдау көрсету, кеңес беру, олардың мазасыздық деңгейін төмендетіп, әртүрлі эмоциялық күйзелістен дұрыс шешім тауып шығуға көмек беру болып табылады. Емхана психологына жиі ата-аналар балаларының агрессивті мінез-құлқына шағым түсіріп келіп жатады. Оның басты себептерінің бірі қазіргі қоғамда болып жатқан әлеуметтік дағдарыстық үрдістердің адам психологиясына кері әсер етіп, уайым мен шиеленістің жауыздық пен қатыгездік зорлық зомбылықтың көп туындауына түрткі болуы деп есептейміз. Балалардың бұл категориясымен отбасындағы ата-анасы келеді. Біз өз кезегімізде оларды жеке қабылдауға аламыз. Алғашқы тексеру барысында ата-ана міндетті түрде қатысады. Қабылдау уақыты жағдайға байланысты әртүрлі яғни 30 минуттан 1 сағатқа дейін болуы мүмкін. Осы тұрғыда біз соңғы уақытта жиі кеңеске келетін жеткіншек жастағы балалардың агрессивті мінез-құлық түрлерімен психокоррекциялық жұмыс жүргізу мәселесіне тоқталуды жөн санадық. Аталып отырған мәселе өз дәрежесінде барлығына түсінікті болуы үшін жеткіншектің агрессивті мінез-құлық түрлерінің туындауына себепші факторлар жайында айтуды жөн деп санаймыз.

Баланың және жеткіншектің тұлға болып қалыптасуы қоршаған орта арқылы жүзеге асады. Әсіресе, басты рольді шағын топтар құрайды. Яғни жеткіншектердің басқа адамдармен тығыз қарым қатынасы. Ең алдымен бұл жанұяға қатысты. Әртүрлі авторлар мінез-құлық ауытқушылары бар балалар өскен сәтсіз жанұяларды көрсетеді. Бұл классификация қарама-қайшы пікірде емес керісінше бірін-бірі толықтырады [1].

Алексеева Л.С. сәтсіз жанұяның келесі түрлерін ажыратады.

1. конфликтілі (кикілжің)
2. биморальдық (құлықсыз)
3. педагогикалық компетентсіз
4. ассоциалдық.

Бочкарева Г. П. жанұяны былайша бөледі:

1. Нашар эмоциялық атмосфера, яғни ата-аналар балаларына дөрекі сөйлейді, сыйластық қасиеттері жоқ.

2. Жанұя мүшелерінің арасында эмоциялық байланыс жоқтығы яғни мұндай жағдайда бала эмоциялық қарым-қатынас жанұядан тыс жерден іздейді.

3. Ата-аналарының адамгершілік қасиеттері төмен атмосферада өскен бала әлеуметтік қажеттіліктері мен қызығушылығы жоғалып биморальдік (құлықсыз) өмір үлгісіне еліктетеді

Баерунас З.В. мінез-құлық ауытқушылық пайда болуына түрткі болатын тәрбие түрлерін көрсетеді.

1. Балаларға бағытталған саналы тәрбие процессінің жоқтығы;

2. Тәрбиедегі зорлық күштің жоғарғы дәрежеде болуы, яғни жеткіншек жасқа сәйкес келмейтін;

3. Өзімшілдік ойдан бала дербестігіне дейінгі өсу;

4. Ата-аналық бір-бірінің келісімсіздігінен туған былыққан тәрбие.

Личко А. Е. жанұядағы төрт сәтсіз жағдайды көрсетеді.

1. Әртүрлі деңгейдегі гиперопека: баланың өміріне (оның ойы, сезімі, мінез-құлқы) араласуға құмарлық;

2. Гипоопека қараусыз бетімен кеткен бала.

3. Жанұядағы балаға табынушылық жасаушы жағдай. Кішкентай іске бола қуанышты қолпаштаулар көрсету балалға шектен тыс көп көңіл бөлу.

4. Ата-ананың өзіне деген қызығушылығы балаларға қарағанда жоғары.

Шайманұлы Б. қиын баланың туындауына әдетте отбасында үш түрлі себеп әсер ететіні анықтады:

1. Әке-шешенің үлгісі;
2. Ата-ананың біреуінің болмауы;
3. Үй ішіндегі еңсені басатын ауыр жағдай отба-

сында өне бойы болып тұратын ұрыс-жанжал.

Жағымсыз биологиялық, психологиялық, жанұялық және т. б. әлеуметтік психологиялық факторлар жеткіншектердің барлық өмірін бұрмалайды. Оларға тән сипат қоршаған орта адамдарымен эмоциялық қарым-қатынас бұзылысы. Жеткіншектер жиі жағымсыз өмірлік құндылықтары жоқ шағын топтарға түседі. Ал, ол орта девиантты мінез-құлық тұрақталып қалыптасуына әсер етеді. Осылайша, көптеген жанұяларда жағымсыз микроклимат әсерінен жатырқаушылық, дерексіздік, баланың барлық талаптарға қасақана қарсы істер жасауы пайда болады. Ал, ол өз кезегінде баланың бойында агрессиялық және наразылық көрсететін бағынбаушылық және бұзық қатынас пайда болуына әкеледі [2].

Материалдар мен әдістер:

Мінез-құлық ауытқушылығы яғни агрессивті жеткіншек балалармен психокоррекциялық жұмысты жүргізудің өз ерекшелігі бар. Бастапқы кезеңде жеткіншекке топтық жұмыс формалары көрсетілмеуі тиіс. Керісінше, жеткіншекпен жеке жұмыс өте тиімді. Ең бірінші жанұямен жұмысты параллельді яғни қатар жүргізу қажет. Жанұялық қарым-қатынас диагностикасынан кейін үйлесімсіздік сатысына қарай психокоррекциялық жұмысты жеке және топтық

түрінде жүргізуге болады. Бірақ, негізгі жұмыс жеке жеткіншекпен бірге жүргізілгені дұрыс. Агрессивті балалардың мінез-құлқын тәртіпке келтіруде мына бағыттарда жұмыс істеу қажет:

1. Ашу ызаны қолдануға болатын жағдайды үйрету.
2. Балаларды әртүрлі өзін-өзі ұстай алуға, өзін-өзі басқару әдісіне үйрету.
3. Шиеленіскен жағдайларда сөйлесу дағдыларын қалыптастыру.
4. Адамдарға сену, жаны ашу сияқты қасиеттерді қалыптастыру [3].

Қорытынды: Жеткіншек мінезі мен қабілет ерекшелігіне сәйкес келетін қоршаған ортасының оған қызықты болуы коррекциялық жұмыстарда басты орын алатын мәселе. Жеткіншектің бос уақытын максималды түрде қысқарту қажет. Бос қыдыру немесе «жұмыссыздыққа» тыйым салып, оның орнына жағымды қасиеттерді қалыптастырушы тапсырмалар: кітап оқу, өзін-өзі жетілдіру, музыкамен, спортпен шұғылдандыру қадағалау керек. Өнімсіз іс әрекетте бос уақыт кезінде «түк істемей қарап жүруі» жеткіншек делинквентті және ассоциальді топқа қайта баруы ғажап құбылыс емес.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ С АГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

/обзор литератур/

Нурылдаева Ж.М.

№4 городская поликлиника

В статье рассматривается проблема агрессивного поведения подростков, которые имеют свои особенности в психокоррекционной работе. А так же описывается типы семьи, способствовавшего формированию агрессивного поведения. Перечислены разные направления виды работ, которые корректирует поведение подростков.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖЕТКІНШЕК ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ АГРЕССИВТІ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ ТҮРЛЕРІМЕН ПСИХОКОРРЕКЦИЯЛЫҚ ЖҰМЫС ЖҮРГІЗУДІҢ ЕРЕКШЕЛІГІ

/әдеби шолу/

Нурылдаева Ж.М.

№4 қалалық емхана

Мақалада жеткіншектердің агрессивті мінез-құлқымен психокоррекциялық жұмыс жүргізудің ерекшелігі мәселесі қарастырылады. Сонымен қатар агрессивті мінез-құлықтың қалыптасуына ықпал ететін отбасы түрлеріне сипаттама беріледі. Жеткіншектердің мінез-құлқын түзетуге бағытталған әртүрлі жұмыс түрлері көрсетілген.

SUMMARY

FEATURES OF PSYCHOCORRECTIONAL WORK WITH TEENAGERS WITH AGGRESSIVE BEHAVIOUR

/ Review of references /

Zh.M. Nurildaeva

No. 4 city polyclinic

In article the problem of aggressive behavior of teenagers who has the features in psychocorrectional work is considered. And it is also described types of family, contributed to the formation of aggressive behavior. The different direction types of works which are corrected by behavior of teenagers are listed.

ПСИХИКАЛЫҚ ДАМУЫ ТЕЖЕЛГЕН МЕКТЕП ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРМЕН ЖҮРГІЗІЛЕТІН ПСИХОКОРРЕКЦИЯЛЫҚ ЖҰМЫС ТҮРЛЕРІ

Палымбетова Ж.А.
№4 қалалық емхана

Кілттік сөздер: психикалық дамудың тежелуі, логикалық ойлау, рөлдік-сюжеттік ойындар.

Ключевые слова: задержка психического развития, логическое мышление, сюжетно ролевая игра.

Keywords: mental retardation, logical thinking, the plot role-playing game.

Кіріспе

Бүгінгі күні біздің №4-ші қалалық емхана заманауи құрал-жабдықтармен жабдықталған қаладағы жетекші емханалардың бірі дег. айтсақ қателеспейміз. Мұнда психолог маманының негізгі жұмыс бағыты мектеп жасына дейінгі балалардың психикалық дамуының жасына сай немесе тежелуі бар екенін анықтау болып табылады. Егер баланың психикалық дамуы өз дәрежесіне сай болса, онда ол психологтан қажетті анықтаманы алып бала-бақшаға барады. Ал, егер баланың психикалық дамуы өз жасына сай екені күмән туғызған жағдайда ата-анаға баланы психикалық дамыту бойынша кеңестер беріліп, диагнозды нақтылау үшін балалар дәрігеріне қайта жолдама беріледі. Мектеп жасына дейінгі балалардың психикалық дамуын анықтау барысында баланың ата-анасы міндетті түрде қатысады. Қабылдау уақыты жағдайға байланысты әртүрлі яғни 20 минуттан 1 сағатқа дейін болуы мүмкін. Тексеру кезінде мамандармен ең алдымен баланың сыртқы түрі мен мінез-құлық ерекшелігі ескеріледі: айқындылық, ым-ишараның адекваттылығы, қимыл-қозғалысы мен қалыптарының, жүріс-тұрысының ерекшеліктері мен гиподинамия немесе қимыл-қозғалыс мазасыздығы, қарым-қатынасқа түсудің қиындығы ескеріледі. Сонымен қатар баланың 20 минут бойы ешбір алаңсыз тапсырманы орындай алу қасиетіне ерекше назар аударылады. Сонымен бірге сегізден кем емес заттарды көзбен шолу жасай алуы, заттардың өзара ұқсастығын табу, ою-өрнектің көшірмесін салу, бірдей екі затты табу сияқты тапсырма орындау қабілетіне назар аударылады. Сондай-ақ әңгімеге қарым-қатынасын бағалай стырып, орынға, кеңістікке және жеке тұлғасына бағдарлауын талдаймыз. Баланың интеллектуалды дамуының ерекшеліктері психологиялық, логопедиялық және педагогикалық үрдіс барысында зерттеледі. Дегенмен, баламен әңгіме жүргізу бары-

сында біз оның зейіні мен еске сақтауын, ойлауын, сөйлеуінің кейбір ерекшеліктерін тіркеуге аламыз. Баланың эмоциялық аймағының ерекшеліктері сипатталады: яғни оның көңіл-күйі, бейтараптылығы, салқындық, эмоциялық бейқамдылық немесе тітіркендіргіштік т.с.с.

Материалдар мен әдістер:

Психолог алдымен баланың психикалық даму дәрежесін анықтау үшін арнайы тесттер мен тапсырмалар береді. Мәселен, 3-4 жастағы балаларға «Логика» тесттік тапсырмалар [1]. Бұл кәрнекі-бейнелі материалдар 3-4 жастағы балалар меңгерген негізгі ұғымдар арқылы даму деңгейін анықтауға мүмкіндік береді. Жалпы мектеп жасына дейінгі балалармен жүргізілетін жұмыс негізінен жеке сабақ ретінде өткізіледі. Баланың медициналық тексеру және клиникалық диагнозды қою дәрігерлердің көмегі арқылы жүзеге асырылады бірақ, емханада қызмет көрсететін психологтарда алынған мәліметтерді білуі тиіс. Егер психикалық дамудың тежелуі диагнозы қойылған жағдайда бұл балалардың ата-анасына келесідей психокоррекциялық жұмыс түрлерін жүргізуді ұсынамыз.

Мектеп жасына дейінгі балаларға (3-6жас) қоғамдық ортадағы мінез-құлық ережелерін қалыптастыру мақсатында: Т.Бокованың «Жақсы әдеттер!» [2] ертегі түрінде жазылған арнайы оқу-әдістемелік құралмен жұмыс жүргізу ұсынылады. Онда бала сөз басы сәлем, амандасудың түрлерімен танысады. Дұрыс сәлемдесуді педагогпен бірге қайталайды, өз бетімен сәлемдесуге дағдыланады. Сонымен қатар «Қасық ұстаған мысық» ертегісінде үстел үстінде тамақ ішу мәдениеті туралы ертегіні тыңдайды. Ертегіні тыңдай отырып, бала әрбір ас үй құралдарын атайды, дастархан басында отырудың ережелерін жаттайды. Қоршаған орта туралы түсінігін қалыптастыру мақсатында Ю.Н.Кислякованың «Путишествие в мир окружающих предметов» атты оқу әдістемелік құралымен жұмыс жүргізуге кеңес береміз. Онда бала жемістердің түрлерімен танысады, көкөністердің суреттерін арнайы контурмен салуды үйренеді [3]. Баланың сабақты терең меңгеруі үшін жемістердің муляжын да пайдалануға болады. Сонымен қатар балалардың үстел үстінде өз бетімен

тамақтану мәдениетін қалыптастыру мақсатында «Ас үйде» рөлдік-сюжеттік ойынын ойнатуды ұсынамыз. Онда біз баламен ойын ойнау арқылы балаға нан, тоқаш тәрізді қолға ұстауға ыңғайлы тағамдарды аузына апарып, балаға жаңа дағдыларды қалыптастыра бастаймыз. Ойын барысында баланың логикалық біліктілігі мен дағдылары қалыптасады, кеңістікті бағдарлауы дамиды. Бала қоршаған ортадағы өзара қарама-қарсы заттарды елестетіп, антоним сөздерді үйренеді. Ойын баланың зейіні мен қызығушылығына байланысты 10-15 минут аралығында жүргізіледі.

Баланың мінез-құлық дағдыларын қалыптастыру үшін біз арнайы әлеуметтік-психологиялық тренингтер мен рөлдік ойындар жүргізуді ұсынамыз. Бірақ, рөлдік ойындардың маңызды жақтарын қадағалап отыруды сұраймыз. Өйткені рөлдік ойындардың пайдасы екеуі: біріншіден, бұл көңілді жұмыстағы ересектер мен балаларың өзара серіктестігін қалыптастыру, екіншіден, тақырыптық рөлдік ойындарға қатысу балаларға бұл ойын барысында қозғалатын сұрақтарға ойлануына мүмкіндік береді. Сонымен бірге рөлдер баланың жеке тұлғалық қасиеттерін есепке ала отырып, бөлініп беріледі. Мысалы, ұялшақ балаға мактаншақ кейіпкердің рөлі, шешім қабылдауы қиын балаға – батыл адамның рөлі т.с.с. [4].

Сондай-ақ кіші топтағы балаларға жолда жүрудің ережесімен таныстыру мақсатында «Кішкентай жаяу жүргіншілер әліппесі» атты жол жүру ережесін

үйрететін магнитті жабыстырғыш ойынын ойнатуды ұсынамыз. Онда педагог бейнелі-суреттерге алдынала машинаның, бағдаршамның, автсбустардың, аялдамалардың суретін қойып, ойнап жатқан балаға бір оқиғаны баяндауы керек. Кейіпкерлерді үйдің қасына орналастырады. Әрбір кейіпкердің қасына себеттің (сөмке, билет немесе иттің) суретін жабыстырады. Бұл сол кейіпкерге орманға (дүкенге, циркке, итпен бірге т.с.с.) бару керек деген мағынаны білдіреді. Ал, бұл кейіпкердің баратын орнына қажетті заттарды да жабыстыру керек (саңырауқұлақтар, азық-түліктер т.с.с.). Осы ойынды жүргізу арқылы біз баланың қоршаған орта туралы түсінігін кеңейтіп, қиялын дамытамыз, сөздік қорын көбейтуге мүмкіндік аламыз.

Сонымен қатар И.С.Мамаеваның «Как избежать неприятностей?» атты оқу-әдістемелік құралын пайдалану керек [5]. Онда балалар қарама-қайшы әрекеттер мен әртүрлі қарама-қарсы бағыттарды анықтауға мүмкіндік алады.

Қорытынды:

Зерттеу барысында психокоррекциялық жұмыста психологиялық ойындарды пайдалану баланың аталған психикалық тежелуін дамытуға көмектеседі. Сондай-ақ емханаға келетін ата-ана әртүрлі мәселелер төңірегінде сұрақтар қоятындықтан, оларға арнайы жеке әңгімелер жүргізіліп, осындай психокоррекциялық жұмыс түрлері ұсынылады.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Тестовые задания для детей (3-4 года) «Логика». «Хатбер-пресс», 2007.
2. Бокова Т. «Хорошие манеры» М., 2010.- 10 с.
3. Кислякова Формирование навыков социально-бытовой ориентировки у детей с на-

рушениями развития «Путешествие в мир окружающих предметов» М., 2004.- 15с.

4. И.Соковня «Социальное взросление и здоровье школьников» М., «Просвещение» 2005.
5. И.С.Мамаева «Как избежать неприятностей?» М., 2005.

РЕЗЮМЕ

ВИДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ РАБОТ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИ- ХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

/обзор литератур/

Палымбетова Ж.А.

№4 городская поликлиника

В статье рассматриваются виды психокоррекционных работы которые проводятся с детьми с задержкой психического развития. А так же влияние этих задач на развитие динамики полностью отражается.

ТҮЙІНДЕМЕ

ПСИХИКАЛЫҚ ДАМУЫ ТЕЖЕЛГЕН МЕКТЕП ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРМЕН ЖҮРГІЗІЛЕТІН ПСИХОКОРРЕКЦИЯЛЫҚ ЖҰМЫС ТҮРЛЕРІ

/әдеби шолу/

Палымбетова Ж.А.

№4 қалалық емхана

Мақалада баланың психикалық дамуы тежелген диагнозы қойылған жағдай жүргізілетін жұмыс түрлері ұсынылады. Сонымен қатар бұл тапсырмалардың даму динамикасына берер әсері жайында толық көрсетілген.

SUMMARY

TYPES OF PSYCHOCORRECTIONAL WORK WITH PRESCHOOL CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION

/ Review of references /

Zh.A. Palimbetova

No. 4 city policlinic

The article discusses the types of psychocorrectional work which are carried out with children with mental retardation. And also influence of these problems on development is completely reflected.

АТА-АНАСЫ АЖЫРАСҚАН ОТБАСЫНДА ТӘРБИЕЛЕНЕТІН БАЛАҒА ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛДАУ КӨРСЕТУДІҢ ЖОЛДАРЫ

Сулейменова А.А.

№29 қалалық емхана Алматы қ.

Кілттік сөздер: ажырасу, толық емес отбасы, психологиялық күй, эмоция, реніш.

Ключевые слова: развод, неполная семья, психическое состояние, эмоция, обида.

Keywords: divorce, incomplete family, mental state, emotion, offense.

Кіріспе

Біздің №29-шы қалалық емхана 2016 жылы Алматы қаласының Алатау ауданында ашылған. Емхана үлкен ауданды қамтып отырғандықтан мұнда емге келушілер саны да көп. Емханада жалпы үш кәсіби психолог маман жұмыс жасайды. Олардың негізгі міндеті психологиялық кеңеске зәру, тағдыр салған түрлі жағдайлардан тығырыққа тірілген адамдарға психологиялық қолдау көрсету, олардың мазасыздық деңгейін төмендетіп, сол дағдарыстан тез әрі еркін шешім жолын тауып шығуға көмек беру болып табылады. Емхана психологының жұмыстарының бір бағыты ол ажырасқан отбасында өсіп жатқан балаларға психологиялық қолдау көрсету. Балалардың бұл категориясы отбасындағы ата-анасының біреуімен келеді. Әдетте олар баланың бойындағы қандай да бір мінез-құлық өзгерісіне шағымданады. Біз өз кезегімізде оларды жеке қабылдауға аламыз. Алғашқы тексеру барысында ата-ананың біреуі міндетті түрде қатысады. Қабылдау уақыты 30 минуттан 1 сағатқа дейін созылуы мүмкін. Сонымен бірге емделушінің жеке сұранысына байланысты психологқа қабылдауға белгілі бір динамика анықталғанша дейін келеді. Бұл емделушінің жағдайына байланысты болады. Осы тұрғыда біз соңғы уақытта жиі кеңеске келетін толық емес отбасындағы балаларға психологиялық қолдау көрсету мәселесіне толық тоқталуды жөн санадық.

Отбасылық өмірдің дұрыс ұйымдаспауы және ерлі-зайыптылар арасындағы кикілжіңдердің болуы әсіресе, ажырасу статистикасынан анық байқалады. Ата-ананың ажырасуының бала психологиясына ықпал етуі – зерттеушілердің еңбектеріндегі ерекше тақырып. Тақырыптың мәнін ашу мақсатында ажырасу ұғымына берілген бірнеше анықтамаларға жеке тоқталуды жөн деп санаймыз.

Ажырасу – бұл отбасылық өмірдің дұрыс ұйымдаспауының, ұрыс-керіс, жиналған ашу-ыза, реніш және келеңсіздіктердің ұзақ уақытқа созылуының мәресі. Сонымен қатар ажырасудың

себебі мен түрткілер өте көп. Мәселен, зерттеушілердің жұмыстарында ажырасуды микродеңгейде қарастырып, оның мәнін ашу үшін бірнеше алғышарттарын ашып көрсеткен: ажырасу бұл әлеуметтік байланыстың жоғалуы; ажырасу жаңалық ретінде; ажырасу – тұрмыстық-некелік дағдарыстан шығудың механизмі ретінде; ажырасу адамның рөлдері мен көзқарастарының барлығын қайта ауыстыру; ажырасу некелік серіктестіктің түрі ретінде; ажырасу бұл отбасының қирауы емес, оны қайта ұйымдастыру т.с.с.

Психологиялық қолдау – балаларға олардың дене және психикалық денсаулығымен, іскерлік және тұлғаралық коммуникациясымен, скуда табысты алға жылжуымен, өмірлік және кәсіби өзін-өзі анықтауымен байланысты жеке проблемаларын шешуде алдын алу және шұғыл көмек көрсету бойынша кәсіби психологтың іс-әрекеті [1].

Психологтар мен әлеуметтанушылар алдында тұрған үлкен мәселе нақты неке жұптарының құлдырауының бірлік фактісі емес, ажырасу жағдайының әлеуметтік мәселелері мен отбасылық өмірдің дұрыс ұйымдаспауына әкелетін жағдайлардың жиынтығын қарастыру болып табылады. Мысалы, қазіргі жағдайда бұл мәселе өте өзекті болып отыр, себебі көптеген мемлекеттерде ажырасу саны күн өткен сайын өсіп келеді.

Ажырасу мәселесінде оның географиясы да өте маңызды. Біршама жоғары деңгей көршілес Украина және Белоруссия елдерінде деп көрсетілсе, Орта Азия мен Кавказ елдерінде ажырасу деңгейі бұлармен салыстырғанда 2 – 3 есе төмен. Әйтсе де, бұған мәдени-тарихи және этнографиялық ерекшеліктер, сақталған әдет-ғұрыптар мен салт-дәстүрлер, отбасында патриархалдықтың кейбір элементтерінің болуы және т.б. себеп болады. Ажырасу динамикасын қарастырудағы маңызды тағы бір нәрсе – ол ауыл тұрғындарының арасында ажырасу, қала тұрғындарымен салыстырғанда, 2 – 3 есе төмен болуы. Бұл жерде басқа да статистикалық заңдылықты ескеру керек: тұрғындардың есеппен 1000 адамына ажырасу саны қалалардың көлемінің өсуіне байланысты болады [2]. Сонымен қатар әр жыл сайын ажырасудың әсерінен толық емес отбасының санына 700 мың отбасы қосылып отырады, ең ауыры, бала ата-анасының біреуінде тәрбиеленеді, ал, ажырасу өз

кезегінде баланың психикалық дамуына кері әсерін тигізеді.

Толық емес отбасы – бұл толық емес, үзілді – кесілді байланыстағы, дәстүрлі қарым-қатынас жүйесі жоқ кіші топ: ана – әке, әке – бала, ана – балалары, бала – ата – әже. Толық емес отбасында психологиялық климат бұзылады, оған тән нәрсе шеттетілу, қоғамнан тыс қалу. Көбінесе толық емес отбасы – ананың бір немесе одан да көп балалармен болуы. Мұндай отбасында ана өзіне тән емес көптеген қызметтерді

атқаруға мәжбүр болады, сонымен қатар толық емес отбасында балалар біржақты феминистік тәрбие алады. Бірақ, толық емес отбасы тек ажырасқан отбасына ғана айтуға болмайды олардың қалыптасу жағдайына байланысты бірнеше түрге бөлінді. Сонымен қатар мұндай толық емес отбасыларында туындайтын мәселелер қандай және олардың ортақ ұқсастықтары мен айырмашылықтары туралы келесідей кестені қарастырайық.

Кесте №1 Ажырасқан отбасы тслық емес отбасының бір түрі

Мәселелер		
Толық емес отбасының барлығына тән	Басқа толық емес отбасыларының түріне қарағанда ажырасқан отбасында анық байқалады	Тек баласы бар ажырасқан отбасына ғана тән
Материалдық мәселелер	Балалардың асо-циальді мінез-құлқы	Дүние-мүлікті бөлу
Тұрмыстық-шаруашылық мәселелер	Ата-ананың және балалардың психикалық және психологиялық бұзылыстары	Баланың ата-анаға сенімділігінің төмендеуі
Ата-ананың және кәсіби рөлдерді қатар алып жүру	Балаларда болашақ отбасы мінез-құлқының жағымсыз үлгісінің қалыптасуы	Баланың тұрғылықты мекенжайы мен оның тәрбиесіне қатысу туралы келіспеушілік жайында
Әртүрлі некеден туған балалардың өзара қарым-қатынас жасау мәселесі	Қоршаған ортаның адамдарынан ерекше реакция	Әлеуметтік және туыстық байланыс-тардың аяқасты ұйымдастырылуы
Бос уақытын ұйымдастыру		Баланың тегінің өзгеруі
Жыныстық идентификация үрдісінің бұзылуы		Баланы «кеткен» ата-анаға беру мүмкіндігі
Медициналық-әлеуметтік мәселелер		

Ғалым Вильям Сатирдің айтуы бойынша, толық емес отбасындағы бала тұтастай ер адамды және тұтастай әйел адамды елестете алмайды және түсіне алмайды. Баламен қалған ата-ана үшін екінші жоқ анасы немесе әкесі туралы негативті, яғни, жағымсыз ой қалыптастыру қиын емес. Балаларымен қалған әйел балада барлық еркектер сондай жаман деген ойдың қалыптасуына барынша күш салуы мүмкін. Осыны естіген ұл бала әрең дегенде «ер адам» болу жақсы емес дегеніне сенеді, сол себептен ол өзінің де жақсы емес екендігіне күмән туындайды [3, 177-2016].

Материалдар мен әдістер:

Психологтың мақсаты – отбасындағы нашар қарым-қатынас жүйесін түп тамырын өзгертіп, не болмаса оған ықпал еткен шарттарды түзетіп,

реттеу, болмаса мүлде жою. Бұндай істерді жүзеге асыру белгілі бір уақыт аралығын және күш қуат жұмсауды талап етеді. Осы мақсатта біз балалардың психологиялық жағдайын (зерттеу) диагностикалауды жүзеге асырдық. Ол үшін біз бақылау әдісін пайдаландық, баланың өз құрдастарымен тұлғаралық мінез-құлқы жайында алғашқы ақпарат алдық, Басса-Дарки сауалнамасын және Дж. Тейлордың «мазасыздану шкаласы» әдістемесін жүргіздік. Зерттеу нәтижесінде тест бойынша балалардың мазасыздық деңгейі өз дәрежесінен жоғары көрсеткішті (656) көрсетті. Осыған байланысты біз арнайы психокоррекциялық жұмыс жоспарын жасадық. Алдымен балаға жеке психологиялық-педагогикалық кеңес беруден бастадық. Баланың жағымды құндылықтарын,

уәждерін белсенділедік, өз-өзіне деген сенімсіздік сезімдерін мадақтау арқылы игеруге көмектестік. «Чемодан», «Комплимент», «Шеңберді құру», «Мен ең» т.с.с. психологиялық ойындарды жүргіздік.

Мазасыздануды төмендету мақсатында «Менің көгілдір үмітім», «Өзімменен тілдесу», «Теңіз жағасындағы түс», «Сиқырлы түс» аутогендік жаттығуларын жүргіздік. Эмоционалдық бұзылыстарды алдын-алу, агрессивтіліктің деңгейін төмендету мақсатында «Қисық айна»

ойынтерапиясының элементтерін өз жұмысымызда тиімді пайдаландық. Ата-аналардың психологиялық-педагогикалық мәдениетін көтеру мақсатында «Отбасы тәрбиесі бұзылысының түрлері және баланың мінез-құлқы» атты дәріс оқыдық.

Ата-аналары ажырасқан отбасындағы балаларды әлеуметтік-психологиялық қолдау көрсету жұмысының жалпы қорытындысы келесідей нәтижелер көрсетті:

Кесте №2. Мазасыздану деңгейінің нәтижесін салыстырмалы түрде зерттеу

№	Баланың аты-жөні	Алғашқы диагностика	Екінші диагностика
1	Маржан Қ.	Жоғары	Жоғары
2	Алпамыс Н.	Жоғары тенденциялы салыстырмалы деңгейі	Төмен тенденциялы салыстырмалы деңгейі
3	Еркежан А.	Жоғары	Жоғары тенденциялы салыстырмалы деңгейі
4	Руслан О.	Жоғары	Төмен тенденциялы салыстырмалы деңгейі
5	Рустем Д.	Жоғары тенденциялы салыстырмалы деңгейі	Төмен тенденциялы салыстырмалы деңгейі
6	Ккенжегул С.	Жоғары тенденциялы салыстырмалы деңгейі	Төмен тенденциялы салыстырмалы деңгейі
7	Ислам С.	Төмен тенденциялы салыстырмалы деңгейі	Төмен
8	Айару Ж.	Жоғары тенденциялы салыстырмалы деңгейі	Жоғары тенденциялы салыстырмалы деңгейі

Қорытынды: егер ажырасқан отбасында тәрбиеленіп жатқан баланың қандай да бір мінез-құлық ерекшеліктерін ертерек байқаса және оны ем-хана базасында уақытылы психологиялық көмек пен қолдау дер кезінде көрсетілсе ол әртүрлі психикалық

бұзылыстардың алдын алу үшін атқарылған жұмыс. Сонымен қатар бұл ата-ана мен баланың өзара қарым-қатынасын ретке келтіруге жасалған бірден бір қадам болып саналады.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Калмыкова Е.С., Комиссарова С.А., Падун М.А., Агарков В.А. Взаимосвязь типа привязанности и признаков посттравматического стресса // Психологический журнал. 2002. Т.22. №6. С.89-97

2. Мацковский М.С. Социология семьи: проблемы методологии и методики. М., 1999. 389 с.

3. Шнейдер Л.Б. Семейная психология. М., Деловая книга, 2005.-765с.

РЕЗЮМЕ**ПУТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ В РАЗВЕДЕННЫХ СЕМЬЯХ****/обзор литературы/****Сулейменова А.А.****№29 поликлиника**

В статье рассматриваются проблемы, которые часто встречаются в разведенных семьях. А так же стрессы, которые испытывают дети, когда их родители разводятся. Даны описание работы психолога в поликлинике.

ТҮЙІНДЕМЕ**АТА-АНАСЫ АЖЫРАСҚАН ОТБАСЫНДА ТӘРБИЕЛЕНЕТІН БАЛАҒА ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛДАУ
КӨРСЕТУДІҢ ЖОЛДАРЫ****/әдеби шолу/****Сулейменова А.А.****№29 қалалық емхана**

Бұл мақалада ажырасқан отбасында кездесетін мәселелер көрсетілген. Сонымен қатар ата-анасы ажырасқаннан кейін балада болатын әртүрлі күйзелістер жайында жазылған. Сонымен қатар емхананың психологының жұмысына сипаттама берілген.

SUMMARY**WAYS OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF CHILDREN IN THE DIVORCED FAMILIES****/ Review of references /****A.A. Suleimenova****No. 29 polyclinic**

The article discusses the problems that are common in divorced families. And also a stresses which children experienced when their parents divorced is considered. The description of work of the psychologist in polyclinic is given.

ОҚУШЫНЫҢ ТАБЫСТЫ БОЛУЫН ҚАМТАМАСЫЗДАНДЫРУДАҒЫ МЕКТЕП ПСИХОЛОГЫНЫҢ АТҚАРАТЫН РӨЛІ

Таныштыбаева Г.А., Ошанова Н.Б.
№164 жалпы білім беретін орта мектеп Алматы қ.

Кілттік сөздер: оқу үлгерімі, табыс, сәттілік, еңбек, мотив, ынталандыру, өз-өзіне сенімділік.

Ключевые слова: успеваемость, успех, удача, мотив, стимулирование, самоуверенность.

Keywords: progress, success, fortune, motive, stimulation, self-confidence.

Кіріспе

Бүгінде білім беру жүйесінде 60-шы жылдардың соңынан бастап оқушылардың сабақ үлгерімі бойынша қиындықтар көбейіп кетті. Әртүрлі зерттеулерге сүйенсек, қандай да бір белгісіз себептермен жалпы білім беретін мектептің бастауыш сынып оқушыларының 15-тен 40%-ы қиындықтар сезінеді екен; 50%-дан жоғары үлгерімі нашар оқушыларға психикалық дамудың тежелуі сай екен, оның ішінде жиі церебральді-органикалық түрдегі бұзылыстар орын алған [1]. Осылайша, мектеп психологы білім беру жүйесіне келе салысымен «жаңалыққа толы ортаға» түсті, яғни оқытудағы қиындықты диагностикалау және оны алдын алу мақсатында барлық жұмысты жүргізуден бастауы керек болды.

Мектеп тәжірибиесінде оқушылардың оқу табыстылығы (үлгерімі) жиі педагогтар мен ата-аналардың табыстылығының баланың жеке тұлғасындағы табыстылығымен тұтас араласып жатады. Дегенмен өмір мектепке қарағанда өте кең, және бала онда тек оқушығана болып табылады. Бір жағынан «үлгерім» және «табыстылық» - сөздері мағынасы бойынша өте жақын. Сөздікте «табыстылық» - өзінде «жетістік» құрамының мағынасына ие, «үлгерім» «оқытуды меңгерудің кезеңі, білімді игеру» мағынасында айтылады. Осылайша, табыстылық-бұл құрам, ал үлгерім - дәреже, сыртқы көрсеткіш. Қазіргі кезде адамның ішкі әлемінде және оның шынайы сыртқы іс-әрекетінде табыстылықты құрам шынайы бейнелейді дегенге көптеген күмән бар. Екіншісі үздік оқушы емес, яғни табысты емес, сонымен бірге табысты оқушы және керісінше. Табыстылық өзінде белгілі бір үлгерім деңгейін қамтиды, бірақ тек оны ғана емес және бұл үлгерім бірінші орында тұрған жоқ.

Сонымен бірге «баланың әлеуметтік табыстылығын қамтамасыздандыру үшін оның негізгі ортасы мектептегі оқыту барысындағы жетістіктердің басты рөл ойнайтынын естен шығармау керек» - дейді ғалым-психолог Л.Д.Столяренко [2].

Табысты оқытудың психологиялық формасын төмендегідей сипаттап көрсетсе болады.

$M + 4K + J$

Мұндағы М – мотивация, 1к – ақпаратты қабылдау (немесе іздеу), 1к – ақпаратты түсіну, 3к – еске қалдыру, 4к – ақпаратты қолдану, ж – сабақтардың жүйелілігі. Мотивация – оқушы оқытудың мақсатына жетелейтін қозғаушы күштер. Мотив ретінде көптеген сыртқы орта заттары да, идеялар, сезімдер мен уайымдар, бір сөзбен айтқанда қажеттілікке айналғандардың барлығы болуы мүмкін [3].

Мотивация ұғымы өз мағынасында барлық қозғаушы күштердің түрін қамтиды: мотивтер, қажеттіліктер, қызығушылықтар, ұмтылу, мақсаттар, еліктеушілік, идеалдар т.с.с. яғни, адам іс-әрекетінің тікелей басымдылық танытатындар. Мотивация құрылымына негізгі 4 компонентті бөліп көрсетуге болады:

- іс-әрекеттің өзінен ләззат алу;
- іс-әрекеттің тікелей нәтижесінен тұлға үшін маңыздылығы;
- іс-әрекет үшін сыйақы алуға қозғаушы күш;
- тұлғаға қысым көрсету.

Бұрын 60-шы-80ші жылдары білім беруге мынандай формула тән болатын «көптің барлығын білу және барлығынан көп емес» болса, 90-шы жылдары жаңа формула шықты – «жаңа мәнді тану үшін, барлығының мәнін білу». Көптеген пәндердің негізгі мәнін түсіну міне, бүгінгі күнгі оқушының алдында тұрған негізгі міндет болып табылады.

Материалдар мен әдістер:

Тәжірибелік-педагогикалық жұмыс Алматы қаласының Алатау ауданының №164 жалпы білім беретін орта мектеп базасында екі кезеңмен іске асырылды. Бірінші кезеңде бастауыш сынып оқушылардың әлеуметтік табыстылығын яғни оқу үлгерімі жағынан анықтауға байланысты бастапқы деңгейді анықтау болды.

Тәжірибелік-педагогикалық жұмыста барлығы 3-ші «А» сыныбынан 20 және 3-ші «Б» сыныбынан 21 оқушы барлығы 41 адам қатысты. Эксперименттік топ 3-ші «А» сыныбы болды. Бақылау тобы болып паралельді сынып 3-ші «Б» сыныбы қарастырылды. Эксперименттің алғашқы кезеңі III-ші тоқсанның 2015 жылдың қантарынан – 2016 жылдың ақпанының мерзімі аралығында өтті.

Негізінен оқушылардың табыстылығын қалыптастыру бойынша (оқу үлгерімін жоғарылату бойынша) жұмыс үш бағытта жүргізілді. Олар: психокоррекциялық жұмыстар яғни психологиялық ойындар, жаттығулар және арнайы ашық сабақтар, ата-аналармен жұмыс жасау. Осы тұрғыда біз диагностикалық кезеңнің дұрыс болуы барлық жұмыстың негізгі бастауы болғандықтан диагностикалық кезеңді мұғаліммен бірге бастадық. Ол үшін Москва қаласынан шыққан авторы А.Ф. Ануфриев, С.Н. Костромина жазған «Как преодолеть трудности в обучении детей» атты оқу-әдістемелік құралын пайдаландық. Аталған оқу-әдістемелік құралда бастауыш сынып оқушыларының мұғалімдері арасында жүргізілген анкеттеудің нәтижесінде құралған психодиагностикалық кестелер бар. Сонымен қатар бұл еңбектегі диагностикалық карталар оқушылардың арасында оқу үлгерімі бойынша жиі кездесетін қиындықтарды көрсетіп, оны жеңудің жолдарын жайында нақты жазған. Оқу-әдістемелік құрал 3 бөлімнен тұрады. Аталған кітаптағы кестеде алдымен оқушыда кездесетін қиындықтар тізімі көрсетілген сонан соң, әрбір тізімдегі қиындықтың себебін анықтайтын психодиагностикалық әдістемелер берілген соңғы тарауда сны түзету үшін жүргізуге қажетті жаттығулар жүйесі берілген. Біз осы еңбекті пайдалана отырып өз оқушыларымыздың оқу үлгерімін жоғарылату мақсатында пайдаландық. Зерттеудің бірінші кезеңінің нәтижесінде: оқушылардың арасында жазу барысында қателіктер жіберетіндер (12%), зейіні шашыраңқы (10%) математикалық тапсырмаларды шешкенде қиындықтар сезеді (14,8%), жиі кездескен мазмұндама айтқанда қиындықтар сезетін оқушылар (13,5%), бір айтқаннан түсінуі қиын оқушылар (12,2%), дәптеріне үнемі лас жазатын оқушылар (11,3%), көбейту кестесін нашар білуі (10,2%), мұғалімнен бір нәрсені бірнеше рет қайталап сұрау (6,4%), үй тапсырмасын өз бетімен шеше алмайтындар (9,6%) екені анықталды. Мұндай оқу үлгеріміндегі қиындықтар келесідей психологиялық себептердің салдарынан болуы мүмкін. Олар: фонематикалық естудің төмен болуы, зейіні тұрақтылығының әлсіз болуы, өзін-өзі бақылау қасиетінің құралмауы, ұсақ қол моторикасының әлсіз дамуы, өзін-өзі бағалауының төмендігі, бейнелі ойлау дамуының төмендігі, логикалық операциялардың дамуының төмен деңгейі (талдау, жалпылау, жүйелеу), өз іс-әрекетін жоспарла-

уды білмеуі, сөйлеу дамуының өз дәрежесінен төмен болуы, механикалық есте сақтаудың әлсіздігі сияқты өз себептері бар. Осы қиындықтардың психологиялық қырларын нақты айқындау үшін біз фонематикалық естуі мен қабылдауды анықтау үшін «Графикалық диктант», «Змейка», «Узор», еске сақтауға «Оперативті ескерте сақтауды анықтау әдістемесі», «Жұбын жатта», «Лабиринт», өзара қарым-қатынасты және қоршаған орта адамдарына көзқарасын анықтау үшін «Рене Жиля» сияқты психодиагностикалық әдістемелер жүргіздік. Жүргізілген тесттің нәтижесі бойынша оқушылардың көрсеткіштері өз дәрежесінде жоғары емес болып шықты. Осыған орай біз негізгі жұмыс бағытымыз оқушыларды оқыту барысында психологиялық қиындықтарды жеңу және оқу үлгерімін жоғарылатуды қамтамасыздандыру бойынша жұмыс жоспарын құрдық. Жоспар бойынша оқушылардың табыстылығын (үлгерімін) қамтамасыз ететін 12 сабақты таңдап алдық. Әрбір сабақта бірнеше психокоррекциялық жаттығулар мен ойындарды жүргіздік. Мәселен, «Бос орынды толтыр», «Бұл неге ұқсайды?», «Мәтінді жаттау», «Ойша бейнелер және олардың эмоциялық бояулары» сияқты жаттығулар жүргіздік. Сонымен бірге баланың өзін-өзі бағалауын жоғарылату мақсатында театрланған педагогиканың элементтерімен ашық сабақтар өткіздік. Олар: «Сәттілікке жетіңіз», «Дандайсүсірмейді-өшіреді», «Жеті өнерпаз». Жүргізілген психокоррекциялық жұмыстардың нәтижесінде эксперименттік топ 3-ші «А» сыныбында оқу үлгеріміндегі қиындықтар бақылау тобы 3-ші «Б» сыныбына қарағанда әлдеқайда төмен болғанын дәлелдеді. Сонымен қатар ата-аналарға оқушының табысты болуы үшін үйде тәрбиелеу ісін жетілдіру бойынша әңгіме жүргізіліп, мұғаліммен оқушылардың қызығушылығы ояту, оқудағы табыстылығын қамтамасыздандыру үшін мынандай бірнеше жағымды психологиялық климат құрып, келесі ережелерді сақтауды талап етілді арнайы психологиялық кеңестер берілді. Мәселен:

1. Үйрену процесіне қатынасушылардың әрқайсысымен өзара сыйластыққа негізделген жеке қарым-қатынас орнатуға мүдделі болу. Сыйластық қарым-қатынасты оқу процесінің ғана емес, сонымен бірге бүкіл өміріміздің мәні мен мағынасы деген философиялық түйін ұстанып, осындай жүздесуді сабақтың негізіне айналдыру керек.

2. Қарым-қатынаста қысымнан бас тартып, «жұмсақ» әдістерді қолдану. Сабақ беруде халқымыздың «Жақсыдан жылы шығады», «Жақсы сөз жарым ырыс», «Жылы-жылы сөйлесе – жылан інінен шығады, суық-суық сөйлесе – мұсылман діннен таяды» деген аталы сөздерді ұмытпаған абзал. Сондықтан да қысымға негізделген әрекеттерді педагогикалық қызметтен аластату керек, өйткені олардың игі нәтижеге апаруы неғайбыл нәрсе.

Оизиканың «Қандай да болмасын қысым қарсылыққа тура пропорционалды» деген заңын мектептен білеміз. Міне, осы қағиданы француз философы әрі жазушысы Альбер Камю қоғамдық қатынастарға қолданған. Неғұрлым қатты қысым жасасақ, соғұрлым қарсылық күшейе түспек. Сондықтан да білім беру ісінде мейлінше жұмсақ болу шарт.

Қорытынды. Жоғарыда айтылған оқу үлгерімі барысында болатын қиындықтарды дұрыс

ұйымдастырылған психокоррекциялық жұмыстардың нәтижесінде жеңуге болатынын және мектептегі оқушының оқу үлгерімін психокоррекциялық ойындармен жаттығуларды пайдалану арқылы жоғарылату үшін өте тиімді екенін көрсетті. Бұдан шығатын қорытынды егер мектеп психологы баланың оқуда табысты болуы үшін белсенді әрі ізденіспен жұмыс жасаса оның соңы міндетті түрде жоғары көрсеткішпен аяқталады деген ойды тұжырымдаймыз.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. А.Ф.Ануфриев, С.Н.Костромина. «Как преодолеть трудности в обучении детей». М., 1997
2. Л.Д.Столяренко. «Основы психологии».

М., 2002

3. Трубникова Г.В. «Социальная успешность детей – органичное вхождение в социальное окружение и участие в жизни общества» Психологический журнал. 2014 №5

РЕЗЮМЕ

РОЛЬ ШКОЛЬНОГО ПСИХОЛОГА В ОБЕСПЕЧЕНИИ УСПЕШНОСТИ ШКОЛЬНИКА

/обзор литературы/

Таныштыбаева Г.А., Ошанова Н.Б.

№164 общеобразовательная средняя школа

В обзоре представлена краткая информация о проделанной работе психолога в целях повышения успеваемости школьников. А так же изложены все психокоррекционные игры и упражнения которые были использованы в работе и доказали свою эффективность. Написаны советы которые учитель должен соблюдать во время обучения.

ТҮЙІНДЕМЕ

ОҚУШЫНЫҢ ТАБЫСТЫ БОЛУЫН ҚАМТАМАСЫЗДАНДЫРУДАҒЫ МЕКТЕП ПСИХОЛОГЫНЫҢ АТҚАРАТЫН РӨЛІ

/әдеби шолу/

Таныштыбаева Г.А., Ошанова Н.Б.

№164 жалпы білім беретін орта мектеп

Бұл шолуда оқушының оқу үлгерімін жоғарылату мақсатында мектеп психологының жүргізілген жұмысы жайында жазылған. Сонымен қатар жұмыс барысында пайдаланылып, өз тиімділігін дәлелдеген психологиялық ойындар мен психологиялық жаттығулар жайында баяндалған. Мұғалімге оқыту барысында сақтауға қажетті кеңестер берілген.

SUMMARY

THE ROLE OF THE SCHOOL PSYCHOLOGIST IN ENSURING THE SUCCESS OF THE SCHOOLBOY

/ Review of references /

G.A. Tanishtibaeva, N.B. Oshanova

No. 164 comprehensive high school

The review presents a summary of the done work of psychologist in order to improve students progress. And also set out all psycho games and exercises that were used in the work and proved to be effective. Written advice that a teacher must be observed during training.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Рахмангулова Г.А

Филиал Корпоративного фонда «UniversityMedicalCenter» Национальный центр детской реабилитации, Астана

Ключевые слова: Нарушение зрения, коррекция зрения.

Keywords: Bad sight, correction of sight.

Негізгі сөздер: Көрудің бұзылуы, көру түзету.

Нарушения зрения выражаются как в тотальной (слепота), так и неполной (слабовидение) потере зрения, число слабовидящих значительно больше, чем тотально слепых.

Слепые (незрячие) - лица с нарушениями зрения, у которых либо полностью отсутствуют зрительные ощущения либо есть светоощущение или остаточное зрение (до 0,04 с коррекцией очками), а также с сопутствующими заболеваниями и сужением поля зрения.

Слабовидящие - лица с нарушениями зрения с остротой зрения на лучше видящем глазу от 0,05 до 0,2.

Причиной врожденной патологии зрения может быть наследственный фактор, обуславливающий появление катаракты, глаукомы, патологии сетчатки, атрофии зрительного нерва, близорукости, заболевания матери во время беременности (грипп, другие вирусные заболевания, обострение хронических болезней), иногда факторов, обуславливающих снижение зрения, может быть несколько.

Причинами приобретенных нарушений зрения чаще всего выступают: заболевания органов зрения; заболевания центральной нервной системы (менингит, опухоль мозга, менингоэнцефалит); осложнения после общих заболеваний организма (корь, грипп, скарлатина); травматические повреждения мозга или глаз.

Нарушения зрения могут иметь прогрессирующий характер (постепенное ухудшение зрительных функций под влиянием патологического процесса) или не прогрессирующий характер (врожденные пороки зрительного анализатора: астигматизм - недостаток преломляющей способности глаза; катаракта - помутнение хрусталика). Причинами нарушений зрительных функций часто являются глазные болезни на фоне общего заболевания организма, чаще всего миопия (близорукость), дальность зрения, астигматизм и др.

Среди основных клинических форм дефектов

зрения у детей отмечается преобладание поражений проводящих нервных путей и корковой зоны зрительного анализатора, а также поражения хрусталика глаза (катаракта). Среди различных форм преобладают врожденные катаракты, обусловленные наследственными факторами, внутриутробными инфекциями плода. Катаракта бывает у детей, страдающих хромосомными заболеваниями, например, болезнью Дауна. Слепота и слабовидение часто развиваются при различных аномалиях и заболеваниях зрительного нерва.

Чаще всего у слабовидящих детей выявляются косоглазие и амблиопия. Косоглазие проявляется в нарушении бинокулярного зрения. Бывает односторонним и двусторонним.

Причинами косоглазия выступают нарушения рефракции (преломляющей способности хрусталика); расстройства аккомодации (приспособления глаза к рассматриванию предметов на разных расстояниях); конвергенции (сведение осей глаз для видения предметов на близком расстоянии).

Амблиопия - формы поражения зрения, не имеющие видимой анатомической или рефракционной основы; наиболее частая причина - косоглазие. Осуществление коррекции амблиопии возможно при правильно организованной коррекционно-педагогической работе с использованием специальных оптических и технических средств коррекции и компенсации, а также упражнений и дидактических заданий, стимулирующих деятельность сетчатки глаза для повышения остроты зрения.

Наиболее распространенной формой аномалии рефракции, приводящей к снижению остроты зрения, является миопия (близорукость), достаточно часты гиперметропия (дальность зрения) и астигматизм.

Астигматизм - аномалия преломляющей способности глаза, при которой в одном глазу наблюдается сочетание различных видов рефракции. Астигматизм не всегда корректируется очками, поэтому у детей возникают трудности видения объема, глубины, удаленности объектов.

Часто причиной слабовидения является атрофия сетчатки, зрительного нерва, нистагм и другие глаз-

ные заболевания.

При наличии у ребенка глазной патологии проводится комплексное медикаментозное лечение, направленное на улучшение питания сетчатки и стимулирование ее функции. Применяются комплексы витаминов, сосудорасширяющие и другие препараты.

Степень выраженности отставания в психическом развитии у слепых и слабовидящих детей зависит от причин, тяжести и времени возникновения нарушений зрения, а также от своевременного начала коррекционной работы. Последствиями слепоты являются:

- ограниченность двигательной сферы;
- неполнота содержания социального опыта;
- своеобразие эмоционально-волевой сферы, характера, чувственного опыта;
- возникновение трудностей в игровой, учебной и профессиональной деятельности;
- неуверенность, пассивность, склонность к самоизоляции;
- повышенная возбудимость, раздражительность, агрессивность и др.

Основные направления медицинского сопровождения: консервативное лечение глазных заболеваний; диагностика зрения; активное плеоптическое и плеоптоортоптическое лечение; назначение очковой коррекции.

Дошкольное образование детей с нарушенным зрением.

Для детей с нарушениями зрения имеются детские сады, ясли-сады и дошкольные группы для слепых, слабовидящих, для детей с косоглазием и амблиопией.

Целью работы с детьми в дошкольных учреждениях являются: воспитание, лечение, возможное восстановление и развитие нарушенных функций зрения, а также подготовка слепых и слабовидящих детей к школьному обучению. Обучение и воспитание осуществляются по специальной программе (разработанной Л.И.Плакшиной), построенной с учетом своеобразие развития детей и особенностей формирования их познавательной деятельности, двигательной сферы и качеств личности.

Учебно-воспитательного процесса направлены: развитие зрительного восприятия; формирование предметных представлений; ориентировку в пространстве и развитие мобильности. Большое внимание уделяется сенсорному воспитанию, развитию тактильно-двигательного и слухового восприятия, как компенсаторной основы обучения.

Коррекционно-педагогическая работа имеет комплексный характер и направлена на расширение знаний и представлений об окружающем мире, развитие познавательной деятельности на основе по-

лисенсорного восприятия – зрительного, слухового, осязательного. При этом важно, даже при выраженных дефектах зрения, обязательно использовать в познании окружающего мира остаточное зрение, учить ребенка его использовать в повседневной деятельности. Развитие зрительного восприятия проводится в комплексе с развитием всех познавательных психических процессов. Важным условием педагогической коррекционной работы является ее сочетание с медицинскими мероприятиями: необходим ранний и правильный подбор очков, динамическое наблюдение за состоянием зрения и систематическое лечение. В детских садах для детей с косоглазием и амблиопией организуется лечение на специальных аппаратах, дети регулярно осматриваются врачом-офтальмологом.

Коррекционную работу с ребенком, имеющим нарушения зрения, следует начинать с первых месяцев жизни. Для этого важно постоянно поддерживать эмоциональный контакт с ребенком, обогащать его опыт тактильными и кинестетическими ощущениями: часто менять положение его тела, поглаживать, проводить пассивно-активные упражнения, привлекая внимание ребенка к возникающим ощущениям. Важное значение имеет развитие ориентировки в пространстве, а также проведение специальных занятий по развитию речи.

Необходима специальная предметно-развивающая среда для сенсорного развития ребенка с нарушенным зрением, организация разнообразных видов деятельности — общения, игры, движения, труда, рисования, конструирования и др. Важное значение имеет развитие моторики и физическое воспитание.

Коррекционно-развивающая работа — важнейшая сфера деятельности специальных школ, включающая: развитие процессов компенсации; исправление и восстановление нарушенных функций; сглаживание недостатков познавательной деятельности; поиск потенциальных возможностей в становлении личности

слепых и слабовидящих детей.

Специальная программа предусматривает:

- увеличение продолжительности подготовительного периода

- для слабовидящих на начальном этапе – формирование представлений на основе обогащения зрительного опыта учащихся, соответствия между словом и конкретным образом предмета, подготовка к письму;

- для слепых – обучение чтению и письму по системе Брайля на основе использования тактильных ощущений;

- формирование умения работы с рельефными дидактическими материалами.

- для слабовидящих – увеличение количества предметных уроков, экскурсий и практических занятий; изучение анатомии и физиологии зрения и его охраны; изучение специальных приемов и способов ориентирования и выполнения правил дорожного движения; специальные занятия по овладению правилами пользования тростью при передвижении;

- для слепых – формирование умений выделить элементарные сигнальные признаки предметов и объектов живой и неживой природы (при помощи осязания, слуха, обоняния, остаточного зрения); увеличение учебного времени на проведение опытов и наблюдений, предметных уроков, экскурсий.

- выполнение изображений, пластическое моделирование и декоративно-прикладную деятельность. Важную роль в развитии творческой активности слепых и слабовидящих детей играет эстетическое воспитание: обучение детей рисованию, лепке, конструированию; обучение пению, движениям под музыку; развитие художественного творчества.

Трудовое обучение в специальной школе организуется с привлечением тифлотехнических средств.

Особое значение придается специфическим ме-

тодам физического воспитания слепых и слабовидящих, которое ведется дифференцированно и не только способствует общему укреплению здоровья, но и служит для коррекции двигательной сферы учащихся, их ориентировки в пространстве.

Для обучения и воспитания детей с нарушениями зрения используются специальные средства обучения:

- для слепых издается разнообразная литература с рельефно-точечным шрифтом (система Л. Брайля) - учебники, учебные пособия; научная и научно-популярная, детская, художественная, музыкальная и т. д. Рисунки, чертежи, схемы, другие иллюстрации – рельефные, воспринимаемые осязательно;

- для детей с остаточным зрением предназначены издания, сочетающие рельефную и цветную печать;

- для слабовидящих выпускают специальные учебники и учебные пособия с укрупненным шрифтом и адаптированными цветными иллюстрациями.

Врачи-специалисты (окулист, педиатр, психоневролог) и средний медицинский персонал решают задачи максимального восстановления, улучшения и охраны зрения учащихся.

РЕЗЮМЕ

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Рахмангулова Г.А.

Филиал Корпоративного фонда «University Medical Center» Национальный центр детской реабилитации

В статье приводится клинико – психолого – педагогическая характеристика детей с нарушениями зрения и их коррекция.

SUMMARY

CLINICAL AND PSYCHO-PEDAGOGICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH VISUAL IMPAIRMENTS

Rachmangulova G.

Branch of corporate fond «University medical center» National rehabilitation center for children

The article reveals the peculiarities of visual impairment in children and their correction.

ТҮЙІНДЕМЕ

КӨРҮБҰЗУШЫЛЫҒЫ БАР БАЛАЛАРҒА КЛИНИКАЛЫҚ-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ-ПЕДАГОГИКАЛЫҚ СИПАТТАМА

Рахмангулова Г.А.

«University Medical Center» корпоративтік қорының балалардың оңалтудың ұлттық орталығы филиалы

Осы мақалада балалардың көру қабілетінің бұзылуын және оның коррекциялық ерекшелігін ашады.

КОМПЛЕКСНОЕ ОЗДОРОВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ДЕТСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ «АЛАТАУ»

Палтушева Т.П., Мусаева К.К., Тулепбергенова Г.Б.
г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: комплексное оздоровление, дети, санаторий «Алатау».

Негізгі сөздер: кешенді сауықтыру, балалар, «Алатау» балалар шипажайы.

Keywords: comprehensive health improvement, children, Sanatorium "Alatau".

На сегодняшний день профилактическое направление в деле охраны здоровья детского населения является приоритетным. С каждым годом растет потребность детей в оказании им санаторно-курортной помощи. По данным диспансеризации детского населения, отклонения состояния здоровья имеют 70% детей Республики, 30% из них нуждаются в санаторно-курортном лечении по заболеваниям, при которых санаторно-курортный этап лечения дает наиболее ощутимый результат в достижении выздоровления.

Республиканский детский клинический санаторий «Алатау» предназначен для оздоровления детей с патологией органов дыхания, а также с онкогематологическими заболеваниями в межблочный период химиотерапии. Основной профиль дети с бронхиальной астмой. Мы являемся единственным санаторием для детей соматического профиля в Республике.

Санаторий «Алатау» расположен в Малоалматинском ущелье предгорья Заилийского Алатау, в Государственном природном парке «Медеу». Санаторий приезжают дети со всех регионов Казахстана в возрасте с 3 до 14 лет. Курс лечения составляет 21 день. На каждый регион выделяется от 6 до 15 путевок по потребности региона. Коечная мощность санатория 100 коек, также имеются 20 хозрасчетных коек. В год проводится 16 заездов. Со всех областей Республики Казахстана приезжают до 100 детей в заезд. Из них дети до 7-ми лет госпитализируются с родителями. В год до 2000 детей.

В основе оздоровления детей с хроническими болезнями в большей степени ориентируемся на безмедикаментозные методы. Учитывая профиль санатория, годами отработанные методики направлены на улучшение функциональных показателей бронхолегочной системы. Мы в постоянном поиске новых эффективных технологий в лечении детей. Ежегодно

внедряем в свою работу новые процедуры. В 2015 году внедрили несколько методик: термопроцедуры (дозированная сауна, контрастный душ), занятия на дыхательном тренажере, оксигенотерапия.

Современная медицина требует высказательности эффективности проводимого лечения. В своей работе, для прослеживания результатов, наши сотрудники используют различные пробы и шкалы. В 2014 году приобрели комплекс «Здоровый ребенок», на котором можно провести несколько видов обследований для определения эффективности полученного лечения.

Для определения объема выдоха, по параметрам которого можно судить о правильности подобранной терапии используется Пикфлоуметрия. Для преемственности работы с поликлиниками, где наблюдаются дети, разработаны и внедрены листы индивидуальной программы оздоровления. Каждому ребенку при поступлении в наш санаторий заводится лист ИПО, куда вносятся данные до и после лечения. При выписке даются рекомендации по продолжению курса оздоровления в условиях поликлиники и на дому.

На сегодняшний день наш санаторий является базой кафедры «Медицинская реабилитация с курсом санаторно-курортного оздоровления». Это дало возможность обучения наших врачей без отрыва от работы. А также появилась возможность обучения врачей из региональных санаториев, работающих как в городах, так и на селе. Продемонстрировать свои методики и технологии, обменяться опытом с курсантами кафедры. Санаторий «Алатау» является членом Всемирной федерации водолечения и климатолечения (ФЕМТЕК), что дает нам возможность быть всегда в курсе передовых зарубежных технологий в курортологии.

Если говорить о перечне предоставляемых услуг: это диетическое питание, бальнеотерапия, электролечение, глинолечение, парафинолечение, соляные шахты. В санатории используются два вида галотерапии: сухая и влажная. «Соляная комната» - это не просто методика распыления соли. В результате специального подогрева и последующего охлаждения

ния пслучается мелкодисперсная соляная аэрозоль-терапия, соль проникает глубоко в дыхательные пути. Такая методика дает хорошие результаты при оздоровлении детей с бронхиальной астмой. В Соляной шахте распыляется влажная крупнодисперсная соль. Со стороны может показаться, что дети находятся в тумане. Соль оседает на верхние дыхательные пути и лечит синуситы, гаймориты, тонзиллиты.

Хороший дополнительный эффект мы получили от применения аппарата «Астмакор», работающий на основе БОС (биологический обратной связи), где просмотр мультфильма является мотивацией для тренинга правильного типа дыхания. В игровой форме ребенок обучается правильному дыханию при бронхиальной астме и обструктивных бронхитах. Детям нравятся эти процедуры. Уютная комната с разноцветными пластинами соли на стенах, под ногами нагретая морская соль как на берегу моря. Дети находятся там, в среднем 20-30 минут, и за это время успевают выучить и спеть много песенок. Тем самым мы получаем два положительных эффекта: соли про-

никают еще глубже в дыхательные пути, а заодно и готовятся к концерту, которым обязательно заканчивается каждый заезд. К концерту они так распеваются, что на сцену выходит целый хор! Очень нравятся им и кислородные коктейли, и хождение босиком по «шунгиту». Во время этой процедуры происходит рефлексотерапия, дети расслабляются, укрепляют биоэнергетику. За получением всех лечебных процедур, прописанными врачами, следят воспитатели. Кроме получения лечебных процедур дети обучаются по основным школьным предметам. С детьми работают педагоги, психологи и музыкальные работники. Оценка результатов оздоровления детей показала эффективность использования индивидуально подобранных методик. Подтверждением этого является еще и положительные отзывы родителей.

Коллектив не останавливается на достигнутом уровне! Впереди запланировано внедрение новых технологий по расширению использования возможностей курортно-климатической зоны санатория в оздоровлении детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Руководство по физиотерапии и физиопрофилактике детских заболеваний»
А.Н.Обросов, Т.В.Карачевцева. изд. Медици-

на. Москва 2006г стр 18.

2. «Основы курортологии» А.В. Скибницкий, В.И. Скибница. Изд. Медицина. Москва 2006г стр. 315.

РЕЗЮМЕ

КОМПЛЕКСНОЕ ОЗДОРОВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ДЕТСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ «АЛАТАУ»

Палтушева Т.П., Мусаева К.К., Тулепбергенова Г.Б.
г. Алматы, Казахстан

Статья посвящена вопросам комплексного оздоровления детей в условиях детского клинического санатория «Алатау». Санаторий госпитализирует детей со всех регионов Казахстана. Получают курс оздоровления дети с бронхолегочной патологией. Основной профиль – Бронхиальная астма. Последние два года оказывается реабилитация детям с онкологическими и гематологическими заболеваниями в промежутке между курсами химиотерапии их Научного центра Педиатрии и Детской хирургии. В статье описаны оказываемые услуги и новые внедрения и достижения за последние годы.

ТҮЙІНДЕМЕ

«Алатау» Республикалық балалар клиникалық санатория жағдайында Балаларды кешенді сауықтыру

Палтушева Т.П., Мусаева Қ.Қ., Тулепбергенова Г.Б.

Мақала «Алатау» балалар клиникалық шипажайы жағдайында балаларды кешенді сауықтыру мәселелеріне арналған. Шипажайға Қазақстанның барлық өңірлерінен келетін балалар емделуі үшін жатқызылады. Бронх-өкпе сырқаттары бар балалар сауықтыру курсына қабылдайды. Негізгі профиль – Бронхиалдық астма. Соңғы екі жылда Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығынан жіберілген онкологиялық және гематологиялық сырқаты бар балаларға химиятерапия курстары арасында оңалту көмегі көрсетілуде. Мақалада соңғы жылдары көрсетіліп жатқан қызметтер және жаңадан енгізілген жаңалықтар мен жетістіктер сипатталады.

SUMMARY

Comprehensive children's health improvement in the Republican Children's Clinical Sanatorium "Alatau"

T.Paltusheva K.K. Mussayeva G.B. Tulepbergenova

The article is devoted to the comprehensive health improvement of children in Children's Clinical Sanatorium "Alatau". Sanatorium hospitalizes the children from all regions of Kazakhstan. The children with bronchopulmonary diseases receive a course of health improvement. Main profile is bronchial asthma. During the past two years the sanatorium receives for rehabilitation children with oncohematological diseases between courses of chemotherapy which they receive in Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery. The article describes services, innovations and achievements of sanatorium over the past years.

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Мусаева К.К. Джансеитова А.О. Джанаева М.Т.
РГКП Детский клинический санаторий «Алатау»
г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: реабилитация детей, онкогематологические, этапность реабилитации, химиотерапия.

Негізгі сөздер: балаларды оңалту, онкогематологиялық, оңалту кезеңділігі, химиотерапия.

Key words: rehabilitation of children, oncohematological, chemotherapy, stepped-care approach in rehabilitation.

Онкогематологические заболевания (ОГЗ) являются одним из определяющих факторов инвалидизации детского населения, что влечет за собой необходимость решения обществом сложных медицинских, медико-психологических, медико-социальных и экономических вопросов, обусловленных тяжестью длительностью течения заболевания.[1]

Возвращение детей, страдающих ОГЗ, в педиатрическую среду, делает актуальным разработку и внедрение оздоровительных мероприятий, которые должны проводиться на различных этапах наблюдения больного педиатром с целью достижения физического благополучия и нормального качества жизни. Именно поэтому, необходимо определение структуры патологии, формирующейся вследствие пртивоопухолевого лечения детей с ОГЗ, оценки их состояния здоровья, междисциплинарного анализа медицинских, психологических и социальных проблем пациентов с ОГЗ после завершения лечения и научного обоснования комплексной реабилитации детей с ОГЗ на диспансерном и санаторно-курортном этапах с наблюдением педиатра.[2]

С 2014-года в Республиканском детском клиническом санатории «Алатау» развернуты дополнительные 1С коек на реабилитацию детей с онкогематологической патологией в межблочный период химиотерапии из Научного Центра Педиатрии и Детской Хирургии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Анализ работы реабилитационных коек в условиях санатория «Алатау». Преимущество и значимость соблюдения непрерывной этапности реабилитационных мероприятий при лечении детей с онкогематологической патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Нами проанализиро-

ваны 480 реабилитационных карт детей получивших курс реабилитации в ДКС «Алатау» за 2014 и 2015 гг.

Для создания условия отличающихся от больничной обстановки, мы организовали палаты, игровую и столовую максимально приближенными к домашней обстановке.

Столовая в виде домашней кухни: обеденный стол, встроенная кухонная мебель с плитой и вытяжкой. А убранство игровой оформлено как зал в доме - с телевизором и мягкой мебелью. Комнаты тоже отличаются от больничных палат, в каждой палате есть диванчики для родителей.

Количество детей прошедших курс реабилитации за 2014 и 2015 годы составляет 480, родителей 461, из них 33 кормящие мамы. Размещались дети в одноместных палатах вместе с одним из родителей. 19 детей в возрасте 13, 14 лет, на курсе реабилитации находились без сопровождающего лица. Средняя длительность пребывания пациентов на койке около 8 дней. Дети находились на реабилитации от 3 дней до 22 дней. Длительность пребывания диктовалось следующим этапом химиотерапии, либо датой запланированного оперативного вмешательства. В течение двух лет прошли курс реабилитации 480 детей по следующим возрастным группам.

1. группа до 3-х лет 96 детей - 20%
2. группа с 3-х до 12 лет 269 детей - 56%
3. группа старше 12 лет- 115 детей - 23,9%

Дети с онкогематологическими заболеваниями направлялись только из НЦП и ДХ. В связи с тем, что дети получают несколько блоков химиотерапии за два года были повторные поступления 146 детей от 2-х до 5-ти раз.

По структуре заболеваемости: наиболее часто отмечалось поступление детей в 43% случаев с заболеваниями крови (Острый лимфобластный лейкоз, Острый миелобластный лейкоз) - 211 детей. С опухолями ОБП 130 (27%) ребенок и с ретинобластомами - 62 (12,9%) детей. Дети наблюдались штатным онкологом. При необходимости им проводились перевязки послеоперационных ран. Все рекомендации докторов из НЦП и ДХ указанные в выписках выполнялись обученным персоналом, имеющим сертификаты паллиативного ухода. Наблюдение проводилось также врачом педиатром.

В штатное расписание включены психолог и воспитатель по 0,5 ставки на 10 коек. Ежедневные занятия с воспитателем и по необходимости занятия с психологом после первичного осмотра, являются обязательным в расписании пребывания детей. Во время осмотра психолог проводит легкие тесты на «портрет семьи», на самооценку ребенка, проводит анализ социального статуса семьи. Так по данным госпитализированных детей 22% детей растут в неполных семьях, 8,7% семей являются малообеспеченными, живущими только на пособие выделяемое ребенку. Все данные используются в работе психолога для выбора методик в своей работе. Психолог использует развивающие тесты по степени сложности по уровню развития и соответственно возраста ребенка. Занятия направлены на улучшение памяти, внимания, логики, развитие мышления, сенсорного восприятия, развитие мелкой моторики.[3] С родителями занятия с психологом организует Общественный Фонд «Здоровая Азия». По ходатайству психолога Общественного Фонда «Здоровая Азия» в санаторий выделена и оснащена Молитвенная комната, как показало время, очень необходимая для психологической разгрузки родителям.

Во время пребывания на курсе реабилитации, с детьми 2 раза в день по 30 минут занимаются воспитатели: проводят различные викторины, игры, уроки рисования, лепки, прогулки на свежем воздухе. Для удобства проведения занятий и для прививания чувства коллективизма формируют группы по возрастам. Для подвижных игр используются игровые площадки. Специально оборудованная игровая площадка для детей онкогематологических пациентов была подарена Благотворительным фондом «Аяла» в 2014 году.

За время пребывания детей посещают волон-

теры – аниматоры, которые с ними проводят игры, выступают с цирковыми номерами. Состояние детей за время пребывания в санаторий улучшалось. Дети были с родителями и чувствовали себя комфортно. Эмоционально дети расслаблялись и это отмечалось улучшением аппетита, двигательной активности.

Одним из важных преимуществ перевода детей в ДКС «Алатау» между блоками химиотерапии, дает возможность не только отдыха в природно-климатической зоне, но и избежать контактов с простившими людьми в транспорте по дороге домой, а также сдачу повторных анализов для госпитализации. Поездки домой на несколько дней иногда откладывают получение следующего этапа лечения ребенка на неопределенное время из-за присоединившейся простуды в дороге, в транспорте. Для родителей возникают сложности при подготовке на повторную госпитализацию, ребенку необходимо сдать все требуемые анализы. Перевод в санаторий исключает эту проблему, так как в выписке указывается эпидемиологическое окружение реабилитационного отделения ДКС «Алатау». Это дает возможность, не откладывая из-за интеркуррентных заболеваний, получить все лечение, не теряя драгоценное время, и является ключевым моментом в достижении хороших результатов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, организация реабилитационных коек в условиях санатория между блоками химиотерапии является одним из необходимых этапов в длительном лечении детей с Онкогематологическими заболеваниями. Прогулки на свежем воздухе горно-курортной местности, позитивный настрой, занятия с воспитателем, психологическая коррекция на улучшение эмоционально волевой сферы дают ребенку возможность устоять в нелегкой борьбе и победить тяжелый недуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Н.А. Захарченко, С.Б. Шахсуварян, Э.И. Мирзоян, О.В. Андрианов. Материалы доклада на Форуме VI «Движение против рака» 4-5 февраля 2013 г.
2. Ибрагимова С.З. Психопатологические

расстройства при острых лейкозах и пути коррекции. Ташкент. 2009г стр. 3.

3. Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. Москва. 1972г стр. 10.

РЕЗЮМЕ

Реабилитационная помощь детям с онкогематологической патологией.

Мусаева К.К. Джансеитова А.О. Джанаева М.Т.

РГКП Детский клинический санаторий «Алатау»

г. Алматы, Казахстан

Статья посвящена вопросам реабилитации детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями. Проведен анализ карт пребывания 480 детей, получивших курс реабилитации в условиях горно-климатического санатория «Алатау». Освещены работа психолога и воспитателя. Обращено внимание на соблюдение этапности реабилитации при получении детьми нескольких блоков химиотерапии и важности пребывания детей на реабилитации с родителями.

ТҮЙІНДЕМЕ

Онкогематологиялық ауру балаларға жасалған оңалту шаралары.

Мұсаева Қ.Қ. Джансеітова А.О. Джанаева М.Т.

Мақала онкологиялық және гематологиялық сырқаты бар балаларды оңалту мәселелеріне арналған. «Алатау» тау-климатты шипажай жағдайында оңалту курсы қабылдаған 480 баланың болу картасына талдау жасалды. Психолог пен тәрбиешінің жұмысы жарияланды. Балалар химиятерапияның бірнеше блоктарын қабылдаған кезінде оңалту кезеңділігінің сақталуына және балалардың оңалту барысында ата-аналарымен бірге болуының маңыздылығына баса назар аударылды.

SUMMARY

The rehabilitation help to children with oncohematological pathology.

K.K.Mussayeva A.O. Dzhanseitova M.T. Dzhanyayeva

The article is devoted to the rehabilitation of children with oncohematological diseases. The analysis was based on 480 cards of stay of children, who had a rehabilitation course in the mountain sanatorium «Alatau». The article highlights the work of psychologist and educator. It's also focused on the stepped-care approach in rehabilitation of children with multiple blocks of chemotherapy and the importance of parents' care during the rehabilitation course.

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ЖЕЛТУХА КАК ПРИЧИНА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С.К. Кошенова, Г.Б. Жусупова, С.В. Катхе, Г.Б. Сапиева
Центр реабилитации и здоровья ребенка «Арника»
г. Шымкент, Казахстан.

Ключевые слова: желтуха, новорожденные, недоношенные, фототерапия.

Негізгі сөздер: сарғаю, жаңа туылған нәресте, шала туылған нәресте, фототерапия.

Key words: prolonged jaundice in newborns, hyperbilirubinemia influence, phototherapy.

Аннотация. В работе поднимаются вопросы о гипербилирубинемии и пролонгированной желтухе, приводящие к последующим неврологическим заболеваниям, а так же предлагаются современные системы лечения.

Актуальность. На сегодняшний день, Южно-Казахстанская область является одним из лидеров среди регионов республики по уровню рождаемости, но вместе с тем растет количество детей страдающих гипербилирубинемией, которая зачастую приводит впоследствии к тяжелым неврологическим заболеваниям.

Особую тревогу вызывает в последние годы рост частоты встречаемости пролонгированной желтухи у новорожденных и детей раннего возраста. Причины этого роста до конца не ясны [1], в связи с чем, возникает необходимость детального изучения факторов риска затяжного течения желтухи, с учетом современного объема медицинских технологий.

Кроме того, остается до конца невыясненным влияние затяжной конъюгационной желтухи на состояние здоровья детей, в частности, на физическое и нервно-психическое развитие. В литературе представлены данные о роли гипербилирубинемии с высоким уровнем неконъюгированного билирубина в крови (более 300 мкмоль/л) в формировании так называемой «ядерной желтухи» и тяжелых неврологических осложнений: в том числе ДЦП и других заболеваний [2].

Причин появления ДЦП у детей много. Однако очень сложно сказать, почему появилось заболевание в каждом конкретном случае. С чем это связано? Всё дело в том, что болезнь может начать развиваться ещё в период внутриутробного роста ребёнка, а может начаться и после рождения [3]. Одним из основных причин всё же на сегодняшний момент медики считают гипербилирубинемия.

Также в последние годы отмечается рост недо-

ношенных детей, что связано с увеличением рожениц с фоновой патологией (анемия, повышение АД и многое другое). Недоношенные дети первые стоят в группе риска по гипербилирубинемии.

Цели и задачи: изучение показателей нервно-психического и физического развития детей, перенесших затяжную конъюгационную гипербилирубинемию, на первом году жизни, способы предупреждения и лечения пролонгированных желтух.

Материалы и методы: ретроспективный анализ историй болезней центра реабилитации и здоровья «Арника» за первый квартал 2016 года и статистические данные ОПЦ №2 за 2015 год.

Результаты: В г.Шымкенте, за период 2015 года в отделение выхаживания недоношенных детей поступило 377 детей, из них с диагнозом пролонгированная неонатальная желтуха 175 детей.

По проведенному анализу за первый квартал 2016 года в Центре реабилитации и здоровья ребенка «Арника» (далее - Центр) выявлены следующие показатели: всего осмотрено детей в возрасте до 1 года — 196, из них до 45 дней жизни — 40. Из 196 детей перенесли пролонгированную желтуху - 175 детей, что составляет 89% от общего количества обратившихся. А из 40 детей в возрасте до 45 дней жизни выставлен диагноз «пролонгированная желтуха» - у 36 детей (90%).

Из 175 детей с пролонгированной желтухой получили лечение методом фототерапии от 1 до 10 сеансов лишь 65 детей (37%), а 110 детей остались без лечения, что составляет 62%.

Обсуждение: Опасность желтухи заключается в том, что при высоком уровне свободного (неконъюгированного, непрямого) билирубина в сыворотке крови возникает угроза развития билирубиновой энцефалопатии (ядерной желтухи), которая встречается исключительно в период новорожденности и ведёт к развитию глубокой умственной отсталости и детского церебрального паралича (ДЦП, гиперкинетическая форма). Степень токсического влияния билирубина в основном зависит от его концентрации в ткани мозга и продолжительности гипербилирубинемии. Медицинский работник, наблюдающий ребёнка, должен уметь оценить индивидуальный «безопасный

уровень» билирубина у новорожденного с желтухой и предвидеть его возможное нарастание.

В этой связи необходимо своевременно выявлять и назначать лечение с целью недопущения затяжного течения желтухи, приводящей к инвалидизации детей.

Наиболее эффективным и доступным населению является фототерапия недоношенных и новорожденных детей на ранних стадиях развития заболеваний. Однако, на сегодняшний день поликлиники Южно-Казахстанской области испытывают дефицит ламп для проведения фототерапии, а имеющиеся в наличии морально устарели. Все эти проблемы приводят к невозможности населения своевременно получить очень важную медицинскую помощь, а последствия несказания квалифицированной услуги приводят к необратимому поражению центральной нервной системы у детей больных желтухой.

Учитывая частоту развития гипербилирубинемии у недоношенных и новорожденных детей, а также частоту рождения недоношенных детей в Южно-

Казахстанской области, Центром внедрена и начата апробация лечения данного заболевания у недоношенных и новорожденных детей фототерапевтической системой Bilibet и, насколько нам известно, применяется в Казахстане впервые.

Данная система является оборудованием швейцарского производства нового поколения и по сравнению с традиционными лампами более эффективна и безопасна, что является залогом успешного лечения желтухи детей.

Выводы: Для предупреждения развития заболеваний нервной системы, вызванных пролонгированной желтухой необходимо:

1. проводить лабораторный контроль и оценку «безопасного уровня» билирубина у новорожденных с желтухой (особенно у детей из группы риска), а также предвидеть его возможное нарастание.

2. своевременно назначать лечение с целью недопущения затяжного течения желтухи, приводящей к инвалидизации детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-pri-prolongirovannoy-neonatalnoy-zheltyhe>
2. <http://www.dissercat.com/content/>

opti-mizatsiya-taktiki-vedeniya-novorozhdennykh-detei-s-zatyazhnoi-konyugatsionnoi-giperbilir

3. <http://vashaspina.ru/prichiny-razvitiya-diagnostika-i-lechenie-dcp/>

РЕЗЮМЕ

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ЖЕЛТУХА КАК ПРИЧИНА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С.К. Кошенова, Г.Б. Жусупова, С.В. Катхе, Г.Б. Сапиева

Центр реабилитации и здоровья ребенка «Арника»

В данной статье рассматриваются вопросы о пролонгированной желтухе у новорожденных, влияния гипербилирубинемии на центральную нервную систему в последующем, и самое главное - внедрение и апробация лечения фототерапевтической системой «Bilibet», которая применяется в Казахстане впервые.

ТҮЙІНДЕМЕ

Ұзартылған сарғаю неврологиялық аурулардың себебі секілді

Кошенова С.К., Жусупова Г.Б., Катхе С.В., Сапиева Г.Б.

«Арника» балаларды сауықтыру және оңалту орталығы,

Бұл мақалада жаңа туылған нәрестелерге ұзартылған сарғаюдың, гипербилирубинемияның орталық жүйке жүйесіне болашақтағы әсері және ең бастысы «Bilibet» фототерапиялық жүйесімен енгізу және апробация арқылы емдеу. Қазақстанда ең алғашқы болып қолданысқа ие болады.

SUMMARY

Prolonged jaundice the cause of neurological diseases

S.K. Koshenova, G.B. Zhusupova, S.V. Katkhe, G.B. Sapieva

Rehabilitation Center and Children's Health "Arnica"

This article addresses questions about the prolonged jaundice in newborns, hyperbilirubinemia influence on the central nervous system in the future, and most importantly - the introduction and testing of phototherapy treatment «Bilibet» system, which is used in Kazakhstan for the first time.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЛОКОМОТОРНОГО АППАРАТА

И.В. Акижанова, Н.Г. Нигаи

Кафедра лучевой и функциональной диагностики ИДО,
г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, опорно-двигательный аппарат, зоны роста, детский церебральный паралич.

Негізі сөздер: ультрадыбыстық тексеру, тірек-қимыл аппараты, өсу зонасы, балалардың церебралды сал ауруы

Key words: ultrasound examination, locomotor musculoskeletal system, growth area, cerebral palsy

Актуальность. На современном этапе отмечаются стремительные изменения в неонатологической службе, позволяющие перейти на мировые критерии живорождения и способствующие увеличению числа выживших детей с экстремально низкой массой тела при рождении. По данным многочисленных авторов [1,2,3,4,5,6] выявлено, что заболевания опорно-двигательной системы в сочетании с психоневрологической патологией, включая группу заболеваний, объединенных термином ДЦП- детский церебральный паралич, (28,9%) встречаются преимущественно у недоношенных детей (31,23%), что обусловлено их морфофункциональной незрелостью, недоношенность всегда следует рассматривать как маркер неблагоприятного внутриутробного и последующего постнатального развития. В связи с тем, что стандартная рентгенография не несет достаточной информации о состоянии связочно-мышечного аппарата, а магнитно-резонансная томография (МРТ) на сегодняшний день является высоко затратным и требующим наркозного пособия методом, актуальным является поиск новых методов ранней диагностики патологии локомоторного аппарата. К сожалению, ультразвуковое сканирование опорно-двигательного аппарата (УЗС ОДА) – не инвазивный метод визуализации, является относительно новым разделом лучевой диагностики на территории Казахстана. Однако за рубежом данные технологии прочно вошли в ежедневную рутинную практику травматологов, ортопедов, ревматологов, и находят все большее применение в неврологии, в связи с относительной дешевизной

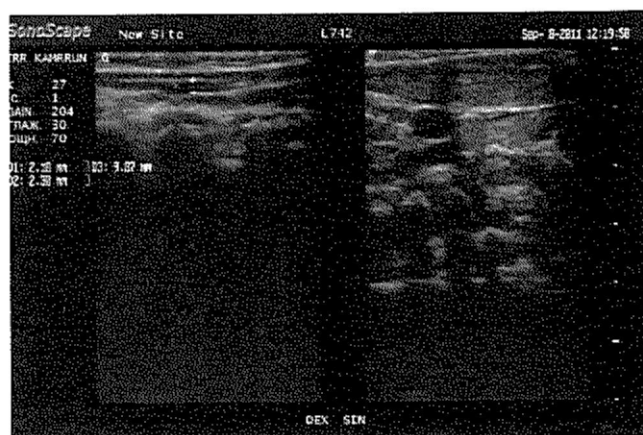
(доступностью), снижением лучевой нагрузки на пациента, значительной информативностью, а также пригодностью для многократного динамического наблюдения [7,8,9]. В связи с чем вопрос об оптимизации УЗС ОДА у пациентов с различными нарушениями ОДА и выбор наиболее информативных УЗ-технологий являются актуальными на территории КЗ.

Цель настоящего исследования – данный пилотный проект проведен с целью оптимизации ультразвукового сканирования (УЗС ОДА) для наиболее эффективной диагностики и лечения опорно-двигательного аппарата у недоношенных детей

Материалы и методы. УЗС произведено у 900 пациентов в возрасте от 1 мес до 16 лет. Пациенты были разделены на три возрастные группы по возрасту (1-ая группа: 300 детей в возрасте от рождения до 1,5 г, 2-ая группа: 300 детей в возрасте от 1,5 г до 6 лет, 3-ья группа: 300 детей, детей в возрасте от 6 лет до 16 лет), по полу, по срокам гестации. Авторами были разработаны пять различных УЗ-протоколов, в зависимости от поставленной диагностически-лечебной цели. Ультрасонографию мягких тканей и суставов проводили в В-режиме на УЗ-диагностической системе Voluson 730 PRO («Kretz» Austria) с датчиком 5–12 МГц, на УЗ-сканере «SONOACE-8000 SE» фирмы «MEDISON», а применение портативного УЗ-сканера SSI-1000 (фирма SonoScape Company) с применением датчика L742 позволило провести УЗИ суставов пациентам, находящимся на постельном режиме – «на койке».

Результаты и обсуждение. УЗ-диагностические протоколы №1-4 подразумевает исследование пациента в каудальном направлении «сверху-вниз», при этом сканирование начинается с положения пациента на спине, затем – на животе. Протокол №1 «УЗ-остео инфант ОДА» использован с целью диагностики врожденной патологии ОДА. Первый «шаг» (скан) – (см.рис. 1) – продольное сканирование кивательных мышц шеи

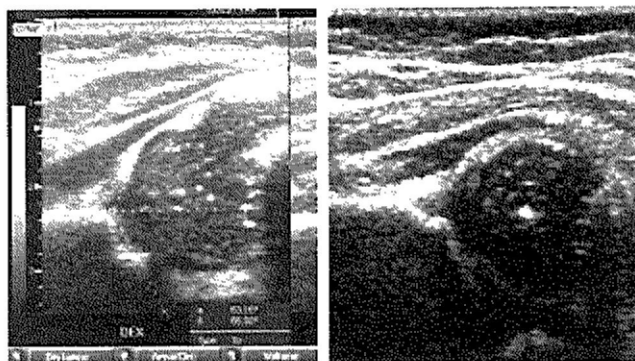
Рисунок 1 .



На рисунке N 1 представлены сравнительные эхограммы правой и левой кивательных мышц пациента Г. 2,5 мес., выявлена истинная кривошея левой кивательной мышцы с изменением ее эхогенности, формы и размера. Второй, третий, четвертый «шаги»

(сканы) - продольное сканирование трех отделов позвоночника - ШОП, ГОП, ПОП. Пятый и шестой «шаги» (сканы) - (см. рис. 2) - продольное сканирование тазобедренных суставов по Р.Графу.

Рисунок 2



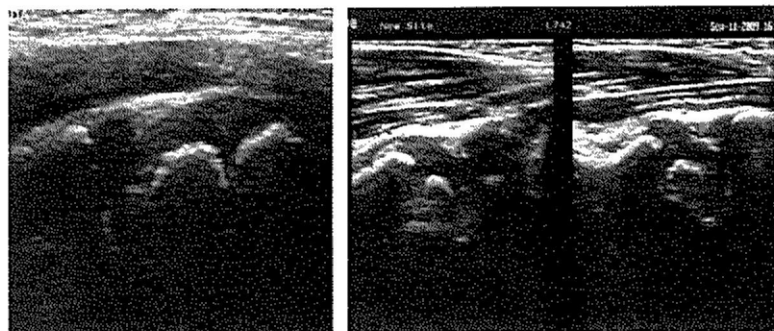
На рисунке N2 представлены сравнительные эхограммы зрелого ТБС (а) и незрелого ТБС (дисплазия ТБС) (б) у пациентов Е. и И. в возрасте 3, 5 мес. Данный протокол позволил получить «Ультразвуковой паспорт ОДА» за 15-20 мин. у 300 детей первой возрастной группы без применения лучевых методов исследования и провести оценку наиболее значимых сегментов ОДА

Протокол № 2 «УЗ - тонус ОДА» использован также у младшей возрастной группы при подозрении на патологию мышечного тонуса, включая ДЦП и периферические парезы конечностей. Особенностью данно-

го протокола являются проведение эхометрии мышц ведущих флексоров и экстензоров, а также проведение функциональных проб: сгибание-разгибание исследуемой мышцы 1-2 ой «шаги» (скан) Ультразвуковое сканирование кивательных мышц и мышц экстензоров шеи. 3 -ий «шаг» (скан)-Ультразвуковое продольное сканирование двухглавых мышц на уровне средней трети плеча,

4 -ый 5 -ый «шаги» (сканы)-Ультразвуковое продольное сканирование тазобедренных суставов на уровне пупартовой связки для измерения толщины илеоподвздошных мышц и в проекции аддукторов.

Рисунок 3. Ультразвуковое исследование тазобедренного сустава, передний доступ, а-продольный спрез m. iliopsoas, б-м. adductor longus



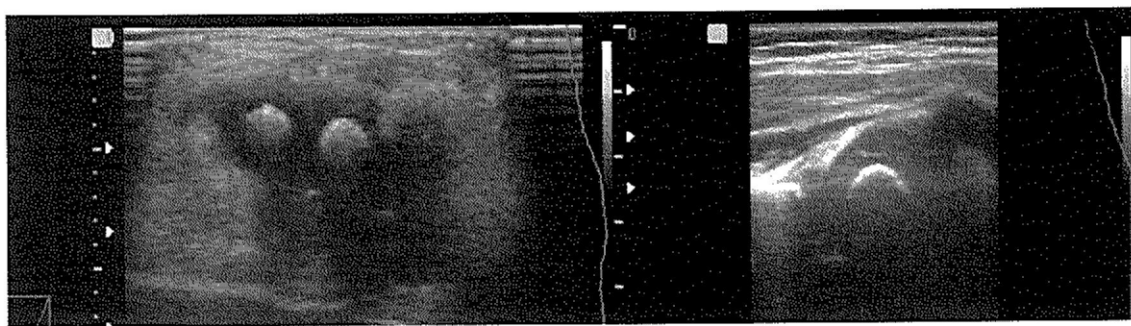
5 -ый «шаг» (скан) -Ультразвуковое продольное сканирование икроножных мышц на уровне средней трети голени для измерения их толщины мышц.

В результате УЗС по предложенному протоколу удалось определить принадлежность 28 пациентов в возрасте до 1,5 г.(4, 6%) к целевой группе за счет верификации маркеров спастичности - увеличение более чем на 0, 5 см при сравнении с контрлатеральной стороной, изменение формы и эхогенности – симптом «раскрытый веер», нарушения формы мышцы в режиме реального времени во время проведения функциональных проб , нарастание перечисленных симптомов в динамике при повторных УЗС. Данные УЗ- признаки расценены как ранние маркеры-предикторы спастичности мышц, что со-

впадает с данными клинического осмотра невропатологом. Симптом «вялой мышцы» - изменения -снижение толщины мышцы и функции мышцы во время динамических проб выявлены у 37 пациентов (4, 6%) , и расценены нами как маркеры-предикторы периферического пареза обследуемой мышцы, что также совпадает с данными клинического осмотра невропатологом.

Протокол 3 «УЗ зон роста» использован с целью анализа темпов оссификации эпифизарно - метафизарных зон у 280 пациентов. Первый «шаг» (скан)- (см. рис.4) –поперечное сканирование кисти, визуализация головчатой кости. Второй «шаг» (скан)- продольное сканирование тазобедренного сустава во фронтальной плоскости.

Рисунок 4



Третий «шаг» (скан)- продольное сканирование коленного сустава в сагиттальной плоскости в проекции надколенника у детей до 10 лет и ниже надколен-

ника у детей старше 10 летнего возраста, для визуализации большеберцовой бугристости.

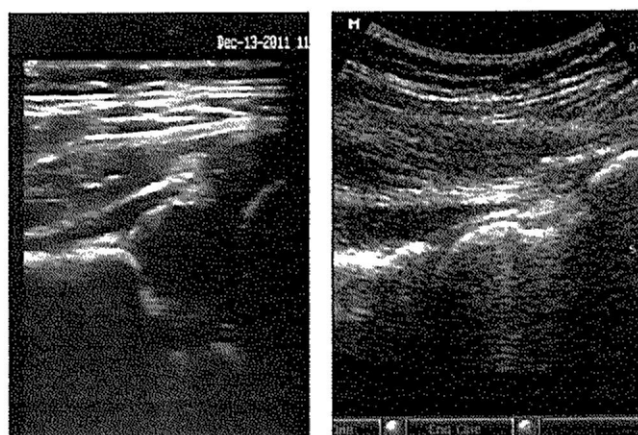
Рисунок 5



На рисунке 5 представлены сравнительные рентгенограмма и эхограмма правого коленного сустава одного и того же ребенка С. в возрасте 3,5 лет.

Данный протокол позволил определить и сравнить эхографические особенности эпиметафизарных зон роста у детей различного возраста.

Рисунок 6



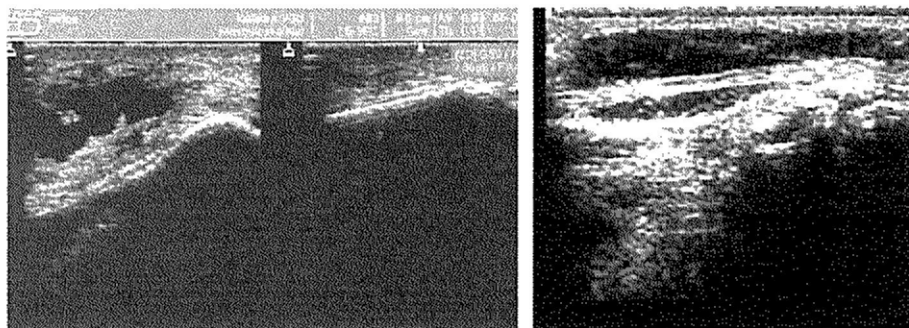
На рисунке 6 на эхограммах ТБС представлена первая и завершающая стадии оссификации головок бедренных костей (на рис а –эхограмма ТБС недоношенного ребенка с грубой патологией ЦНС, возраст 6 недель (на рис б-эхограмма ТБС у ребенка 16 лет).

При этом у 195 пациентов (69%) отмечались признаки задержки оссификации, признаки отставания «костного возраста», при этом 123 ребенка (69%) из

данной группы – это пациенты с недоношенностью 2-3 степени.

Протокол 4 «УЗ-Ревмо ОДА» использован с целью дифференциальной диагностики с воспалительно-экссудативными ревматическими заболеваниями. Первый «шаг» (скан)- (см.рис. 7) -продольное сканирование локтевых отростков для визуализации бурс локтевых отростков.

Рисунок 7. Эхограммы. 1, 2 - ые «шаги» (сканы). Присутствует выраженный экссудативный компонент.

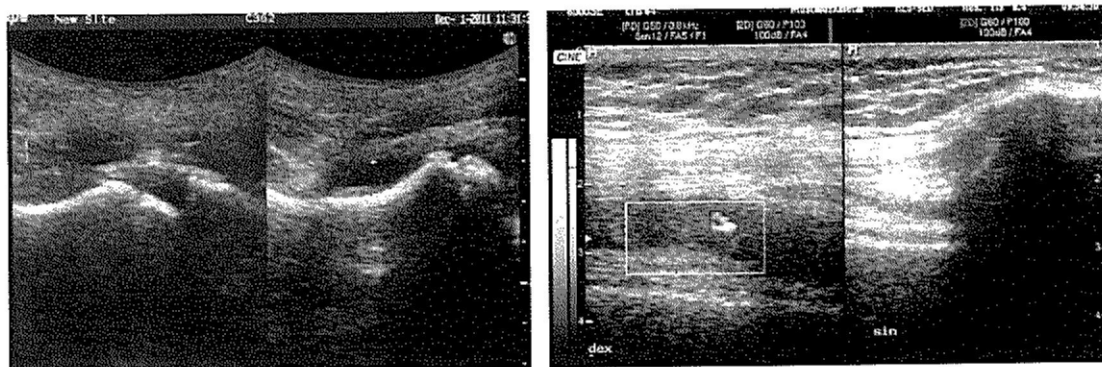


Второй «шаг» (скан)-продольное сканирование лучезапястных суставов.. Третий «шаг» (скан)- продольное сканирование I-II пястно-фаланговых суставов с получением изображения головок I-II пястных костей. Четвертый «шаг» (скан)- продольное сканирование тазобедренных суставов в коронарной

плоскости для определения центрации суставов, визуализации шеечно-диафизарного пространства и диагностики экссудативного компонента (см.рис. 8).

5- «шаг» (скан)- Продольная проекция коленных суставов, датчик при этом расположен продольно, выше верхнего полюса надколенника.

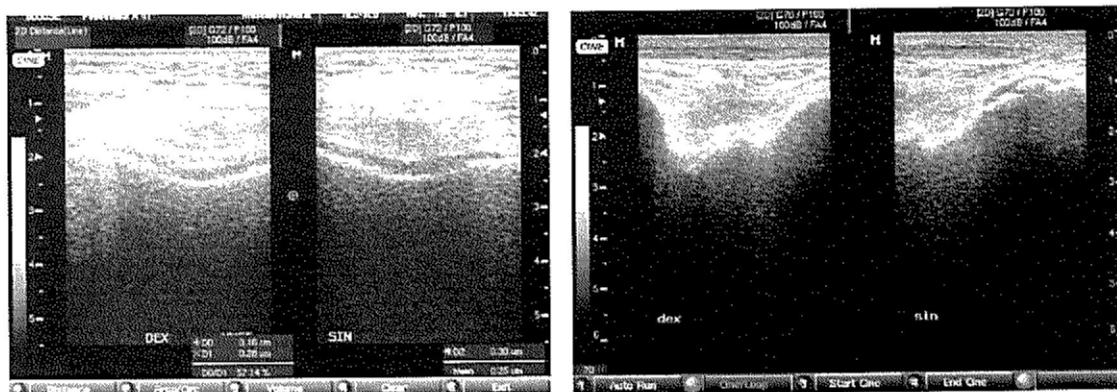
Рисунок 8. Эхограммы 4, 5- ые «шаги» (сканы)



6-ый «шаг» (скан)- Поперечная проекция коленных суставов, датчик расположен выше верхнего полюса надколенника . 7 -ой «шаг» (скан) -продольное сканирование голеностопных суставов. Эта проек-

ция позволяет быстро дифференцировать внутрисуставной выпот с отеком области голеностопных суставов , лимфостазом , венозной недостаточностью или воспалением околосуставных структур

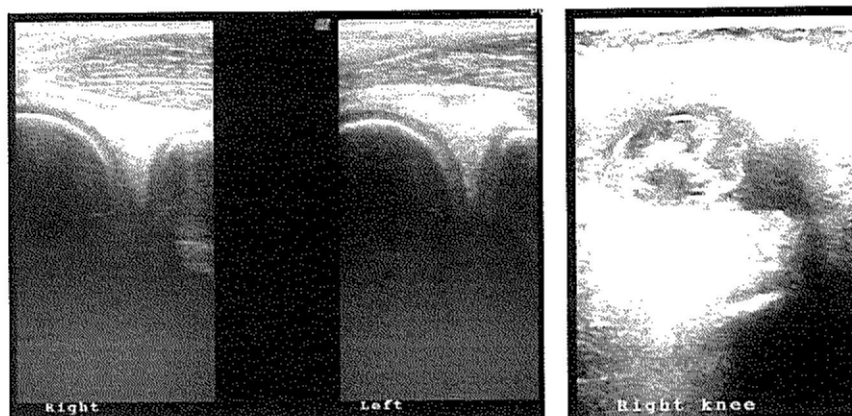
Рисунок 9. Эхограммы 6, 7 - ые «шаги» (сканы)



Пациент переворачивается на живот. 8-ой «шаг» - продольное сканирование в проекции заднего рога медиального мениска , эта проекция отражает также состояние бурс подколенной области, (скан)-см. рис. 10. 9-ый «шаг» (скан) - сканирование ахиллова

сухожилия. 10-ый «шаг» (скан) производится в случае дополнительных индивидуальных жалоб пациента на область, не включенную в данный скрининг, и нуждается также в дополнительном сканировании

Рисунок 10.



Предложенный УЗ-скрининг суставов и около-суставных мягких тканей позволяет в короткие сроки визуализировать «контрольные маркеры» ревматического процесса, составить суммарный критериальный отчет об его активности, так нам удалось локализовать и установить активность ревматического процесса у 139 пациентов с суставным синдромом (11,1%)

Протокол № 5 «УЗ-навигатор ОДА» использован как навигатор при лечебных процедурах, особенностью этого протокола является соблюдение всех нормативов септики и антисептики, по оказанию первой медицинской помощи при проведении инъекций. Диагностическая пункция экссудативных образований была произведена у 27 пациентов, пункция с целью взятия биопсии под УЗ-контролем костной ткани, синовиальной оболочки, мышцы – произведено у 12 пациентов, пункция с целью введения медицинских препаратов – кенолог, диспорт, плазмолифтинг осуществлен у 37 пациентов, без осложнений.

При проведении диагностических УЗС ОДА – зона интереса при первичном УЗС ОДА сканируется в 2-ух проекциях, УЗ-маркеры на проведенных сканах сохраняются на электронном носителе. При повторных исследованиях производится аналогичное сканирование и эхометрия полученного изображения, после чего проводится сравнительный анализ эффективности полученного лечения, фиксируются обратимые и необратимые УЗ-маркеры. Так, мониторинг за формированием ОДА у недоношенных пациентов в

течении первого года жизни позволил установить, что формирование – дозревание тазобедренных суставов отягощается в 72,5% задержкой оссификации, а в 8,6% – патологическим тонусом пояснично-подвздошной мышцы и аддукторов, УЗ-признаками спастичности при ДЦП, при этом разница толщине мышц прогрессирует по мере взросления ребенка, достигает максимума к 1,5 г и расценивается нами как предиктор ДЦП и децентрации головки бедренной кости.

Выводы. Предложенные протоколы позволили обозначить поиск конкретных «мишеней – УЗ маркеров патологического процесса» соответственно с поставленной клинической задачей и выбранным протоколом, разделить все ультразвуковые находки на обратимые и необратимые, выбрать скан, наиболее подходящий для мониторинга. При этом, обратимые УЗ-маркеры использованы нами для мониторинга за течением патологических процессов на фоне назначаемой терапии у этих пациентов. Этот избирательный подход позволяет оптимизировать рабочий процесс на всех основных этапах диагностики и лечения у детей с ортопедо-неврологической симптоматикой, сделать его доступным даже для нетранспортабельных лежачих пациентов, снизить уровень лучевой нагрузки на пациента, сократить количество неинформативных исследований и материальные затраты за счет применения предложенных алгоритмов УЗС ОДА.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Алексеева М.А., Баткаева Э.Р., Черныш С.В. Патология опорно-двигательной системы у детей раннего грудного возраста // Вестн. РГМУ. – 2006. – № 2/49. – С. 267
- 2 Takahashi R., Yamada M., Takahashi T. et al., Early Hum Dev. Risk factors for cerebral palsy in preterm infants / Neonatal Intensive Care Unit in Perinatal Center, Japanese Red Cross Sendai Hospital, 2-43-3, Yagiya-mahonchou, Sendai 982-8501 [Electronic resource]. – 2005, Jun. – Vol. 81 (6). – P. 545-553. – Access mode: Japan. ritsu@sendai.jrc.or.jp].
- 3 Ehrenkranz R.A., Dusick A.M., Vohr B.R. et al. Growth in the neonatal intensive care unit influences neurodevelopmental and growth outcomes of extremely low birth weight infants. – 2006
- 4 Кулаков В.И., Барашнев Ю.И. Новорожденные высокого риска. – М., 2006. – С. 25.
- 5 Pharoah P.O. Risk of cerebral palsy in multiple pregnancies // Clin. Perinatol. – 2006, June. – Vol. 33 (2). – P. 301-313.

- 6 Демьянова Т.Г., Григорьянц Л.Я., Авдеева Т.Г. Наблюдение за глубоко недоношенными детьми на первом году жизни. – М., 2006. – С. 8-12.

- 7 AIUM practice guideline for the performance of an ultrasound examination for detection and assessment of developmental dysplasia of the hip // J. Ultrasound Med. Jan. – 2009. – Vol. 28 (1). – P. 14-19.

- 8 Savino A, Carinci S, Bucci I, Sabatino G, Chiarelli F, Tumini S. Bone maturity and thyroidal status at birth: role of the ultrasonographic evaluation of the distal femoral epiphysis. *Ultraschall Med.* 2011 Dec;32 Suppl 2:E129-33. doi: 10.1055/s-0031-1281972. Epub 2011 Dec 22. PubMed PMID: 22194047.

- 9 Fette A, Mayr J. Slipped distal humerus epiphysis in tiny infants easily detected and followed-up by ultrasound *Ultraschall Med.* 2012 Dec;33(7):E361-3. doi: 10.1055/s-0031-1281660. Epub 2012 Jan 24. PMID: 22274908 [PubMed - indexed for MEDLINE]

РЕЗЮМЕ

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЛОКОМОТОРНОГО АППАРАТА

И.В. Акижанова, Н.Г. Нигай

Данный пилотный научный проект отражает результаты ультразвукового санирования (УЗС) опорно-двигательного аппарата (ОДА) у 900 детей в возрасте от 1 мес. до 16 лет. Из них 600 детей в анамнезе имеют недоношенность, и 300 детей с нормальными сроками гестации. Предложено пять селективных протоколов УЗС ОДА, использованных с учетом различных клинических задач.

Были установлены эхографические особенности и маркеры нарушений зон роста, ревматических заболеваний и спастичности при ДЦП. Продемонстрирована закономерность между недоношенностью и частотой обнаружения патологических УЗ-маркеров при УЗС ОДА.

ТҮЙІНДЕМЕ

МЕРЗІМІНЕН БҰРЫН ТУЫЛҒАН БАЛАЛАРДЫҢ ЛОКОМОТОРЛЫ АППАРАТ ФУНКЦИЯСЫНЫҢ БҰЗЫЛСЫНДАҒЫ ЕМДЕУ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАСЫНДАҒЫ УЛЬТРАДЫБЫСТЫ ТЕХНОЛОГИЯНЫҢ МАҢЫЗЫ.

И.В. Акижанова, Н.Г. Нигай

Бұл кезекті ғылым жоба 1 айлық баладан 16 жасқа дейінгі 900 баланың тірек-қимыл аппаратының ультрадыбысты тексеру нәтижесін көрсетеді. Оның ішінде 600 бала мерзімінен бұрын туылған. Ал 300 баланың гестация уақыты қалыпты. Түрлі клиникалық есепті ала отырып, тірек қимыл аппаратының ультрадыбысты тексеруі алынып, 5 селективті протокол ұсынылды.

Тексеру барысында ревматикалық аурулар және БЦС спастикалық формасындағы өсу зонасының бұзылу маркерлері және эхографиялық ерекшеліктері анықталды. Тірек қимыл аппаратының ультрадыбысты тексеру барысында уақытынан бұрын босану және тірек қимыл аппаратының патологиялық УД-маркерлерінің жиілігінің заңдылығы көрсетілді.

SUMMARY

MUSCULOSKELETAL ULTRASOUND TECHNOLOGY OF THE LOCOMOTOR PATHOLOGY OF THE CHILDREN WHY WERE BORN PREMATURE

Akizhanova I, Nigai N

This pilot study reflects the results of the ultrasound examination of the locomotor musculoskeletal system (MSS) of 900 children of various age from 1 month to 16 years. 600 children who were born premature and 300 children with a normal pregnancy were included in this pilot study. To develop guidelines for Musculoskeletal Ultrasound and to create US- 5 selective Protocols for faster diagnoses of upper and lower extremities of children with a static lesion were the aims of this study. Echographic features and markers of the growth areas immaturity, of different rheumatic diseases and cerebral palsy (CP) were recognized in this children who need quicker initiation of early treatment. The majority of various injury patterns MSS of this children who were born premature were established and causes of CP –marker were mainly related to prematurity.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДХИРУРГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ

Авторы: Утебеков Ж.Е., Бондарева И.В. Соавторы: Савинов С.В., Акчурина Я.Е., Абедимова Р.А., Михайлова Н.В., Ситников И.Ю., Есимова Г.Н., Синицына Т.Н.

Кафедра функциональной диагностики с курсом нейрофизиологии и реабилитологии КРМУ.
SVS Лаборатория изучения эпилепсии, судорожных состояний и семейного мониторинга им.
В.М.Савинова, г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: Эпилепсия, фармакорезистентность, ЭЭГ, МРТ, хирургическое лечение.

Негізгі сөздер: фармакорезистенттілік, ЭЭГ, МРТ, эпилепсия, хирургиялық ем.

Keywords: convulsive, epilepsy, surgical treatment, pharmacoresistance.

АННОТАЦИЯ. За последние годы эпилептология сделала в Казахстане огромный прорыв. На базе Казахстанско-Российского Медицинского Университета открыта кафедра функциональной диагностики с курсом нейрофизиологии, которая подготовила на сегодняшний день более 400 специалистов по ЭЭГ и эпилептологии. Практически в каждом городе есть аппараты для длительного ЭЭГ мониторинга. Большая роль в положительном результате оперативного лечения эпилепсии принадлежит правильно проведенной предхирургической диагностике.

Основами предхирургического обследования являются выявление и подтверждение фармакорезистентности, проведение длительного икctalного ЭЭГ мониторинга, сопоставление нейрофизиологических данных с результатами МРТ, КТ, МЭГ, ПЭТ и другими методами нейровизуализации. После чего пациент рассматривается на мультидисциплинарном консилиуме, где принимается решение о том или ином методе лечения или о хирургическом вмешательстве.

С 2010 года на базе Казахстанско-Российского Медицинского Университета кафедра функциональной диагностики с курсом нейрофизиологии и «SVS Лаборатория изучения эпилепсии, судорог и семейного мониторинга имени В.М.Савинова» проводит предхирургическое исследование пациентов с эпилепсией. В данной работе обобщен опыт и представлены разработанные протоколы обследований пациентов с эпилепсией, кандидатов на хирургическое лечение.

АКТУАЛЬНОСТЬ. В течение 11 лет «SVS Лаборатория изучения эпилепсии, судорог и семейного мониторинга им. В.М.Савинова» и Кафедра функциональной диагностики с курсом нейрофизиологии планомерно развивают эпилептологию совместно с

другими кафедрами и клиниками. В результате выявляемость пациентов с эпилепсией на ранних этапах увеличилась в десятки раз. Соответственно, процент достижения ремиссии и выздоровления также достиг почти общемирового уровня. Благодаря совместной работе хирургического лечения эпилепсии с «Национальным центром нейрохирургии» города Астаны появилась возможность бороться с тяжелыми, фармакорезистентными формами в Казахстане.

Но, к сожалению, многие врачи и пациенты не до конца четко понимают показания к хирургическому лечению эпилепсии. В результате участковые неврологи, эпилептологи без предварительного специализированного углубленного обследования по протоколу предхирургического исследования направляют пациентов к нейрохирургам. И даже сами пациенты без направления пытаются добиться оперативного лечения, но при этом не зная, есть ли у них необходимость в этом.

Для оптимизации потоков пациентов и отработки четких критериев для хирургического лечения эпилепсии мы проанализировали мировой опыт, привлекли специалистов в области экспертизы по хирургическому лечению эпилепсии из Казахстана, России, Греции, Турции, Италии и разработали алгоритм обследования пациентов с труднокурабельной формой эпилепсии. Данный алгоритм обследования кандидатов на хирургическое лечение эпилепсии крайне необходим для организации правильной этапности оказания хирургической помощи в эпилептологии.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ:

- отработать методику длительного, икctalного видео ЭЭГ мониторинга;
- разработать схемы снижения дозировки препаратов для провокации приступов во время ЭЭГ мониторинга;
- разработать алгоритм предхирургического обследования пациентов с эпилепсией для отбора кандидатов на хирургическое лечение.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Предхирургическое обследование прошли 1200 пациентов, которые поступили в SVS Лабораторию из разных клиник и городов Казахстана с предварительным диагнозом фармакорезистентная эпилепсия. Предхирургическое обследование включает в себя:

- Оценку неврологического статуса и консультацию невролога – эпилептолога;
- Определение уровня противосудорожных препаратов для исключения неадекватной дозировки, и общеклинические анализы крови;
- Анализ имеющихся ЭЭГ и проведение суточного видео ЭЭГ мониторингирования;
- Консультацию психолога и генетика;
- МРТ головного мозга с высоким разрешением по протоколу поиска эпилептогенного очага с последующей консультацией ведущими специалистами;
- При необходимости, проведение КТ головного мозга, SPECT и ПЭТ;
- Пациентам с установленной истинной фармакорезистентностью - проведение многосуточного видео ЭЭГ мониторинга с записью приступной ЭЭГ – не менее 3-х приступов (от 3 до 7 суток);
- Проведение мультидисциплинарного консилиума по результатам обследования с участием нейрохирургов – эпилептологов, неврологов – эпилептологов, нейрофизиологов – эпилептологов, психологов, специалистов по МРТ и КТ с принятием решения по дальнейшей тактике.

РЕЗУЛЬТАТЫ:

На основании мирового опыта пациенты проходят следующие этапы обследования:

1 этап – выставлен правильный диагноз: фармакорезистентность - отсутствие эффекта при использовании двух толерантных, адекватно подобранных и используемых АЭП первой линии (либо в монотерапии, либо в их комбинации) в зависимости от эпилептического синдрома. У взрослых период использования как минимум 2 года. [3,4,5,6,9,11,12]. На данном этапе отсеялось 72% пациентов. Причины: неправильный выбор АЭП, неадекватные дозировки, низкая комплаентность.

2 этап – длительный видео ЭЭГ мониторинг, обязательно с записью приступов; если все приступы одинаковые, то минимум двух, если разные, то трех. [2,3,5,6,7,8,9,11,12,13]. На данном этапе 6% пациентов были отсеяны в связи с не эпилептологической причиной приступов.

3 этап – МРТ с индукцией магнитного поля 1,5-3 Тесла с использованием эпилептологического протокола. [1,4,9,11,12,14,15]. Учитывая, что изменение гиппокампа зачастую является эпилептогенным субстратом, необходимо применение дополнительного протокола исследования медиобазальных отделов височных долей, включающий выполнение Flair-obliqueCor и Ax: RealIR-obliqueCor.

Данные изображения, производимые в косой аксиальной и косой коронарной плоскостях, хорошо демонстрируют структуры медиобазальных отделов височных долей. [4, 15].

На начальном этапе у 20 из обследуемых пациентов отсутствовали изменения на МРТ. Это объясняется тем, что зачастую врачи - радиологи недостаточно квалифицированы и не применяют эпилептологический протокол, а также используются низкоразрешающие МРТ (1,0 Тесла и менее), с толщиной срезов более 2,0 мм.

После повторного проведения МРТ с разрешением 1,5-3,0 Тесла (по эпилептологическому протоколу) с шагом 1,0 и 2,0 мм у 10 пациентов был обнаружен эпилептический субстрат - ФКД, мезиальный темпоральный склероз, гетеротопии.

На данном этапе у 18% пациентов не было обнаружено отклонений на снимках МРТ.

4 этап – при отсутствии конгруэнтности очагов на МРТ и ЭЭГ проведение таких дополнительных методов обследования как ПЭТ и SPECT. [1,3,9,10,11,12]

5 этап - нейропсихологическое исследование для выявления когнитивного и лингвистического дефицита до операции. [1,3,9,11,12,14]

6 этап – мультидисциплинарный консилиум для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения пациента.

По результатам проведенной предхирургической диагностики только у 47 пациентов (4% от всех обследованных) был выставлен диагноз истинная фармакорезистентность.

Из них:

- 3 пациентам (6%) была рекомендована кетогенная диета;
- 11 пациентам (23%) рекомендовано хирургическое лечение (4 пациентам (8%) проведена операция, 7 пациентов (17%) готовится);
- 11 пациентам (23%) рекомендована стимуляция блуждающего нерва (4 пациентам (8%) проведена операция, 7 пациентов (17%) готовится);
- Остальным 22 пациентам (47%) рекомендованы дополнительные методы обследования для локализации эпилептогенного очага.

ОБСУЖДЕНИЕ:

Длительный видео ЭЭГ мониторинг проводился на аппарате Nicoletone (производство США) - 44 канальный и нейрон-спектр (производство Россия) - 21 канальный с использованием модифицированной схемы Jasper в специализированной палате, в которой имеются специальные лекарственные средства для оказания первой медицинской помощи, кислородная подушка.

Перед ЭЭГ мониторингом предварительно проводится беседа с пациентом и родителями, обсуждаются следующие вопросы:

- добровольное согласие на процедуру;
- цель обследования;
- ожидаемый результат;
- сложности, с которыми можно столкнуться;
- осложнения (постприступный психоз, эпилептический статус, повреждение мышц и суставов конечностей);
- предвиденные (недостаточность одного приступа) и непредвиденные (технические погрешности) обстоятельства;
- ведение дневников приступа.

Заполняемый пациентом дневник приступов и их тщательный анализ, помогает определить цикличность приступа, постприступное поведение пациента, тем самым минимизирует сроки пребывания на ВЭЭГ мониторинге и соответственно затраты.

При невозможности определить циркадность приступов, применяется этапное провоцирование приступов:

За три дня до ЭЭГ мониторинга на 50 % снижается АЭП (если монотерапия), в день обследования полная отмена. Если нет приступа, на следующий день частичная депривация сна (лишение ночного сна). На третий день частичная депривация и гипервентиляция в течение 5-6 минут до 4 раза в день с интервалом 2 часа.

Если у пациента политерапия, то так же за три дня снижается первый АЭП на 50 %, в день обследования остальные (2 или 3) АЭП снижаются на 10 % с частичной депривацией сна. На второй день частая гипервентиляция продолжительностью 5-6 мин. На третий день полная отмена одного из препаратов.

Результаты распределения по полу, локализации начала приступов, по формам эпилепсии и изменения на МРТ представлены в таблицах № 1,2,3,4.

Таблица 1. Распределение пациентов по полу и возрасту

Распределение по полу		Распределение по возрасту
Мужчины	Женщины	Взрослые
23 (49 %)	24 (51%)	31 (66 %)

Таблица 2. Локализация начала эпилептического разряда

Область	N=47
лобная	11 (23,4%)
лобно-височная	9 (19,1%)
височная	7 (14,9 %)
теменно-височная	1 (2,1 %)
затылочно-височная	1 (2,1 %)
генерализованная	12 (25,5%)
нет изменений	3 (6,4%)
без четкого начала	3 (6,4%)

Таблица 3 Распределение по формам эпилепсии

Формы эпилепсии	Число пациентов
Симптоматическая эпилепсия:	32 (68,1%):
- височная	21
- лобная	9
- теменная	1
- затылочная	1
Эпилептическая энцефалопатия:	6 (12,7%):
- синдром Веста	2
- синдром Драве	1
- синдром Леннокса-Гасто	3
Криптогенная эпилепсия	7 (14,9%)
Идиопатическая эпилепсия	2 (4,2 %)

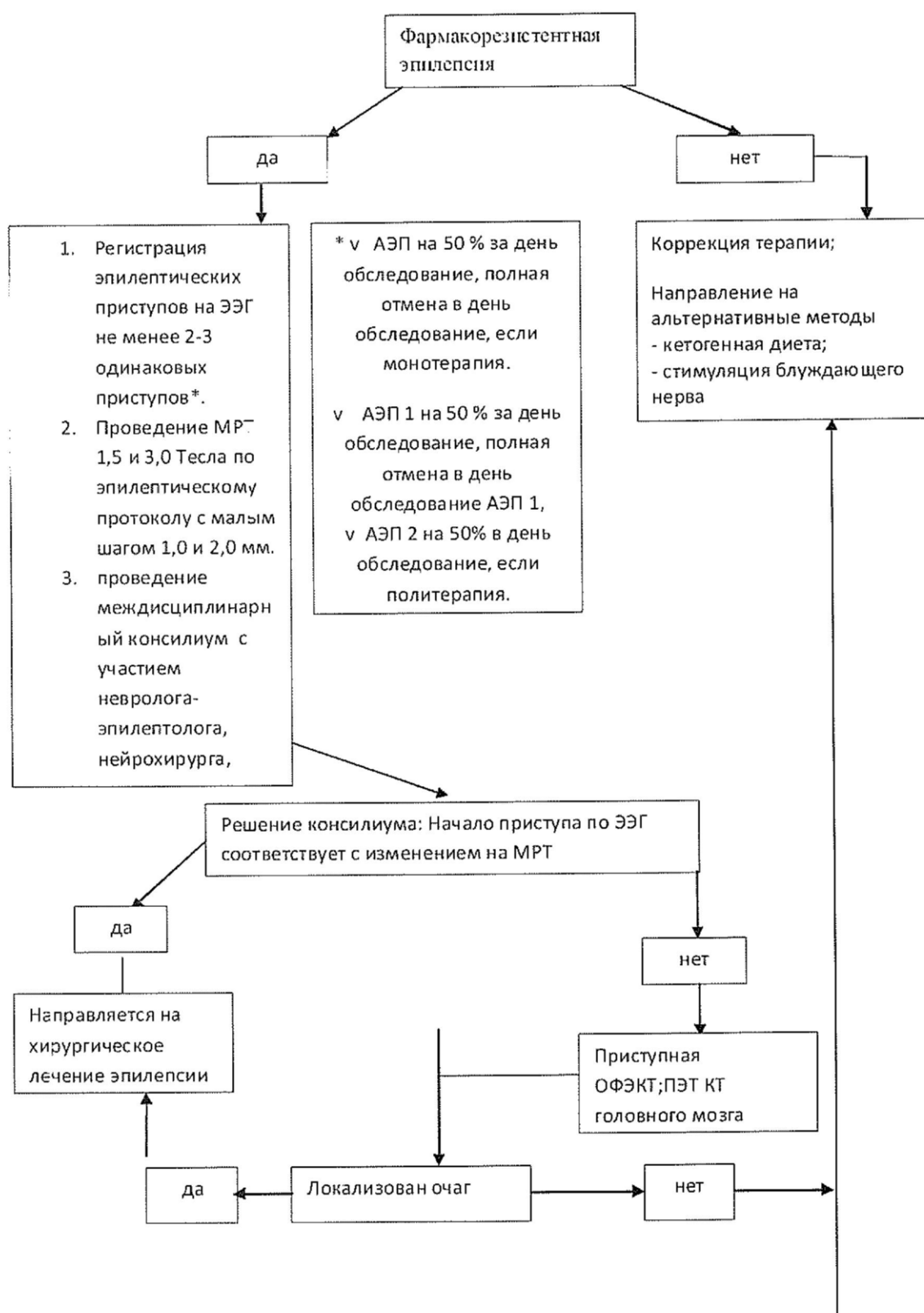
Таблица 4Изменения на МРТпо результатам исследований

Изменения на МРТ, n=47	Число пациентов
ФКД	9 (19,1%)
Мезиальный темпоральный склероз	7 (14,9%)
склероз гиппокампа	11 (23,4%)
гетеротопия	3 (6,4%)
рубцово-атрофические изменения	7 (14,9%)
АВМ	1 (2,1%)
МРТ негатив	9 (19,1%)

ВЫВОДЫ:

1. Наше исследование показывает, что из 1200 пациентов, которым изначально был выставлен диагноз фармакорезистентная форма эпилепсии только у 47 (4%) имеется истинная фармакорезистентность. По международным данным процент фармакорезистентных форм варьируется от 10 до 30 % [5,6], соответственно ведение пациентов и выставление диагноза должно проводиться более тщательно.

2. Значительная роль в положительных результатах оперативного лечения принадлежит проведенному вовремя и правильно предхирургическому обследованию пациентов с труднокурабельными судорогами. Данные мировых исследований, опыт нашей деятельности и результаты совместной работы с нейрохирургами позволили создать алгоритм обследования пациентов с труднокурабельной формой эпилепсии:



3. В окончательном принятии решения об оперативном лечении пациентов с эпилепсией должны участвовать только междисциплинарные консилиумы, в состав которых входят неврологи-эпилептологи, нейрохирурги, радиологи, психологи. В связи с воз-

можностью осложнений во время проведения иктальных, длительных ЭЭГ мониторингов возникает необходимость создания специализированных палат для регистрации эпилептических и не эпилептических пароксизмальных состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Asano E, Brown EC, Juhász C. How to establish causality in epilepsy surgery. *BrainDev* 2013; 35: 706-20;
2. Barba C, Barbati G, Minotti L, Hoffmann D, Kahane P. Ictal clinical and scalp-EEG findings differentiating temporal lobe epilepsies from temporal 'plus' epilepsies. *Brain* 2007; 130: 1957-67;
3. Cramer JA, Wang ZJ, Chang E, et al. Healthcare utilization and costs in adults with stable and uncontrolled epilepsy. *EpilepsyBehav* 2014; 31: 356-62;
4. Duncan J. Imaging in the surgical treatment of epilepsy. *NatRevNeurol* 2010; 6: 537-50;
5. Kwan P, Schachter SC. Drug-resistant epilepsy. *N Engl J Med* 2011; 365: 919-26;
6. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, et al. Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia* 2010; 51: 1069-77;
7. Loddenkemper T, Kotagal P. Lateralizing signs during seizures in focal epilepsy. *EpilepsyBehav* 2005; 7: 1-17;
8. Monnerat BZ, Velasco TR, Assirati Jr JA, Carlotti Jr CG, Sakamoto AC. On the prognostic value of ictal EEG patterns in temporal lobe epilepsy surgery: A cohort study. *Seizure* 2013; 22: 287-91;
9. Panayiotopoulos C.P. A Clinical Guide to Epileptic Syndromes and their Treatment. Second edition. 2010, 222-224;
10. Rathore C, Kesavadas C, Ajith J, Sasikala AC, Sarma PS, Radhakrishnan K. Cost-effective utilization of single photon emission computed tomography (SPECT) in decision making for epilepsy surgery. *Seizure* 2011; 20: 107-14;
11. Rosenow F, Lüders H. Presurgical evaluation of epilepsy. *Brain* 2001; 124: 1683-700;
12. Ryvlin P, Rheims S. Epilepsy surgery: eligibility criteria and presurgical evaluation. *DialoguesinClinicalNeuroscience* - Vol 10 . No. 1 . 2008; 91-103;
13. Serles W, Pataria E, Bacher J. Clinical seizure lateralization in mesial temporal lobe epilepsy: Differences between patients with unitemporal and bitemporal interictal spikes. *Neurology* 1998; 50: 742-7;
14. Tellez-Zenteno JF, Dhar R, Wiebe S. Long-term seizure outcomes following epilepsy surgery: A systematic review and meta-analysis. *Brain* 2005; 128: 1188-98;
15. "Применение воксельной морфометрии для диагностики поражения лимбических структур при височной эпилепсии с аффективными расстройствами", Р.В. Ежова, Л.М. Шмелева и др, «Обзор Психиатрии и медицинской психологии» № 2, 2013.

РЕЗЮМЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДХИРУРГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ

Авторы: Утебеков Ж.Е., Бондарева И.В. **Соавторы:** Савинов С.В., Акчурина Я.Е., Абедимова Р.А., Михайлова Н.В., Ситников И.Ю., Есимова Г.Н., Сеницына Т.Н.

Кафедра функциональной диагностики с курсом нейрофизиологии и реабилитологии КРМУ.

SVS Лаборатория изучения эпилепсии, судорожных состояний и семейного мониторинга им. В.М. Савинова, г. Алматы, Казахстан

С 2010 года Кафедра функциональной диагностики с курсом нейрофизиологии и SVS Лаборатория изучения эпилепсии, судорог и семейного мониторинга проводит предхирургическое исследование пациентов с эпилепсией. В данной работе обобщен опыт и представлены разработанные протоколы обследований пациентов с эпилепсией - кандидатов на хирургическое лечение.

По результатам проведенной предхирургической диагностики только у 4% (n=47) пациентов был выставлен диагноз фармакорезистентность.

Разработанный алгоритм действия позволяет оценить правильность диагноза и тактики лечения, определить истинные фармакорезистентные формы эпилепсии, тем самым помогает пациентам, длительно страдающим от эпилепсии, минимизировать неврологические нарушения, адаптироваться социально и медицински, улучшая качество жизни.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЭПИЛЕПСИЯНЫҢ ЕМГЕ ТӨЗІМДІ ТҮРІ МЕНАУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ОТАҒА ДЕЙІНГІ ТЕКСЕРУЛЕРДІ ЖҮРГІЗУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Авторлар: Утебеков Ж.Е., Бондарева И.В. **Соавторлар:** Савинов С.В., Акчурина Я.Е., Абедимова Р.А., Михайлова Н.В., Ситников И.Ю., Есимова Г.Н., Сеницына Т.Н.

Нейрофизиология және реабилитология функцияналдық диагностика кафедрасы ҚРМУ курсымен.

В.М. Савинов атындағы эпилепсияны, тырысу салдырын және жанұялық мониторингті оқып білу SVS зертханасы, Алматы қ.

2010 жылдан бері Қазақ-Орыс Медициналық Университеті базасында Функциональдық диагностика кафедрасы, нейрофизиология кафедрасымен және В.М. Савинова атындағы эпилепсияны, тырысу салдырын және жанұялық мониторингті оқып білу SVS зертханасында эпилепсия бар науқастарды отаға дейінгі тексеруді жүргізді. Бұл жұмыста жалпыланған тәжірибелер және хирургиялық емге үміткер эпилепсиямен ауыратын науқастарды тексерістер жүргізу хаттамасы ұсынылған.

Науқастарды отаға дейінгі тексерулерді жүргізу хаттамасының қорытындысы бойынша тек 4% (n=47) науқастарға ғана емге төзімді түрі қойылған. Дайындалған алгоритм іс-жарасы диагноздың дұрыстығын және емдеу тәсілдерін, эпилепсияның нағыз емге төзімді түрін дәлелдеуге және бағалауға мүмкіндік берді. Сонымен қатар, ұзақ уақыт эпилепсиямен ауыратын науқастардың әлеуметтік және медициналық бейімделуіне, өмір сүру салтының жақсаруына, неврологиялық бұзылыстарды бодырмауға көмектесті.

SUMMARY

THE RESULTS OF PRESURGICAL EVALUATION OF PATIENTS WITH INTRACTABLE EPILEPSY

Speaker: Utebekov Z.E., Bondareva I.V. **Collaborators:** Savinov S.V., Akchurina Y.E., Abedimova R.A., Mikhailova, N.V., Sitnikov I.Y., Esimova G.N., Sinicina T.N.

Faculty of Functional Diagnostics with the course of neurophysiology and rehabilitation KRMU.

SVS Laboratory of epilepsy, convulsive diseases research and family monitoring named after V.M. Savinov

Since 2010 the Faculty of Functional Diagnostics with the course of neurophysiology and SVS Laboratory of epilepsy, convulsive diseases research and family monitoring named after V.M. Savinov have conducted presurgical evaluation of patients with epilepsy. This paper has summarized the experience and presents developed evaluation protocols for patients with epilepsy - candidates for surgical treatment.

Upon the results of presurgical diagnostics, only 4% (n=47) of patients were diagnosed pharmacoresistance.

A developed response protocol allows evaluating correctness of the diagnosis and therapeutic tactics, determining true pharmacoresistant forms of epilepsy, thus helping patients who have been continuously suffering from epilepsy to minimize neurological disorders, adapt socially and medically, improving the life quality.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ СИНДРОМ ЖИЛЯ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА

Кулакова А. А., Варзина Т. В., Ахметова Н. С.

Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак» г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: моторные тики, вокальные тики, эмоциональная лабильность, гиперактивное поведение.

Herizicözder: motorly tikter, vokalды tikter, эмсциональді лабільділік, гиперактивтілік.

Keywords: motor tics, vocal tics, emotional lability, hyperactive behavior.

Синдром Жилья де ля Туретта - прогрессирующее заболевание экстрапирамидной системы, характеризующееся разнообразными варьирующими по своей продолжительности и течению моторными и вокальными тиками, а также нарушениями поведения. Он обнаружил своеобразное заболевание, при котором главными <стержневыми> симптомами являлись неkoordinированные подергивания мышц, странные выкрики, эхолалия и копролалия. Жилья де ля Туретт обратил внимание на то, что заболевание манифестирует преимущественно в детском и юношеском возрасте и характеризуется волнообразным и вместе с тем прогрессирующим течением. Частота встречаемости болезни у лиц мужского пола значительно выше, чем у девочек и женщин - 4:1[1]

В подавляющем большинстве публикаций, посвященных описаниям больных с синдромом Туретта, прослеживался аутосомно-доминантный тип наследования. D. Comings и B. Comings в 1992 г. предположили, что при синдроме Туретта возможен как аутосомно-доминантный, так и аутосомно-рецессивный тип наследования [2].

Несмотря на довольно веские факты, говорящие о генетической детерминированности по крайней мере части случаев синдрома Туретта, попытки картировать ген либо гены, ответственные за развитие синдрома, до настоящего времени оказались безуспешными. Ведется поиск возможного сцепления гена синдрома Туретта с D1 и D2 дофаминовыми рецепторами [3]. Но пока не получено убедительных доказательств, подтверждающих возможность подобного сцепления. Самым принципиальным является вопрос о том, что и каким образом запускает <каскад> двигательных, вокальных и поведенческих нарушений - стресс, врожденный дефект, структурно-функциональная незрелость отдельных структур мозга, нарушения нейромедиаторной либо нейротрансмиттерной функций. Нейрорадиологические и

экспериментальные исследования, проведенные в течение последних лет, выявили ряд своеобразных изменений в структуре и функции базальных ганглиев, нейромедиаторных и нейротрансмиттерных систем. Они позволили наметить взаимосвязь синдрома Туретта и патологических изменений фронтально-субкортикальной области и нейротрансмиттерных аномалий[4]

1) наличие структурных и функциональных изменений в базальных ганглиях, доказанное нейрорадиологическими методами исследования (магнитно-резонансной томографией и позитронно-эмиссионной томографией головного мозга);

2) снижение интенсивности тиков после назначения препаратов, влияющих на обмен дофамина;

3) снижение интенсивности тиков после нейрохирургического лечения (лейкотомии или таламотомии);

4) возникновение поведенческих изменений и интенсивных стереотипий при экстремальном повреждении базальных ганглиев либо их электрической стимуляции.

Критериями диагноза синдрома Туретта, согласно проекту Американской ассоциации <Туретт синдром>, являются:

- дебют заболевания в возрасте до 20 лет;
- наличие повторных, непроизвольных, быстрых, нецеленаправленных движений, вовлекающих многие мышечные группы;
- наличие одного или большего числа вокальных тиков;
- изменение интенсивности, выраженности симптомов в течение короткого времени, волнообразное течение с наличием обострений и затихания симптомов;
- продолжительность симптомов более года.

Моторные и вокальные тики при синдроме Туретта, как правило, сочетаются с нарушениями поведения и трудностями обучения, вызванными главным образом сопутствующим синдромом дефицита внимания. Трактовка нарушений поведения обычно требует участия как неврологов, так и психиатров. Течение носит волнообразный характер с периодами улучшения и обострения. У детей, например, период улучшения может наблюдаться во время каникул. Не-

которые пациенты отмечают сезонные колебания интенсивности симптомов. Как правило, период уменьшения интенсивности симптомов составляет 1-3 мес.

Все симптомы синдрома Туретта (разнообразные тики и нарушения поведения) могут быть разной степени выраженности - от легкой до тяжелой, что зависит от их частоты, типа и степени нарушения ежедневной активности пациента. Очень частое (20-30 раз в минуту) моргание нередко может оказывать менее «разрушающее» действие на жизнь больного, чем более редкий (несколько раз в день) сложный вокальный тик в виде копролалии. Тики могут иметь самое разнообразное течение. Иногда пациенты с синдромом Туретта могут тормозить свои тики или уменьшать их число, например во время пребывания в школе или при посещении доктора. Но после окончания школьных занятий тики нередко принимают «лавиннообразный» характер и в избытке наблюдаются в течение пребывания дома. На приеме у доктора у пациента могут практически отсутствовать какие-либо тики, но они, как правило, возобновляются как только пациент покидает кабинет доктора.

Дифференциальный диагноз синдрома Туретта проводится с широким спектром заболеваний и состояний - от идиопатических тиков, блефароспазма, миоклонус-эпилепсии, ревматической хореи до прогрессирующих дегенераций - детской формы хореи Гентингтона, деформирующей мышечной дистонии, а также психических заболеваний - истерии, шизофрении.

Представляем пациента с диагнозом: Синдром Жиль де ля Туретта, который неоднократно находился на лечении в психо-неврологическом отделении реабилитационного центра «Балбулак». Пациент М., 1997 г.р. с рождения, впервые госпитализирован в 2007 году с жалобами на многочисленные тики мимической мускулатуры, брюшного пресса, расторможенность, гиперактивность.

Из анамнеза morbi: в 4 года появились тики без видимых причин, первоначально в руке, затем присоединились приседания, тики брюшного пресса, нарушения сна, в дальнейшем - звуковые феномены. В качестве медикаментозной терапии получал: галоперидол, депакин, сонапакс. Динамика от лечения нестойкая, тики видоизменяются. С 2012 года принимает рисперидон. При последней госпитализации предъявлял жалобы на эмоциональную лабильность, тики мимической мускулатуры, плечевого пояса, навязчивые «шмыгания носом», нарушения поведения.

Из анамнеза vitae: ребенок от 3 беременности,

протекавшей без особенностей. Первых родов в сроке 39-40 недель в головном предлежании. Вес при рождении 3700 г. Закричал сразу. Выписан из роддома на 10-е сутки. До года наблюдался с диагнозом: ПЭП ЦНС. Рос и развивался соответственно возрасту. Наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания: ОРЗ.

Неврологический статус: сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно. Интеллект сохранен, психо-речевое развитие соответствует возрасту. В поведении: гиперактивность, неусидчивость, эмоциональная лабильность. Менингеальных знаков нет. Голова округлой формы, ОГ 54 см. Со стороны ЧМН: легкая сглаженность носогубной складки справа. Отмечаются тики век, «шмыгание носом», подергивания плечами. Тонус мышц удовлетворительный, объем движений в конечностях не ограничен. Сила мышц достаточная 4,5-5 б. Сухожильные рефлексы D=S высокие с расширенной зоной. Походка обычная. В позе Ромберга устойчив, пальце носовую пробу выполняет удовлетворительно. Умеренный гипергидроз ладоней, стоп.

Был осмотрен специалистами:

- логопед: речевое развитие по возрасту;
- психолог: психическое развитие по возрасту;
- педиатр: соматически здоров;
- психиатр: синдром Жиль де ля Туретта.

Была проведена комплексная реабилитация: физиотерапия, ЛФК, механотерапия, массаж общий, психолого-педагогическая коррекция: занятия в сенсорной комнате, трудотерапия, арттерапия, игротерапия. Медикаментозное лечение: глицин 300 мг в сут, рисперидон. Рекомендовано продолжить прием рисперидона в дозировке 4 мг/сут.

В динамике: состояние улучшилось, уменьшилась интенсивность тиков, редуцировались звуковые феномены, выровнялся эмоциональный фон, ребенок стал более дисциплинированным, усидчивым. Наросла мышечная сила, стал более вынослив.

Таким образом, наши клинические наблюдения подтверждают литературные данные: волнообразный тип течения, полиморфизм клинических проявлений, наличие вокальных тиков, длительность заболевания, эмоциональная лабильность, импульсивность в поведении, дефицит внимания. Следует отметить, что в нашем случае не было достоверно известно об отягощенной наследственности тиковыми расстройствами и в клинической картине не наблюдалось обсессивно-компульсивных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. П.А. Темин, Е.Д. Белоусова Российский вестник перинатологии и педиатрии №2 1999 год стр.39.
2. Comings D.E., Comings B.G. Alternative hypotheses on the inheritance of Turette syndrome. In: Chase T.N., Friedhoff A.J., Cjhen D.J., eds. Advances in neurology. Raven Press: New York 1992;

58: 189-199.

3. Gelernter J., Kennedy J.L., Grandy D.K. Exclusion of close linkage of Turette's syndrome to D1 dopamine receptor. Am J Psychiatry 1993; 150: 449-453.
4. Singer H.S. Neurobiological issues in Turette syndrome. Brain Dev 1994; 16: 5: 353-364.

РЕЗЮМЕ**СИНДРОМ ЖИЛЯ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА****Кулакова А. А., Ахметова Н.С., Варзина Т.В.,****Республиканский детский реабилитационный центр Балбулак**

В данной статье рассмотрены основные клинические симптомы, этиология и критерии диагностики синдрома Жилье де ля Туретта. Представлен клинический случай данного заболевания.

ТҮЙІНДЕМЕ**ЖИЛЬ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА СИНДРОМЫ****Кулакова А. А., Ахметова Н.С., Варзина Т.В.****«Балбулак» Республикалық балалар оңалту орталығы**

Бұл мақалада Жилье де ля Туретта синдромының негізгі клиникалық симптомдары, этиологиясы мен диагностикалық критерийлері қарастырылған. Аурудың клиникалық жағдайы көрсетілген.

SUMMARY**Syndrome of Gilles de la Tourette****A.A.Kulakova, T.V. Varzina, N.S. Akhmetova****Republican children's rehabilitation Center "Balbulak"**

In this article the main clinical symptoms, an etiology and criteria of diagnostics of a syndrome of Gilles de la Turett are considered. The clinical case of this disease is presented.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Куришбаева Б.Т., Ахметова Н.С., Варзина Т.В.

Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак» г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: дети, психоневрологические нарушения, стоматологическая помощь.

Негізгі сөздер: балалар, психоневрологиялық бұзылыстар, стоматологиялық көмек.

Keywords: Children, neuropsychiatric disorders, dental care.

ВВЕДЕНИЕ. В Республиканском детском реабилитационном центре «Балбулак» проводится реабилитация детей с психоневрологической патологией, 60% составляют дети с детским церебральным параличом. Зачастую у таких детей отмечается отставание в физическом развитии, нарушения в системе иммунной защиты, характерные сдвиги в гормональном статусе и слабая минерализация скелета, обусловленная нарушением минерального обмена. Многие дети, испытывающие трудности с жеванием и глотанием употребляют мягкую, легкопроглатываемую пищу, которая обычно богата углеводами. Многие пациенты неспособны адекватно чистить зубы, а гигиенические мероприятия полости рта у них осуществляются плохо и редко. Все это способствует развитию патологии полости рта, аномальному развитию зубов, аномалии прикуса.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение особенности работы стоматолога с детьми, неспособными к самообслуживанию и самостоятельному передвижению, испытывающими трудности в общении с окружающими (связанные с нарушением интеллекта или логопедическими проблемами), имеющими отклонения в нервно-психическом развитии и эмоционально неустойчивыми.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Было проведено обследование 826 детей с психоневрологической патологией. В результате стоматологического обследования у 714 детей (86, 4%) выявлены заболевания полости рта в различных сочетаниях:

1. кариозное поражение зубов - 642 ребенка;
2. пороки развития зубов: смешанная гипоплазия временных и постоянных зубов обусловленная неблагоприятными факторами их формирования, флюороз - 54 ребенка;
3. задержка прорезывания временных и постоянных зубов - 48 детей;

4. патологическая стираемость временных и постоянных зубов (особенно при гиперкинетической форме) - 62 ребенка;

5. Заболевание пародонта - 188 детей;

6. Хронический гингивит - 17 детей.

При первичном осмотре было оценено состояние полости рта, а также было выявлено, что многие дети и их родители не владеют навыками проведения гигиены полости рта, что способствовало ухудшению состояния зубов. С целью проведения санации ротовой полости нуждающимся детям было проведено лечение с применением местной анестезии. В тяжелых случаях проведение лечебных манипуляций было рекомендовано проводить под общей анестезией в специализированных клиниках. Сложность в работе была обусловлена тем, что дети с психоневрологической патологией зачастую испытывают страх общения и медикаментозных процедур, трудно вступают в контакт и не всегда выполняют инструкции. Временами их поведение бывает довольно агрессивным. Нарушение поведения, наличие обильной саливации, некоординируемые и неконтролируемые движения нижней челюсти, губ и языка не только создают сложности в проведении манипуляций, но и повышают риск травматизации полости рта пациента и рук стоматолога. Особенности психоневрологического статуса ребенка требуют индивидуального подхода не только при проведении лечебных манипуляций, но и для установления психологического контакта с больным, что значительно увеличивает время проведения процедур. Существенную роль играет и то, что состояние зубов у данной категории детей неудовлетворительное. При первичном осмотре выявляется множественная патология, кариозное поражение нескольких зубов различной степени выраженности, аномалия прикуса, короткая уздечка языка, поражение десен и др. Все это требует поэтапного проведения лечения.

Для удобства работы и предупреждения риска травматизма во время проведения процедур были использованы ротаторасширители. В целях уменьшения психоэмоционального напряжения пациента были использованы видео очки для просмотра мультимедийных презентаций.

тфильмов, художественных фильмов.

В рамках проведения санации ротовой полости, кроме лечебных мероприятий была проведена профилактическая работа с родителями и детьми по правилам проведения гигиены полости рта, чистке зубов и основам правильного питания.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У детей с психоневрологическими нарушениями отмечается высокая распространенность заболеваний полости рта, множественные поражения зубов, сочетание различных видов патологических состояний. Это может свидетельствовать не только о наличии патологии обмена веществ, неправильном питании, низком уровне гигиены полости рта, но и о том, что уровень оказания стоматологической помощи данной категории детей недостаточный.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яковлева В.И. Трофимова Е.К., Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний, Минск, 1995г., стр.29.
2. Бадалян Л.О. Детский церебральный паралич. Киев, Здоровье, 1998г., стр.3-26.
3. Колесова А.А. Стоматология детского возраста, Москва, «Медицина», 1991г., стр. 55.
4. Стародубцева Р.С. Состояние зубов у детей с церебральными параличами. Автореферат. Канд. дис, г.Алма-Ата 1974г.
5. Лосик И.М. Состояние полости рта

ВЫВОДЫ. Работа врача стоматолога с детьми с психоневрологической патологией требует высокой квалификации специалиста не только в профессиональной деятельности, но также важную роль играет умение врача находить психологический контакт с больным. Быть готовым к длительной кропотливой работе с пациентом с ограниченными возможностями и характерологическими особенностями. В силу тяжести основного заболевания при проведении санации полости рта больные с психоневрологической патологией нуждаются в создании максимально комфортной обстановки для уменьшения психоэмоционального напряжения.

Врач должен обучать не только пациента, но и его родителей правилам гигиены полости рта, основам правильного питания и необходимости проведения профилактических осмотров.

у детей с детским церебральным параличом /И.М.Лосик, Т.Н. Терехова//Современная стоматология. 2011г. №1, стр. 112-115

6. Леонович О.М. Психоэмоциональное напряжение детей на стоматологическом приеме. /Стоматология Беларуси в новом тысячелетии: сборник материалов 9-й научно-практической конференции по стоматологии, в рамках 6-й международной специализированной выставки «Стоматология Беларуси»/ под ред. И.О. Походенько-Чудаковой, Т.Н. Тереховой, И.Е. Шотт.- Минск:ЗАО «Техника и коммуникации», 2010г., стр. 176-178.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Куришбаева Б.Т., Ахметова Н.С., Варзина Т.В.

Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак»

У детей с психоневрологическими нарушениями отмечается высокая частота патологии со стороны полости рта. Санация ротовой полости у таких детей представляет собой сложную задачу с учетом тяжести состояния больного по основному заболеванию. Она должна быть своевременной, комплексной и иметь профилактическую направленность.

ТҮЙІНДЕМЕ

ПСИХОНЕВРОЛОГИЯЛЫҚ АУЫТҚУЛАРЫ БАР БАЛДАРҒА СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК

Куришбаева Б.Т., Ахметова Н.С., Варзина Т.В.

«Балбулак» Республикалық балаларды оңалту орталығы

Мүмкіндігі шектеулі балалардың ауыз қуысының патологиясы өте жоғары дәрежеде. Ауыз қуысын сауықтыру науқастың жағдайына байланысты көптеген қиындықтар туғызады. Емдеу уақыт талабына сай өз уақытында, алдын алу шараларын ескере отырып жасалу қажет.

SUMMARY

ESPECIALLY THE PROVISION OF DENTAL CARE FOR CHILDREN WITH PSYCHO-NEUROLOGICAL PATHOLOGY

Kurishbayeva B.T., Akhmetova N.S., Varzina T.V.

Rebuplican children's rehabilitation center «Balbulak»

Children with intellectual disabilities have a high incidence pathology of the oral cavity. Sanitation of the oral cavity in these children is a difficult task in view of the severity of the patient's condition at the underlying disease. It should be timely, comprehensive and have a preventive orientation.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЗАПОР У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Дуйсенова Р.Н., Ахметова Н.С., Варзина Т.В.

Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак»
г.Алматы, Казахстан

Ключевые слова: детский церебральный паралич, функциональный запор, методы коррекции.

Keywords: children's cerebral palsy, functional constipation, methods of correction.

Herizgi сөздер: балалардың церебральді сал ауруы, функционалды іш қату, коррекциялық емдік шаралар.

ВВЕДЕНИЕ. Запоры функционального происхождения составляют 95% всех случаев констипации у детей с ДЦП. Функциональный запор (ФЗ) – хроническая задержка опорожнения кишечника более, чем на 36 ч, не связанная с каким – либо органическим поражением кишечника, сопровождающаяся затруднением акта дефекации, чувством неполного опорожнения, отхождением несоответствующего возрасту (уменьшенного) по объему кала повышенной плотности. О запоре у детей до 3 лет можно говорить при частоте стула реже 6 раз в неделю, у детей старше 3 лет – реже 3 раз в неделю[1].

Влияние запора на организм

- Запор сопровождается развитием у ребенка хронической вялости, слабости, снижения аппетита на фоне нарушения процессов переваривания и усвоения всасывания вредных веществ из каловых масс.
- При накоплении каловых масс в просвете кишки нарушается питание ее слизистой оболочки.
- Хроническая задержка стула ведет к нарушению микрофлоры кишечника, увеличению количества болезнетворной и снижению уровня нормальной микрофлоры.
- Имеет место нарушение всасывания витаминов и микроэлементов, приводящее к другим нарушениям обмена в клетках и тканях всего организма; постепенно развивается дефицит железа.
- Может развиваться воспалительный процесс в кишечнике (колит), повысится моторика кишечника, что сопровождается появлением болей в животе, расширится диаметр кишки, что приведет еще к большему усилению запора [2,4].

Запор у детей с ДЦП обычно может возникнуть по следующим причинам: неправильное питание или смена привычного режима питания ребенка, замена грудного молока на искусственную смесь, аллергия

на коровье молоко, несвоевременное введение прикорма, нарушение питьевого режима, лактазная недостаточность, раздражение кожи в области анального отверстия как следствие пеленочного дерматита, трещины прямой кишки, которые вызывают рефлекторный спазм анального отверстия, и ребенок испытывает страх перед дефекацией, врожденные аномалии развития кишечника. Довольно часто приучение ребенка к горшку тоже может стать причиной запора [3].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: определить частоту встречаемости функциональных запоров у детей с ДЦП и методы их коррекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Под наблюдением находились 49 пациентов, у которых отмечался запор функционального происхождения. Распределение детей по возрасту отражено в таблице №1.

Таблица №1

Возраст	Число детей
1-3 года	7
3-7 лет	34
8-14 лет	8

В результате сбора анамнеза и данных клинического осмотра у детей были выявлены следующие жалобы: схваткообразные боли в животе, сильное натуживание при отхождении стула, плач и беспокойство ребенка, выделение слишком твердого кала, чувство неполного опорожнения кишечника, единичные случаи появления на твердом кале следов свежей крови. Кроме того у детей в связи с вышеуказанными жалобами отмечался пониженный фон настроения, у некоторых детей отмечалась повышенная раздражительность, утомляемость. При этом данных за органическую патологию со стороны ЖКТ по данным амбулаторного обследования не было.

Всем детям было назначено симптоматическое лечение, даны рекомендации по режиму и правильному питанию. Все дети получали питание согласно 5 диетического стола с 5-ти разовым приемом пищи. При этом в питании обязательно присут-

ствовали свежие овощи и фрукты, кисломолочные продукты (кефир, ряженка, творог). Было рекомендовано увеличить объем потребляемой ребенком жидкости до 1,5–2 л в день, ввести в рацион хлеб с отрубями, ограничить легкоусвояемую, рафинированную пищу, увеличить двигательную активность. Так как больные находились на комплексной реабилитации, все пациенты посещали занятия ЛФК и механотерапии, массаж.

С целью коррекции запоров у детей применяли слабительные средства (дюфалак), при наличии сопутствующих дисфункциональных расстройств билиарного тракта дополнительно были назначены ферментативные препараты (панкреим, креон), желчегонные препараты (холосас). Назначение желчегонных препаратов обусловлено тем, что желчные кислоты нормализуют моторику кишечника, оптимизируют действие липазы поджелудочной железы и обеспечивают поддержание нормального микробиотона тонкой кишки, что является одним из условий

формирования нормального стула.

Курс медикаментозной коррекции составил 10–14 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После проведенного лечения улучшение было отмечено у 49 детей (100%), стул стал более регулярным, улучшилась консистенция стула, купировался болевой синдром. Улучшилось общее самочувствие детей, уменьшилась утомляемость, улучшилось настроение, повысилась общая двигательная активность.

ВЫВОДЫ. Таким образом, функциональные запоры довольно часто встречаются у детей с ДЦП, чему способствует нарушение нервной регуляции деятельности ЖКТ, малоподвижный образ жизни, особенности питания. Тем не менее, функциональный характер нарушений при проведении соответствующих профилактических и лечебных мероприятий позволяет нормализовать стул и улучшить общее состояние пациентов с тяжелой неврологической патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шабалов Н.П. Справочник педиатра. – Питер, 2007. – с. 466
2. Бельмер С.В., Гасилова Т.В., Хавкин А.И., Эйберман А.С. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. – М., 2006. – с. 94
3. Эрдес С.И. Запоры у детей // Фармате-

ка. – 2007. – № 13. – с. 47–52.

4. Практическое руководство по детским болезням / Под ред. В.Ф. Конопкиной, А.Г. Румянцевой. – Т. 2 (Гастроэнтерология детского возраста) / Под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина. – М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 249–266.

РЕЗЮМЕ

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЗАПОР У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Ахметова Н.С., Варзина Т.В., Дуйсенова Р.Н.

Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак»

Запоры функционального происхождения составляют 95% всех случаев констипации у детей с церебральным параличом. Функциональный характер нарушений при проведении соответствующих профилактических и лечебных мероприятий позволяет нормализовать стул и улучшить общее состояние пациентов.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЦЕРЕБРАЛЬДІ САЛ АУРУЫНА ШАЛДЫҚҚАН БАЛАЛАРДЫҢ ФУНКЦИОНАЛДЫ ІШ ҚАТУЫ

Ахметова Н.С., Варзина Т.В., Дуйсенова Р.Н.

«Балбулак» Республикалық балалар оңалту орталығы

Функционалды іш қату церебральді сал ауруынашалдыққан балалардың 95 пайызында бслатын жағдай. Қажетті профилактикалық және емдік шаралар жүргізілген жағдайда функционалды бұзылыстар мен үлкен дәреттің жүруі қалыптасады және науқастардың жалпы жағдайы жақсарады.

SUMMARY

FUNCTIONAL CONSTIPATION IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Ahmetova N.S., Varzina T.V., Duisenova R.N.

Republican children's rehabilitation center «Balbulak»

Obstructions of functional origin constitute 95% of all cases of constipation in children with cerebral palsy. The functional nature of irregularities in the implementation of appropriate preventive and therapeutic measures to normalize stools and improve the overall conditions of patients.

СЕМИНАР ПО РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ В ЗАЛЬЦБУРГЕ (АВСТРИЯ)

Шакенов М.Ж.

Филиал корпоративного фонда «UniversityMedicalCenter» Национальный центр детской реабилитации, Астана

Ключевые слова: Реабилитация, инновации в реабилитации.

Keywords: rehabilitation, innovations in rehabilitation.

Негізгі сөздер: Оңалту, инновациялық технологиялар.

Американо-австрийский фонд в 1993 году организовал «Зальцбургские семинары» по различным темам в т.ч. по медицине для специалистов из стран Латинской Америки, Восточной Европы, Азии и Африки с целью обучения и обмена опытом и новых идей. Одним из основателей фонда является американский миллиардер Джорж Сорос. В рамках семинаров по реабилитационной медицине 1-5 февраля 2016 года были приглашены лекторы ведущих клиник и медицинских школ США (Колумбийский и Гарвардский университеты) и Австрии (Медицинский университет Вены).

Было отобрано 32 участника из 28 стран мира. Участники были размещены в небольшой гостинице у подножия Альп недалеко от центра г. Зальцбург в Австрии.

Программа семинаров включала лекции, практические рекомендации и презентации клинических

случаев участников семинара. Лучшие презентации были отобраны для размещения на сайте организации.

Лекции охватывали актуальные темы реабилитационной медицины и последние достижения в восстановлении важнейших функций организма при наиболее распространенных поражениях и заболеваниях, подтвержденных данными доказательной медицины.

Лекторы американских и австрийских университетов представили свои собственные рекомендации по диагностике, реабилитации и лечению болевых синдромов при различных травмах и заболеваниях.

Не менее интересными были презентации участников семинара. Все участники представили свои уникальные клинические случаи творчески и постарались удивить слушателей.

Нашему вниманию был представлен лекционный материал по профилактике падений, представленный ведущим профессором Gerold Ebenbichler из Школы медицины Медицинского Университета г.Вены.

По данным исследования ведущих причин нетрудоспособности в Центральной Европе и Северной Америке в 2010 г. падения были на 3 месте в Европе и на 11 в Северной Америке (таблица 1).

Таблица 1.

	Центральная Европа	Северная Америка
Боли в спине	1	1
Депрессия	2	2
Падения	3	11
Боль в шее	4	4
Другие мышечно-скелетные состояния	5	3
Тревожные расстройства	6	5
Диабет	7	8
Мигрень	8	13
Остеоартриты	9	9

С 1988 по 2005 г. было отобрано 18 исследований для проведения многомерного анализа факторов риска падения. Оказалось, что наиболее частой причиной падений является нарушения баланса и ходьбы. В то же время, высокий риск падения связан также с

приемом медикаментов, нарушениями зрительной функции, ограничениями в повседневной жизни, снижением когнитивных функций и ортостатической гипотензией (таблица 2).

Таблица 2.

Table 2. Risk Factor Domains of Multivariate Analysis Assessed in Included Articles

Source	Risk Factor Domain*					
	Orthostatic Hypotension	Visual Impairment	Gait/Balance Impairment	Medications	Limitations in ADL	Cognitive Impairment
Bergardo et al. ¹¹ 2000	-	-	-	-	-	-
Campbell et al. ¹² 1995	-	-	-	-	-	-
Chu et al. ¹³ 2005	-	-	-	-	-	-
Duncan et al. ¹⁴ 1992	-	-	-	-	-	-
O'Loughlin et al. ¹⁵ 1993	-	-	-	-	-	-
Stalenhoef et al. ¹⁶ 2002	-	-	-	-	-	-
Tinetti et al. ¹⁷ 1995	-	-	-	-	-	-
Tinetti et al. ¹⁸ 1995	-	-	-	-	-	-
Tromp et al. ¹⁹ 2001	-	-	-	-	-	-
Zhang et al. ²⁰ 2004	-	-	-	-	-	-
Goertman et al. ²¹ 2004	-	-	-	-	-	-
Lukkonen et al. ²² 1995	-	-	-	-	-	-
Lukkonen et al. ²³ 1995	-	-	-	-	-	-
Teno et al. ²⁴ 1990	-	-	-	-	-	-
van Bommel et al. ²⁵ 2005	-	-	-	-	-	-
Weiner et al. ²⁶ 1998	-	-	-	-	-	-
Arden et al. ²⁷ 1999	-	-	-	-	-	-
Schermer et al. ²⁸ 2005	-	-	-	-	-	-
Summary†	0/4	3/11	10/15	6/11	3/10	2/8

Abbreviation: ADL = activities of daily living.

*A blank space indicates that the study did not adjust for the risk factor; a symbol that the study controlled or adjusted for the risk factor in multivariate analysis. - indicates that the risk factor was significant at the 0.05 level and represented an increased risk for falls. + indicates that the risk factor was either nonsignificant, failed to meet a cutoff for inclusion in multivariate analysis, or was associated with a reduced risk of falls (1 instance only). ? indicates "see O'Loughlin et al." and ? indicates that risk factor was not a primary focus of analysis and results were not reported (the factor could have been statistically significant or nonsignificant).

†Summary† indicates the number of studies with statistically significant results for a risk factor divided by total number of studies that considered or adjusted for that risk factor in multivariate analysis (studies marked with * not included).

Исследования работы ряда мышц в молодом и пожилом возрасте показали, что у последних латентный период реакции мышц удлиннен почти в 2 раза, а

некоторые мышцы показали значительное замедление работы (гистограмма 1).

Гистограмма 1.

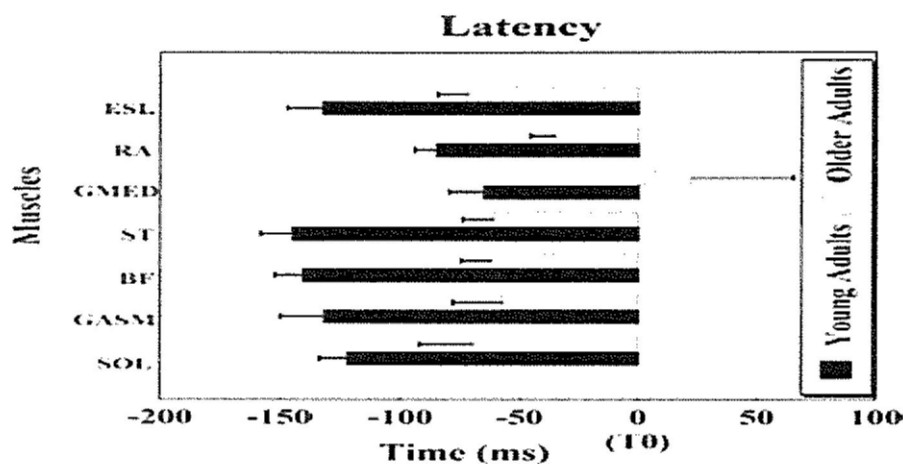


Figure 2. Muscle latencies are shown for young and older adults. Note that for older adults the onset of muscle activity was delayed (close to the moment of perturbation (T0)) as compared to the young adults. Muscles abbreviations: SOL=soleus, GASM=medial gastrocnemius, BF=biceps femoris, ST=semitendinosus, GMED=gluteus medius, RA=rectus abdominus, and ESL=erector spinae longus. Differences in latencies are significant for all muscles shown, $p < 0.05$.

Приводится характеристика термина Frailty. Она подразумевает обусловленную возрастом физическую недостаточность. Кроме того, она характеризуется снижением мышечной массы, объективизированной мышечной слабостью, истощаемостью (ментальной, эмоциональной и мышечной), пониженной мобильностью и неустойчивостью, низкой двигательной активностью в повседневной жизни.

Для оценки состояния в пожилом возрасте обращается внимание на здоровье, показатели международной классификации функционирования,

активность пожилого человека в повседневной и социальной жизни, наличие или отсутствие ограничений для выполнения физических, психических и социальных функций.

Рекомендуются тренировки для улучшения баланса, повышения силы, выносливости и гибкости. Целями таких тренировок являются стабилизация массы тела во время перемещения и движения, поддержка мышечной массы, улучшение повседневной жизни, снижение риска падений (таблица 3).

Таблица 3.

	Мышечная масса	Сила	Мышечная выносливость
Сокращение	Сгибатели/Разгибатели	Сгибатели/Разгибатели	Сгибатели/Разгибатели
Выбор	Мульти- и моно-соединение	Мульти- и моно-соединение	Мульти- и моно-соединение
Нагрузка	60-80%	40-60%	40-60%
Скорость	Низкая-умеренная	Высокая	Низкая-умеренная
Тип	Оборудование, тяжести	Оборудование, тяжести	Оборудование, тяжести
Повторы	8-12 раз	6-10 раз	10-15 раз
Комплексы	1-3	1-3	1-3
Перерыв	1-2 мин	2 мин	менее 1 мин
Остеоартриты	9	9	

Тренинги вызывают изменения в мышцах. В результате происходит: гипертрофия мышечных волокон (увеличение синтеза протеина, увеличение миофибрил и миофиламентов), активация клеток сателлитов (повышение соотношения миофибрил типа 2А к типу 2В, повышение соотношения миофибрил типа 1 к типу 2), изменения в архитектуре фибриллы, уплотнение миофибрилл, укрепление соединительной ткани, **УВЕЛИЧЕНИЕ МЫШЕЧНОЙ МАССЫ**.

Приводится систематический обзор по тренингам силы и мышечной массы в пожилом возрасте. Тренинг силы (высокая скорость движения) против традиционного тренинга (низкая скорость движения) у лиц старше 60 лет показал, что тренинг силы возможен и незначительно улучшает функции, но нет до-

стоверных данных по безопасности такого тренинга для пожилых.

Тренинг оказывает и другие эффекты на ЦНС: повышение синтеза нейромедиаторов (пластичность, протекция, нейрогенез); улучшение когнитивных функций (обучение и память); улучшение социальных взаимодействий; контроль двигательных функций. Кроме того, констатируются уменьшение симптомов депрессии и противовоспалительный эффект.

Предлагаются следующие вмешательства для профилактики падений: индивидуальный тренинг силы, тренинг баланса в т.ч. гимнастика Тай-чи, приспособления дома, мультидисциплинарные вмешательства.

РЕЗЮМЕ

СЕМИНАР ПО РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ В ЗАЛЬЦБУРГЕ (АВСТРИЯ)

Шакенов М.Ж.

**Филиал корпоративного фонда «University Medical Center»
Национальный центр детской реабилитации**

Данная статья посвящена семинару в Зальцбурге, которая освещает вопросы инновационных технологий в реабилитации.

SEMINAR ON REHABILITATION MEDICINE IN SALZBURG (AUSTRIA)

Shakenov M.

**Branch of corporate fond «university medical center» national
rehabilitation center for children**

This article is devoted to a seminar in Salzburg, which covers the issues of innovative technologies in rehabilitation.

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ МЕДИЦИНАСЫ БОЙЫНША СЕМИНАР ЗАЛЬЦБУРГ (АВСТРИЯ)

Шакенов М.Ж.

«University Medical Center» корпоративтік қорының балаларды оңалтудың ұлттық орталығы филиалы.

Осы статья инновациялық технологиялардың реабилитациядағы сұрақтары Зальцбургтегі семинарға арналады.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ БИОУПРАВЛЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Шокарева Г.В.

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

г. Алматы, Казахстан

Цель исследования: оценить возможности биоуправления по принципу обратной связи в комплексной терапии больных инфарктом миокарда (ИМ) на стационарном этапе реабилитации.

Материал и методы: обследовано 68 больных первичным крупноочаговым ИМ, средний возраст $49,2 \pm 1,3$ года. 38 из них составили основную группу, 30 контрольную. Сеансы биоуправления (БОС-тренинга) проводили на биокомпьютерном комплексе «Ритм-6», разработанном в ННТЦ Республики Казахстан (Алматы), рег. № 00545, ежедневно, с 5-7 суток заблуждения по совместно разработанной методике. Анализировалось клиническое (частота стенокардии) и психоэмоциональное (по данным психологических тестов – САН - самочувствие, активность, настроение, теста Спилберга - на личностную и реактивную тревожность) состояние больного, артериальное давление, частота сердечных сокращений, кардиоинтервалограмма в динамике (до и после каждого сеанса).

В результате исследования выяснено, что у больных, тренирующихся в режиме адаптивного биоуправления, реже отмечались рецидивы болевого синдрома. Реактивная тревожность у тренирующихся снижалась на 25,2% к концу тренинга (до тренинга $28,14 \pm 2,12$ баллов, после $21,05 \pm 2,85$, $p < 0,05$), в контрольной на 12% ($26,78 \pm 2,89$ и $23,67 \pm 3,12$ баллов соответственно); улучшение самочувствия (до тренинга

$5,29 \pm 0,37$ баллов, после $5,98 \pm 0,28$), повышение активности (с $4,98 \pm 0,23$ до $5,73 \pm 0,29$ баллов, $p < 0,05$), настроения (улучшение с $5,29 \pm 6,19 \pm 0,17$ баллов). У обследуемых больных нормализовался сон, появились навыки саморегуляции своего состояния после 4-5 сеанса биоуправления. Отмечено снижение симпатической и увеличение парасимпатической активности вегетативной нервной системы, снижение индекса напряжения и амплитуды моды у большинства больных.

Не выявлено отрицательного влияния БОС-тренинга на гемодинамические показатели пациентов. Снижение ЧСС и САД в тренировочном режиме свидетельствовало о состоянии релаксации пациента, развитии физиологических реакций противоположных тем, что возникают при стрессе. Отмечалась благоприятная динамика показателей фракции выброса и дельта S при отсутствии изменений со стороны конечно-диастолического и конечно-систолических размеров в группах больных леченных биоуправлением, что было расценено как прогностически благоприятный признак меньшего риска постинфарктного ремоделирования левого желудочка.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения компьютерного тренинга с биологической обратной связью в комплексном лечении и ранней реабилитации больных инфарктом миокарда.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ БИОУПРАВЛЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Шокарева Г.В.

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

г. Алматы, Казахстан

Инфаркт миокарда (ИМ), нередко возникнув в связи с психоэмоциональным стрессом, представляет собой тяжелое соматическое заболевание и в дальнейшем сам является дополнительным сильным стрессовым фактором, способствующим развитию у пациента различных нейропсихических нарушений, влияющих на процессы адаптации к новым жизненным условиям.

Цель исследования: изучить профиль личности, психологическую дезадаптацию у больных ИМ и разработать методы психологической реабилитации немедикаментозными средствами.

Материал и методы: обследовано 284 больных первичным крупноочаговым ИМ (мужчин, в возрасте 49,4±2,6 года.) и 20 здоровых лиц. Всем больным проведено комплексное исследование, включающее ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭП, биохимическое исследование крови, оценку клинического состояния. Психологический статус оценивали с помощью тестов: Г.Айзенка, СМОЛ, САН, Спилбергера. Для оценки качества жизни применяли медико-социальную анкету, предложенную ВКНЦ в 1982 году. Исследование проводили на 5-7 сутки, перед выпиской из стационара, а также через 12 месяцев. Стандартная терапия включала: тромболитическую терапию стрептозой, гепарин, антиагреганты, нитраты, глюкозо-инсулин-калиевую смесь, антиагреганты. Индивидуально - бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ по показаниям. Для психологической реабилитации использовали немедикаментозные методы терапии, такие как: электросон, переменное магнитное поле, физические тре-

нировки на велоэргометре, компьютерный тренинг с био-логически обратной связью (БОС) по параметрам ЭЭГ, ЭКГ.

Результаты: Исследование показало, что у больных ИМ нарушены процессы адаптации. У 66% больных причиной развития заболевания явился психоэмоциональный стресс. Основные черты личности направлены в сторону интровертированности и стабильности. Высокий уровень нейротизма встречался в 40,2% случаев. Психопатологическая симптоматика согласно тесту СМОЛ наблюдалась у 75% больных. Немедикаментозные методы терапии в комплексной программе лечения и реабилитации оказывают психотерапевтический эффект на больных, перенесших инфаркт миокарда. Электросон и биоуправление эффективны при ипохондрических и депрессивных расстройствах. Физические тренировки, низкочастотное переменное магнитное поле снижают реактивную тревожность, улучшают самочувствие, повышают активность, настроение. Активация альфа-ритма в результате БОС-тренинга способствует снятию стресс-реакции.

Закключение: проведение комплексной психологической реабилитации с включением немедикаментозных методов терапии приводит не только к нормализации психологического статуса больных, но существенным образом повышает эффективность реабилитационных мероприятий, влияя на повышение физической работоспособности, сокращению сроков пребывания в стационаре и восстановление трудоспособности больных.

ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛЕ «ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»

1. Статьи представляются по общепринятой в мировой практике периодических изданий логике: введение, актуальность и неслучайность проблемы, представление материалов собственного исследования, обобщение результатов, заключение (выводы). Материалы оригинальных исследований рекомендуются представлять по разделам: цель, задачи, методы, результаты и их обсуждение, заключение (выводы).

2. Не следует заимствовать значительную часть текста из открытых общеизвестных источников (книги, журналы, Интернет). В тексте могут встречаться отдельные цитаты из них, но с обязательным указанием ссылок на источник. Как правило, если статья содержит более 10% заимствованного текста, в публикации может быть отказано, оригинальный текст рекомендуется компилировать, ситуационно добавляя свои замечания и дополнения.

3. Статья должна быть представлена в редакцию в распечатанном виде с подписями авторов и обязательно в электронном варианте. Статьи, направленные в редакцию по электронной почте, должны быть продублированы письмом. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме 7-10 страниц, обзорные статьи не должны превышать 15 страниц, тезис – 2 стр., интервал полуторный, шрифт Times New Roman, 14 кегль, абзацный отступ – 1,25 см, выравнивание по ширине: разметка страницы слева 3 см, сверху и снизу – 2 см, справа – 1,5 см. Нумерацию страниц не проставлять!

4. В выходных данных указываются (полужирным шрифтом, без тэчек):

- УДК (выравнивание к правому краю);
- название статьи (выравнивание по центру, заглавными буквами);
- инициалы и фамилии авторов (выравнивание по центру);
- название учреждения, в котором выполнена работа, город (курсивом). Статья должна быть тщательно выверена авторами.

5. Формулы и расчеты должны быть написаны четко, с указанием на полях букв алфавита (русский, латинский, греческий), а также прописных и строчных букв; показателей степени, индексов, букв или цифр, когда это неясно из текста.

6. Таблицы должны быть компактными, иметь название, которое приводится сверху. В тексте обязательны ссылки на каждую таблицу. Представленные в таблицах цифровые данные не должны расходиться с цифрами в тексте. Обязательна статистическая обработка со ссылкой на рассчитываемые коэффициенты.

7. Рисунки должны быть четкими, легко воспроизводимыми; подпись к рисункам приводится снизу, по центру. В тексте должна быть ссылка на каждый рисунок.

8. Литературные источники располагают в порядке упоминания их в тексте статьи и нумеруют арабскими цифрами. Ссылки на цитируемые работы в тексте дают в виде порядковых номеров, заключенных в квадратные скобки.

9. Количество источников в статье не должно превышать 15, в обзоре литературы – 50, за прошедшие 5-10 лет.

10. В статьях, написанных коллективом авторов, указываются пять авторов, далее ставится и др., если авторов пять и менее, то указываются все авторы.

11. Правила оформления библиографии:

- после фамилий авторов приводится полное название статьи, источника, год, том, номер, выпуск, страницы от и до; для книг и сборников обязательно точное название, город, издательство, год издания;

- монография, написанная коллективом авторов (5 и более человек), помещается в списке по названию книги, затем через косую черту указываются фамилии трех авторов, а далее ставится «и др.»; в монографиях иностранных авторов, изданных на русском языке, после названия через двоеточие указывается, с какого языка сделан перевод;

- фамилии и все инициалы иностранных авторов в тексте даются в иностранной транскрипции.

12. Резюме должно быть изложено на русском, казахском и английском языках, 10-15 строк, состоять из: названия статьи, инициалов и фамилии авторов, названия организации, города, собственно текста.

13. Направленные в редакцию работы, опубликованные ранее или представленные в другие редакции, к изданию не допускаются.

14. Редакция журнала оставляет за собой право вносить коррективы в статью (сокращения или исправления статей).

15. Статьи, оформление которых не соответствует указанным требованиям, к публикациям не принимаются.

16. В конце статьи необходимо указать ФИО авторов полностью; специальность; должность; ученую степень и звание, если таковые имеются; город; учебное заведение или учреждение; контактные телефоны (рабочий и мобильный), факс, e-mail.

17. Оплата за статью производится из расчета 500 тенге за одну страницу. При оплате следует указывать РИН и адрес автора с пометкой «За публикацию статьи в журнале «Вопросы реабилитологии».

Банковские реквизиты АО «РДРЦ» в «Альянс Банке»

АО «Республиканский детский реабилитационный центр»

г. Астана, пр. Туран, дом 36

РИН 620 200 308 320

БИН: 070940002605

ОКЭД: 86.10.1

ИИК: KZ 499650000070546255

АО «Альянс Банк» в г. Астана

БИК: IRTYKZKX

КБЕ: 16

Председатель правления АО «РДРЦ»: Булекбаева Ш.А.

18. Публикации направлять по адресу: г. Астана, пр. Туран, 36, АО «Республиканский детский реабилитационный центр», отдел науки и образования.

Телефон: 8(7172) 511-543. E-mail: journalrdrc@mail.ru

Кусаинова Кенже Кокушевна – начальник отдела науки и образования АО «РДРЦ», моб.тел. 87016532320 e-mail: journalrdrc@mail.ru

Темиргалиева Инара – специалист отдела науки и образования АО «РДРЦ», моб.тел. 87055180380, e-mail: journalrdrc@mail.ru

