

МАТЕРИАЛЫ РОССИЙСКОГО ФОРУМА

«ПЕДИАТРИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА:
ОПЫТ, ИННОВАЦИИ, ДОСТИЖЕНИЯ»

20-21 сентября

II РЕГИОНАЛЬНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ:
ВЗГЛЯД ВРАЧА И ПЕДАГОГА»

Санкт-Петербург
2010

Материалы российского Форума
«Педиатрия Санкт-Петербурга: опыт, инновации, достижения»
20-21 сентября 2010 г. – СПб., 2010. 200 с.

Учредители Форума:

- Правительство Санкт-Петербурга
- Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
- Комитет по образованию Санкт-Петербурга
- ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава»
- Санкт-Петербургское отделение Межрегионального общественного объединения «Союз педиатров России»
- Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
- Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области

Организационный комитет Форума:

Председатель:

Л.А.Косткина, вице-губернатор Санкт-Петербурга

Заместители председателя:

Ю.А. Щербук, председатель Комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга

О.В.Иванова, председатель Комитета по образованию администрации Санкт-Петербурга

В.В.Леванович, ректор ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава»

Н.П.Шабалов, президент Санкт-Петербургского отделения «Союза педиатров России»

*Санкт-Петербургское отделение Межрегионального
общественного объединения «Союз педиатров России»*

Подписано в печать 10.09.2010 г.

Усл. печ. л. 12,5. Заказ 10.01-К.

Отпечатано в ООО «СТАМПО», тел.: +7 812 740 13 97

Санкт-Петербург, ул. Цветочная, д. 19

Содержание

МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗНОГО ТИПА	
<i>В.Г. Каменская</i>	9
ИНТЕГРАЦИЯ И ИНКЛЮЗИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	
<i>Л.М. Шипицына</i>	14
НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИХ ШКОЛ: ОПЫТ СЕТЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ	
<i>М.Г. Колесникова</i>	18
ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЕФОРМИРОВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ «НАША НОВАЯ ШКОЛА»	
<i>С.А. Котова</i>	23
МЕСТО АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ СКРИНИРУЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	
<i>О.А. Маталыгина</i>	26
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	
<i>Н.Н. Яковлева</i>	28
НЕОПРЕДЕЛЕННАЯ АТРОФИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ	
<i>С.В. Азанчевская, А.О. Сидоркин, Д.В. Фадеева, В.П. Новикова</i>	32
ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	
<i>О.В. Азовцева, Е.И. Архипова</i>	33
ИТОГИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕТНЕЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ КАМПАНИИ ДЕТЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2007-2009 ГГ.	
<i>Е.И. Алешина, А.С. Симаходский, М.М. Головина, Т.С. Зиминова</i>	34
НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГА СОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	
<i>И.А. Аринцина</i>	35
ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ САМООТНОШЕНИЯ КАК УСЛОВИЕ СОХРАННОСТИ ЗДОРОВЬЯ	
<i>Е.В. Астапенко</i>	36
НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СКОЛИОЗА	
<i>О.Л. Белоног, М.В. Асеев</i>	37
ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
<i>А.Д. Богомазов, А.А. Дедков, Е.И. Гедуадже</i>	39
ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТА ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВУЗА К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ	
<i>Л.П. Борисова</i>	40
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ОБРАЗОВАНИЯ К ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
<i>Л.Г. Буйнов, Л.П. Борисова</i>	42
ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ САМООЦЕНКИ ДЕТЕЙ 6-8 ЛЕТ С ХАРАКТЕРИСТИКАМИ КАРДИОИНТЕРВАЛОВ ПРИ ПРИПОМИНАНИИ ПОощРЕНИЯ И НАКАЗАНИЯ	
<i>С.А. Буркова</i>	44

КУЛЬТУРА ЗДОРОВЬЯ ПЕДАГОГА	
<i>В.В. Вершинина</i>	46
МОДУЛЬНО-БЛОЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ	
<i>Ю.М. Викторов</i>	48
РОЛЬ И УЧАСТИЕ РОДИТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ УЧАЩИХСЯ	
<i>А.В. Виноградова</i>	50
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСПОЗИЦИИ МУЗЕЯ ГИГИЕНЫ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ОСНОВАМ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ	
<i>Л.В. Винтухова, А.И. Фролова</i>	51
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ИНКЛЮЗИВНОГО (ИНТЕГРИРОВАННОГО) ОБРАЗОВАНИЯ	
<i>А.М. Витковская</i>	52
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЕ ЛОГОПЕДА	
<i>Т.Е. Владимирская</i>	54
РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА	
<i>Т.А. Волерт</i>	56
СОЦИАЛЬНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ДЕТЕЙ	
<i>Е.Г. Григорьева, Е.И. Архипова</i>	57
КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА	
<i>Е.Г. Григорьева, Е.И. Архипова</i>	59
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	
<i>А.А. Гурандо</i>	61
УРОВЕНЬ СТРЕССА И ТЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ	
<i>М.М. Гурова, И.Г. Хмелевская, Е.Д. Дутлова</i>	62
ПРОЕКТ ПО ИСТОРИИ И КУЛЬТУРЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА «ВИРТУАЛЬНАЯ ЭКСКУРСИЯ ПО ГОРОДУ» ФРАГМЕНТ «ПРОГУЛКА ПО УНИВЕРСИТЕТСКОЙ НАБЕРЕЖНОЙ»	
<i>И.В. Демидова, И.Б. Смолкина</i>	63
ПСИХОТРАВМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА	
<i>Т.В. Егоркина</i>	66
ВЛИЯНИЕ ХИМИОПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ	
<i>Т.А. Егорова, Г.М. Сычева, Н.В. Чаплыгина, Т.В. Феоктистова</i>	69
ИНТЕРАКТИВНЫЕ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	
<i>Ю.А. Заозерский, Л.В. Винтухова</i>	70
К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ	
<i>А.В. Ипатов</i>	71

ФИЗИЧЕСКОЕ И ДВИГАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ В КОНТЕКСТЕ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ <i>В.Г.Каменская, Б.В.Каменский, Т.С.Грядкина</i>	74
МЕЖПРЕДМЕТНЫЕ СВЯЗИ НА ПРИМЕРЕ ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «ДРЕВНИЙ ЕГИПЕТ» ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ <i>Киселева И.Б., Фомкина Ю.Е.</i>	75
МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ КАК КОМПОНЕНТ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ <i>М.Г. Колесникова</i>	77
ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ МОЛОДЕЖИ, СТРАДАЮЩЕЙ АЛКОГОЛИЗМОМ <i>В.В. Константинова, А.В. Яровинская</i>	80
РЕБЕНОК ГРУППЫ РИСКА В СОВРЕМЕННОЙ ШКОЛЕ: «ЖИТЬ, ЧТОБЫ УЧИТЬСЯ» ИЛИ «УЧИТЬСЯ, ЧТОБЫ ЖИТЬ»? <i>А.Н. Корнев</i>	84
ПРАКТИКА ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (НА ОСНОВАНИИ АНКЕТИРОВАНИЯ МАТЕРЕЙ) <i>Н.В. Костычева, Т. А. Крутых, Т.А. Кузнецова</i>	87
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ГРУППОВЫХ ОТНОШЕНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ 10-12 ЛЕТ <i>С.А. Котова, М. Редина</i>	88
ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ УЧАЩИХСЯ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ИЗ НАЧАЛЬНОЙ В СРЕДнюю ШКОЛУ <i>С.А. Котова, И.В. Артеева</i>	92
СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО С РОДИТЕЛЯМИ УЧАЩИХСЯ ПО СОХРАНЕНИЮ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ <i>Л.В. Крайнова, С.О. Сергеева</i>	109
ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ СЕЛЬСКИХ РЕГИОНОВ <i>Е.К. Куандыков</i>	111
МАТЕРИАЛЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ <i>А.К. Куандыкова</i>	113
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>А.К. Куандыкова, К.К. Куандыкова, Б.С. Исмаилов</i>	117
ПОКАЗАТЕЛИ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ДЕТЕЙ С ДЛИТЕЛЬНОЙ ДИАРЕЕЙ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ <i>А.К. Куандыкова</i>	121
ИЗУЧЕНИЕ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ ЭНДЕМИЧЕСКОГО РЕГИОНА <i>Р.К. Куандыкова</i>	124
ЛЕЧЕНИЕ СИСТЕМНЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА <i>А.В. Кудрявцева, И.И. Балаболкин, Н.А. Генпе,, Л.Д. Ксензова</i>	126
МЕТОДИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ШКОЛЫ, ОБУЧАЮЩЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ <i>Д.А. Кузьмин</i>	127

МЕТОДОЛОГИЯ И ПРИНЦИПЫ МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ И СТУДЕНТОВ <i>Р.И. Айзман, Н.И. Айзман, В.Б. Рубанович, А.В. Лебедев</i>	129
РОЛЬ РЕСУРСНОГО ЦЕНТРА ГОРОДСКОГО УРОВНЯ В СОПРОВОЖДЕНИИ МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ В ШКОЛАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА <i>И.Г. Локосова, Т.Б. Третьякова</i>	130
ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ В ШКОЛЕ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИССЛЕДОВАНИИ И ПРОЕКТИРОВАНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ <i>Я.В. Малыгина, О.А. Никитина, А.А. Махортова</i>	131
ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ГИМНАЗИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ <i>Е.В. Меттус, О.С. Турта</i>	136
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЙ ЭФФЕКТ ТЕХНОЛОГИИ МРИТО <i>О.Б. Миргородская</i>	138
ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА <i>М.А. Морозов</i>	140
ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ –ИННОВАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ <i>Л.Н. Никитина</i>	142
ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ ГРУППЫ РИСКА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ АБИЛИТАЦИИ <i>С.Н. Никифорова, О.Н. Горбунова, Ю.Г. Тимофеева, М.Ю. Викторова</i>	143
СВЯЗЬ АНАМНЕЗА СО ЗДОРОВЬЕМ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ <i>Е.И. Николаева, В.С. Меренкова</i>	146
ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ ЛЕЧЕБНОГО ЭФФЕКТА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ: ВЛИЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ НА ДЕНДРИТНЫЕ КЛЕТКИ <i>Е.С. Нишева, А.В. Аввакумова, Л.Г. Валетова, Н.Б. Платонова, Н.Н. Каплин</i>	151
АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК У ДЕТЕЙ ПРИ НЕОБЫЧНЫХ СПОСОБАХ КОНТАКТА С ПРИЧИННО-ЗНАЧИМЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ <i>Е.С.Нишева, А.Л.Егоров, А.В.Аввакумова, Л.Г.Валетова, Н.Н.Каплин</i>	152
ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА У ДЕТЕЙ <i>Е.С.Нишева, А.В.Аввакумова, Л.Г.Валетова, Н.Б.Платонова, Н.Н.Каплин</i>	153
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИЙ МОНОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Е.С. Нишева, А.В. Аввакумова, Л.Г. Валетова, Т.Г. Бутырина, Н.Н. Каплин</i>	154
АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>М.С. Новиков</i>	155
ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ПОТОКА СТОХАСТИЧЕСКИХ СИГНАЛОВ ДЕТЬМИ 7-8 ЛЕТ <i>А.В. Новикова</i>	157
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ДВЕННАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ДУОДЕНИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С <i>HELICOBACTER PYLORI</i> <i>В.П. Новикова, О.М. Цех, Н.В. Барышникова</i>	159

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ HELICOBACTER PYLORI В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	
<i>В.П. Новикова, О.М. Цех, Н.В. Барышникова, Д.В. Фадеева</i>	160
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОДАРЕННЫХ ДЕТЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ РАЗВИТИЯ В СРЕДНЕЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ	
<i>К.Б. Новожилова, А.П. Новожилова</i>	160
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЛЯМБЛИОЗЕ	
<i>Е.А. Осмаловская, А.М. Шабалов, И.А. Леонова, М.М. Холмич, В.П. Новикова</i>	161
РОЛЬ MYCOPLASMA PNEUMONIAE В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ	
<i>С.И. Петрова, Я.В. Панюткина, М.Ю. Карева</i>	162
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА V ВИДА	
<i>Н.М. Половинко, Н.В. Жизнева</i>	163
СПЕЦИФИКА КОНСТИТУЦИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЕМ В ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОМ РАЗВИТИИ	
<i>О. П. Рожков</i>	164
АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ КАК ФАКТОР ИХ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ИНТЕГРАЦИИ В СОЦИУМ	
<i>Л.Н. Ростомашвили</i>	166
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ВОСПИТАННИКОВ ШКОЛЫ - ИНТЕРНАТА	
<i>О.Г. Рязанцева, А.Н. Рябинкина, Т.А. Кузнецова</i>	167
ОПТИМИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ШКОЛЫ НА ОСНОВЕ МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ	
<i>Ю.Б. Севастьянова</i>	170
АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	
<i>Т.А. Сергеева</i>	172
ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА	
<i>К.А. Сергеева</i>	174
СОЦИАЛЬНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ В КОРРЕКЦИОННОЙ ШКОЛЕ ВНУТРИШКОЛЬНАЯ АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ	
<i>А.В. Соколова, Е.Б. Кравченко, Л.В. Ткаченко</i>	177
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СУХИМ ЭКСТРАКТОМ ЛИСТЬЕВ ПЛЮЩА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
<i>Н.Д. Сорока, Е.В. Коршунова, О.В. Рябых</i>	178
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ РАЗВИТИЕМ	
<i>Н.В. Сорокина, Ли Ли</i>	179
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ДЕТЕЙ	
<i>А.А. Старшинова, Н.В. Корнева, И.Ф. Довгальюк, А.Н.Я лфимов</i>	181

А.С.ПУШКИН И МУЗЫКА. ПРОЕКТ «ПОЭЗИЯ И ГОСТЕПРИИМСТВА»	
<i>М. А. Стиценко</i>	182
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ФАКТОРЫ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ	
<i>О.А. Суховская, Н.Д. Колпинская, М.А. Смирнова</i>	184
ПУЛЬСИРУЮЩЕЕ МАГНИТНОЕ ПОЛЕ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВО-ДЯЩИХ ПУТЕЙ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ	
<i>И.В. Хандожко, Т.И. Бурцева, М.Ю. Вигурская, А.Г. Шиман</i>	185
ВНУТРИУТРОБНОЕ И ПОСТНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА КАК ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ БУДУЩЕЕ ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ	
<i>Л.П. Хорошинина, Т.Е. Зайцева, О.Т. Гончаренко</i>	186
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
<i>О.М. Цех, Т.И. Бурцева, И.А. Уразгалиева, Е.Ю. Калинина, В.П. Новикова</i>	188
БЕЗНАДЗОРНЫЕ И БЕСПРИЗОРНЫЕ ДЕТИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА	
<i>Е.М. Черкасова</i>	188
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК ИЗ ГРУППЫ РИСКА	
<i>Е.М. Черкасова</i>	189
ПУТЬ К ЗДОРОВЬЮ УЧАЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ –СОЦИОКУЛЬТУРНОГО ЦЕНТРА	
<i>С.А. Черных</i>	190
СОСТОЯНИЕ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ	
<i>А.М. Шабалов, В.П. Новикова, С.В. Исаченко, И.А. Уразгалиева, Т.И. Бурцева</i>	192
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РАМКАХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	
<i>С.В. Щеголева</i>	193
К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Е.С. Юрчук</i>	195
ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
<i>Г.Г. Юрчук, Е.С. Юрчук</i>	196

МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗНОГО ТИПА

В.Г. Каменская

Институт детства РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

Материалы статьи включают новые результаты, аналогов которых нет в известной и доступной литературе, полученные на учащихся малых городов (Липецк, Елец, Пушкин), поселений сельского типа (Псковская и Липецкая область), которые сравнивались с результатами обследования учащихся образовательных учреждений Санкт-Петербурга. Общая численность выборки обследованных учащихся мегаполиса и иных видов поселений достигает 1052 человека. Сравнение основных групп испытуемых проводилось по двум основным компонентам здоровья:

1. по психологическим характеристикам, определяющих качество психологического здоровья и уровень социальной адаптации/дезадаптации (психотизм, нейротизм, число эмоциональных инверсий, общая напряженность психологических защит и особенности структуры системы эго-защитных механизмов, субъективная оценка своего психологического здоровья);

2. по психосоматическим и физиологическим характеристикам, определяющим качество психосоматического и физического здоровья, а также уровня адаптационного ресурса (проба Штанге, группа здоровья, антропометрические показатели телосложения, основные параметры сенсомоторной интеграции как основы развития высших психических функций и интеллекта).

На основе статистического сравнительного анализа подученных данных можно выделить следующие общие для учащихся всех типов образовательных учреждений закономерности.

С возрастом у детей общеобразовательных учреждений естественным образом увеличиваются вес, рост обследованных детей и подростков, уменьшается индекс Пинье, что свидетельствует о возрастании крепости телосложения. Объективное состояние здоровья учащихся основных ступеней школьного образования (по распределению групп здоровья и числу пропусков по болезни) к старшим классам нелинейно ухудшается, что согласуется с многочисленными литературными сведениями об утрате физического здоровья к концу обучения в школе. Однако этот факт не находит своего адекватного отражения на уровне сознания детей и подростков. Все учащиеся позитивно оценивают свое физическое здоровье и относятся к себе как к практически здоровым, независимо от статуса физического и психосоматического здоровья. Адаптационный ресурс (по результатам пробы Штанге) с возрастом нелинейно увеличивается, но вместе с тем не достигает существующих критериев возрастной нормы, хотя и подвержен влиянию мотивационного напряжения.

Ученики сельских школ Псковской и Липецкой областей, как и ожидалось, имеют лучшее физическое здоровье по сравнению со здоровьем

их сверстников школ мегаполиса, которое имеет слабо выраженную возрастную динамику. Больше всего болеют дети из школ-гимназий Санкт-Петербурга, подтверждая тезис о том, что освоение сложных образовательных программ происходит за счет невосполнимых затрат адаптационного ресурса и потери вследствие этого физического здоровья. Таким образом, относительно физического здоровья подтвердилось предположение о лучшем физическом здоровье учащихся сельских школ, которые растут и учатся в хороших экологических условиях. При этом, однако, хорошее физическое здоровье не в полной мере соответствует такому же хорошему психологическому здоровью, так как к 11 классу учащиеся сельских школ (Псковская область) имеют более примитивную систему психологических защит по сравнению с учениками 4 и 5 классов. Кроме этого, для этой выборки учащихся типично более медленное реагирование на сенсорную информацию с ориентацией на качество выполнения задания. Другими словами, ситуация дефицита времени может оказаться для этих учащихся мощным стрессогенным фактором, который приведет при его повторении к утрате психологического, а затем и физического здоровья.

Ухудшение психологического здоровья большинства испытуемых не связано с ситуацией тестирования, т. к. у большинства обследованных детей и подростков показатели выполнения теста не существенно отклоняются от возрастных норм. Тест эмоциональных инверсии (Николаева Е.И.) имеет примерно одинаковые результаты в обследованных классах большинства учреждений, свидетельствуя о норме психоэмоциональных отношений.

Психологические защиты имеют характерные возрастные особенности, определяя специфику системы эго-защитных механизмов. Практически во всех обследованных выборках первую позицию занимает проекция, снижающая социальную зрелость личности учащегося, на второй и третьей позиции находятся отрицание и/или интеллектуализация. Отмечена своеобразная инфантилизация системы психологических защит учеников элитных образовательных учреждений, у которых первые три позиции нередко заняты примитивными психологическими защитами (регрессией, вытеснением, отрицанием).

Значения по шкалам алкогольно-наркотической осведомленность и социальная безнадзорность растут с возрастом, вместе тем уже дети 4 класса достаточно осведомлены относительно компьютера и Интернета на уровне старших классов, что свидетельствует о существовании риска формирования аддикций у учеников школ, принявших участие в мониторинге.

Оценка характеристик сенсомоторной интеграции как психофизиологической базы адаптации, в том числе и за счет когнитивных способностей, дает основание для заключения о положительной возрастной динамике точности выполнения рефлексометрических задач, о возрастании качества произвольного внимания и оперативной памяти в старших классах.

В принципе можно выделить две основных стратегии выполнения скоростных и дифференцировочной задач. Первая стратегия определяется ориентацией на скорость выполнения задания в ущерб его точности; эта стратегия типична для младших классов. Вторая, более зрелая стратегия связана с замедлением скорости реагирования и увеличением времени реакции на сенсорные стимулы и повышением качества реагирования (уменьшением числа пропущенных стимулов, числа ошибок в дифференцировочной задаче). Таким образом, во многих выборках отмечено достоверное возрастание времени реакции на зрительные стимулы, уменьшение числа фальш-стартов, более заметное в случае хаотического динамического режима. Хаотический режим более удобен для большинства обследованных учащихся во всех видах образовательных учреждений, что проявляется в достоверно более коротких сенсомоторных реакциях, меньшем числе пропусков и большей величине индекса Херста как показателя статистической связности моторных реакций между собой.

Вместе с тем, обнаружены определенные особенности психологического здоровья в образовательных учреждениях разного типа.

Учащиеся малого города (на примере Липецка) характеризуются постепенным возрастанием как экстраверсии, так нейротизма, который соответствует повышенным значениям, что может в последствие послужить основанием для невротических дезадаптивных форм поведения.. В отличие от учащихся других типов образовательных учреждений ученики города Липецка показали неравномерное увеличение алкогольно-наркотической осведомленности, которая имеет максимум в 4-5 классе, а затем под влиянием социальной цензуры достоверным образом снижается. По уровню физического здоровья дети из сельской школы Липецкой области более здоровы по сравнению с городской школой. В отличие от других образовательных учреждений учащиеся Липецкой школы имеют иные соотношения скоростных свойств сенсомоторных реакций на зрительные и звуковые раздражители. Прежде всего, очевидны более длинные реакции на акустический стимул во всех классах обследованной школы. Помимо этого, улучшение качества выполнения рефлексометрических задач сопровождается возрастанием ВР на акустический стимул и увеличению разности между средними значениями ВР на свет и звук в пользу акустического стимула, что может служить причиной снижения скорости восприятия речи и появления социально дезадаптивных реакций. Временные характеристики восприятия важнейшей для социальной адаптации акустической информации с возрастом замедляется, при этом скорость перцепции зрительной информации остаются такой же, как и в остальных образовательных учреждениях. На основании сравнительного анализа формируется представления об относительно высоком дезадаптивном потенциале и плохом психологическом здоровье учащихся школы малого города в сравнении, как со школой мегаполиса в конкретных ситуациях дефицита времени.

Стоит отметить, что наиболее заметные отличия в психологических и физических характеристиках показаны в образовательных учреждениях специального назначения: в детском доме семейного типа «Детская деревня» Пушкина, школы 7 типа Санкт-Петербурга, частная начальная школа Санкт-Петербурга.

Отмечены повышенные значения психоэмоциональных характеристик, выходящих а диапазон нормы, у учащихся, воспитывающихся в детском доме семейного типа, при этом наибольшее отклонение от нормы Вальнефера наблюдается для показателя «эмоциональный стресс», что, безусловно свидетельствует об эмоциональном неблагополучии и возможности существенного ухудшения психологического здоровья. На фоне типичного снижения с возрастом академической успеваемости у детей из «Детской деревни» фиксируется нарастание эмоциональной напряженности и усиления ригидности, что также не способствует сохранению психологического здоровья. Эмоциональные проблемы нашли свое отражение и в изменении эмоциональных отношений с возрастом. В подростковом возрасте достоверно увеличивается число эмоциональных инверсий, которое выходит за диапазон нормы и соответствует невротическому типу реагирования. Таким образом, большинство подростков «Детской деревни» имеют плохое психологическое здоровье и формируют группу риска по нервно-психической патологии. Плохое психологическое здоровье соотносится со слабым адаптационным ресурсом: практически во всех возрастным группах воспитанники «Детской деревни» имеют пониженные значения пробы Штанге. Этот выход за диапазон возрастных нормативов свидетельствует помимо всего прочего о снижении волевого контроля над физиологическими реакциями, что служит существенным основанием формирования социально дезадаптивного поведения. Таким образом, функциональные и резервные возможности в целом выборки воспитанников «Детской деревни» находятся на низком уровне.

Наиболее существенные отличия, как и ожидалось, были показаны в группе школьников с диагнозом ЗПР, обучающихся в школах 7 типа. Первое, что определяет общие специфические черты развития детей и подростков, обучающихся в школах 7 типа, - это достоверно более слабое физическое здоровье. Во всех классах встречаются учащиеся с 3 и 4 группой здоровья, крайне редко и в виде исключения попадают дети с 1 группой. Во всех классах учащиеся пропускают занятия по болезни, т. е. физическое здоровье и недоразвитие составляет основу для коррекционно-реабилитационных мероприятий. Данный контингент требует специальных дифференцированных программ физической подготовки, широко включающих содержательные компоненты лечебной физкультуры. В силу разноплановости конституционального дизморфизма они требуют сочетания дифференцированного группового подхода и индивидуальной работы, возможности фронтальных занятий часто оказываются ограничены. Проба Штанге практически не имеет возрастной динамики

и выполняется детьми на уровне ниже возрастных норм, что свидетельствует не только о сниженном адаптационном ресурсе, но и об ослаблении волевого контроля.

Плохой адаптационный ресурс и недостаточный волевой контроль над поведением и вегетативными реакциями лежит в основе психо-эмоциональных проблем, которые проявляются в тесте М.Люшера. У всех учащихся повышена тревожность и психическое утомление, выходящее за границы нормальных величин, в 1 и 4 классах высоки показатели эмоционального стресса и психического напряжения. Оценить эмоциональные отношения по методу эмоциональных инверсий не удалось, так как дети не понимали, или не хотели понимать смысл задания. Высоки значения по шкалам алкогольно-наркотическая осведомленность и социальная безнадзорность в старших классах, что подчеркивает происхождение многих учащихся из социально неблагополучных слоев общества. Для учащихся 8 и 9 классов (на остальных не удалось выполнить тест) школ 7 вида характерна достаточно высокая общая напряженность психологических защит (58-59%), что еще раз подтверждает присутствие в выборке учащихся коррекционных школ большого процента детей и подростков с проявлениями школьной дезадаптации и плохого психологического здоровья, существенно большего, чем 10-12%.

Таким образом, наиболее проблемными с точки зрения **прогноза здоровья и социальной адаптации** являются дети и подростки специализированных образовательных учреждений: коррекционных школ, воспитанников семейного типа детских домов. Наиболее благоприятен **прогноз физического здоровья** у детей и подростков сельских школ и школ малых городов, но вместе с тем недостаточное развитие информационной среды может привести к формированию различного типа аддикций, в том числе химической ее формы. Прослеживается один постоянно проявляющийся факт прямой связи психологического здоровья учеников с качеством образования в школах. Это проявляется не только при сравнении школы-гимназии и массовой школы Санкт-Петербурга, но и коррекционных школ. Там, где учителя заинтересованы в результатах и успехах своих учеников, дети проявляют интерес к обучению и сохраняют свое психологическое здоровье и укрепляют физическое здоровье. Наиболее наглядно эта зависимость проявилась в сельской школе Гдовского района Псковской области, которая располагается в весьма отдаленном от районного центра месте. Педагогический коллектив делает все возможное и невозможное, чтобы не только удержать детей в школе, но и дать им знания и уверенность в себе, столь необходимые для сохранения здоровья и формирования нормальной социально адаптированной личности. Несмотря на то, что в этой школе, как и в большинстве других, принявших участие в мониторинге, нет психологической службы, которая в условиях ухудшения психологического здоровья учащихся абсолютно необходима в системе образования, заинтересованность и высокий профессионализм педагогов

выводит эту школу по качеству воспитания в лидеры среди всех обследованных учреждений. Вместе с тем, опора на энтузиазм учителей не может быть единственным средством коррекции и компенсации тех психо-эмоциональных проблем, которые вскрылись в ходе мониторинга учащихся разного типа школ.

ИНТЕГРАЦИЯ И ИНКЛЮЗИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Л.М. Шипицына

НОУ «Институт специальной педагогики и психологии», Санкт-Петербург

На рубеже XX века в России сложилось единое образовательное пространство, и интеграции стала ведущим направлением при обучении и воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья, что выражалось в сближении массовой и специальной образовательных систем на всех его ступенях (дошкольная, общая и профессиональная школы). Интегрированное обучение выступает как одна из форм альтернативного обучения, базовыми принципами которого являются: ранняя коррекция, образовательная психокоррекционная помощь каждому ребенку, обоснованный психолого-медико-педагогический отбор детей для интегрированного обучения, наличие положительной системы и отношений со стороны социума и др. Интеграция детей с ограниченными возможностями в учреждение для нормально развивающихся сверстников происходит с учетом уровня развития каждого ребенка и обеспечения реального выбора модели интеграции.

Большое значение имеет разработка интеграционной концепции, в которой важен переход от «когнитивного» деления детей на категории по видам нарушений в развитии к характеру требований, которые предъявляет к ребенку с ограниченными возможностями окружающий социум. Это означает, что в рамках данного подхода, ребенок рассматривается как нуждающийся в специальном образовании не из-за своего нарушения, а в зависимости от его специфических потребностей, существующих наряду с общими — такими же, как и у других детей. Ребенок со специфическими потребностями может обучаться не только в специальной, но и в массовой школе, если последняя имеет возможности осуществлять психолого-педагогическую помощь в реализации этих потребностей, направленную на установление равноправного взаимодействия, активного контакта с окружающим миром, а также на восстановление целостных взаимосвязей, которые должны стать частью жизненного мира отдельно ребенка с ограниченными возможностями.

На современном этапе развития западного, а вслед за ним и отечественного специального образования отмечается серьезное переосмысление сущности понятия «интеграция», введение нового термина «инклюзия». Речь идет о придании нового, социально-педагогического смысла процессу интеграции детей в образовательной практике. Особое значение приобретает организация не только и не столько совместной ведущей

для определенного возраста деятельности (игровой, учебной), сколько совместного мира жизни детей. В этой связи понятным становится новое многоуровневое модельное представление о сущности интеграции. На первом уровне происходит непосредственное общение детей разного возраста и разных возможностей развития. Второй уровень представляет их объединение в рамках специально организованных совместных игровых, учебных, трудовых и жизненных ситуаций. Третий означает объединение усилий работников образовательных учреждений, участвующих в профессиональном социально-педагогическом содействии и сопровождении разных детей. И наконец, четвертый уровень интеграции предполагает создание единой системы внешней поддержки учреждения, в котором формируется совместность его учащихся и воспитанников. Инклюзия основывается на идеях единого, образовательного пространства для гетерогенной группы, включающего разные, образовательные маршруты для тех или иных участников. Инклюзия исходит из позиции общей педагогики и психологии, ориентированных на ребенка с учетом его индивидуальных образовательных потребностей. Цель инклюзии — не только интеграция детей с ограниченными возможностями, а «одна школа для всех».

Результаты психологических исследований показали, что учащиеся специальных (коррекционных) школ развиваются в соответствии со своими возможностями, в основном, до седьмого класса, когда создаются оптимальные условия для социальной интеграции. Однако после седьмого класса подростки с ограниченными возможностями начинают ощущать свою неполноценность, увеличивается дистанция с обычными детьми, исчезает эффект защиты, как следствие снижаются успехи, разрушается позитивная самооценка. В этой связи понятен поиск путей более ранней социальной интеграции и инклюзии детей в обществе.

Инклюзия детей с ограниченными возможностями здоровья предполагает:

- воздействие общества и социальной среды на личность ребенка с отклонениями в развитии, то есть его адаптацию к среде;
- активное участие в данном процессе (субъектно-объектная роль) самого ребенка;
- совершенствование самого общества, системы социальных отношений, которая в силу определенной жесткости требований к своим потенциальным субъектам оказывается недоступной для детей с ограниченными возможностями.

Как следует из опыта разных стран, методологической базой интеграции и инклюзии детей с ограниченными возможностями в систему обычного образования является принцип равных прав и возможностей в получении образования.

Известно, что эффективность социальной интеграции в значительной мере зависит от степени реализации еще одного принципа — нормализации, который гарантирует социальные привилегии детям

с ограниченными возможностями здоровья наравне с другими. Однако это не всегда и не для всех лиц с ограниченными возможностями доступно и реально. Поэтому, для успеха интеграции и последующей инклюзии возникает необходимость учета другого важного принципа — «качества жизни». Последний подразумевает акцент на потребности индивидуума, как на факторе, и право лиц с ограниченными возможностями здоровья на предоставление им условий для наиболее полного удовлетворения этих потребностей.

Повышение качества жизни, детей с отклонениями в развитии может быть достигнуто за счет принципа социализации, который осуществляется на протяжении всей жизни человека и проходит в трех сферах:

- в деятельности — у человека развиваются задатки и способности, происходит их реализация;
- в общении, которое возникает во всех сферах жизнедеятельности, развиваются коммуникативные способности, способности взаимодействия с окружающими;
- в самосознании, сознании и понимании самого себя, то есть в развитии правильной самооценки, что означает адекватное мнение и суждение человека о самом себе, о своих качествах, достоинствах и недостатках, способностях, потенциальных возможностях, а также своем месте и роли среди других людей.

Для осуществления интегрированного воспитания и инклюзивного обучения необходимо у детей с дошкольного возраста строить взаимодействия на основе сотрудничества и взаимопонимания. Основой их жизненной позиции должна стать толерантность. Проблема воспитания толерантности зависит от эффективности интеграции ребенка с ограниченными возможностями в культуру сверстников, под которой понимается определенная система ценностей при усвоении опыта и предполагаются социальные правила общения в разных сферах жизни ребенка: в семье, школе, на улице и т. д., что позволяет формировать активную жизненную позицию в сообществе.

На интеграцию в культуру сверстников влияет возраст, пол и тип нарушения ребенка. Установлено, что чем старше дети с ограниченными возможностями, тем сложнее интеграция. В гендерном отношении также отмечаются различия: девочки более позитивно относятся к интеграции, чем мальчики. Тип нарушений оказывает разное влияние на интеграцию в дошкольном и школьном возрасте. Так, при интеграции в среду дошкольников более сильное негативное значение имеют двигательные нарушения по сравнению с интеллектуальными, а в школьную группу сверстников, наоборот, дети с двигательными нарушениями интегрируются легче, чем с интеллектуальными.

Интеграция в культуру сверстников является наиболее успешной в дошкольном возрасте, по сравнению со школьным, и главную роль играют значимые взрослые. Одним из основных условий интеграции в культуру

сверстников является коррекция отношений участников процесса (детей, их педагогов и родителей) друг к другу. Взаимопонимание, взаимоуважение и взаимодействие — три составляющих успеха социальной интеграции. Эффективная социальная интеграция в дальнейшем способствует успешной инклюзии этих детей при обучении в общеобразовательной школе.

Изучение психологических особенностей детей, относящихся к разным типам нарушенного развития показывает, что помимо проявления закономерностей, характерных для нормально развивающихся детей, в их развитии проявляется целый ряд иных, специфических закономерностей, отличающих их от нормы. К таким закономерностям относятся:

- более медленный темп психического развития;
- замедленный прием и переработка информации (иначе говоря, замедленный процесс восприятия);
- меньший объем запечатляемой и сохраняемой информации (то есть меньший объем памяти);
- недостатки в формировании произвольных движений и вербализации;
- трудности взаимодействия с окружающими, а также низкая работоспособность и быстрая истощаемость.

В зависимости от характера и степени выраженности отклонений эти закономерности проявляются в разной мере и в разный период времени, и именно они определяют то, что называют особыми образовательными потребностями. Между тем, действие перечисленных специфических закономерностей требует стимуляции общей и, особенно, познавательной активности, замедленного темпа обучения и «дробления» преподносимого учебного материала, увеличенного числа повторений, более интенсивного речевого развития, а в ряде случаев и ограничения объема и сложности содержания материала. Все это и составляет особые образовательные потребности, которые должны быть удовлетворены в условиях массовой школы.

Важнейшим условием, обеспечивающим успешную интеграцию, является точная дифференциальная психодиагностика каждого ребенка. Это может быть осуществлено только при наличии квалифицированной диагностической службы. Такая служба должна не только ставить диагноз, но и давать заключение для школы или другого образовательного учреждения, куда предполагается направить ребенка в соответствии с диагнозом, содержащее рекомендации к индивидуальному плану обучения.

Сложным аспектом является методологическая рассогласованность диагностических исследований, проводимых специалистами различного профиля: педагогами, психологами, медицинскими работниками. Комплексность, «командный стиль» работы сталкиваются с неготовностью специалистов к конструктивному диалогу на базе имеющихся диагностических результатов.

Не менее важным аспектом инклюзивного образования является развитие системы сопровождения, которая испытывает трудности в методической необеспеченности диагностики. Мы с достаточной степенью полноты научились исследовать проблему со стороны «недоразвития», «негативных факторов», «отсутствия» и т. д., но сама по себе констатация того или иного недостатка несет лишь узкую часть информации о возможных путях решения проблемы. Гораздо более важным вопросом является диагностика тех конструктивных факторов, которые позволят найти ее решение. К сожалению, диагностический инструментарий, используемый специалистами, ориентирован на констатацию негативного фона проблемы, а не на поиск путей выхода из нее.

Смысловое назначение системы сопровождения при инклюзивном образовании связано с обучением ребенка методам самостоятельного поиска и решения собственных проблем развития. Отсюда возникает задача диагностической оценки результативности сопровождения. В этой области наиболее перспективным является подход, ориентирующий психолога не столько на исследование внутреннего мира ребенка, сколько на анализ способа и внешних характеристик его взаимодействия со средой.

В какой период жизни ребенка интеграция даст наибольший эффект, будет наиболее плодотворной? Это, безусловно, дошкольный возраст, так как, прежде всего, у детей дошкольного возраста нет никаких предубеждений против сверстников с ограниченными возможностями (эти предубеждения они усваивают от взрослых). У них легко воспитывается отношение к физическим и психическим недостаткам, как к таким же индивидуальным особенностям другого лица, как цвет глаз, волос или голос. Один из американских специалистов говорит, что, начиная интеграцию в образовательную среду в дошкольном возрасте, мы воспитаем поколение с подлинно гуманным отношением к другим людям, в том числе к людям, имеющим недостатки.

Кроме того, компонентом успешной интеграции и инклюзии ребенка с ограниченными возможностями в среду здоровых сверстников является подготовка окружения к этим процессам с помощью обучающих программ повышения квалификации для специалистов массовых и специальных (коррекционных) учреждений и программ повышения родительской компетентности.

**НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩЕЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИХ ШКОЛ:
ОПЫТ СЕТЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

М.Г. Колесникова

Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования

Решение проблемы здоровья участников образовательного процесса является первым по значимости социальным запросом к системе образования и одним из ведущих направлений государственной

политики в области образования. Федеральные государственные образовательные стандарты нового поколения впервые определяют такую составляющую, как здоровье школьников, в качестве одного из важнейших результатов образования, а сохранение и укрепление здоровья – в качестве приоритетного направления деятельности школы. В Национальной образовательной инициативе «Наша новая школа» указаны такие задачи школы как обеспечение индивидуального подхода, минимизирующего риски для здоровья в процессе обучения; создание комфортных условий обучения; создание мотиваций и условий для здорового образа жизни.

Сегодня в системе образования России ведется активный поиск форм, методов и технологий здоровьесберегающей и здоровьесозидающей деятельности. Однако анализ существующих форм работы по этому направлению, проведенный сотрудниками института возрастной физиологии РАО (г. Москва) под руководством М.М. Безруких в 2004 г., показал, что комплексно и системно эта работа осуществляется в стране не более, чем в 20% образовательных учреждений. Данная ситуация отражает сложность и многогранность проблемы здоровьесбережения и здоровьесформирования, сохраняющуюся недостаточность научно-методических разработок и опыта в осуществлении комплексного систематического подхода к ее решению.

Характеризуя состояние здоровья и образ жизни участников образовательного процесса, можно выявить следующие тенденции (за последние 10 лет), влияющие на развитие образовательной системы Санкт-Петербурга:

- резкое ухудшение состояния здоровья детей и подростков, изменение структуры выявляемой патологии;
- выраженные негативные тенденции образа жизни современных школьников (снижение двигательной активности и физической подготовленности; нарушения структуры и режима питания, структуры досуга; возрастание риска наркотизма, употребления психоактивных веществ);
- относительно низкий уровень профессионального здоровья школьных педагогов и их готовности к созданию условий для обеспечения здоровья учащихся, повышению культуры их здоровья (особенно – у педагогов школ повышенного уровня).

В то же время в образовательной системе Санкт-Петербурга накоплен значительный и разнообразный опыт создания условий для обеспечения здоровья участников образовательного процесса:

1) Работа по созданию в школах Санкт-Петербурга условий для обеспечения здоровья учащихся является традиционным направлением работы каждой школы, которое поддерживается и расширяется районными и городскими органами управления образованием.

2) Накоплен опыт инновационной здоровьесберегающей деятельности в системе образования, в том числе опыт создания центров и служб здоровья.

3) Проводятся региональные мероприятия, которые объединяют школы, решающие проблемы здоровья: региональные конференции, региональные конкурсы («Школа – территория здоровья», «Школьное питание», Конкурс районных программ по оздоровлению и формированию здорового образа жизни учащихся и т.п.).

4) Осуществляется комплексная работа по профилактике аддиктивного и девиантного поведения учащихся в рамках региональных профилактических программ.

5) Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования, районные Научно-методические центры и Психолого-педагогико-медико-социальные центры проводят повышение квалификации и переподготовку педагогических кадров в области повышения готовности к сохранению и укреплению здоровья учащихся, издают научные и учебно-методические пособия для обеспечения этой деятельности.

Проведенный SWOT-анализ факторов развития системы образования Санкт-Петербурга в области сохранения и укрепления здоровья участников образовательного процесса, формировании здорового образа жизни показал, что основной проблемой является отсутствие отчетливой сложившейся системы на всех уровнях. Создание условий для обеспечения здоровья в образовательной системе Санкт-Петербурга нуждается не в разрушении, а в реорганизации и упорядочении на разных уровнях организации, при этом социальный характер проблем требует межведомственного и межсекторального взаимодействия по их решению

Тем важнее при разработки стратегии развития образовательной системы Санкт-Петербурга учитывать опыт сетевого взаимодействия и социального партнерства ОУ, решающих проблему здоровья.

Социальное партнерство - технология координации разнонаправленной взаимовыгодной деятельности различных социальных субъектов, вынужденных в силу дефицита ресурсов, иных ограничивающих факторов объединять усилия, материальные возможности и инфраструктуру; добровольное соглашение о сотрудничестве между двумя и более сторонами, в котором участники договариваются работать вместе для достижения общей цели и разделять риски, ответственность, ресурсы, правомочность и прибыли (А. Шулус). Для решения проблемы здоровья школьников целесообразен взаимообмен и объединение кадровых, материально-технических, методических и информационных ресурсов ОУ и других социальных партнеров. Кроме того, с учетом межведомственного и межсекторального характера решения проблемы здоровья в образовании ОУ необходимо выстраивать связи с существующими органами и организациями, деятельность которых непосредственно связана с решением проблем здоровья и развития участников образовательного процесса.

Сетевое взаимодействие ОУ может выстраиваться по матричному (программно-целевому) принципу. В зависимости от стартовых условий ОУ – участники выполняют разные сетевые роли:

- тьюторы первого уровня, осуществляющие организационно-методическое сопровождение и координацию деятельности сети по всем направлениям;

- тьюторы второго уровня, осуществляющие кураторство по отдельным направлениям деятельности сети;

- участники сети – пользователи ее ресурсов, накапливающие опыт решения проблемы сохранения и укрепления здоровья обучающихся в ОУ.

Опыт социального партнерства ОУ в области решения проблемы здоровья реализуется в Санкт-Петербурге в рамках проекта по созданию школьной службы здоровья.

По результатам городского эксперимента 2005-2007 гг. 5 школ – участниц переведены в режим ресурсных центров городского уровня (ГРЦ) по теме «Служба здоровья ОУ» (распоряжение Комитета по образованию от 10.07.2008 г. № 1144-р). С целью научно-методического сопровождения образовательных учреждений в СПбАППО разработана программа «Служба здоровья: проблемы, поиски, перспективы» на 2008-2011 гг. (ведущее подразделение – кафедра педагогики окружающей среды, безопасности и здоровья человека).

Каждый ГРЦ курирует отдельные направления деятельности службы здоровья:

- ГОУ СОШ №667 Невского р-на СПб – физкультурно-оздоровительное в области общего образования; информационно-технологическое.

- ГОУ СОШ № 280 имени М.Ю. Лермонтова Адмиралтейского р-на СПб – медицинское; психологическое и социально-педагогическое в области реабилитации и оздоровления ослабленных учащихся

- ГОУ СОШ №455 суглубленным изучением английского языка Колпинского р-на СПб – психологическое; валеологическое в области общего образования.

- ГОУ СОШ №503 Кировского района СПб – социально-педагогическое; физкультурно-оздоровительное и валеологическое в области дополнительного образования

- ГОУ СОШ №279 Кировского района – психологическое и медико-коррекционное (работа с детьми на домашнем обучении); информационно-технологическое

Мероприятия ГРЦ проводятся по единому плану и включены в образовательные программы кафедры. Кроме того, ресурсные центры участвуют в реализации образовательных программ кафедры:

- 1) подготовка школьных команд по образовательной программе «Служба здоровья ОУ» (120 часов). В рамках этой программы каждый ГРЦ проводит семинар, на котором слушатели знакомятся с опытом здоровьесозидающей деятельности ОУ;

- 2) подготовка администрации и специалистов ОУ к ротации кадров уже созданных служб здоровья, знакомство со здоровьесозидающей деятельностью школ в рамках курсовой подготовки по образователь-

ной программе «Здоровьесозидающая образовательная среда школы» (144 часа по накопительной системе). ГРЦ реализуют отдельные модули этой программы в соответствии со своей спецификой.

3) ГРЦ привлекаются для реализации всех образовательных программ переподготовки и повышения квалификации педагогических кадров, реализуемых кафедрой педагогики окружающей среды, безопасности и здоровья человека по направлению «Педагогика здоровья».

Следующее направление деятельности ГРЦ в рамках программы СПБАППО – проведение мониторинга здоровьесозидающей образовательной среды школы.

В рамках данного проекта создан и поддерживается специализированный сайт «Служба здоровья в образовательных учреждениях» (<http://szou.webmerit.ru>).

Продолжением данного проекта является создание районных сетей ОУ, решающих проблему здоровья школьников и педагогов. Так, в 2009-2010 учебном году в Петроградском и Кировском районах города разработаны районные программы, направленные на создание таких районных систем, которые опираются на программу СПБАППО и ГРЦ по теме «Служба здоровья в ОУ».

Ежегодно ГРЦ совместно с СПБАППО проводят региональную конференцию «Служба здоровья в ОУ СПб», которая является формой отчетности деятельности ГРЦ в течение года.

Анкетирование участников данных конференций показывает увеличение количества ОУ, которые готовы к взаимодействию: безусловно готовы от 22% участников конференции в 2006 году до 43% в 2009 году; количество не готовых уменьшается от 19% до 0. При этом школы нуждаются в координации их деятельности (позитивная динамика от 22% до 42% соответственно), социальном партнерстве (от 31% до 62%), едином мониторинге (от 29% до 56%), повышении квалификации (от 56% до 65%), методическом нормативном обеспечении их деятельности (от 49% до 56%).

Результаты проекта показывают, что единое научно-методическое сопровождение сетевого взаимодействия ОУ способно за короткое время эффективно решить задачу построения открытой здоровьесозидающей образовательной среды: мониторинг выявил высокую результативность подготовки, проектирования и деятельности команд службы здоровья в школах; позитивную динамику или сохранение данных учащихся по большинству показателей, характеризующих их здоровье и образ жизни. Важно, что при сохранении позитивных результатов, которые показывают более «продвинутые» в данной области школы (лучше оснащенные, имеющие больший опыт работы), наиболее значительная динамика наблюдается в школах, которые подключились к проекту «с нуля», не имея опыта в построении здоровьесозидающей образовательной среды.

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЕФОРМИРОВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ «НАША НОВАЯ ШКОЛА»

С.А. Котова

Институт детства РГПУ им. А.И.Герцена, Санкт-Петербург

Решение проблемы здоровья участников образовательного процесса является первым по значимости социальным запросом к системе образования и одним из ведущих направлений государственной политики в области образования. Федеральные государственные образовательные стандарты нового поколения впервые определяют такую составляющую, как здоровье школьников, в качестве одного из важнейших результатов образования, а сохранение и укрепление здоровья – в качестве приоритетного направления деятельности школы. В Национальной образовательной инициативе «Наша новая школа» указаны такие задачи школы как обеспечение индивидуального подхода, минимизирующего риски для здоровья в процессе обучения; создание комфортных условий обучения; создание мотиваций и условий для здорового образа жизни.

«Вопрос заботы о здоровье учащихся требует не только решений, вызванных охранительной позицией взрослых по отношению к детскому здоровью. Гораздо важнее пробудить в детях желание заботиться о своем здоровье, основанное на их заинтересованности в учебе, в выборе учебных курсов, адекватных собственным интересам и склонностям. Насыщенная, интересная и увлекательная школьная жизнь становится важнейшим условием формирования здорового образа жизни,» - говорится в тексте инициативы. **Новая позиция государства в отношении здоровья подрастающего поколения изменилась: от задач поддержания и сохранения здоровья мы переходим к задачам здоровьесозидания и здоровьесформирования в образовательной среде школы.** Это определяется целями общества на здоровое развитие подрастающего поколения.

Понятно, что здоровье ребенка определяется совместными усилиями семьи и работников системы здравоохранения. Но, как показывают многочисленные исследования последнего десятилетия эти социальные институты не достаточно справляются с задачей здоровьесформирования. Сегодня лишь около 20% детей, поступающих в школу, признаются здоровыми. Поэтому место и значение школы как здоровьесформирующего института должно быть усилено. Из учреждения потери здоровья она должна стать учреждением здоровьесозидающим. В концепции указывается: «Именно в школьный период формируется здоровье человека на всю последующую жизнь. Многое здесь зависит от семейного воспитания, но учитывая, что дети проводят в школе значительную часть дня, заниматься их здоровьем должны, в том числе и педагоги». Таким образом, подчеркивается значимый вклад всей среды образования на формирование здоровья и здорового образа жизни школьников. **Здоровьесформирующая деятельность становится в образовательном учреждении обязательным компонентом педагогической системы.**

Для этого в концепции выделяются следующие направления деятельности государства:

1) расширение законодательной базы и подзаконных актов, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья в процессе обучения и воспитания;

2) улучшение экологических материально-технических параметров ОУ – условий образовательной среды, определяемых новым СанПиНом (архитектура, внешний и внутренний дизайн, площадь помещений, их освещенность, уровень шума, особенности оборудования и оснащения помещений и т.п.);

3) жесткое соблюдение санитарно-гигиенических условия образовательной среды ОУ (соблюдение чистоты, регулярное и правильное проведение уборок всех помещений, дезинфекции и т.д.);

3) совершенствование медицинского обеспечения образовательного учреждения (новые требования к медицинскому персоналу, параметрам медицинского кабинета, его оснащенности, наличию дополнительных специализированных кабинетов и услуг (фитобара, ингалятория, кабинета горного воздуха, релаксации и т.п.);

4) внедрение здоровьесозидающих педагогических условий, учитывающих индивидуальные потребности субъектов образовательного процесса в здоровьесозидании и определяемых новой здоровьесозидающей организацией и состоянием психолого-педагогических параметров внутренней среды учреждения (направленность и характер образовательной и учебных программ, организация учебной деятельности, особенности используемых педагогических технологий, приемов и методов и т.д.);

5) расширение диапазона и характера использования научно обоснованных здоровьесозидающих образовательных технологий;

6) изменения состава педагогических кадров, состояния их здоровья и развития (психологический климат учреждения, педагогическая культура общения, повышение их здоровьесозидающей компетенции, особенности возрастных и профессиональных деформаций педагогов и т.п.).

Для реализации поставленной цели необходимо целенаправленное построение в каждом ОУ здоровьесозидающей образовательной среды (ЗОС), функционирующей на основе идеологии культуры здоровья. Под здоровьесозидающей образовательной средой (ЗОС) понимают всю совокупность компонентов ОУ, их функциональных взаимосвязей, а также субъектов образовательного процесса – педагогов, учащихся (воспитанников) и родителей, в деятельности которых реализуется обеспечение условий для формирования и укрепления здорового образа жизни.

При создании здоровьесозидающей образовательной среды школы необходимо опираться на следующие ведущие подходы:

- **холистический подход к индивидуальному здоровью человека, в основе которого лежит понимание здоровья как многомерной системы, со-**

стоящей из взаимозависимых компонентов (соматических, психических, социальных и нравственных);

- созидющий аксиологический подход к обеспечению здоровья человека, сущность которого состоит в признании определяющей роли культуры здоровья как ценностно-мотивационной составляющей целенаправленного оздоровления образа жизни и закрепление его в жизнедеятельности человека;

- экологический подход к созданию условий для обеспечения здоровья каждого человека в системе образования.

Отсюда вытекают и основные направления административно-управленческой деятельности по созданию здоровьесформирующей образовательной среды и здоровьесформирующего уклада жизни ОУ:

1. Оптимизация санитарно-гигиенических условий обучения как в школе в целом, так и в каждом классе.

2. Обеспечение эффективной работы по обеспечению безопасности учащихся в период пребывания в образовательном учреждении.

3. Рациональная организация учебного процесса и режима учебной нагрузки.

4. Обеспечение полноценного питания детей.

5. Совершенствование системы физического воспитания.

6. Обеспечение психологического комфорта всем участникам образовательного процесса, независимо от их социального и психофизического статуса.

7. Системное использование здоровьесберегающих и здоровьесформирующих образовательных технологий (Здоровьесозидающие технологии (ЗТ) – образовательные технологии, ориентированные на обеспечение здоровья учащихся (воспитанников): личностно-ориентированные, психологически безопасные, имеющие профилактический характер и направленность на формирование здорового образа жизни).

8. Широкое использование профилактических программ и спортивно-массовых мероприятий в сфере культуры здоровья и безопасности.

9. Интеграция в учебный и внеучебный воспитательный процесс широкого комплекса оздоровительных мероприятий.

10. Обеспечение семейного консультирования, ориентированного на укрепление здоровья и улучшение социальной адаптации ребенка и его семьи в целом.

11. Организация работы по укреплению здоровья учителей.

12. Систематическое обучение педагогических кадров по вопросам охраны здоровья и обеспечения безопасности детей.

13. Систематическое проведение мониторинга здоровья с целью своевременного обеспечения эффективности работы по коррекции нарушений здоровья, реабилитации и оздоровлению учащихся (воспитанников).

В российском образовании должны быть выстроены новые связи и новые формы взаимодействия и сотрудничества между управленцами,

педагогами, специалистами и семьей в каждом образовательном учреждении на принципах здоровьесформирования. Это сложнейшая и относительно новая для российского образования задача. Необходимо преодолеть старые, дистанцированные формы деятельности, сделать их более мобильными, контактными, гибкими, легко приспосабливающимися под развивающиеся потребности различных детей. Достижение новых целей образования на основе идей здоровьесформирования требует освоения новых принципов профессиональной деятельности, умений действовать последовательно, согласованно и эффективно в интересах сохранения и укрепления физического, психического, социального и духовно-нравственного компонентов здоровья ребенка не разово, а долговременно.

МЕСТО АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ СКРИНИРУЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

О.А. Маталыгина

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Негативные тенденции в состоянии здоровья детей за последнее десятилетие приобрели устойчивый характер и стали еще более очевидными. Результаты многолетних научных исследований состояния здоровья детей свидетельствуют, что наиболее выраженный рост распространенности функциональных нарушений и хронических заболеваний происходит в период получения систематического образования, прежде всего, в общеобразовательных учреждениях. За последние 10 лет суммарная распространенность функциональных отклонений и хронических заболеваний среди учащихся младших классов увеличилась почти на 60%. Но самый значительный рост заболеваемости (в 1,5 раза) отмечается среди подростков старшей возрастной группы. Число детей с недостаточным уровнем развития школьно необходимых функций превышает 40%. Частота психических расстройств и отклонений в поведении возросла до 60%. к окончанию школы более половины подростков имеет ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья, а уровень годности к военной службе не превышает 70%. В этой связи становится очевидной потребность в оптимизации работы школьной медицины, ориентированной на мониторинг состояния здоровья школьников и раннюю диагностику его отклонений. Задача улучшения здоровья школьников может быть решена только при организации системы многопрофильного скрининга здоровья детей непосредственно в учебном учреждении с использованием современных диагностических скринирующих технологий, дополненных информационной аналитикой.

Каким должен быть инструмент, реально работающий на улучшение здоровья ребенка?

Очевидно, что он, как минимум, должен:

- объективно и максимально точно выявлять отклонения в состоянии здоровья по самому широкому спектру заболеваний;
- указывать на самые ранние признаки нарушенной адаптации;
- делать выявленные нарушения отправной точкой для проведения целенаправленных оздоровительных мероприятий, лечения и реабилитации;
- предоставлять ребенку, подростку и их родителям наглядные и убедительные доказательства эффективности приложенных ими усилий в деле формирования здоровья.

Оптимальным для решения таких задач оказался аппаратно-программный комплекс для автоматизированного диспансерного обследования детей и подростков – «АКДО», разработанный в 1991г. НИИ Биотехнических Систем МО и науки РФ совместно со специалистами СПб Государственной педиатрической медицинской академии. Его суть состоит в том, что за 20 минут школьный врач (фельдшер) с помощью данного комплекса собирает до 450 различных данных о состоянии здоровья ребенка по 24 профилям патологии и получает заключение, которое содержит комплексную оценку состояния здоровья, риски возникновения заболеваний и степень нарушения уже имеющихся отклонений в здоровье. Активирование определенных подсистем позволяет снимать электрокардиограмму, передавать ее по электронным каналам кардиологу для уточнения глубины нарушения сердечнососудистой патологии, проводить объективную стандартизированную оценку физического развития ребенка, выявлять дисбаланс питания школьника и др.

Целями внедрения АКДО в работу школьных кабинетов являются:

- анализ состояния здоровья школьника в диапазоне от минимальных рисков (включая поведенческие риски) до сложившейся хронической патологии;
- проведение мониторинга здоровья школьника на протяжении всех лет обучения;
- создание основы для индивидуальной программы профилактики и реабилитации с учетом возможностей школы;
- выведение «профиля патологии» класса и школы в целом, выявляющего факторы школьной среды, негативно влияющие на здоровье детей;
- создание банка данных показателей здоровья, их компьютерная обработка с возможностью анализа на внутришкольном, районном и городском уровне;
- предоставление сведений для проведения профессиональной ориентации подростков, решения вопросов о возможности обучения в профильных классах и использования различных видов спорта;
- координация медицинских и педагогических здоровьесберегающих мероприятий;
- комплексная оценка примененных здоровьесберегающих технологий с демонстрацией их эффекта в виде количественных изменений уровня здоровья в динамике.

Заключение по здоровью, получаемое с помощью «АКДО», может стать основной смысловой частью «Паспорта здоровья школьника».

Эффективность использования АКДО в педиатрии подтверждена многолетней практикой. В настоящее время произошел переход от единичных внедрений технологии АКДО в отдельных ЛПУ к его системному методичному применению в педиатрической службе. Министерство образования РФ в 2009 году в рамках ФЦП «Дети России. 2007-2010гг.» (подпрограмма «Здоровое поколение») поставило комплексы АКДО более чем в 70 общеобразовательных школ страны в 58 субъектах РФ. Оборудование получили победители Всероссийского конкурса «Школа-территория здоровья», в том числе в самых отдаленных районах страны.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Н.Н. Яковлева

Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования

В последнее десятилетие в Санкт-Петербурге, как и в целом по стране, в силу социально-экономических, демографических, экологических причин обозначилась устойчивая тенденция повышения количества детей с ограниченными возможностями здоровья.

По данным, озвученным на коллегии Министерства общего и профессионального образования по вопросам создания условий для получения образования лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами 09.12.2009 года, в России 210,8 тысяч детей с различными недостатками в физическом и (или) психическом развитии. к данной категории относятся дети с нарушениями восприятия (незрячие и слабовидящие, неслышащие и слабослышащие), дети с нарушением опорно-двигательного аппарата, дети с задержкой психического развития, дети с речевой патологией и дети с интеллектуальными нарушениями. На 2009-2010 год только в Санкт-Петербурге в специальных (коррекционных) школах, классах для детей с проблемами в развитии обучается около 9700 детей. Кроме того, в общеобразовательных школах организованы классы коррекционной направленности (для детей с задержкой психического развития, тяжелыми нарушениями речи, нарушением опорно-двигательного аппарата, охраны зрения), где обучаются 2700 детей. Логопедические пункты города обеспечивают помощь 11090 учащимся (результаты мониторинга 2009 года). В дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего вида, воспитываются дети, имеющие вышеперечисленные нарушения (с тяжелыми нарушениями речи – 14569, задержкой психического развития – 685, порядка 500 детей с другими видами нарушений (данные статистического отчета за 2007 г.).

Следует так же отметить, что в образовательных учреждениях обучаются стихийно интегрированные дети, не проходившие специального об-

следования. Они не получают специальной квалифицированной помощи, крайне нуждаясь в ней.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации и Законом «Об образовании» дети с ограниченными возможностями имеют равные со всеми права на образование.

За последние годы в России произошли серьезные изменения в системе специального образования. Правительством Российской Федерации разработан и утвержден ряд нормативно-правовых документов, определяющих деятельность специальных (коррекционных) образовательных учреждений: «Типовое положение о специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся воспитанников с отклонениями в развитии», «Типовое положение об образовательных учреждениях для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи»; Постановление Правительства РФ «Об индивидуальном обучении больных детей на дому»; Приказ Министерства образования РФ «Об условиях приема и обучения инвалидов в учреждениях высшего профессионального образования» и др., но проблемное поле воспитания, обучения детей с ограниченными возможностями здоровья все еще велико.

Анализ ситуации позволил выделить следующие проблемы обучения детей с ограниченными возможностями здоровья:

- проблемы ранней диагностики и выявления детей с ограниченными возможностями для обеспечения своевременной коррекционной помощи;
- проблемы обеспечения преемственности школьного и дошкольного образования; проблемы ранней диагностики предпосылок школьной дезадаптации;
- недостаток нормативно-правового и методического обеспечения;
- недостаток нормативно-правовой базы, обеспечивающей вариативность получения образования (индивидуальное обучение, семейное обучение, инклюзивное образование и др.)
- массовая неготовность педагогов к работе в индивидуально-ориентированном режиме в условиях дифференцированного, а в последнее время и интегрированного обучения;
- недостаток современных практико-ориентированных программ и технологий, а также инструментов их реализации;
- обеспечение учебно-методической литературой и техническими средствами коррекции нового поколения специального (коррекционного) образования всех уровней от дошкольного до вузовского и послевузовского образования;
- развитие интегрированных форм обучения инвалидов носит неспланированный, непоследовательный характер, зачастую не сопровождается созданием необходимых условий для сопровождения детей;
- отсутствие полноценной системы государственной статистической отчетности о численности инвалидов, нуждающихся в обучении и получающих образование в различных формах.

Обеспечение равных прав на образование включает в себя обучение не только детей с ограниченными возможностями здоровья, но и детей-мигрантов, детей, для которых обучение в школах на русском языке становится серьезной проблемой.

Адаптация образовательного процесса к запросам и потребностям личности – вот современные образовательные тенденции. В связи с этим индивидуализация процесса обучения на всех его этапах составляет одну из стратегических задач образования.

Концептуальной основой развития образования детей с ограниченными возможностями здоровья является разработка принципов образовательной политики с учетом общемировых образовательных тенденций. Одним из них является равный доступ молодых людей к полноценному качественному образованию в соответствии с их интересами и склонностями, независимо от материального достатка семьи, места проживания, национальной принадлежности и состояния здоровья.

Предполагается создание вариативных условий для воспитания и обучения лиц с ОВЗ и инвалидов:

– в обычном образовательном учреждении (дошкольном, общеобразовательном, профессионального образования):

- в обычном классе (группе)
- в коррекционном классе (группе)

– в специализированном образовательном учреждении (дошкольном образовательном учреждении компенсирующего вида, специальном (коррекционном) образовательном учреждении)

– на дому

Исходя из принципов, целей и приоритетов системы образования детей с ограниченными возможностями, важнейшими направлениями становится разработка и реализация социальных проектов, содействующих интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в общество.

Инклюзивное образование ставит ряд вопросов, таких, например, как проведение диагностики готовности детей с нарушением в развитии включиться в мир несколько иных социальных приоритетов, готовности их родителей, способность нормально развивающихся детей и их родителей принять в свою социальную «нишу» детей, отличающихся от них интеллектуальными, физическими особенностями.

Следует отметить и тот факт, что по ряду объективных причин некоторые дети не могут быть интегрированы в общеобразовательные учреждения (дети со сложными интеллектуальными, физическими нарушениями).

Опыт обучения детей с ограниченными возможностями в специальных (коррекционных) школах показывает достаточно высокие результаты обученности детей, опыт же обучения в условиях интеграции изучен недостаточно:

– не проведен сравнительный анализ результативности обучения, социализации детей в специальных (коррекционных) школах и классах при общеобразовательных школах;

– не проведен сравнительный анализ результативности обучения, социализации детей с ограниченными возможностями в условиях интернальной (интеграция внутри системы специального образования) и экстернальной интеграции (взаимодействие специального и массового образования);

– не в полной мере проведены социально-психологические исследования об отношении родителей и педагогов к инклюзивному образованию;

– не рассматривался опыт обучения детей в условиях интеграции от дошкольного возраста до освоения профессиональной деятельности. На парламентских чтениях «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (о специальном образовании)» 24 апреля 2006 года были озвучены следующие цифры: из всего количества лиц с ограниченными возможностями здоровья 6 процентов получают начальное профессиональное образование, 4 процента – среднее профессиональное образование и 2,5 процента — высшее профессиональное образование.

– не производился расчет, во что обойдется государству ребенок, интегрированный в массовую общеобразовательную школу (для ребенка с ограниченными возможностями необходимо создание специальных, различных, в зависимости от нарушения, психолого-педагогических, медицинских условий, образовательных услуг).

– не существует объективных данных, отражающих показатели так называемой «стихийной» интеграции в дошкольных и школьных общеобразовательных учреждениях.

На современном этапе модернизации интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья в систему массового образования не должна быть необоснованной или стихийной. Необходимо провести серьезные социально-психологические исследования, результаты которых позволят определить целесообразность тех или иных форм инклюзивного образования, критерии эффективности инклюзивного образования, разработать методические рекомендации по его реализации и обосновать доступность образования для лиц с ограниченными возможностями. Поэтому необходима разработка концепции непрерывного инклюзивного образования (дошкольное образовательное учреждение, школа, учреждения профессионального образования).

Невозможность посещения образовательного учреждения детьми-инвалидами требует новых подходов к их обучению, в первую очередь – это разработка программ дистанционного обучения и создание условий для их реализации. Но дистанционное образование не решит проблемы обучения детей. Важной составляющей качества жизни является полноценное общение. А эту задачу возможно решить, включая ребенка в систему инклюзивного образования.

Для эффективного планирования мероприятий, направленных на обеспечение доступности качественного образования детьми с ограниченными возможностями здоровья необходимы: разработка и реализация программ раннего вмешательства, учебно-методических комплексов нового поколения, усиление психолого-педагогических служб образовательных учреждений, создание программ социальной поддержки лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Обеспечение доступного качественного образования во многом зависит от социального партнерства, поэтому одним из приоритетных направлений работы должно стать обеспечение взаимодействия органов и учреждений системы образования, социальной защиты населения, здравоохранения, службы медико-социальной экспертизы в решении вопросов образования инвалидов.

Говоря о современных тенденциях в образовании, следует особо подчеркнуть участие образовательных учреждений, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья в инновационной деятельности. Мы считаем наиболее актуальными требующими научного и практико-ориентированного исследования, и разработок программно-методического обеспечения по проблемам дистанционного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья, созданию модели инклюзивного образования, как в школах, так и в дошкольных образовательных учреждениях.

Необходимость, продиктованная временем – обучение, адаптация родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Недостаточная разработанность данной темы делает ее актуальной как для города в целом, так и для образовательного учреждения.

Одной из актуальных проблем образования является создание условий, обеспечивающих качества жизни. Одним из составляющих качества жизни считают обеспечение безопасности жизнедеятельности. Необходимость разработки программ, учебно-методических пособий позволяют считать данное направление необходимым для включения ее в экспериментальную работу.

НЕОПРЕДЕЛЕННАЯ АТРОФИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

С.В. Азанчевская, А.О. Сидоркин, Д.В. Фадеева, В.П. Новикова

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова,

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия,

Санкт-Петербургское Городское патологоанатомическое бюро

Цель исследования: провести оценку гастробиоптатов от пациентов различного возраста с диагнозом хронический гастрит по модифицированной визуально-аналоговой шкале предложенной и утвержденной III съездом Российского общества патологоанатомов.

материал и методы: Были исследованы биоптаты 21 пациента (5 биоптатов от каждого больного), из них 10 взрослых (средний возраст – 73,5 ±

2,3 года) и 11 детей (средний возраст $13,2 \pm 0,3$ лет). Визуальный образ гистологической картины совмещался с соответствующими пиктограммами шкалы условно обозначающими степени выраженности атрофии антрума и тела желудка, это позволяет сформулировать заключение о стадии хронического гастрита.

результаты: у всех взрослых больных с хроническим гастритом отмечалась атрофия слизистой оболочки желудка (у 5-второй стадии, у двух-третьей и у 3-четвертой стадии) с наличием у 6 пациентов пилорической и у 7-кишечной метаплазии. В тоже время у 81,8% детей также была выявлена атрофия слизистой оболочки желудка (у 7-первой стадии, у 1-второй и у 1-третьей стадии). у взрослых выявлялась истинная атрофия, а у детей атрофия имела так называемый неопределенный характер. В биоптатах у детей с хроническим гастритом, оцененных по новой классификации, в собственной пластинке слизистой оболочки имелась смешанноклеточная воспалительная инфильтрация, которая в сочетании с отеком приводила к смещению желез в стороны. Этот эффект создавал впечатление об уменьшении количества желез в препаратах и настораживал на возможность начинающейся атрофии. Однако ни у одного пациента не обнаружено признаков метаплазии или склероза собственной пластинки слизистой оболочки, что указывает на то, что атрофия носит воспалительный неопределенный характер и, вероятней всего, является обратимой. Обнаруженные поверхностные эрозии у некоторых детей иллюстрируют научные данные о том, что лейкоцитарная инфильтрация – реальная угроза эрозивно-язвенных осложнений.

Заключение: Таким образом, следует признать целесообразность применения данного метода при оценке стадии хронического гастрита у взрослых, однако у пациентов детского возраста в связи с необходимостью проведения множественных биопсий и частыми ложноположительными результатами использование этой классификации по нашему мнению, затруднительно.

ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

О.В. Азовцева, Е.И. Архипова

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород

Герпесвирусы широко распространены в человеческой популяции, они способны поражать практически все органы и системы человека. Поражение печени при инфекционном мононуклеозе относится к основному симптомокомплексу заболевания. Наиболее типичным осложнением со стороны желудочно-кишечного тракта при инфекционном мононуклеозе является гепатит. Однако в литературе не указывается частота развития гепатита при данном заболевании, а также в зависимости от этиологии инфекционного мононуклеоза и формы Эпштейна-Барр вирусной инфекции.

В данной работе проведен анализ (за последние 10 лет) госпитализированных больных с инфекционным мононуклеозом в Новгородскую инфекционную больницу. Под наблюдением находились дети от 1 года до 18 лет. Увеличение печени было выявлено у 89%.

Изменения в биохимическом анализе крови были обнаружены у 42%: повышение уровня билирубина в 2-5 раз выше нормы (преимущественно за счет прямого) у всех (100%), трансаминазы были увеличены в 1,5-3,5 раза у 62%, повышение тимоловой пробы в 1,5-2 раза - у 39% больных. Гепатомегалия присутствовала у всех детей с повышенным уровнем функциональных проб печени, желтушность кожных покровов и слизистых оболочек отмечалась у 1 ребенка, темная моча и обесцвеченный стул - у одного ребенка. При этом анализы на маркеры вирусного гепатита были отрицательными.

Состояние детей было средней степени тяжести. Нарушения функции печени встречались как при инфекционном мононуклеозе Эпштейн-Барр вирусной этиологии, так и при инфекционном мононуклеозе неустановленной этиологии (42%). Нормализация биохимических анализов произошла в течение 2 недель у 87% пациентов, через 1 месяц - у 13%.

Заключение: *симптомы гепатита при инфекционном мононуклеозе развивались в 42% случаев. Поражение печени встречалось как при инфекционном мононуклеозе Эпштейн-Барр вирусной этиологии, так и при не Эпштейн-Барр вирусном инфекционном мононуклеозе. Эпштейн-Барр вирусный гепатит возникал при типичной и атипичной формах заболевания.*

ИТОГИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕТНЕЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ КАМПАНИИ ДЕТЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2007-2009 ГГ.

Е.И. Алешина, А.С. Симаходский, М.М. Головина, Т.С. Зиминова

КЗ Правительства СПб, ГОУ ВПО СПбГПМА, Городской организационно-методический детский центр.

Цель исследования: Изучение итогов медицинского обеспечения летней оздоровительной кампании детей Санкт-Петербурга в 2007-2009гг.

Материалы и методы: Анализ заболеваемости, обращаемости за неотложной и специализированной помощью, числа госпитализаций по данным статистической отчетности Городского организационно-методического детского центра Санкт-Петербурга.

Летнюю оздоровительную кампанию в Санкт-Петербурге организуют отраслевые и территориальные органы государственной власти, федеральные службы, Федерация профсоюзов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, комитет по молодежной политике.

Число загородных оздоровительных детских учреждений в динамике последних 3 лет сократилось с 162 в 2007г до 145 в 2009г, так же как и сократилось число отдохнувших детей с 92164 до 87149.

Для оказания специализированной и неотложной медицинской помо-

щи детям функционируют 6 выездных секторальных детских поликлинических отделений, сформированных на период летней оздоровительной кампании по территориальному принципу. В летний период обращаемость к специалистам выездных детских секторальных поликлинических отделений остается высокой.

Неотложная специализированная медицинская помощь оказывается круглосуточно с выездом специалистов в детские загородные учреждения.

Госпитализация детей из загородных оздоровительных учреждений осуществляется в детские городские и областные стационары. Число госпитализаций сохраняется на стабильных цифрах и составляет с средним около 285 случаев в сезон за счет хирургической, педиатрической инфекционной и ЛОР-патологии.

При анализе ряда основных показателей медицинской деятельности можно отметить рост обращений по поводу неотложной помощи, увеличение показателей травматизма и отчетливое снижение показателей острой заболеваемости.

Анализ итогов указывает, что медицинское обеспечение летней оздоровительной кампании является актуальным, требует сохранения отработанной годами структуры выездных поликлинических отделений, оказывающих своевременную медицинскую помощь, мониторингования показателей заболеваемости в связи с широким возрастным диапазоном наблюдаемых детей.

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГА СОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

И.А. Аринцина

Государственное учреждение здравоохранения «Детская городская больница №1», г. Санкт-Петербург

Пищевое поведение является важной психологической характеристикой человека и формируется на протяжении всего детства во взаимодействии ребенка с близким взрослым, которым в большинстве случаев является мама.

Теоретическими основами работы являются представления о развитии ребенка раннего возраста в системе «ребенок – близкий взрослый», используется положение о линии развития пищевого поведения от грудного вскармливания до рационального питания взрослого и основные положения теории привязанности, согласно которой ребенок в течение первого года жизни обобщает опыт отношений с матерью и формирует представления о себе, о матери и об отношениях с ней, содержание которых отражается в стратегиях поведения ребенка во взаимодействии с матерью.

Целью исследования было изучение взаимодействия матери и ребенка второго года жизни в ситуации кормления (использованы материалы совместного научного проекта СПбГУ и ДГБ№1, поддержанного грантом РФНФ № 05-06-06539а 2005 года).

Материал и метод. Использовалась методика видеонаблюдения взаимодействия матери и ребенка PCERA (эпизод кормления). В исследовании приняли участие 95 пар матерей и детей младенческого и раннего возраста (от 11 до 24 месяцев), включая как детей, перенесших в период новорожденности хирургическую операцию по поводу врожденной патологии (22), так и детей, не имевших заболеваний при рождении (73).

Результаты. При клинической оценке видеоситуаций кормления было выделено 3 типа взаимодействия матери и ребенка: 1) пассивность ребенка и чрезмерная активность мамы (46% пар); 2) руководящая роль ребенка за столом, капризы, подстраивание мамы носит неконструктивный характер (32% пар); 3) партнерские отношения за столом – ребенок активно участвует в кормлении, мама помогает и приветствует его активность (22% пар).

Заключение. Выяснение процесса формирования пищевого поведения позволяет увидеть возникновение нарушений на ранних этапах и связь их с характером взаимодействия матери и ребенка. Нарушения взаимодействия ребенка и матери в ситуации кормления приводят к выработке неадекватных стратегий поведения ребенка в отношении питания на долгие годы, что может привести, при прочих провоцирующих моментах (анатомических и функциональных предрасположенностях), к формированию заболеваний желудочно-кишечного тракта. Это положение подтверждается практическим опытом психологического консультирования в больнице детей разного возраста, которые были обследованы педиатрами и гастроэнтерологами с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта и требует дополнительного совместного исследования.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ САМООТНОШЕНИЯ КАК УСЛОВИЕ СОХРАННОСТИ ЗДОРОВЬЯ

Е.В. Астапенко

ООО Консультативно-тренинговый центр «Апельсин» г. Ростов-на-Дону

Целью исследования являлось изучение психологических особенностей лиц, обладающих высоким уровнем самоконтроля в области своего здоровья.

В качестве **методов исследования** использовались: беседа, тестирование (т. УСК, т. Пантелеева) и сбор биографического анамнеза.

Результаты полученных данных позволили выделить группу лиц, имеющих высокий уровень субъективного контроля собственного здоровья.

Данная группа респондентов подчеркивала, что старается следить и поддерживать уровень своего здоровья, а также позитивно относится к здоровому образу жизни и активному виду отдыха.

Результаты полученные по тесту Пантелеева, изучающего особенности Самоотношения позволили выделить:

– высокий уровень самоконтроля по шкале «здоровье» (Из);

– высокий показатель по шкале «самоуважение», что проявляется в ощущении себя как волевого и самостоятельного человека.

– высокий показатель по шкале «саморуководство», что показывает восприятие собственного «Я» как источника активности в процессе деятельности, общения и самоорганизации личности. Респонденты говорят о том, что они способны быть эффективными в управлении своими эмоциями, следить за состоянием своего душевного равновесия.

– низкий показатель по шкале «самоуничужение», включающий шкалы «самообвинение» и «внутреннюю конфликтность». Данные, полученные по шкале «самоуничужение» отражает хорошее психическое самочувствие с одной стороны и отсутствие чрезмерного самокопания и рефлексивности с другой стороны.

Полученные показатели по шкалам теста С.Р. Пантелеева позволили выделить специфику системы самоотношения респондентов, которая характеризуется:

- развитым чувством самоуважения (позитивное самопредставление),
- способностью ценить свой внутренний мир, его степень богатства, определением своего «Я» как активного, способного самоорганизовываться, организовывать свою деятельность и межличностное общение.

Таким образом, можно заключить, что особенности системы самоотношения, включенные в структуру аутопсихологической компетентности, являются значимым фактором в развитии и сохранности здоровья населения.

Подобные исследования могут найти практическое применение в деятельности специалистов системы здравоохранения и образования, позволить более глубоко подойти к разработке развивающих и коррекционных программ с целью сохранности и укрепления здоровья учащихся общеобразовательных учреждений.

НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СКОЛИОЗА

О.Л. Белоног, М.В. Асеев

*ГУЗ Восстановительный Центр детской ортопедии и травматологии «Огонек»,
Лаборатория пренатальной диагностики наследственных болезней при ГУНИИ
ИАГ акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О. Отта, Санкт-Петербург*

ГУЗ ВЦДОТ «Огонек» совместно с Лабораторией пренатальной диагностики наследственных болезней при ГУНИИ ИАГ им. Д.О. Отта с 2001 года проводит исследовательскую работу, **целью** которой является поиск патогенетического объяснения факторов прогрессирования сколиоза у детей подросткового возраста.

Идиопатический сколиоз – трехплоскостная деформация позвоночного столба возникновение и развитие которой связано с процессом роста ребенка. Процесс роста скелета ребенка – это преобладание костеобразовательных процессов, контроль за которыми осуществляют директивные системы организма в соответствии с индивидуальным генотипом.

В нашем центре разработана методика контроля за прогрессированием сколиоза, основанная на измерении показателей гормо-

нов, имеющих непосредственное отношение к процессам костного ремоделирования.

Идиопатический сколиоз (ИС) встречается у 2%-3% детей школьного возраста и является самой распространённой формой деформации позвоночника у детей и серьёзной проблемой общего состояния здоровья детского населения. Болезнь начинается обычно в юности, во время усиленного роста тела, и при этом выделяют два фактора риска: фаза ускоренного роста скелета и женский пол. Исследование ИС –это трудноразрешимый вопрос, хотя в литературе описаны некоторые семьи с менделирующим наследованием.

Кандидатным для сколиоза является локализованный в длинном плече хромосомы 8 ген **SNTG1, кодирующий синтрофин G1 –белок дистрофин-ассоциируемого комплекса, участвующий в формировании нейромышечного синапса.** У некоторых пациентов с семейными формами сколиоза идентифицированы небольшие структурные перестройки, затрагивающие ген SNTG1.

В 2007 году исследователи во главе с Кэрол Вайз (Даллас, США) изучили данные о 52 семьях, в которых сколиоз проявился как минимум у двух человек. Средний градус искривления по классификации Чаклина соответствовал 40. Других заболеваний, таких как синдром Марфана, синдром Элерса –Данло в обследуемых семьях не было обнаружено. Ученым удалось выявить ген, работа которого отвечает за проявление сколиоза у человека. Это ген **CHD7. Пациенты со сколиозом часто имели нарушения в «некодирующей» области этого гена, которые прерывали процесс выработки геном CHD7 протеинов.** Американские ученые считают, что из-за подобной мутации сокращается количество выработанного белка, что ведёт к появлению клинических признаков идиопатического сколиоза.

В настоящее время разработана стратегия и тактика лечения сколиоза консервативными и оперативными (хирургическими) методами. Основным условием повышающим результативность лечения является наиболее ранняя диагностика тяжёлой формы сколиоза.

С целью поиска методики раннего диагностирования ИС нами было проведено пилотное исследование на наличие связи мутаций в гене CHD7 и STNG1 с клиническими проявлениями характеризующими наличие тяжёлого прогрессирующего ИС.

По предварительным результатам обнаружено статистически значимое распределение признаков. Множественный коэффициент корреляции равен 0,63. Выбранные параметры статистически значимы при уровне вероятности 0,995% и более. Таким образом можно предположить что вырабатываемая нами методика позволит распознавать тяжёлые и прогрессирующие формы ИС уже в раннем возрасте, что позволит более эффективно проводить консервативное лечение этой тяжёлой патологии.

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.Д. Богомазов, А.А. Дедков, Е.И. Гедуадже

Курский государственный медицинский университет, Курск

Бронхиальная астма относится к болезням с наследственной предрасположенностью и, как правило, развивается у детей, в семейном анамнезе которых отмечаются больные с аллергией любого генеза.

Частота бронхиальной астмы в среднем по Российской Федерации составляет 3 – 9 случаев на 1000 детей.

Наибольшее распространение бронхиальная астма имеет в районах с повышенной влажностью воздуха, городах, а наименьшее – в высокогорье, районах Крайнего Севера. Неблагоприятные экологические факторы могут существенно повысить заболеваемость бронхиальной астмой. В США 5 – 10 % детей имели хотя раз в жизни приступ бронхиальной астмы.

Целью исследования. Изучение распространенности и структуры заболеваемости детей бронхиальной астмой на территории Курской области и ее связи с генетической предрасположенностью.

Материалы и методы исследования. Материалом для изучения заболеваемости бронхиальной астмой по Курской области послужили данные об обращаемости за медицинской помощью детей и подростков в возрасте от 0 до 14 лет включительно в районные учреждения здравоохранения и в областную детскую поликлинику, а также полученные путем выкопировки данных из амбулаторных карт (ф. 112) и историй болезней детей, находящихся на лечении в ЛПУ области.

Было проанализировано 1287 историй болезней детей находившихся на лечении в Областной детской клинической больнице с диагнозом бронхиальная астма в период с 2000 по 2010гг. Было установлено, что в структуре заболеваемости преобладают лица мужского пола 955 (74,2%). При проведении анализа возрастной структуры заболеваемости выявлено, чаще всего диагноз «бронхиальная астма» ставился мальчикам в возрасте 12-14 лет. Эта группа составила 392 (41,0%) ребенка. Среди лиц женского пола наибольшее число заболевших пришлось на группу девочек в возрасте 7-12 лет. Следует отметить, что проявления этого заболевания наблюдались и в группе детей раннего возраста: 21 (2,2%) мальчиков в возрасте 1-3 лет и 4 (1,2%) девочек.

Таким образом, анализируя полученные результаты, можно сделать следующие выводы: 1. Заболеваемость детей бронхиальной астмой на территории Курской области имеет тенденцию к росту. 2. В структуре заболеваемости преобладают лица мужского пола (74,2%). 3. Основную группу заболевших составляют дети пубертатного и препубертатного возраста (девочки в возрасте 7-12 лет и мальчики в возрасте 12-14 лет).

ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТА ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВУЗА К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Л.П. Борисова

*Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
Санкт-Петербург*

Обеспечение и поддержание здоровья – непрерывный процесс. Он заключается в использовании самых современных знаний в медицине, психологии, философии, вопросах питания и многом другом, с тем чтобы: лучше учиться в школе; больше успевать на работе; успешней конкурировать; комфортно себя чувствовать; вести полноценную жизнь до самой смерти.

В российском образовании уже не один год наблюдается отрицательная динамика состояния здоровья всех участников образовательного процесса. Не является, к сожалению, исключением и наш вуз.

Цель нашего исследования заключалась в следующем: определение готовности студентов вести здоровый образ жизни и содействие формированию у студентов общекультурных компетенций в области здоровья, путем оценки качества индивидуального образа жизни.

С целью определения уровня знаний о критерии оценки своего здоровья и знаний основ здорового образа жизни было проведено анкетирование студентов 3-го и 4-го курсов (возраст 19 -20 лет) дневного отделения различных факультетов РГПУ им. А.И. Герцена. Анкета состояла из вопросов, касающихся основных компонентов качества жизни: питания, курения, употребления алкоголя, физической активности, психологического стресса и состояния здоровья. На вопросы анкеты студенты отвечали без предварительной подготовки, опираясь на личный опыт.

Анализ показателей качества питания студентов в течение недели позволил судить о том, что в режиме питания студентов имеются значительные нарушения. В частности 36,3% периодически, а 1,7% никогда не завтракают. Не обедают каждый день 81,2% и никогда не обедают 5,1%. Показательно употребление большого количества пищи в вечернее время (более 70%). к существенным погрешностям питания основной массы респондентов следует отнести недостаточное употребление белка, полезных жирных кислот, витаминов и микроэлементов и избыток углеводов. В целом, результат анкетирования свидетельствует о серьезных нарушениях в питании, что вносит значительный вклад в рост распространенности среди студентов социально значимых болезней.

Что касается вредных привычек, и в частности, потребления алкоголя, то оказалось, что 94,7% опрошенных потребляют алкогольные напитки. Основная часть студентов потребляет алкоголь с низким и средним спиртосодержанием, однако многие (51,7%) пьют крепкие напитки. Степень риска определяется и частотой злоупотребления алкоголем. Данные опроса позволяют судить о том, что стадии опьянения средней или тяжелой степени достигали 91,5% респондентов. Как минимум у 12% из них имеет место тип потребления, уже наносящий ущерб здоровью.

Данные анкетирования по проблеме табакокурения показали, что среди опрошенных студентов: пробовали курить хотя бы однажды 94,8%; курят каждый день 38%, периодически 8,6%. Согласно статистике ВОЗ смертность возрастает пропорционально количеству выкуриваемых сигарет. По количеству выкуриваемых сигарет (более 100 штук в неделю) можно выделить группу студентов (43,4%), показатель смертности которой по достижению возраста 45-55 лет на 20-40% будет выше, чем среди некурящих. Таким образом, проведенный опрос показал достаточно высокий процент (46,6%) распространенности табакокурения в студенческой среде и остается одной из серьезных социальных проблем.

Лишь 20% опрошенных студентов занимается физкультурой и спортом. Это указывает на дефицит физической активности, которая является вторым по важности фактором риска развития проблем со здоровьем после табакокурения (ВОЗ). Низкий уровень двигательной активности респондентов ведет к снижению сопротивляемости стрессовым воздействиям, ограничивающим рабочие возможности организма.

Результаты опроса, касающиеся состояния здоровья студентов показывают, что больше половины опрошенных (52,2%) испытывают различного рода симптоматические боли. А у 65,2% наблюдаются нарушения в неврологическом статусе и астеновегетативные расстройства. Ухудшение психического здоровья ведет к росту социально-психологической дезадаптации и как средстве обретения силы и уверенности, потребности в алкоголе и курении.

Опрос молодых людей показал значительный уровень потребления ими лекарственных препаратов. Кроме того, низкая информированность о побочных эффектах и уверенность 70% респондентов в безопасности лекарств не только не улучшает их здоровье, но может и отрицательно влиять на него.

И как результат опроса – только 35% молодых людей считают себя в целом здоровыми. Анкетирование позволило выявить, что большинство студентов (87% опрошенных) находятся в состоянии, которое характеризуется снижением функциональных резервов, когда физиологические функции реализуются, а гомеостаз пребывает в состоянии напряжения (предболезни). Это состояние является поставщиком болезней.

Кроме того, студенты слабо владеют теоретическими знаниями о здоровье, его сохранении и укреплении и здоровом образе жизни.

Медико-социологические исследования образа жизни молодежи позволяют сделать выводы о том, что дисциплины по формированию здорового образа жизни должны входить в программы всех без исключения образовательных учреждений и способствовать:

во-первых – формированию у студентов привычек «заботиться о себе самому» и вести здоровый образ жизни;

во-вторых – научить студентов постоянно следить за теми немногочисленными недугами, которые открыто, не проявляют себя, а начинают

зарождаться уже в молодом возрасте (например, высокое АД, рак груди или шейки матки, атеросклероз, остеопороз или заболевания зубов и др.), то есть уметь контролировать свое здоровье;

в-третьих – необходимо научить студентов управлять своей жизнью, чтобы быть здоровыми.

И самое важное – чему должны научиться студенты – это умению слушать и понимать свой организм.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ОБРАЗОВАНИЯ К ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Л.Г. Буйнов, Л.П. Борисова

*Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
Санкт-Петербург*

Сегодня здоровье, активное долголетие рассматриваются, с одной стороны, как ключевые условия оптимальной жизнедеятельности субъекта, с другой – как ведущие критерии социального прогресса и гуманизации общества. Объективная тенденция изменения характера, содержания и интенсивности проявления личности в основных сферах ее жизнедеятельности требует максимального развития всей совокупности человеческих сил и способностей: физических, эмоциональных, психических, интеллектуальных. Но при этом ведущей проблемой сегодняшней социокультурной реальности является неспособность современного человека, и, прежде всего молодежи, адаптироваться к изменившимся условиям жизни.

Поэтому решение данной проблемы мы рассматриваем уже не через расширение содержания подготовки специалиста системы образования знаниями о здоровом образе жизни, а через подготовку специалистов нового типа и уровня, готовых целенаправленно решать многосторонние задачи формирования здоровья подрастающего поколения разными средствами и в разных условиях социальной среды и обучения. Для этого на факультете безопасности жизнедеятельности РГПУ им. А.И. Герцена разработана новая программа подготовки магистра «Здоровьеформирующие технологии», включающая специальные дисциплины. Программы специальных дисциплин подготовки магистра разработаны кафедрой медико-валеологических дисциплин в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта по направлению 050100.68 «Естественнонаучное образование».

Целью программы является содействие формированию у магистрантов общекультурных и профессиональных компетенций в области здоровьеформирующих технологий (путем формирования культуры здоровья, создания оптимальных условий обучения, любви к окружающему миру) позволяющих в полной мере реализовать жизненный потенциал индивида.

Данная образовательная программа профессиональной подготовки магистранта в сложившейся ситуации демографического кризиса, повышения уровня заболеваемости, снижения продолжительности жизни

в России, актуальна и постоянно востребована на рынке образовательных услуг. Она расширяет возможность применения профессиональных знаний выпускников педагогических вузов, преподавателей и специалистов и повышает их конкурентоспособность.

Все дисциплины программы были отобраны исходя из факторов формирования здоровья: личностного фактора, фактора защиты, фактора среды, фактора деятельности. Перечисленные факторы рассматриваются как ресурсы, что отвечает валеологическому подходу в системе педагогического образования.

Специальные дисциплины в программе предназначены для профессионального обучения магистрантов умениям и навыкам по современным методикам обучения, организации и проведения занятий по здоровьесформирующим технологиям в общеобразовательных учреждениях.

В ходе усвоения специальных дисциплин программы магистранты приобретают возможность ознакомиться с различными аспектами формирования здоровья, а также с основными нормативными и правовыми актами Российской Федерации в области охраны здоровья.

В технологии обучения студентов акцент сделан на активные формы обучения основам формирования здоровья, предлагаемые для освоения, в значительной мере расширяют арсенал практических средств и методов, применяемых магистрантом.

После успешного освоения программы магистр сможет:

- применять знания в области технологий формирования культуры здоровья, социально-психологических, физиолого-гигиенических, медико-экологических и организационно-методических аспектах сохранения здоровья;

- работать в группе специалистов различных направлений с целью решения проблем формирования здоровья;

- определять, формулировать и решать задачи профилактики и сохранения здоровья населения;

- проводить экспертизу любой гуманитарной технологии с позиций формирования здоровья;

- прогнозировать последствия напряженного характера учебной и трудовой деятельности для состояния здоровья участников;

- обладать качествами здоровой личности (в физическом, психическом, социальном и духовном плане) и вести здоровый образ жизни, поддерживать личное и профессиональное здоровье;

- понимать профессиональную и нравственную ответственность за последствия осуществляемых трудовых и социальных действий;

- понимать и принимать необходимость и умение учиться в течение всего периода профессиональной деятельности;

- иметь сформированную гражданскую позицию, патриотизм, культуру, гуманистическую направленность;

- быть готовым к социально-культурному диалогу.

Объективированным результатом освоения программы будет разработка индивидуальной программы сохранения здоровья и локального проекта применения здоровьесформирующих технологий.

Программа выстроена по концентрическому принципу и включает следующие семь учебных дисциплин:

1. История медико-биологических дисциплин.
2. Физиолого-гигиенические основы формирования здоровья
3. Социально-психологические основы формирования здоровья.
4. Медицинские и экологические основы формирования здоровья.
5. Организационно-методические основы формирования здоровья.
6. Технологии формирования здоровья.
7. Технологии формирования здоровья детей в социальной сфере.

Приведенные дисциплины как структурные компоненты учебной программы тесно связаны между собой и взаимно дополняют друг друга. В процессе обучения дисциплинам прослежена возрастная динамика особенностей развития человека, сделан акцент на необходимости оценки и сохранения индивидуального физического, психического, социального здоровья, а также на сохранении окружающей природы и формировании экологической культуры.

Считаем, что появление такого типа специалистов в системе образования сегодня будет востребовано.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ САМООЦЕНКИ ДЕТЕЙ 6-8 ЛЕТ С ХАРАКТЕРИСТИКАМИ КАРДИОИНТЕРВАЛОВ ПРИ ПРИПОМИНАНИИ ПООЩРЕНИЯ И НАКАЗАНИЯ

С.А. Буркова

Институт детства РГПУ им.А.И.Герцена, Санкт-Петербург

Изучение самооценки ребенка – одна из наиболее проблемных тем современной психологии, что обнаруживается в разнообразии подходов к ее исследованию и пониманию. Общим для всех исследований самооценки является лишь то, что самооценка оказывает существенное влияние на все аспекты человеческой жизнедеятельности, часто разные на разных этапах его развития. Более того, она рассматривается сейчас как один из важнейших ресурсов, обеспечивающих психологическое благополучие человека.

Оценивать себя человек может, только сопоставляя с чем-то или кем-то на основе выработанной системы ценностей. Ребенок, воспитывающийся в семье, в качестве таких значимых параметров интуитивно выбирает личностные и поведенческие особенности близких ему людей, обычно – родителей. Наиболее типичным способом взаимодействия ребенка и родителей, в котором и формируется ценностная шкала ребенка, является поощрение и наказание. Они создают одну из наиболее эмоциональных ситуаций, в которых оценочный опыт ребенка оттачивается. Следовательно, при определенных условиях воспитательные воздействия в семье могут быть не фактором гармоничного развития личности

и, соответственно, самооценки, а фактором нарушения такого развития, что может отразиться не только на формировании самооценки, но и на психофизиологическом состоянии, прежде всего на снижении ресурсов по преодолению тех или иных проблем. Одним из наиболее чувствительных инструментов оценки психофизиологических реакций организма, отражающих его адаптационные возможности, являются характеристики кардиоинтервалов, в которых обнаруживается специфика вегетативной регуляции кардиоритма. Можно предположить, что сопоставление самооценки ребенка с характеристиками его кардиоинтервалов при переживании эмоциональных событий позволит более объективно оценивать представление ребенка о себе, с одной стороны, и понять механизм связи самооценки с адаптационными возможностями организма, – с другой.

Для того, чтобы изучить характеристики кардиоинтервалов у детей 6-8 лет с различной самооценкой при припоминании поощрения и наказания, был проведен эксперимент, в котором приняли участие 119 первоклассников в возрасте 6-8 лет из двух гимназий г. Санкт-Петербурга. Для решения поставленной цели были выбраны следующие методы: анализ variability сердечного ритма ребенка с использованием программно-аппаратного комплекса «Омега-М»; вопросник осознанности использования системы поощрения и наказания в семье; методики для определения уровня самооценки - методика «Лесенка» и методика Дембо-Рубинштейн.

В ходе анализа полученных результатов мы получили следующие закономерности. Представления ребенка о методах наказания, применяемых по отношению к нему, отражаются в его самооценке. В большей мере снижают самооценку ребенка вербальные методы, в которых родители напрямую оценивают ребенка. Представления ребенка о методах поощрения, применяемых по отношению к нему, не влияют на самооценку.

Но при этом параметры системы наказания не влияют на характеристики кардиоинтервалов ребенка. Параметры же системы поощрения в значительной мере влияют на variability кардиоритма: чем чаще родители используют тактильное поощрение, тем выраженнее variability кардиоритма при припоминании поощрения и более ригиден ритм при припоминании наказания.

Характеристики кардиоинтервалов при припоминании и вербальном воспроизведении ребенком 6-8 лет ситуаций поощрения и наказания связаны с самооценкой ребенка. Средний уровень самооценки отмечается у детей, которые реагируют увеличением вариационного размаха кардиоинтервалов с ситуации поощрения и уменьшением этого показателя в ситуации наказания. Низкий уровень самооценки связан с увеличением вариационного размаха кардиоинтервалов при припоминании ребенком наказания.

Таким образом, предположение о связи методов поощрения и наказания, используемых в семьях, с особенностями самооценки детей и характеристиками кардиоинтервалов подтвердилось.

В.В. Вершинина

Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования

Одним из серьезных факторов, оказывающих значительное влияние на здоровье и психоэмоциональное состояние учащихся, является уровень развития культуры здоровья у педагогов. В этом факторе можно выделить три значимых аспекта: состояние здоровья педагога, его отношение к собственному здоровью и уровень психофизической подготовки, грамотности педагога в вопросах здоровья и здорового образа жизни.

Профессия педагога не зря включена в профессии группы риска. Самым сложным вопросом работы учителя в современной ситуации, непосредственно отражающимся на его здоровье, является, на наш взгляд, вопрос его личного мировоззрения, устойчивости иерархии его ценностных установок. Учителю, как специфическая профессиональная и социокультурная группа, характеризуется тем, что оно находится на стыке обострившегося ныне конфликта «старых» и «новых» ценностей, который для педагогов проявляется в процессе его повседневной деятельности при общении с учащимися. Данный конфликт проявляется для педагога и в виде «конфликта поколений», в котором учителя являются своеобразным «буфером» между взрослым сообществом и молодым поколением. Это неизбежно ведет к ситуации постоянного ценностного конфликта, являющегося основой любых проблем жизнедеятельности, и в данном случае весьма обостренного.

В качестве сопутствующих профессиональных факторов риска для здоровья педагога следует назвать: сильную загруженность по основному и, как правило, единственному месту работы, необходимость систематической корректировки образовательных программ, зачастую сложный психологический климат в коллективе, долгое нахождение в позе «стоя», большая нагрузка на горло и т.п.. Как следствие, при отсутствии дополнительной работы с собой, вне создания неких «компенсаторных» механизмов, происходит неизбежное увеличение психосоматических заболеваний, на основе которых развиваются все прочие. Все это приводит к тому, что здоровью учителя наносится серьезный урон, который не может не сказываться на качестве его профессиональной деятельности и здоровье учащихся.

Данная ситуация усугубляется особенностями отношения учителя к своему здоровью. По данным абсолютного большинства исследований здоровье как декларируемая ценность находится на первом месте практически у всех людей (хотя и несколько падает с ростом уровня образования!). Но более подробное исследование реального отношения к своему здоровью показывает немного иную картину. Взрослые люди, как правило, здоровьем занимаются «по остаточному принципу» – когда остается время; по принципу «жареного петуха» – когда организм начинает болеть, мешать выполнению определенных социальных функций, нарушает планы. Для учителей этот аспект выражен еще сильнее. Например, в некото-

рых исследованиях отмечается, что учителя предпочитают не брать больничные до тех пор, пока «не смогут стоять на ногах». Подобный пример неуважительного отношения педагога к собственному здоровью оказывает соответствующее влияние на формирование взглядов о здоровье и здоровом образе жизни самих учащихся.

Вопросы психофизической подготовки будущих педагогов в системе высшего образования и далее в общем русле повышения квалификации находятся, как правило, на одном из последних мест. Хотя здесь надо отметить, что в разных видах педагогического образования этот вопрос освещается несколько по-разному. Больше всего внимания вопросам здоровья уделяется в подготовке педагогов для системы коррекционного образования, а меньше всего в системе подготовки педагогов-предметников для общеобразовательных школ. (Но ведь большинство детей большую часть своей школьной жизни учатся именно у последней категории учителей!). Поиск решения вопросов связанных как со своим здоровьем, так и со здоровьем детей, как правило, осуществляется педагогами самостоятельно, на свой «страх и риск» во внешних источниках (и конечно, в первую очередь, в СМИ).

В этой ситуации работа, направленная на развитие психофизической культуры педагога, на развитие умения видеть и грамотно использовать резервы своего организма, обращение к своему внутреннему миру, может, на наш взгляд стать одним из важнейших направлений, способных решить поставленные задачи.

Предлагаемые нами программы повышения квалификации для учителей «Основы психической и физической саморегуляции» и «Резервы здоровья» включают в себя теоретическое и практическое ознакомление учителей с минимально необходимым комплексом знаний, умений и навыков, позволяющим самостоятельно оценить состояние своего здоровья и своего образа жизни, эффективно управлять состоянием своего организма, активизировать внутренние механизмы саморегуляции физического и психического состояния.

Апробация данных программ на разных группах учителей в течение пяти лет показала их высокую результативность и востребованность. Особо педагоги отмечали эффективность предлагаемого подхода и практических техник. В процессе занятий самочувствие учителей улучшалось на 25-50 % (по субъективным оценкам и результатам тестов). Кроме общего улучшения состояния, они также отмечали повышение настроения, снижение чувства психической и физической усталости, снижение болевых синдромов и т.п.

Осмысление специфики работы педагога в современной ситуации позволяют сделать следующие предположения. Качество работы педагога может повыситься при условиях:

- если педагог владеет базовыми знаниями о своем организме не только на уровне теории, но и на уровне личного опыта, и, в первую очередь,

знаниями о механизмах саморегуляции, дыхания, пищеварения, и т.п.

- если умеет понимать свой организм, владеет базовыми навыками управления своим состоянием; умеет правильно пользоваться механизмами самовосстановления.

- если педагог обладает общекультурной подготовкой в плане умения адекватно соотносить частные и общечеловеческие ценности, ситуативные и более долговременные цели. Если акцент в его работе делается на развитие творчества, активности и ответственности всех участников образовательного процесса. И в первую очередь, ответственности за свое здоровье и здоровье окружающих.

Такой подход при построении программы повышения квалификации педагога позволит, на наш взгляд, более эффективно использовать его психофизический потенциал и снизить психологическое напряжение, обусловленное повседневной жизнью современного учителя.

МОДУЛЬНО-БЛОЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ

Ю.М. Викторов

ГОУ № 334, Санкт-Петербург

Особенности.

1. Общая для всех классов элементарная единица учебного процесса, длительность которой, определяемая на основе физиологических исследований, составляет 30 минут (временной модуль).

2. Уроки, конструируемые из модулей - от одного до четырех - в соответствии с возрастом школьников и потребностями учебного предмета.

3. Система преподавания, которая складывается из последовательно укрупняющихся блоков - от урока до предмета в целом, предусматривает систематическую обратную связь, коррекцию, контроль освоения каждой темы.

4. Организация школьного режима, обусловленная применением модульно-блочной системы, уменьшающая число ежедневных предметов в расписании, включающая релаксацию в середине учебного дня, коррекционные занятия за счет экономии учебного времени и дифференцированные (по возрастным группам) каникулы.

5. Применение динамичного расписания (меняющегося еженедельно) как средства управления учебным процессом.

Возможности.

1. Снижение утомляемости и повышение активности школьников на уроках, более успешное решение валеологических задач школы, по сравнению с традиционной учебной системой.

2. Укрупненное распределение материала по урокам и углубленное его изучение («погружение»).

3. Повышение роли теории в учебном процессе за счет изучения более целостных ее частей.

4. Четкая организация совместной деятельности учителя и учащихся благодаря относительной однородности каждого модуля, взаимодействия модулей в уроках и использования опережающих подхода к учащимся с помощью опережающих заданий, а также педагогической помощи (коррекционных занятий), проводимой по группам школьников, с учетом их интересов, темпов учебной деятельности и успешности в занятиях.

6. Совершенствование обратной связи и контроля путем введения учета успешности занятий по темам, с применением перспективных заданий, консультаций, коррекции.

7. Расширение перспектив для методических поисков, для применения новых технологий благодаря уменьшению числа подготовок к занятиям, укрупнению дидактических единиц и снижению утомляемости.

Рекомендации по конструированию системы занятий.

1. Занятия по предмету строятся в виде системы блоков: урок, включающий в себя от одного до четырех модулей, блок темы, блок раздела, блок учебного года, блок предмета (если он преподается более одного учебного года). Степень детализации при конструировании может быть различной, в зависимости от опыта и стиля учителя, однако, в идеале ему необходимо видеть предмет целостно - его цели, содержание, структуру, внутренние и внешние связи. Целесообразно сначала наметить схематически весь курс, затем конкретизировать его компоненты, внося при этом необходимые уточнения в общее планирование.

2. Урок складывается из модулей (от одного до четырех, в зависимости от возраста учащихся), для каждого модуля отбираются материал и дидактические средства, планируется совместная деятельность учителя и учащихся, намечаются основные понятия, отношения, умения, которые необходимо освоить; определяются взаимодействия между модулями, цели урока, способы обратной связи, контроля и коррекции.

3 Из уроков komponуются темы: предусматриваются связи между уроками, перспективные задания, даваемые с максимальным опережением, анализ результатов работы по каждой теме, с применением зачетных и иных видов «срезовых» занятий (в соответствии со спецификой предмета возможны семинары, конференции, концерты, конкурсы, турниры, спектакли и различные игровые формы).

4. Разработанные темы служат «строительным материалом» для более крупных блоков. Конструируя курс в пределах учебного года, необходимо продумать межпредметные связи и взаимодействия, наметить освоение школьниками систем единиц, теоретических положений, понятий и терминов, представляющих собою «язык» науки, формирование у них важнейших ценностных ориентиров и познавательно-творческих умений.

5. Материалы для анализа и обобщения накапливаются в повседневной работе, используется прежде всего «включенное наблюдение» и систематизация обычных результатов учебного труда (письменные, графические, конструкторские, художественные и иные работы школьников);

дополнением к этому могут послужить и анкеты, интервью, тесты, которые желательно органически включить в учебный процесс.

РОЛЬ И УЧАСТИЕ РОДИТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ УЧАЩИХСЯ

А.В. Виноградова

Главный редактор журнала «Здоровье школьника», Москва

1. Образовательный процесс подразумевает тесное взаимодействие учитель – ребенок – родители. Последние обеспечивают ребенку комфортную среду для домашних занятий, поддерживают постоянный контакт с учителями для своевременного решения возникающих проблем, а главное – создают мотивацию и определяющим образом влияют на настрой и душевное состояние ученика.

2. Успешность учебы напрямую связана с физическим здоровьем ребенка. Однако, если речь не идет о явно выраженных заболеваниях, родители ставят во главу угла не здоровье, а образовательный процесс.

3. Помощь в данном вопросе нужна не только детям, но и самим родителям. Решая проблему здоровья своих детей и в то же время пытаясь сделать их успешными, они опираются на опыт собственных родителей, который теперь не всегда актуален.

4. Проблема для родителей, желающих сберечь здоровье своего ребенка, – все ускоряющийся темп жизни, высокая плотность информационного поля и несовместимость требований режима дня с их собственным фактическим распорядком. То, что они полагают невозможным для себя – при условии успешной социализации, профессиональной реализации и пр., – они считают невыполнимым и для собственных детей. Приоритетной задачей считают мотивировать ребенка на соответствие все возрастающим требованиям учебного процесса.

5. В этих условиях, когда не работают прежние рекомендации по здоровьесбережению, родителям и учителям в равной степени необходима помощь по консолидации усилий, направленных на обеспечение детям здоровой образовательной среды, уменьшение учебного стресса, сохранение не только физического, но и эмоционального, и психологического здоровья.

6. Задача: объединить усилия родителей, учителей и школьных медиков по созданию здоровьесберегающей среды. Разработать реальные рекомендации для родителей по решению проблемы охраны здоровья детей.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСПОЗИЦИИ МУЗЕЯ ГИГИЕНЫ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ОСНОВАМ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ

Л.В. Винтухова, А.И. Фролова

ГУЗ «Городской центр медицинской профилактики», Санкт-Петербург

Состояние здоровья детей и подростков в Российской Федерации характеризуется устойчивой тенденцией к росту заболеваемости, уве-

личением распространенности хронической патологии. Учитывая, что в формировании состояния здоровья подрастающего поколения существенную роль играет школа, поддержание доступных форм и методов обучения здоровому образу жизни в учреждениях образования будет способствовать сохранению и укреплению здоровья учащихся. В настоящее время в школе проводится подготовка учащихся по вопросам охраны здоровья, овладения каждым из них определенным минимумом знаний, необходимых для сохранения личного здоровья и гармоничного развития. Эта проблема решается на уроках курса «Основы безопасности жизнедеятельности», начиная с 5 классов общеобразовательных учреждений. Недостаточные знания способов и средств сохранения и укрепления здоровья (Е.И. Кальченко, Н.Б. Каратаева, Д.Н. Лоранский, Е.С. Миловидова, Т.И. Широкова и др.) являются одним из факторов, отрицательно сказывающихся на состоянии здоровья детей и подростков. Для обучения здоровому образу жизни в образовательный процесс может органично включиться музей.

Цель: обучение учащихся здоровому образу жизни с использованием экспонирования (посещение Музея гигиены). Использовались следующие **методы исследования:** теоретический - анализ медико-биологической, методической, психолого-педагогической литературы по исследуемой проблеме; эмпирический - констатирующий и формирующий эксперименты; обработка и оценка результатов исследования - статистический и графический анализ результатов исследования. **Экспериментальные** исследования проводились на базе Музея гигиены. Анкетированием было охвачено 150 педагогов, 350 учащихся. Эффективность обучения определяли с помощью методики, разработанной В.П. Симоновым, которая направлена на определение уровня обученности учащихся. До посещения Музея гигиены уровень знаний по основам здорового образа жизни у учащихся средний. После посещения Музея гигиены показатель степени обученности повысился от 0,13 до 0,30 в экспериментальных классах по отношению к контрольным и стал высоким у всех учащихся. 61,5% учащихся указали Музей гигиены, как источник знаний по вопросам сохранения и укрепления здоровья. 91,8% педагогов о качестве экскурсий отозвались положительно, 99,3 % из них ответили, что порекомендуют коллегам использовать экспозицию Музея гигиены. 340 школ в год, что составляет около 22 000 человек, используют экспонирование при обучении здоровому образу жизни.

Выводы: результаты проведенного исследования позволяют утверждать, что экспозиция Музея гигиены может успешно применяться для обучения учащихся здоровому образу жизни.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ИНКЛЮЗИВНОГО (ИНТЕГРИРОВАННОГО) ОБРАЗОВАНИЯ

А.М. Витковская

Институт специальной педагогики и психологии, Санкт-Петербург, Россия

Профессиональная и личностная готовность педагогов и психологов к решению новых задач, возникающих в процессе инклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательные школьные и дошкольные учреждения, является одним из условий успешности реализации этого достаточно сложного процесса.

Несмотря на то, что в настоящее время отсутствуют точные статистические данные о потребностях образовательных учреждений в специально подготовленных психолого-педагогических кадрах для осуществления инклюзивного (интегрированного) обучения, о подготовке таких специалистов необходимо заботиться уже сегодня. Как показывает анализ сложившейся ситуации количество детей с ограниченными возможностями здоровья, чьи родители настаивают на их воспитании и обучении в общеобразовательных учреждениях, увеличивается, следовательно, будут изменяться требования к педагогам, которые без специальных знаний, умений и навыков педагога не смогут в полной мере обеспечить качество образования этой категории обучающихся и воспитанников.

Сейчас подготовка специалистов для работы в учреждениях интегрированного обучения осуществляется либо в рамках существующих специальностей (через использование предметов регионального компонента и курсов по выбору), либо путем переподготовки учителей общеобразовательных школ и педагогов дошкольных учреждений. Также разработан и рекомендован к внедрению стандарт по подготовке педагога-психолога инклюзивного образования, в рамках бакалавриата психолого-педагогического образования.

Содержание любого из возможных вариантов включает формирование профессиональных компетенций, предполагающих овладение студентами (слушателями) знанием анатомо-физиологических основ обучения детей с отклонениями в развитии; психологических особенностей детей с отклонениями в развитии; специфических методов и приемов обучения данной категории детей; приемов координации программ общего и индивидуального обучения. При этом особое внимание уделяется развитию мотивационного компонента (влияние на позитивность жизненной установки, развитие и конкретизация профессиональных интересов и т.д.) и личностного компонента профессиональной компетенции (осознанность выбора, формирование личностных качеств и т.д.).

В Институте специальной педагогики уже реализуются некоторые варианты подготовки и повышения квалификации педагогов интегрированного обучения.

Например, в рамках имеющихся специальностей: «Специальная дошкольная педагогика и психология», «Педагогика и методика начального образования», «Адаптивная физическая культура» студентам читаются учебные курсы,

углубляющие их знания по вопросам организации интегрированного обучения, овладения технологиями, позволяющими успешно адаптировать детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательные учреждения.

В рамках дополнительного образования и курсов переподготовки в институте разработаны программы переподготовки учителей-предметников, учителей начальных классов, педагогов дошкольных образовательных учреждений, имеющих среднее специальное образования.

Основываясь на предположении о том, что педагоги, имеющие дефектологическое образование, также могут работать в общеобразовательных школах в классах интегрированного обучения, мы в рамках краткосрочных курсов повышения квалификации знакомим их с современными технологиями обучения в общеобразовательной школе.

Для оперативного решения конкретных организационных проблем и определения наиболее эффективных путей инклюзивного (интегрированного) образования нами широко используются выездные практикоориентированные семинары, содержание которых определяется с учетом заявок дошкольных образовательных учреждений и школ. Параллельно консультантами и преподавателями проводятся разнообразные тренинги и деловые игры, направленные на обеспечение личностного роста педагогов интегрированного обучения, оптимизацию инклюзивного коррекционно-педагогического процесса, решение сложных педагогических ситуаций.

Таким образом, в институте предлагаются различные формы помощи педагогам и административным работникам школ и дошкольных учреждений, решившим в своих учреждениях активизировать работу по интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья.

Однако, процесс подготовки специалистов для инклюзивного (интегрированного) образования осложняется наличием определенных организационных проблем:

- недостаточность научно-практических психолого-педагогических исследований феномена развивающегося российского инклюзивного образования;
- отсутствие четкой нормативно-правой базы деятельности групп и классов инклюзивного образования
- отсутствие должностных требований к педагогам, работающим в классах и группах инклюзивного образования;
- низкий уровень информированности образовательных учреждений о тематике и вариантах повышения профессиональной квалификации педагогов инклюзивного образования.

Решение указанных проблем мы связываем с расширением рамок научно-практических исследований, доказывающих необходимость поиска новых путей развития инклюзивного образования, с совершенствованием форм обучения и тематики учебных курсов, разработкой программного содержания новых направлений подготовки бакалавров в области психолого-педагогического образования и специального образования.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЕ ЛОГОПЕДА

Т.Е. Владимирская

ГСОУ №663, Санкт-Петербурга

В последние годы отмечается увеличение числа детей с нарушениями речи и, соответственно, возникает необходимость поиска наиболее эффективного пути обучения данной категории детей. Известно, что использование в коррекционной работе разнообразных нетрадиционных методов и приемов предотвращает утомление детей, поддерживает у детей с различной речевой патологией познавательную активность, повышает эффективность логопедической работы в целом. Внедрение компьютерных технологий сегодня является новой ступенью в образовательном процессе. Логопеды не только не остались в стороне, но и активно включились в процесс широкого использования ИКТ в своей практике. Для реализации коррекционных задач, а самое главное, для повышения мотивации детей к занятиям используются на индивидуальных и подгрупповых занятиях компьютерные программы, так как считаю, что данные программы могут служить одним из средств оптимизации процесса коррекции речи.

Занятия с использованием компьютера провожу фрагментарно, при этом считаю обязательным соблюдение следующих условий для сбережения здоровья ребенка, т.е. соблюдение СанПиНов:

- работа с компьютером на одном занятии в течение короткого времени (5-10 мин.) и не более двух раз в неделю (индивидуально, в зависимости от возраста ребенка, особенностей его нервной системы);
- проведение гимнастики для глаз, во время работы необходимо периодически переводить взгляд ребенка с монитора каждые 1,5-2 мин. на несколько секунд.
- включение в занятия учителя-логопеда игр, направленных на профилактику нарушений зрения и отработку рительно-пространственных отношений.

У детей, имеющих нарушения речи различного уровня, выявляется недостаточное понимание и различение грамматических форм; затруднения, а иногда и невозможность связно, последовательно, логично передать содержание текста; недостаточность объема словаря; вербальные замены; при осложненном варианте общего недоразвития речи имеют место определенные сложности при автоматизации поставленных звуков. Поэтому на подгрупповых и индивидуальных занятиях (по формированию лексико-грамматических категорий, по развитию связной речи, формированию звукопроизношения) использую компьютерные программы.

НАПРАВЛЕНИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИКТ

- **Развитие связной речи**–пересказ (составление) текста с опорой на серию сюжетных картинок.
- **Обучение грамоте**–формирование навыков фонематического анализа.

- **Формирование зрительно-пространственных отношений.**
- **Работа над звукопроизношением** – артикуляционная гимнастика, автоматизация звуков, дифференциация звуков и букв.
- **Формирование лексико-грамматических категорий** – словообразование, словоизменение.
- **Коррекционно-оздоровительное направление** – игры на развитие общей, мелкой моторики рук.

Для формирования мотивации к речевой деятельности считаю эффективным использование метода наглядного моделирования. Применение пространственных моделей (схем) в обучении детей младшего школьного возраста учит ребенка анализировать отображенную в модели действительность, выделять в ней главное и второстепенное, рассуждать, делать выводы. Поэтому на занятиях по формированию лексико-грамматических категорий использую модели звукового и слогового состава слова, словесного состава предложения. Подобные схемы и модели помогают приучить детей к наблюдениям за языком, повышают интерес к звуковой стороне речи, слову, его смысловому значению, что создает предпосылки для формирования фонематического восприятия. Модели артикуляции отражают положение органов артикуляционного аппарата в момент произнесения звука и соответствуют его характеристике, т.е. исполняют роль зрительных опор, что, безусловно, способствует активному развитию у детей собственных произносительных навыков, развивает внимание, память. Создаваемые в школе компьютерные программы помогают детям усвоить, осмыслить такие понятия, как «звук», «слово», «слог», часть и целое, способствуют формированию навыка овладения чтением. Хотелось бы рассказать о некоторых заданиях, подготовленных с использованием компьютерных технологий.

Преимущества использования ИКТ в работе для логопеда:

- позволяет составлять наглядно-дидактическое сопровождение к занятиям;
- компьютер на логопедических занятиях не цель, не предмет, а средство, активизирующее коррекционную работу;

Преимущества использования ИКТ в работе логопеда для ребенка:

- повышает мотивацию ребенка к логопедическим занятиям;
- формирует у ребенка активную позицию субъекта обучения;
- обучается некоторым элементарным действиям с компьютером.

Применение ИКТ в коррекционной работе позволило сделать мне следующие

выводы:

- компьютер становится необходимым средством обучения детей с нарушениями речи;
- использование ИКТ в большинстве случаев повышает мотивацию ребенка к логопедическим занятиям, способствует повышению речевой и познавательной активности;

– способствует повышению самооценки ребенка (система поощрений – компьютерные герои, затем рисунки с компьютерными героями);

– Появление компьютера, активное применение его в учебной деятельности значительно экономит силы учителя при подготовке к уроку, ведь многие задания можно заранее выполнить на компьютере и в нужный момент продемонстрировать их для выполнения ученикам. Ранее приходилось готовить их в качестве раздаточного или демонстрационного материала для каждого ученика в отдельности.

- Кроме того, благодаря высокой скорости обновления дидактического материала на экране значительно экономится время на уроке и появляется возможность получить лучший результат.

Также появление компьютерных технологий дает возможность провести многие занятия в игровой форме. Ведь, как показывает опыт, многие дети в начальной школе не могут сразу же перестроиться на учебную деятельность, и их ведущей деятельностью остается игровая.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Т.А. Волерт

СПб ГУЗ Детская городская больница №1, Санкт-Петербург

Цель работы: изучить возможности эндоскопии в диагностике патологического гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) у детей раннего возраста, перенесших операции по поводу атрезии пищевода.

Материалы и методы: в стационаре за период с 2004 по 2009 год были оперированы 75 детей с атрезией пищевода. В 84% случаев был наложен анастомоз пищевода (63 ребенка). 50 детей наблюдались в диспансерной группе в поликлиническом отделении ДГБ №1.

Результаты: первая эзофагоскопия производится в возрасте 4-5 месяцев (перед введением прикорма). Из 50 обследованных детей у 15 – зона анастомоза свободно проходима, воспалительных изменений не выявлено. У 18 детей выявлено сужение в зоне анастомоза до 0,7 см, у 7 из них выявлены признаки ГЭР (гиперемия слизистой нижней трети пищевода, линейная эрозия в области Z-линии, зернистость слизистой). У 7 детей выявлено сужение менее 0,6 см, для осмотра пищевода проводилось бужирование. У 10 детей в этой группе выявлено: отек и гиперемия слизистой нижней трети пищевода, линейные эрозии протяженностью более 1 см, налеты фибрина (у 3 детей). При рентгенологическом исследовании у детей с эндоскопическими признаками ГЭР выявлен рефлюкс 1 и 2 степени. При гистологическом исследовании выявлены воспалительные изменения в слизистой оболочке пищевода различной степени выраженности и активности.

У детей с выявленным ГЭР повторное эндоскопическое исследование

проводилось в возрасте 12 месяцев. У 6 детей сохранились эндоскопические признаки ГЭР, у 10 выявлена выраженная положительная динамика или отсутствие воспалительных изменений слизистой пищевода.

Выводы: для диагностики патологического ГЭР у оперированных по поводу атрезии пищевода детей раннего возраста может быть использован эндоскопический метод. Необходимо использовать аппаратуру малого диаметра (0,6 см) и осуществлять осмотр нижней трети пищевода для своевременной диагностики патологического ГЭР. В 65 % случаев применение рациональных методов лечения позволяет достигнуть удовлетворительных результатов в лечении ГЭР в этой группе больных.

СОЦИАЛЬНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ДЕТЕЙ

Е.Г. Григорьева, Е.И. Архипова

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета, Великий Новгород, кожно-венерологический диспансер Псковской области, Псков

В течение последнего десятилетия XX века отмечен значительный рост ИППП, причем как в России, так и в европейских странах. Увеличение заболеваемости ИППП (урогенитальный хламидиоз, генитальный герпес, микоплазмоз, уреаплазмоз и др.), и широкого распространения их среди различных возрастных групп, значительного влияния на уровень здоровья и воспроизводства населения, является одной из самых серьезных проблем международной и национальных служб здравоохранения. Первое десятилетие XXI века показало, что инфекционная патология уrogenитальной системы наносит обширный ущерб не только здоровью населения репродуктивного возраста, но и детям, так как наблюдается рост патологических состояний у новорожденных от данных инфекций. Популяция подростков и детей представляет собой группу, находящуюся в зоне действия многих факторов риска, наблюдается снижение качества человеческого потенциала, от которого зависит будущее страны.

Начиная с 50-х годов и вплоть до 90-х случаи врожденного сифилиса (ВС) в Российской Федерации были казуистикой. Доэпидемический уровень считается до 1990 года, а в 1990 году по данным отдела статистики Минздрава РФ зарегистрировано 10 случаев врожденного сифилиса. Пик заболеваемости врожденным сифилисом в России пришелся на 1998 год — 837 случаев. В последние годы случаи ВС регистрируются значительно чаще, несмотря на снижение общей заболеваемости сифилисом. Превышение среднероссийского уровня заболеваемости ВС наблюдается в Северо-Западном Федеральном округе и составляет в 2008 году - 1,5 на 100000 населения в возрасте от 0-14 лет (2007 г. - 1,7 на 100 000 соотв. населения).

В этой связи, изучение закономерностей распространения ИППП, в том числе и сифилиса среди детей и подростков, разработка социально-орга-

низационных мероприятий профилактики данных инфекций является актуальной проблемой.

Цель исследования: изучить заболеваемость сифилиса у детей и подростков на территории Псковской области и выработать организационно-профилактические направления по снижению заболеваемости сифилисом и другими ИППП в данных возрастных группах.

Материалы и методы: изучена общая заболеваемость сифилисом детского и подросткового населения Псковской области в период с 1996 года по 2009 год. Возрастной состав населения с учетом гендерных различий был распределен на 6 декад, соответствующих Европейской классификации возрастов.

Результаты:

Анализ заболеваемости сифилисом среди детей в возрасте от 0-14 лет показал снижение заболеваемости сифилисом с 1996 года по 2010 год в 6,5 раз (с 28,9 s% до 4,4 s% на население данного возраста). В 1996г., 2002г., 2004г., 2008г. в группе детей преобладали мальчики. (14,3%, 3,3%, 3,7%, 6,4% на население данного мужского возраста), начиная с 1997 года увеличение заболеваемости отмечена в группе девочек 13,4%, в 2009 году одинаковое абсолютное число в обеих популяциях данного возраста.

Анализ динамики заболеваемости среди подростков показывает, что с 1996 (72,3%) (на население данного возраста 15-17 лет) года по 1999 (24,6 %) (на население данного возраста) год выше показатели в группе девочек подростков. В 2000 году этот показатель почти сравнялся у девочек - 9,2 s% (9,3 s% у мальчиков). Начиная с 2001 года (22,1 %) по 2008 год (7,8 %) показатель заболеваемости среди девочек подростков выше, чем показатель у мальчиков, и в 2009 году (4,0 %) показатели почти сравнялись в обеих группах (3,7 s% у мальчиков).

Современная профилактическая программа по профилактике ИППП, в том числе и сифилиса должна быть организована с учетом возраста пациентов и индивидуальных факторов риска, так как в заболевание вовлечены разные группы детородного возраста.

Медицинские аспекты в профилактике ИППП и врожденного сифилиса:

- раннее выявление возможной гинекологической патологии в детском и подростковом возрасте (диагностика) как профилактика серьезных гинекологических заболеваний в репродуктивном;
- проведение образовательных программ по привитию гигиенических навыков и знаний физиологических процессов в женском организме;
- для сексуально активных - медицинская и психологическая помощь по предупреждению нежелательной беременности и обеспечение индивидуального подбора современных методов и способов контрацепции;
- информирование о факторах риска ИППП;
- проведения консультирования при необходимости;

– проведение предгравидарной подготовки (понятие о гигиене зачатия);

– просвещение по проблемам сексуальности

Выводы: в связи с этим следует активизировать работу по организации и проведению профилактики, начиная со школьного образования. Профилактика должна быть активной и способствующей своевременной и конкретной коррекции. Проведение комплекса мероприятий, включающих медико-профилактические, учебно-воспитательные и социально-организационные (организация досуга, привлечение к трудовой деятельности или учебе, научно-исследовательской работе и другие) аспекты, направленные на формирование здорового образа жизни, особенно в неорганизованной подростковой и молодежной среде, позволит не только снизить заболеваемость сифилисом и другими ИППП в данных возрастных группах, но и предотвратить патологию у новорожденных от данной группы родителей.

КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА

Е.Г. Григорьева, Е.И. Архипова

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета, Великий Новгород, кожно-венерологический диспансер Псковской области, Псков

Случаи врожденного сифилиса (ВС) вплоть до 90-х в Российской Федерации были казуистикой. С 1990 года, по данным отдела статистики Минздрава РФ, зарегистрировано 10 случаев врожденного сифилиса. Пик заболеваемости врожденным сифилисом в России пришелся на 1998 год — 837 случаев. В Северо-Западном Федеральном округе случаи ВС составляют в 2008 году – 1,5 на 100000 населения в возрасте от 0-14 лет.

Распознавание врожденного сифилиса при наличии выраженных клинических проявлений не представляет особых трудностей. По традиционной классификации врожденного сифилиса все его формы подразделяются на сифилис плода, сифилис детей грудного возраста (до 1 года), сифилис раннего детского возраста (от 1 до 2 лет), поздний врожденный сифилис (от 2-х лет и старше) и скрытая врожденная форма всех возрастов (грудного, а затем от 1 года и старше).

Цель исследования: изучить отдаленные исходы врожденного сифилиса на территории Псковской области

Материалы и методы: изучена заболеваемость врожденного сифилиса за период с 1996 года по 2009 год и его отдаленные последствия.

Результаты:

По Псковской области зарегистрировано 25 случаев раннего врожденного сифилиса за период 1996-2009 г.г. (1996 г.-14 случаев, 2003 г.-3 случая, 2004 г.-1 сл., 2005 г.-1 сл., 2006 г. -1 сл., 2007 г. – 2 сл., 2008 г. -1 сл. 2009 г.-2 л.), случаи позднего врожденного сифилиса не отмечены. В клинической структуре заболеваемости врожденным сифилисом

преобладал сифилис ранний врожденный с симптомами «сифилитическая пузырчатка»- 4% (на все случаи зарегистрированного врожденного сифилиса).

В 1996 году родилось 14 детей (4 девочки, 10 мальчиков), у которых был поставлен диагноз врожденный сифилис. Отдаленные последствия врожденного сифилиса у этих детей проявились только у 1 ребенка (девочка) – 4,3% от всех детей, зарегистрированного врожденного сифилиса (n=25), и 7,1% от детей с врожденным сифилисом за 1996 год (n=14). По окончании срока диспансерного наблюдения 13 детей были сняты с диспансерного учета в возрасте 2-х лет -10 детей, в возрасте 3-х лет-3 детей.

Всем этим детям было проведено специфическое лечение по поводу врожденного сифилиса, клинико-серологический контроль и консультация специалистов.

В 2009 году, девочке, родившейся в 1996 году и не снятой с диспансерного наблюдения (причина – частая смена места жительства и асоциальное поведение матери) по поводу врожденного сифилиса, исполнилось 14 лет.

По данным запросов в медицинские учреждения г. Пскова и Псковской области было установлено, что девочка состоит с 6 летнего возраста на диспансерном учете в областном Психоневрологическом диспансере.

Из анамнестических данных у девочки установлен диагноз задержка умственного развития (олигофрения), умеренная степень (F71), интеллектуальный коэффициент IQ в пределах 47 баллов. Посещала разные специальные коррекционные школы (г.Пскова, г.Санкт-Петербурга). Физическое развитие девочки своевременное, речь развивалась медленно, в возрасте 4 лет была крикливой, беспокойной, злой. В 6 –летнем возрасте исчезала из дома и попрошайничала в подъездах, разжигала костры. При обследовании в 6 лет отсутствовали какие-либо признаки врожденного сифилиса, отрицательные анализы КСР, РИФ. При госпитализации в психоневрологический диспансер в 12 лет были выявлены положительные серологические тесты в крови, спинномозговую жидкость не брали. Было проведено специфическое лечение по поводу сифилиса, после чего серологические анализы были отрицательными. Затем до 14 лет о девочке ничего не было известно, школу не посещала, с матерью поменяла место жительства.

В 14 лет была госпитализирована в психоневрологический диспансер Псковской области. Психический статус в 14 лет: раздражительная, трудно понимает задания, суетлива, легко возникают вспышки гнева, легко попадает под влияние других людей, расстройство внимания, большая умственная истощаемость, слабодушие. При соматическом обследовании выявлены неправильность телосложения, ассиметричны череп и уши, увеличенные лимфатические узлы. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Положительные серологические реакции ИФА 2+, м.р.2+, титр 1:16. ЭЭГ исследования выявлены грубые диффузные изменения в виде нарушения альфа-ритма, преобладания медлен-

ных волн, (быстрой асинхронной активности). Генетическое обследование не проводилось.

Выводы: в связи с проведенным катamnестическим наблюдением по врожденному сифилису у детей последствия перенесенного сифилиса встречаются очень редко, подобных случаев в поколениях не отмечалось. В работе у данного ребенка определена II группа эмбрио- и фетопатии, подгруппа г- олигофрения, возникшая на почве врожденного сифилиса. Таким образом, психическое недоразвитие (олигофрения) может возникнуть в следствии непосредственного влияния сифилитической трепонемы через несколько лет. В связи с тем, что именно нервная ткань наиболее чувствительна в период эмбриогенеза к тератогенным влияниям, которые могут быть причиной антенатально обусловленной умственной отсталости.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

А.А. Гурандо

ГСОУ № 663, Санкт-Петербург

Дети, имеющие задержку психического развития, пережившие немало неприятностей, и утратившие критичность в результате психологической защиты имеют недостаточную для обучения зрелость. Они по физиологическим причинам не могут долго концентрировать внимание, удерживать и распределять его. Поэтому я провожу занятия с использованием компьютера для решения частных задач урока, чтобы ребенок глубже понял, прочувствовал тему урока, творчески проявил себя. Работа с компьютером помогает ребенку получить опыт самостоятельных действий, самоконтроля в ситуации выбора, повысить самооценку. На занятиях с использованием компьютера у детей изменилось отношение к ошибке, они стали ее замечать. Занятия с компьютером стимулируют развитие критичности у детей с задержкой психического развития. Компьютерные занятия оказались полезными и для детей-«неудачников». Причина их неуспеваемости - не «умственный дефект», однако внешние проявления такие же. Важной задачей работы с ними было компенсирование неуверенности в своих силах, поддержка «ситуации успеха». Использование компьютерных программ позволяет активизировать процесс накопления общих знаний и создает предпосылки формирования определенной направленности познавательных интересов, повышение общей культуры. Привлекает открытость системы для пользователя, что позволяет адаптировать программу к контингенту учащихся, задаче расширения активного и пассивного словаря. Развитие вербального интеллекта подразумевает коррекцию фонетико-фонематического недоразвития. Компьютер помогает этой работе, предлагая разнообразный учебный материал, типовые задания с использованием иллюстративного материала, а также путем создания необходимой мотивационной основы. Нельзя забывать

и о проблеме эмоциональности обучения в условиях компьютеризации. Ведь эмоции — важнейшая характеристика человеческой личности. Они играют роль регуляторов человеческого поведения, выражают сущность человеческих чувств и переживаний, определяют нравственные качества человека, его отношение к действительности и, в конечном счете, его мировоззрение. Важность формирования у учащегося эмоционально-ценностного отношения к миру и друг к другу в процессе обучения доказана многочисленными исследованиями.

Развитие с помощью компьютерных программ зрительно-моторной координации и умения распределять внимание является одним из факторов, повышающих эффективность использования средств обучения в коррекционной работе. При регулярном использовании манипулятора «мышь» отмечено улучшение техники письма, снижение мышечного напряжения.

УРОВЕНЬ СТРЕССА И ТЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ

М.М. Гурова, И.Г. Хмелевская, Е.Д. Дутлова

Курский государственный медицинский университет, Областная детская клиническая больница, Курск

Цель исследования: оценить уровень стресса и тревожности у детей подросткового возраста с хроническими гастродуоденитами (ХГД), ассоциированными с хеликобактерной инфекцией (НР).

Материалы и методы: нами было обследовано 60 детей с морфологически верифицированным ХГД в периоде обострения, находившихся на лечении в ОДКБ г. Курска (гл. врач к.м.н. И.В. Зоря). Средний возраст пациентов составил $13,06 \pm 1,2$ лет, соотношение мальчики и девочки было 1:2. В качестве группы сравнения были взяты 22 ребенка подросткового возраста, учащихся 9 класса общеобразовательной школы. Средний возраст детей и распределение по полу в обеих группах были сопоставимы. Для диагностики хеликобактерной инфекции наряду с гистологическим исследованием применялся быстрый уреазный тест, дыхательный «Хелик-тест». Для оценки уровня стресса использовался опросник, включавший основные психотравмирующие события в жизни подростка. Полученные положительные ответы переводились в баллы, в зависимости от значимости события. Уровень стресса оценивался по количеству набранных баллов, где 70 баллов соответствовали обычному уровню стресса, от 70 до 200 – повышенному уровню стресса, свыше 200 – высокому. Для оценки личностной и реактивной тревожности использовался тест Спилбергера. Полученные результаты были обработаны статистически на персональном компьютере с помощью пакета программ Statistica 6,0.

Результаты: При подсчете баллов уровень стресса у детей основной группы составил $173,03 \pm 82,69$, что достоверно выше уровня стресса у детей группы сравнения – $96,34 \pm 38,5$ ($p < 0,01$). В качестве стрессорных событий дети из группы сравнения чаще выделяли такие события как смерть

одного из родственников, развод родителей, появление отчима в семье, госпитализацию родителей. У детей из основной группы круг стрессорных ситуаций был значительно шире и включал, наряду с перечисленными выше событиями, такие ситуации как изменение финансового положения родителей, изменение отношения сверстников, неучастие в том, в чем хотелось бы участвовать, ссоры с другом (подругой).

Оценка личностной и реактивной тревожности показало, что у детей с ХГД выявлялась более высокая как ситуативная (Уэмп. 258,5), так и личностная тревожность (Уэмп. 195), достоверность ($p < 0,01$ – Укрит. 437). Уровень стресса у детей основной группы положительно коррелировал с более высокими показателями личностной и реактивной тревожности ($r = 0,67$, $p < 0,001$).

Выводы: на основании полученных данных можно заключить, что у детей с хроническими гастродуоденитами выше уровень реактивной и личностной тревожности. Это приводит к тому, что большинство обычных жизненных ситуаций воспринимаются ими как психотравмирующие и жизнеугрожающие, что приводит к меньшей стрессоустойчивости и снижению адаптивных возможностей организма.

ПРОЕКТ ПО ИСТОРИИ И КУЛЬТУРЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

«ВИРТУАЛЬНАЯ ЭКСКУРСИЯ ПО ГОРОДУ»

ФРАГМЕНТ «ПРОГУЛКА ПО УНИВЕРСИТЕТСКОЙ НАБЕРЕЖНОЙ»

И.В. Демидова, И.Б. Смолкина

ГОУ № 373 «Экономический лицей», Санкт-Петербург

История и культура Санкт-Петербурга изучается на уроках истории города, Отечественной истории, Мировой художественной культуры, литературы, Изобразительного искусства, английского языка. Широко используются материалы по истории города на внеклассных мероприятиях. Для облегчения труда учителя создано множество наглядных пособий: мультимедийных, печатных, видеосюжетов. При изучении города невозможно обойтись без путешествий и экскурсий по историческим местам города, по его многочисленным музеям. Каждый учитель ищет для себя оптимальный вариант подачи учебного материала с целью достижения максимального результата при его освоении. В настоящее время для формирования индивидуального опыта творческой деятельности всё большее значение приобретает использование развивающих возможностей ИКТ. Наиболее эффективный способ преподавания — это наглядная демонстрация и объяснение изучаемого материала одновременно.

Представляемый проект создан с использованием Flash – технологий для детей с ограниченными возможностями по здоровью. Проект называется «Виртуальная экскурсия по городу» и представляет собой путешествие по уголкам нашего города. Создается проект для использования на дополнительных занятиях по английскому языку (кружок для 5 –х классов «История и культура Санкт-Петербурга на английском языке»), внеклассных меропри-

ятиях в 5 – 11 классах (тематические классные часы, викторины, предметные недели). Удобство и новизна работы с материалом заключается в том, что работа выполнена с использованием Flash технологий, это дает возможность учителю использовать анимацию, видеоролики, звук; выбрать маршрут путешествия, остановиться на любом здании, памятнике, улице, площади города. Используя новые технологии, можно показать панораму интересующей части города, местонахождение объекта относительно других памятников, что часто бывает невозможно выполнить во время автобусной экскурсии.

Проект незаменим в процессе обучения детей с ограниченными возможностями. Для этой категории учащихся особый интерес будет представлять интерактивная карта города, где можно найти любой объект, определить его местонахождение, положение относительно других архитектурных памятников. Виртуальные панорамные экскурсии можно использовать как на уроках по изучению истории города, истории, английского языка, так и для самостоятельной работы учащихся.

Проект включает в себя обзорные виртуальные экскурсии по отдельным маршрутам и музеям города на русском и английском языках, что дает возможность использовать данные материалы во внеурочной деятельности, а также на уроках истории Отечества, Мировой художественной культуры, Истории и культуры Санкт-Петербурга, английского языка. Каждая экскурсия заканчивается повторением пройденного материала в форме теста. В проекте могут принимать участие учащиеся: подбирать материал, создавать презентации на заданную тему, используя материалы проекта, самостоятельно проводить экскурсии по городу.

Задача проекта: Развитие у учителей и учащихся интереса к исследованиям, творческому труду, навыкам общения, развития интереса и уважения к истории и культуре своего города, воспитанию патриотизма, бережному отношению к культурному и историческому наследию, для осознанного формирования собственной культурной среды.

Цели проекта:

- Приобщение школьников к истории и культуре города.
- Развитие творческого и культурного потенциала школьников на основе интеграции традиционных форм восприятия гуманитарных ценностей и новых технологий информационной цивилизации.
- Помощь учителям в подборе материала для подготовки уроков и внеурочных мероприятий.

Методические рекомендации

по использованию тематической разработки.

Проект «Виртуальная экскурсия по городу» создается для использования во внеурочной деятельности, на занятиях по дополнительному образованию, на внеклассных мероприятиях. Первая часть проекта посвящена путешествию по Университетской набережной. Учащимся предлагается прогуляться по местам первой застройки города. При помощи специальных кнопок можно остановиться на интересующем объекте и прослушать

информацию (аудиозапись), либо дать возможность учителю изложить материал, либо прослушать сообщения учащихся (на русском или английском языке в зависимости от темы занятия)

Дидактическая задача проекта: Создать у учащихся представление о месте исторических памятников на карте города, ознакомить учащихся с историей и культурой нашего города,

Использовать наглядность при изучении истории города.

Методические задачи проекта:

- Вовлечение учащихся в познавательную игру при изучении истории и культуры Санкт-Петербурга
- Активизация познавательной деятельности учащихся при изучении истории и культуры Санкт-Петербурга
- Развитие навыков самостоятельных исследований, использование приобретённых знаний и умений в практической деятельности и повседневной жизни;
- Развитие коммуникативно-речевых умений.
- Помощь учителю при подготовке к занятиям по предмету.

Каждая часть проекта заканчивается проверкой изученного материала в форме теста на русском и английском языке. Кроме того, учитель может предложить учащимся викторину. Например: учитель показывает учащимся объекты на экране и просит ответить на вопросы:

- Название объекта
- Архитекторы
- Годы постройки
- Предназначение объекта
- Обитатели
- Легенды и мифы

При создании проекта использованы Flash – технологии. Использование Flash – это среда, которая может сочетать в себе все необходимые средства использования медиатехнологий, интерактивна и занимает незначительные объемы памяти. Сегодня эта среда занимает одно из ведущих мест по созданию интерактивных роликов для Интернет – технологий, мультипликационных фильмов, приложений и т.д.. С помощью этой среды можно рисовать, создавать анимации, интерактивно управлять объектами, благодаря встроенному языку программирования Action Script. Очень удобна среда Flash для создания электронных пособий к урокам.

Проект открывает широкие возможности для творческой деятельности как учителя, так и учащихся. Проект можно расширить за счет добавления таких тем, как «Исторические места города», «История города в лицах», «Мифологические сюжеты в убранстве города», «Блокада Ленинграда», и т.д.

ПСИХОТРАВМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА

Т.В. Егоркина

*Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена,
Санкт-Петербург*

Клинические проявления посттравматических нарушений и возможности их терапевтической коррекции, влияние травматических обстоятельств на развитие и функционирование личности ребенка и взрослого, проблемы преодоления негативных последствий рассматриваются в основном в рамках психиатрии и экстремальной психологии. Однако отечественные и иностранные исследователи считают возможным выделить отдельную медико-психологическую дисциплину – психотравматологию.

Первой работой, в которой обобщаются сведения и базовые концепции психотравматологии, стало американское издание 1995 года – в нем внимание сосредоточено на проблемах работы с посттравматическим стрессовым расстройством.

В России первая крупная работа по психотравматологии вышла в 2005 году и автор, В.М.Кровяков, предлагает считать основной задачей этой теоретической и практической дисциплины изучение последствий травматизации психики, в числе перспективных направлений называет исследование этиопатогенетических механизмов психических расстройств.

В журнале американской академии детской и подростковой психиатрии Б.Пфеффербаум в 1997 году опубликовал статью, посвященную обзору литературы по проблемам ПТСР у детей за последние 10 лет. Изучались самые разные виды травматического опыта, основное внимание уделялось частной симптоматологии, установлению факторов, которые влияют на характер реакции, разработке методов диагностики, однако недостаточно информации о развитии ПТСР во времени и эффективности терапевтического лечения.

У большинства детей, как и у взрослых, реакцией на психическую травму становится неспецифическое возбуждение на фоне сужения сознания. Травматическое событие противоречит обыденному опыту личности и человек обрабатывает, осмысляет случившееся, пытаясь придать ему смысл. Пережитое периодически возвращается в сознание, вторжение образов сопровождается эмоциональными реакциями. Ребенок может бесконечно повторять историю события, воспроизводить фрагменты в играх и рисунках, рассказывать о сюжетах сновидений. Воспоминания о травме включают не только когнитивные компоненты (что, кто, где, когда), но представляют собой сложные аффективно-когнитивные образования (страх, ужас, печаль, вегетативные реакции, моторно-вестибулярные ощущения) (Herman J.L., 1992).

Интенсивное формирование личности в детском и подростковом возрасте обуславливает особую чувствительность к травматическим переживаниям. Характеристики конкретного ребенка или подростка, свойства

травмы и события после травмы являются основными факторами для прогноза посттравматического развития.

В руководстве по кросс-культурной психологии под редакцией Дж. Берри, П. Дасена и Т.С. Сарасвати, приводятся результаты многих исследований, проведенных в зонах военных конфликтов или стихийных бедствий. Результаты эти, однако, довольно противоречивы – примерно в половине исследований у детей обнаружены признаки ПТСР, в других же исследованиях были получены признаки улучшения психического функционирования, повышения моральных стандартов, увеличения самооценки, эффективного совладания со стрессом (Children in particularly difficult circumstances, 2006).

Травма приводит к возникновению структурно-функциональных дефектов, деформируются механизмы отражения пространственных, временных, причинно-следственных и вероятностных характеристик окружающего (Крыжановский Г.Н., 1996). Даже в случаях полного прекращения действия травмы, остаются резидуальные явления, не происходит полного возвращения к прежнему статусу.

Сухарева Г.Е. (1959) указывала, что формирование того или иного типа аномального развития определяется не только тяжестью и качеством вредности, но в основном той стадией онтогенеза, во время которой воздействие имело место. При воздействии на раннем этапе онтогенеза наблюдаются наиболее тяжелые аномалии развития.

В.В. Ковалев (1979), выделил среди психотравмирующих факторов:

- 1) шоковые психические травмы (нападение животного, появление чужого, удар грома);
- 2) психотравмирующие ситуации относительно кратковременные, но психологически очень значимые для ребенка (утрата или болезнь одного из родителей, ссора со сверстниками и т.п.);
- 3) хронически действующие психотравмирующие ситуации, затрагивающие основные ориентации ребенка (семейные конфликты, противоречивое и деспотическое воспитание, неуспеваемость и т.п.);
- 4) факторы эмоциональной депривации (недостаток ухода, заботы, ласки и т.п.).

Среди психотравмирующих факторов здесь не упоминается нахождение на территории вооруженного конфликта, хотя есть все основания предполагать, что не только непосредственное участие в боевых действиях, но и само пребывание в зоне противостояния является источником психической травматизации. Вместе с тем внимание специалистов обращено на изучение клинически очерченных форм психических расстройств, связанных со стрессом. Преобладает ретроспективное направление исследований, когда при патохарактерологическом развитии обнаруживают в анамнезе психотравмирующие события. При этом отдаленные последствия и характер интеграции психотравмирующего опыта в систему отношений личности, его актуализация в эмоциональном, когнитивном,

мотивационно-поведенческом компонентах системы отношений являются перспективным предметом исследования

В 2006-2007 гг. на территории края Косово прошло исследование, в котором приняли участие 691 человек в возрасте от 10 до 15 лет, из них 251 серб и 390 албанцев, все они были детьми во время фазы вооруженного противостояния в межэтническом конфликте (1998-1999 гг.). Следы травматического опыта легко актуализируются в ситуации исследования, этот опыт интегрирован в систему отношений и определяет способы осмысления временной перспективы, человеческих отношений, действительности в целом. Особые условия социализации, реакции и представления значимых взрослых, специфическая информационная среда влияют на сохранение высокой актуальности и личной значимости для подростков темы войны. Переживание интенсивного страха и чувства беспомощности, ненависть по отношению к врагу, тема противостояния, противоборства звучит в отношении к прошлому. Будущее воспринимается сквозь призму возможного повторения, обострения событий, но также связано и с темой справедливости, общественного блага, надеждой на мир. Для контрольной группы петербургских школьников темы войны, справедливого мироустройства, общественного блага не актуальны.

В результате комплексного анализа данных клинико-психологического обследования в общей выборке косовских подростков было выделено три группы, которые достоверно отличались по степени выраженности негативного аффекта в системе отношений и по представленности темы войны в мыслях и переживаниях. 36,2% - это подростки с наименьшей выраженностью негативного аффекта, 36,6% - вторая группа, у которой негативный аффект более выражен и легче актуализируется, 27,2% - группа подростков с наиболее выраженными последствиями психотравматизации.

Таким образом, почти треть обследованной выборки является группой риска.

Дети, которые пережили межэтнический конфликт, были вынуждены покинуть родину, которые мысленно возвращаются к травматическим событиям и продолжают испытывать сложные чувства, могут встречаться и в практике петербургских врачей, психологов и педагогов. Поэтому весьма целесообразной представляется разработка практических рекомендаций для работы, как на доклинической стадии, так и после обращения за помощью специалиста.

ВЛИЯНИЕ ХИМИОПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Т.А. Егорова, Г.М. Сычева, Н.В. Чаплыгина, Т.В. Феоктистова

Курский государственный медицинский университет, Областная детская клиническая больница

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) занимает ведущее место в структуре онкогематологической патологии детского возраста. Основную группу пациентов, страдающих этим недугом, составляют дети школьного и подросткового возраста. Проводимая химиотерапия оказывает массу токсических эффектов, вызывая грозные осложнения, приводящие нередко к инвалидизации детей. Без анализа характера этих осложнений невозможны их эффективная профилактика и лечение.

С этой целью проведена ретроспективная оценка историй болезни 117 пациентов (72 (61,5%) мальчика и 45 (38,5%) девочек в возрасте от 7 до 15 лет), проходивших лечение в отделении гематологии Областной детской больницы г. Курска с 1991 по 2007 год. 45 детей лечились по протоколу ALL BFM-90m, 48 по протоколу ALL BFM-95 и 24 по протоколу MB-2002. Токсические эффекты химиопрепаратов оценивались в соответствии с критериями ВОЗ.

Самым частым побочным эффектом полихимиотерапии (ПХТ) являлось токсическое действие на гемопоэз, наблюдаемое у 100% детей, в виде анемии, лейко- и тромбоцитопении. При этом лейкопения выявлялась в равной степени на протоколах BFM-95 и MB-2002 (93,7%). Тромбоцитопения преобладала при лечении по протоколу BFM-95 (95,4%). Агранулоцитоз <500/мкл. и длительностью более 10 дней преобладал на протоколе MB-2002 и имел место у 82,0% детей. Эпизоды анемии менее 70 г/л чаще выявлялись у детей, проходящих лечение по протоколам BFM-90m и BFM-95 (у 93,0% детей по каждому протоколу). Геморрагические осложнения выявлялись на протоколе BFM-90m (83,3%).

Оценивая токсические эффекты ПХТ на органы ЖКТ, отмечено, что чаще наблюдалось развитие тошноты и рвоты, требующее активного назначения антиэметиков у детей на протоколе BFM –95 (91,7% детей). Диагноз токсического панкреатита с одинаковой частотой (по 16,7% детей) встречался на всех протоколах. Однако статистически достоверные различия обнаружены лишь при оценке токсической гастропатии, которая проявлялась у детей на протоколе BFM –95 и составила 66,7%.

При оценке токсического влияния ПХТ на ЦНС установлено, что у большинства пациентов на протоколе BFM –95 (83,3%) была диагностирована периферическая нейротоксичность. Центральные ее проявления выявлялась у 16,7% детей, лечившихся по программе BFM-90m, BFM –95 и у 25,0% детей – по программе MB-2002.

Анализируя структуру осложнений ПХТ со стороны кожи и слизистой ротовой полости, выявлено, что аллергические реакции чаще проявлялись у детей, лечившихся по протоколу MB-2002, однако достоверно значимых

различий между группами по данному показателю обнаружено не было. Стоматит достоверно чаще встречался у детей на протоколе МВ-2002 (у 76,7% детей).

Проявления кардиотоксичности отмечалась реже других осложнений, выявлялись у 11,5% пациентов, преимущественно при терапии по программам BFM-90m и BFM – 95.

Нефротоксические эффекты в виде макрогематурии и протеинурии была диагностированы у 16,6% детей, лечившихся по программе BFM-90m, и у 33,3% - по программе BFM-95.

ИНТЕРАКТИВНЫЕ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Ю.А. Заозерский, Л.В. Винтухова

ГУЗ «Городской центр медицинской профилактики», Санкт-Петербург

В деле формирования здорового образа жизни дети являются наиболее перспективной возрастной категорией. Именно в этом возрасте происходит выработка жизненных стереотипов, формирование образа жизни. Участие в организации и проведении санитарно-просветительской работы среди учащихся по вопросам здорового образа жизни является составной частью деятельности не только медицинских работников, но и педагогов. Обучение вопросам охраны здоровья рассматривается как составная часть учебно-воспитательного процесса.

Городским центром медицинской профилактики ежегодно, 7 апреля - во Всемирный День здоровья, организуются и проводятся акции, посвященные проблемам сохранения здоровья с активным участием образовательных учреждений города. Предварительно с Комитетом по образованию согласуется положение, девиз конкурсов и выставок. В целях пропаганды здорового образа жизни среди детей через изобразительное творчество, а также укрепления взаимодействия медицинских работников и педагогов была организована выставка детского рисунка учащихся 6-7 классов общеобразовательных учреждений: «Путь к здоровью». Из 300 работ, самые лучшие из них, были выставлены в вестибюле Городского центра медицинской профилактики. Среди воспитанников 26 детских домов и школ-интернатов под девизом «Мы выбираем здоровый образ жизни» проведен смотр-конкурс рисунков, в которых дети отразили свое представление о здоровом образе жизни и огромное желание заниматься спортом и физкультурой. Организованный в прошлом учебном году среди учащихся 7 – 8 классов образовательных учреждений городской конкурс сценариев «Выбери здоровый образ жизни», в котором приняло участие более 200 школ из 15 районов Санкт-Петербурга, показал как активность педагогов, так и учащихся в сложном процессе формирования здорового образа жизни.

По мнению педагогов, учащиеся с удовольствием принимают участие в таких массовых игровых формах пропаганды здорового образа жизни,

которые помогают формировать у детей правильные жизненные стереотипы в отношении заботы о своем здоровье.

Выводы:

Конкурсы сценариев, выставки рисунков, посвященные вопросам сохранения здоровья, регулярно проводимые среди учащихся общеобразовательных учреждений, являются формами интерактивного обучения, помогающими повысить эффективность формирования знаний учащихся о здоровом образе жизни.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

А.В. Ипатов

ГУ «Городской Центр профилактики безнадзорности и наркозависимости несовершеннолетних», Санкт-Петербург

Современная ситуация развития подрастающего поколения (высокий уровень деструктивного поведения среди несовершеннолетних) выдвигает перед системой воспитания ряд задач, в том числе оптимизацию системы профилактических мероприятий по предупреждению правонарушений среди несовершеннолетних. Деструкция подростков – это проявление искажения их социализации в виде системы поступков, которые противоречат социальным нормам и в результате которых подростками вольно или невольно причиняется существенный вред своему физическому, психологическому и социальному благополучию.

Основные мероприятия по осуществлению коррекционной работы с подростками, склонными к деструктивным формам поведения в условиях Образовательного Учреждения (школы) возложены на социального педагога и психолога. Следует подчеркнуть отстраненность других специалистов учреждения: педагогов, медицинских работников, администрации.

Таким образом, ситуацию можно описать следующим образом: каждый из специалистов работает со своим кругом проблем. На социального педагога возлагаются надежды в отношении «неблагополучных» детей, работа с семьями. Медицинский работник – направляет к специалистам на плановые обследования. Психолог работает с учащимися, испытывающими трудности в учебной деятельности и недисциплинированными учащимися.

Такая организация работы специалистов в условиях ОУ является малоэффективной, так как не позволяет охватить значительное количество подростков и не может существенно повлиять на учебно-воспитательный процесс. Кроме того, следует заметить, что работа специалистов строится в рамках коррекции (исправление дефекта, решение возникших трудностей), а не на предупреждении нарушений и дезадаптации.

С целью предупреждения правонарушений и совершенствования системы психологической помощи подросткам, склонным к деструктивным формам поведения необходимо решить следующие задачи:

1. Организация консультативной помощи родителям и лицам заменяющих их, направленной на формирование психолого-педагогической культуры;

2. Разработка диагностического пакета, с целью выявления подростков «группы риска»;

3. Определение форм и методов коррекционной работы в условиях ОУ и разработка в соответствии с ними индивидуальных программ (коррекционных и профилактических);

4. Координация работы специалистов;

Таким образом, с целью повышения эффективности работы по предупреждению правонарушений среди несовершеннолетних, следует планировать и осуществлять работу, учитывая следующие основные принципы:

1. Принцип взаимодействия;

Для осуществления эффективной помощи работа строится на совместном планировании и взаимодействии специалистов. Координация действия всех структур по решению конкретной ситуации.

2. Принцип предупреждения (опережения).

Работа специалистов строится как предупреждение возникновения деструктивных форм поведения (выявление подростков группы риска и организация профилактических мероприятий направленных на предотвращение дезадаптаций).

3. Принцип систематичности (планомерности).

Данный принцип предполагает последовательную, систематическую работу по сбору информации, разработку индивидуальной программы сопровождения каждого подростка и отслеживание динамики развития.

4. Принцип лонгитюдности (сопровождения).

Необходимым условием является изучение динамики и оценки эффективности проведенной работы.

Работу целесообразно осуществлять в три этапа.

I этап (диагностико-аналитический).

Проводится диагностическое обследование учащихся. Планирование мероприятий осуществляется всеми специалистами ОУ. Психолог разрабатывает диагностический пакет, отбираются апробированные методики в соответствии с возрастом несовершеннолетнего. Содержание деятельности специалистов можно описать следующим образом: психолог осуществляет диагностику эмоционально-волевой и когнитивной сферы подростка; социальный педагог делает акцент в своей работе на обследовании и изучении семей учащихся, посредством наблюдения и изучения подростков составляет индивидуальные характеристики на детей своей группы, медицинский работник делает выписки и представляет медицинские сведения на каждого несовершеннолетнего.

Далее анализируются полученные сведения, обобщается информация, оформляются карты на каждого ребенка. Отдельно создается база данных на детей «группы риска». При необходимости проводится дополнительное диагностическое обследование.

Основные задачи данного этапа: выявление проблемы, конкретных причин ее возникновения, изучение актуального состояния подростка.

2 этап (этап планирования).

На втором этапе, после того как полученные данные проанализированы и оформлены индивидуальные карты (прежде всего подростков «группы риска»), составляются индивидуальные программы (коррекционные и профилактические), которые должны включать все виды коррекции (медицинскую, социальную, педагогическую и психологическую коррекцию). При необходимости формируются коррекционные группы по проблемам.

3 этап (коррекция и сопровождение).

На третьем этапе осуществляется собственно коррекционная работа. Она включает: психологическую, социальную, педагогическую и медицинскую коррекции.

Психологическая коррекция предполагает проведение различных мероприятий по осуществлению коррекции поведения, социальной адаптации, а также работу по проблематике межперсональных отношений.

Основные задачи корригирующих мероприятий:

1. формирование адекватной самооценки;
2. формирование конструктивных навыков поведения и взаимодействия с окружающими;
3. работа со сферой ценностей (формирование мировоззрения);

Социальная коррекция предполагает тесный контакт с семьями учащихся. Основные задачи социального-педагога:

1. осуществление социальной адаптации и содействие созданию нормальных условий для развития ребенка;
2. просветительская работа с родителями;
3. сопровождение семьи (если необходимо – помощь в получении бесплатного питания, одежды, оформление пособий и др.);

Педагогическая коррекция предполагает создание условий для изменения статуса ребенка в коллективе, самооценки, оптимизации поведения и др. Основная цель проводимых мероприятий – снятие состояния психологического дискомфорта ребенка.

Далее, по итогам осуществления индивидуальных и групповых, коррекционных и профилактических мероприятий рассматривается эффективность проведенной работы. В случае положительной динамики осуществляется дальнейшее сопровождение ребенка (контроль и осуществление профилактических мероприятий), в случае отсутствия динамики или усугубления девиаций – осуществляется возврат на первый этап.

По итогам проведенной работы можно рекомендовать родителям обратиться на консультацию к таким специалистам как нарколог, невропатолог, психиатр, инспектор ОДН и др.

Деструктивное поведение является основным индикатором неблагополучия общества как наихудшего его состояния для обитания человека и перманентной экстремальной ситуации и индикатором

негармоничной, дезинтегрированной личности, неспособной к адаптации и успешному функционированию. Разрушение личностных образований, приводящих в итоге к дефектам личности, возникает как на основе социальных негативных воздействий, так и на основе деструкции механизмов саморегуляции, самоконтроля, противодействия манипуляциям, самоуважения и др.

Общество, через систему государственных институтов, должно на научной основе целенаправленно готовить людей с детского возраста к обеспечению своего жизненного успеха и безопасности, умению управлять своим состоянием, формировать психическую устойчивость. Используя психолого-педагогический подход, необходимо прививать в семье, дошкольных, школьных и высших учебных заведениях стиль жизни, обеспечивающий формирование адаптационных способностей личности. То есть обеспечить психологическую устойчивость личности, способность человека посредством саморегуляции и самоуправления противостоять отрицательным факторам внешней среды, в том числе и экстремальным, не снижая продуктивности деятельности и не нанося ущерба своему здоровью.

Таким образом, в настоящее время, когда деструктивные формы поведения широко распространены в детской и подростковой среде, остро встает вопрос о мерах по предупреждению дезадаптаций и коррекции поведения школьников. Активизация работы специалистов в условиях ОУ позволит более эффективно осуществлять профилактические мероприятия.

ФИЗИЧЕСКОЕ И ДВИГАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ В КОНТЕКСТЕ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

В.Г. Каменская, Б.В. Каменский, Т.С. Грядкина

Институт детства РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

Дети младших возрастов участвовали в профилактических мероприятиях, цель которых – увеличение адаптационного ресурса и улучшение здоровья с помощью групповой и индивидуальной модели физического развития. Сравнение результатов тестовых испытаний детей дошкольного возраста, которые входили в экспериментальную группу (ЭГ, численность выборки - 40 детей) дополнительных занятий по фитболу, с детьми контрольной группы (КГ, численность выборки - 40 старших дошкольников) показало эффективность дополнительных занятий фитбол-гимнастикой для развития отдельных показателей двигательного развития детей, а также повышения адаптационного ресурса организма.

Большинство детей, посещающих подготовительные группы детского сада, имеют основную группу здоровья для занятий физкультурой - вторую группу здоровья. Наиболее распространенными патологиями являются: нарушение осанки, аденоиды, аллергические реакции, кариес.

У большинства детей подготовительных групп детского сада функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной системы соответствует возрастной норме. Развитие физических качеств (скоростные, скоростно-силовые, силовая выносливость, координационные способности) у детей подготовительных групп детского сада в начале учебного года находится на низком и среднем уровне.

Дети ЭГ и КГ в констатирующем эксперименте не имеют значимых отличий по исследуемым показателям, что в свою очередь позволило сделать вывод об однородности двух выборок.

После выполнения развивающей программы уровень развития двигательных качеств у мальчиков и девочек экспериментальных групп (ЭГ) статистически достоверно превышает уровень развития двигательных качеств у мальчиков и девочек контрольных групп (КГ) по всем показателям. Достоверно значимые отличия прироста результатов выявлены в тесте «проба Штанге» между мальчиками и девочками ЭГ и КГ; в тесте «проба Генчи» между девочками ЭГ и КГ, что свидетельствует о возрастании адаптационного ресурса после систематических двигательных тренировок в групповой модели занятий.

Аналогичная работа была выполнена в индивидуальной модели дополнительного физического развития старших дошкольников в варианте велотренажерных упражнений (общая численность выборки – 48 человек).

Установлено, что в результате тренировочного процесса (20-26 занятий) в соревновательной модели возрастает длительность пробы Штанге до величин, превышающих возрастные нормативы современных детей. Показано положительное влияние соревновательной модели упражнений на велотренажере на физическую работоспособность дошкольников. Установлено, кроме этого, что систематические тренировки на велотренажерах улучшают эффективность обеспечения физической деятельности детей и статус их физического и психологического здоровья.

Таким образом, эффективная профилактика социальной дезадаптации детей младшего школьного возраста возможна и необходима в дошкольном возрасте с помощью дополнительной к стандартной программе ГДОУ групповой и индивидуализированной системы дозированной физической нагрузки и двигательного развития.

МЕЖПРЕДМЕТНЫЕ СВЯЗИ НА ПРИМЕРЕ ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «ДРЕВНИЙ ЕГИПЕТ» ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

И.Б. Киселева, Ю.Е. Фомкина

ГСОУ № 663, Санкт-Петербург

В настоящее время значительное внимание уделяется вопросам совершенствования организационных, психолого-педагогических и методических подходов к повышению качества обучения подрастающего поколения,

а также вопросам социальной адаптации, реабилитации и интеграции лиц с различными отклонениями в интеллектуальном, психическом и физическом развитии.

Успех социальной адаптации и интеграции детей различными нарушениями зависит от глубины и качества знаний, умений и навыков, полученных ими в школе. Чем выше уровень сформированных знаний, тем легче ребенку приспособиться к условиям современного общества, найти в нем свою «нишу», почувствовать собственную значимость.

Известно, что пространственные представления и воображения у учащихся специальных (коррекционных) школ развиты чрезвычайно слабо. Наблюдается недоразвитие внимания, слабость обобщения и отвлечения. Школьники имеют ограниченный запас наблюдений, малый жизненный опыт. Учащиеся имеют слабые представления о величинах, не видят существенной разницы между ними.

Редко наблюдаются замены одних мер другими, например, единицы площади единицами измерения длины или объема и наоборот.

Несовершенство моторики, слабость мелких мышц руки является причиной трудности овладения навыками работы с линейкой, чертежным угольником и т.д.

Многие дети, даже обладая способностями очень медленно выполняют вычислительную работу (как устную, так и письменную), допускают ошибки в вычислениях, не всегда могут применить рациональные способы вычислений, затрудняются обосновать ход решения задачи.

Ученики не всегда проявляют интерес к предмету и желание активно работать на уроке. Многие школьники не понимают важности и необходимости усвоения знаний, их практической ценности.

Обучение в специальной (коррекционной) школе должно строиться не только на передаче ученикам определенной суммы знаний, но и развитие учащихся в процессе обучения. Другими словами, обучение должно быть развивающим.

Нами разрабатывается программный комплекс по межпредметным связям – география, история, математика, физика. За основу принят комплекс по Древнему Египту, на котором можно показать целостную картину мира – науку, искусство, архитектуру, музыку.

Один из самых интересных объектов Древнего Египта – пирамида. Существует интерактивный инструмент по математике, с помощью которого можно измерить расстояние и угол. Это позволяет изучать с учащимися такие, например, темы, как периметр и площадь треугольника, равенство и подобие треугольников, решение треугольников и многие другие вопросы не только планиметрии, но и стереометрии и тригонометрии. От математики в рамках межпредметных связей переходим к физики. Цель занятий по физики – это провести экскурсию в одну из пирамид. Чтобы не повредить древние фрески и не нарушить микроклимат внутри пирамиды необходимо воспользоваться фонариком. Для этого нужно собрать схему. В этом случае мы можем попасть в пирамиду.

Межпредметные связи для детей с ограничением по здоровью позволяют лучше усваивать уроки и показывают реальную взаимосвязь между предметами.

МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ КАК КОМПОНЕНТ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ

М.Г. Колесникова

Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования, Санкт-Петербург

Массовому применению мониторингов здоровья в системе образования, на наш взгляд, препятствуют следующие причины:

- большинство предлагаемых вариантов мониторинга направлено на исследование здоровья и развития учащихся, поэтому с их помощью нельзя провести системный анализ образовательной среды школы;
- отсутствуют ситуативные нормы, позволяющие определить место исследуемой группы субъектов мониторинга среди подобных социальных групп;
- проведение мониторинга в школе требует значительных кадровых и временных затрат;
- школьные специалисты не обладают соответствующей квалификацией для проведения, анализа и применения результатов мониторинга для оптимизации образовательной среды школы;
- приобретение аппаратурных комплексов требует значительных материальных затрат, что резко ограничивает круг участников мониторинга.

Успешная попытка преодоления этих проблем была предпринята ИВФ РАО. Специалисты этого института разработали физиолого-гигиенический и психофизиологический мониторинг состояния здоровья и учебной нагрузки учащихся, апробированный в рамках широкомасштабного эксперимента по совершенствованию структуры и содержания общего образования (2001-2005 гг.). Этот эксперимент, в значительной степени ориентированный на творческую активность участников, стимулировал разработку региональных моделей, которые развивали идеи авторов мониторинга.

В Санкт-Петербурге на основании мониторинга ИВФ РАО была разработана собственная Санкт-Петербургская модель мониторинга здоровьесозидающей образовательной среды (ЗОС) школы. В настоящее время данный мониторинг является компонентом «Программы развития региональной системы оценки качества общего и дополнительного образования детей Санкт-Петербурга на 2008-2010 гг.» (Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 04.12.2007 № 1535).

Мониторинг ЗОС можно определить как систему организации сбора, хранения, обработки, анализа и прогноза состояния здоровья обучающихся (воспитанников), а также распространения информации о здоровье

и образе жизни субъектов образовательного процесса, обеспечивающую непрерывное слежение за состоянием ЗОС школы и прогнозирование ее развития на основе единой базы данных.

Мониторинг задуман как многолетнее исследование (лонгитудинальная модель), в рамках которого наблюдается изменение факторов, влияющих на здоровье, и самих показателей здоровья учащихся (воспитанников). Такой подход обеспечивает возможность в течение ряда лет получить исчерпывающий срез информации, охватывающий весь период обучения в школе.

Цель мониторинга: сбор и анализ первичной информации для выявления результативности деятельности школы по сохранению и укреплению здоровья, повышению культуры здоровья участников образовательного процесса.

Условия его организации и проведения: ежегодный сбор и аналитическая обработка данных.

Субъекты: учащиеся (воспитанники) всех возрастных групп, класс (группа), педагогический коллектив школы.

Объекты: совокупность факторов внешней и внутренней среды школы; адаптивные возможности учащихся по отношению к этим факторам.

Участники: учащиеся всех ступеней обучения, их родители; педагоги, специалисты и представители администрации школы.

Методы: анкетирование, психологическое и моторное тестирование, анализ деятельности.

Несомненным достоинством данного мониторинга является возможность быстрой автоматизированной обработки данных и предъявление результатов каждой школы в графической и количественной форме. Для решения задачи оптимизации и ускорения сбора и обработки информации о результатах мониторинга разработана автоматизированная информационная система (АИС) на основе СУБД Microsoft SQL Server 2000. Вход в систему на условиях ограниченного доступа возможен с сайта «Служба здоровья в образовательных учреждениях» по адресу <http://szou.webmerit.ru>. На странице «Мониторинг» этого сайта ежегодно размещается информация о проведении очередного среза мониторинга.

Первичная автоматизированная обработка результатов мониторинга заключается в анализе одномерных данных, где в качестве описательных статистик выступают частотные распределения в абсолютном и процентном выражении. Это позволяет на основе анализа динамики средних значений сопоставить данные отдельных учащихся, классов, образовательных учреждений.

Для всех показателей мониторинга проводится также расчет ситуативных норм на процентной шкале коллективных оценок групп-кластеров (по В.Ф. Курлову). В границах интерквартильной нормы (между 25-й и 75-й персентильями) данные школы консолидированы с половиной всех обследуемых в оценке, которую можно условно назвать «нормальной».

Аналогично расположение между персентилями «0,75» и «0,9» или «0,9» и «max» сводит оцениваемые данные в 15% групп с «высокой» оценкой или 10% групп с «очень высокой» оценкой соответственно. Таким образом, специалисты конкретной школы могут достаточно точно определить его место в общем ряду данных.

В настоящее время в мониторинге участвуют 54 Санкт-петербургские школы разных типов и видов. В результате получены ситуативные Санкт-петербургские нормы, которые позволяют сопоставить данные мониторинга в школе по следующим критериям:

- в школе - по ступеням обучения: учащиеся 2-х классов (начальная школа), учащиеся 6-х классов (основная школа) и 11-х классов (старшая школа);
- в школе – в динамике отдельных срезов;
- частично - с имеющимися гигиеническими нормативами;
- с обобщенными данными других Санкт-петербургских школ, которые участвуют в мониторинге.

В результате выявляются ресурсы и проблемы школы, появляется возможность проектирования и оптимизации здоровьесозидающей деятельности школы на основании объективных и обоснованных выводов о степени достижения поставленных целей.

В ходе апробации мониторинга отработан алгоритм применения его результатов для оптимизации образовательной среды школы. При это эффективным организационным механизмом для построения ЗОС школы является служба здоровья – организационная форма взаимодействия специалистов по обеспечению условий для сохранения и укрепления здоровья всех субъектов образовательного процесса, развития культуры здоровья и формирования на ее основе здорового образа жизни. Первый (констатирующий) срез мониторинга дает возможность выявить актуальные проблемы и ресурсы школы по построению ЗОС с помощью применения SWOT-анализа. Команда службы здоровья проектирует деятельность школы по построению ЗОС, разрабатывает ее программу и обеспечивает общую подготовку педагогического коллектива и социальных партнеров (прежде всего родителей) к ее реализации. Результат этого этапа – рабочее планирование деятельности по реализации программы на следующий учебный год. Следующий диагностический срез мониторинга дает возможность выявить результативность здоровьесозидающей деятельности школы; это возвращает систему к анализу проектной ситуации, и разворачивается новый виток работы на следующий учебный год.

Дальнейшее развитие мониторингов здоровья в системе образования Санкт-Петербурга предполагает стандартизацию оценки здоровьесозидающей деятельности школы, согласовано существующих моделей мониторингов здоровья, создание единого электронного паспорта здоровья школьника.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ МОЛОДЕЖИ, СТРАДАЮЩЕЙ АЛКОГОЛИЗМОМ

В.В. Константинова, А.В. Яровинская

*Региональный лечебно-диагностический медицинский центр «Бехтерев»,
Благотворительный некоммерческий фонд поддержки здоровья населения,
антинаркотических и антиалкогольных инициатив «Здоровое будущее», Санкт-
Петербург*

Данные официальной медицинской статистики показывают, что употребление алкоголя достаточно широко распространено в молодежной среде. Ранняя алкоголизация молодежи приводит к формированию алкоголизма к возрасту 20-22 лет. В формировании саморазрушающих форм поведения могут участвовать особенности ценностных ориентаций молодых людей.

Теоретическими основами работы являются представления о значении ценностных ориентаций личности в формировании и развитии аддиктивного поведения. Многие исследователи обращают внимание на влияние системы ценностной ориентации индивида на способность успешной адаптации в обществе и реализацию личностью (здоровой или больной) своих актуальных социальных потребностей

Опираясь на существующие подходы к исследованию ценностей личности, можно допустить, что приобретенное в процессе социализации искажение ценностных ориентиров (шкалы ценностей) способствует развитию такого отношения к действительности, которое способствует формированию аддиктивных форм поведения, что, в свою очередь, приводит к дальнейшему искажению в восприятии реальности, специфическим изменениям в ценностно-смысловой сфере. Главным содержанием мотивационной перестройки становится превращение алкоголя в ведущий смыслообразующий мотив поведения, в то время как другие мотивы постепенно утрачивают побудительную и смыслообразующую силу [Д.А.Леонтьев, 1999,2007].

Как показал анализ ранней алкоголизации, при неблагоприятном развитии в юношеском возрасте ориентация на групповые ценности не переходит в более широкую гуманистическую ориентацию на общечеловеческие ценности и смыслы, и, при ограничении развития смысловой сферы группоцентрической ориентацией, развитие ценностно-смысловых ориентаций замыкается на алкогольной компании, разъединяющей личность с реальным миром.

Искажение ценностных ориентиров, формирование нереалистичных ожиданий от среды и самого себя достаточно ярко проявляется в клинической картине алкоголизма.

Цель исследования состояла в анализе ценностных ориентаций в клинической картине алкогольной зависимости у лиц в возрасте 20-25 лет со сформированной алкогольной зависимостью 1-й и 2-й стадии.

Материал и метод. Использовалась методика «Методика Ш. Шварца для изучения ценностей личности» (в адаптации Карандашева В.Н.). Для

уточнения психологических и социально-психологических механизмов формирования и проявления у пациентов (зависимых от алкоголя) ценностной ориентации и их субъективной оценки своей способности адаптироваться к реальности, использовались также стандартизированное наблюдение и полуструктурированное интервью.

Стаж активного употребления алкоголя у обследованных составил от 5 до 10 лет, таким образом начало активного употребления приходилось на возраст 14-15 лет, т.е. старшие классы школы или средне-специальное или профессиональное учебное заведение. Форма алкоголизации преимущественно запойно-периодическая или систематическая. Психологическое обследование проводилось на четвертый – шестой день пребывания в клинике РМДЛЦ «Бехтерев», после снятия симптомов интоксикации. Некоторые из больных, из выбранной для проведения исследования возрастной категории, поступали на детоксикационное лечение в стационар неоднократно с достаточно короткими промежутками времени, от 1 до 1,5 месяцев.

Испытуемые достоверно не различались по уровню образования, (преобладали больные со средним и средне-специальным образованием), семейному положению, характеру профессиональной занятости. В большинстве случаев, даже при наличии места работы, основным источником дохода считают содержание, поступающее от родителей, других взрослых родственников.

Данные, полученные в результате применения методики сравнивались с данными обследования находящихся на детоксикационном лечении больных алкоголизмом 1-й и 2-й стадии других возрастных категорий (26 - 30, 30 – 40, 40 – 50 и более лет).

К числу ведущих ценностей, в большинстве случаев, испытуемыми были отнесены такие типы ценностей, как «Самостоятельность», «Стимуляция», «Гедонизм», «Доброта», а к числу отвергаемых - «Власть», «Конформность» и «Безопасность», в то время как у испытуемых более старшего возраста «Самостоятельность», «Доброта», «Безопасность», а к числу отвергаемых - «Власть», «Конформность», «Стимуляция» и «Гедонизм». Субъективная оценка понятий у испытуемых, больше соответствует стереотипному представлению о «хорошем человеке». При этом у испытуемых усматривается противоречие между ранжированием типов ценностей по «нормативному идеалу» и по «профилю личности», что позволяет предположить наличие внутриличностного конфликта между «Я реальным» и «Я идеальным» в данной группе обследованных.

Помещение в разряд ведущих ценностей по нормативному идеалу типа ценности «Доброта», может свидетельствовать о высоком уровне потребностей в аффилиации, безопасных условиях среды, близости и доверия по отношению к родным и близкому социальному окружению. Тип ценностей «Доброта», при ранжировании по «профилю личности», хоть и не отвергается молодыми людьми, больными алкоголизмом, но помещается

на границе с отвергаемыми ценностями. Это позволяет предположить, что они считают для себя субъективно незначимым участие в близких, наполненных доверием отношениях, не принимают на себя ответственность за качество своей жизни и потребительски относятся к получаемым от ближнего социального окружения (семьи) материальным благам.

Практически всеми испытуемыми отвергается такой тип ценностей, как «Универсализм», т.е. понимание, терпимость, защита благополучия всех людей и природы. Поскольку эти ценности необходимы для полноценного общения и социальной ориентированности, можно отметить, что у больных алкоголизмом этой возрастной группы они развиты слабо, а в ряде случаев было отмечено, что ряд понятий, просто не понятны испытуемому, т.е. не наделены для больного личностным смыслом.

Также к отвергаемым ценностям молодые люди с алкогольной зависимостью относят «Достижения», т.е. личный успех, достигаемый с помощью проявления социальной компетентности и влекущий за собой социальное одобрение. В данном случае молодые люди, страдающие алкогольной зависимостью, демонстрируют безразличие к социальному одобрению, и заинтересованы в одобрении и поддержке группы со сходными ценностями, т.е. «компании собутыльников».

Поскольку испытуемые относят ценность «Стимуляция», наряду с ценностью «Самостоятельность» к ведущим ценностям, можно предложить, что поскольку молодые люди, больные алкоголизмом, безразличны к своему социальному статусу, они стремятся к новизне за счет переживаний впечатлений от экстремального поведения. Отмечено, что ценность «Стимуляция» намного чаще помещается в разряд ведущих ценностей молодыми людьми, в отличие от больных алкоголизмом других возрастных групп. Отвержение типа ценностей «Безопасность» при этом в поведении испытуемых проявляется как склонность выбирать потенциально рискованные способы времяпрепровождения, в том числе и беспечность по отношению к своему здоровью, желание совершать асоциальные поступки в соответствии с нормами своей неформальной группы. Высокая значимость типа ценности «Гедонизм» связана с экстремальным поведением для удовлетворения потребности в стимуляции, опрошенные испытуемые подтверждали свою неспособность получать удовольствие от времяпрепровождения без употребления и поиска экстремальных способов проведения досуга, даже если выбранное ими занятие являлось асоциальным или могло причинить ущерб им самим или окружающим людям. Молодые алкоголики подчеркивали необходимость употребления спиртного для проведения досуга, в противном случае они испытывали скуку либо затруднения в коммуникации со сверстниками.

Следует заметить, что ценность «Самостоятельность» может свидетельствовать не об автономности, самодостаточности личности, а, напротив, о так называемом «алкогольном своеволии», при котором мотивация личности проявляется в самостоятельном выборе в пользу болезни. «Самостоятельность» больного алкогольной зависимостью проявляется

в эмоционально ярком протесте против рекомендаций по выздоровлению, отрицании нуждаемости больного в помощи и скептическом отношении к лечению.

Противоречие между ценностями «Самостоятельность» и «Конформность» иллюстрирует обнаруженное у испытуемых незрелое желание достичь цели (изменить свое эмоциональное состояние) немедленно, отказ от контроля своего поведения и отсутствие трезвой оценки последствий незамедлительного удовлетворения своих импульсов, что подтверждается данными литературы о зависимом (аддиктивном) поведении. Так называемый алкогольный «срыв» (возврат к употреблению, рецидив заболевания), при рассмотрении в свете адаптивных перестроек личности больного, является искажением процесса приспособления больного к изменившимся условиям среды, в данном случае – к необходимости воздержания от употребления алкоголя.

Таким образом, параметры ценностной ориентации больных алкоголизмом позволяют предположить степень риска срыва, снижения уровня социально-психологической адаптации личности к реальной действительности.

Выяснение ценностных ориентаций больных алкоголизмом указанной возрастной группы позволит совершенствовать деятельность по профилактике и психологической реабилитации алкогольной зависимости, предположить степень риска срыва, снижения уровня социально-психологической адаптации личности к реальной действительности у лиц, имеющих алкогольную зависимость.

Учитывая, что в клинической картине заболевания алкоголизмом наблюдается ранняя алкоголизация (14-15 лет), мы считаем, что одним из факторов развития патологической зависимости от алкоголя служит несформированная идентичность личности подростка, отсутствие позитивного разрешения кризиса отрочества-юности. Взрослеющий молодой человек не приобретает навыков самоидентификации, ответственного поведения, не способен к трезвому, неискаженному восприятию реальности.

Во многом это обусловлено тем, что в последние два десятилетия население России живет в состоянии эмоционального напряжения, в попытках совладать с социальными и эмоциональными кризисами. Кризисное состояние не миновало и семьи, многие из которых являются дисфункциональными. Преобладание неконструктивных способов взаимодействия в семье, таких как гиперопека и гиперконтроль с одной стороны, и депривация эмоциональной близости, жестокость, ведущая к потере ребенком доверия к взрослому миру, с другой стороны, влияют на неблагоприятное развитие личности ребенка, подростка. Неблагополучными могут быть признаны семейные отношения, в которых ребенок не имеет возможности сформировать здоровую систему ценностей, а надежность и доверительность подменяются удовлетворением исключительно материальных запросов, либо если ребенок проходит

процесс социализации в условиях, когда стремление ребенка, подростка к самостоятельности и автономности подавляется гиперответственными и склонными к сверхопеке родителями. Такие неконструктивные способы воспитания создают условия для искажения системы ценностных ориентаций у молодого человека, что в свою очередь влияет на адаптивность человека даже в зрелый (биологически) период его жизни.

На основании этого мы полагаем, что эффективной мерой профилактики ранней алкоголизации юношества и развития у них алкогольной зависимости может стать установление здоровой, доверительной эмоциональной обстановки в семье, осознание границ ответственности членов семьи, вдумчивое отношение родителей к развитию у ребенка личной позитивной ответственности, поддержка его самостоятельности, обучение навыкам конструктивного совладания с жизненными ситуациями.

РЕБЕНОК ГРУППЫ РИСКА В СОВРЕМЕННОЙ ШКОЛЕ:

«ЖИТЬ, ЧТОБЫ УЧИТЬСЯ» ИЛИ «УЧИТЬСЯ, ЧТОБЫ ЖИТЬ»?

А.Н. Корнев

Санкт-Петербургская педиатрическая медицинская академия

«Корень ученья горек, а плод его сладок»

Исократ

«Дайте детству созреть в детстве»

Жан-Жак Руссо

Одним из показателей зрелости социума, сформированности его гуманистического потенциала является отношение к детству. Есть много оснований для того, чтобы сообщество детей рассматривать как самостоятельную социальную группу, субкультуру (2). С культурологической и философской точки зрения субкультуры детей и взрослых находятся в противостоянии. Если рассматривать детство, как самостоятельное явление на жизненном пути, а не подготовительный этап к взрослости, то становится очевидным наличие конфликта интересов детей и взрослых. К сожалению, взрослые редко смотрят на это так объективно. Большинство в обращении с детьми следуют известному принципу «цель оправдывает средства». Наблюдения за процессом реализации этого принципа в образовательной политике России наводят на весьма мрачные размышления, о которых и пойдет речь ниже.

За последние 10-15 лет статистические показатели психического здоровья неуклонно ухудшаются. Об этом свидетельствуют материалы ежегодных докладов о состоянии здоровья (1,5). Причин такого снижения много: ухудшение качества жизни значительной части населения, сохранение социальной нестабильности и напряженности, снижение качества медицинского обслуживания и в частности родовспоможения, негативные тенденции в развитии таких образовательных институтов, как детский сад и школа.

Дети – своего рода живой барометр, чутко улавливающий психологический климат в макро- и микросоциуме. В годы нестабильности в России, в периоды социальных и экономических потрясений психологи отмечали

рост тревожности в детской популяции (4). Особенно чувствительны к социальным кризисам так называемые «дети группы риска». Это понятие имеет в психиатрии широкую и узкую трактовку. В узком смысле слова к группе риска относят детей, находящихся на стадии препатологии. У них еще нет клинически очерченной патологии, но существует ряд функциональных неблагополучий, делающих их повышенно уязвимыми к социально-психологическим неблагополучиям. При неблагоприятном стечении обстоятельств препатология трансформируется в патологическое состояние, приводящее к социальной дезадаптации. Многолетние скрининг-исследования дошкольников (всего около 10 тыс. детей), которые проводились под нашим руководством, показывают, что число таких детей варьирует от 50-до 70%. При своевременном проведении комплексной программы психопрофилактики более 2/3 из них в дальнейшем развиваются благополучно. Однако в современной практике это происходит редко. Система раннего выявления детей группы риска в массовых масштабах не используется.

В широком смысле слова «группой риска» зачастую называют субпопуляцию детей с клиническими проявлениями психических расстройств или аномалий. В неблагоприятных социально-психологических условиях такие дети кроме первичных аномалий развития, психических расстройств приобретают вторичные нарушения, осложняющие первичное расстройство. Это может значительно утяжелить дезадаптацию, а в ряде случаев привести к инвалидизации. Согласно статистическим данным по Санкт-Петербургу число детей до 14 лет инвалидов по психическому заболеванию увеличилось по сравнению с 2008 г.на 7%. Психические заболевания многие годы стабильно занимают первое место в структуре заболеваний, явившихся причиной инвалидности (1).

Душевное благополучие ребенка, как известно, зависит от ряда внутренних и внешних факторов. Среди них первостепенное значение имеют два ряда обстоятельств: природные задатки, врожденные свойства центральной нервной системы и средовые условия, в которых происходит развитие ребенка. От того, как соотносятся друг с другом эти две компоненты зависит, в конечном счете, все, что принято относить к показателям психического здоровья и благополучия. Изменения, которые произошли в России за последние 25 лет, не лучшим образом отразились как на физиологических показателях здоровья детей, так и на микро-и макросоциальных условиях жизни. к микросоциальным аспектам мы относим микроклимат в семье и особенности детско-родительских отношений. к макросоциальным – социальный климат в обществе в целом, который в концентрированной форме проявляется в таком его институте, как образовательное учреждение (детский сад и школа).

Эволюция современной системы дошкольно-школьного образования происходит в 3 направлениях: а) интенсификация обучения, б) теоретизация обучения, в) формализация отношений между учителями и детьми. В совокупности это ставит детей со своеобразием развития, нестандартных

и в том числе детей группы риска (в узком смысле этого понятия) в неравные условия в сравнении с другими детьми. Это лишает их возможности реализовать свой интеллектуальный и личностный потенциал. Право на индивидуальный подход, помощь и поддержку, заявленное в Законе об образовании, на самом деле реализуется весьма редко: в тех случаях, когда учитель просто по своим человеческим качествам не может не помочь слабому. Значительно чаще реализуется негласное правило: «спасение утопающих – дело рук самих утопающих». Добавим к этому – и их родителей.

Проиллюстрируем это на примере детей, страдающих дислексией. Дислексия это стойкая неспособность овладеть навыком чтения, несмотря на нормальный общий уровень обучаемости (3). Из всех видов отклонений в развитии у детей дислексия представляется нам одной из самых болезненных проблем. Такие дети, и став взрослыми, читать почти не умеют. В современном мире, насыщенном разнообразными текстами, такой недуг ставит человека в родной стране в положение иностранца, не владеющего языком. Навык чтения, пожалуй, самый востребованный из всех академических навыков, которые осваиваются в школе. Наши исследования показали, что в школьной популяции примерно 10% детей читают намного хуже сверстников. Половина из них (т.е. 5% детей) почти не имеет шансов научиться читать настолько, чтобы пользоваться этим навыком для практической надобности. При этом осведомленность населения, врачей и учителей о существовании такого недуга крайне низка. Исключение составляют логопеды и психиатры.

На протяжении всего периода обучения в школе такие дети испытывают стойкие трудности сначала в освоении грамоты, а позже – в работе с учебниками. Это вызывает серьезные фрустрационные переживания, которые в ряде случаев приводят к формированию т.н. «фобии чтения» и «школьной фобии». По данным наших исследований, более 2/3 детей с дислексией имеют сопутствующие пограничные психические нарушения. Это согласуется и исследованиями западных специалистов (7-9). Значительная часть этих расстройств имеет вторичный характер, психогенное происхождение. Их выраженность прямо связана с со степенью жесткости требований социума в лице учителей и родителей, качеством и своевременностью оказываемой помощи. Регулярную помощь такие дети могут получить только в тех случаях, когда они оказываются в коррекционных классах или школах. Во всех прочих случаях они получают лишь кратковременную помощь (в течение 1-2 лет) или не получают ее совсем. Это приводит их к социальной дезадаптации, которая может проявляться как в форме невротических нарушений, так и в виде нарушений поведения и делинквентности¹.

Согласно данным, полученным в 80-х годах группой ученых НИИ Бехтерева под руководством профессора А.Е. Личко, среди факторов, про-

¹ *Делинквентность – отклоняющееся поведение, мелкие правонарушения, не достигающие уголовно наказуемой степени.*

воцирующих раннюю наркотизацию и алкоголизацию, одно из первых по частоте мест занимает хроническая школьная неуспеваемость. Если добавить к этому данные западных ученых о распространенности дислексии среди малолетних правонарушителей доходящей до 30-50% (в общей популяции – 15%), то связь между дислексией и определенной долей подростковой делинквентности. Анализ таких связей актуален, поскольку эпидемиологические показатели подростковой алкоголизации начиная с 2003 г. неуклонно растут. В отчете Комитета по здравоохранению за 2009г. отмечается, что процент алкоголизирующихся подростков (зарегистрированных в медучреждениях) в 7 раз выше, чем в среднем по всему населению. В 2008 г. это соотношение составляло 1:5 (1).

Таким образом, социально значимой задачей является организация системной медико-психологопедагогической помощи детям с дислексией в сочетании с программой вторичной психопрофилактики и социальной защиты. В большинстве развитых стран социальная защита выражается в предоставлении комплекса законодательно гарантированных льгот, создающих щадящие условия обучения в школе. Ниже приводится краткий перечень таких льгот **(6)**:

- Право не участвовать в чтении вслух перед всем классом
- Право пользоваться компьютером на уроке при выполнении письменных работ
- Замена письменных заданий на устные
- Право пользоваться диктофоном на уроке вместо конспектирования
- Право на дополнительное время при выполнении письменных работ
- Право пользоваться словарем в классе
- Право на бесплатную коррекционную помощь логопеда и психолога в необходимом объеме

В России до настоящего времени не существует даже закона о специальном образовании для детей с ограниченными возможностями обучения, в котором подобные льготы могли бы быть прописаны. Поэтому гарантированного права даже на некоторые из них дети с дислексией не имеют.

ПРАКТИКА ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (НА ОСНОВАНИИ АНКЕТИРОВАНИЯ МАТЕРЕЙ)

Н.В. Костычева, Т.А. Крутых, Т.А. Кузнецова

*ГОУ ВПО «Орловский Государственный университет» Медицинский институт,
Орел*

Цель исследования: проанализировать практику вскармливания новорожденных в родовспомогательных учреждениях (на основании анкетирования матерей).

Материал и методы: проведено анкетирование 63 матерей г. Орла и Орловской области по оригинальным анкетам, которые кроме общих

данных, призваны оценить установки женщин на грудное вскармливание до родов, отношение к искусственным смесям, источники информации о заменителях грудного молока и факторах, явившихся причиной перевода ребенка на искусственное вскармливание (ИВ). Из числа опрошенных женщин: 90,5 % — жительницы Орла; 9,5 % — области; в возрасте 20–29 лет — 78 %; 30–40 летних — 22 %; 64 % — имеют высшее образование, 30 % — среднее специальное; 6 % — среднее; 62 % занимались умственным трудом, 19 % — физическим; 19 % — домашним хозяйством. Имели первого ребенка 73 % опрошенных; 27 % — 2-х и более детей.

Результаты: каждая третья кормила грудью более 6 мес.; 68 % женщин ввели ребенку ИВ в течение 6 мес. жизни. Сравнивались две группы женщин: I группа (48%) — роженицы, кормившие грудью новорожденных в родильном зале от 5 до 30 мин.; II группа (52 %) — женщины, которым принесли кормить ребенка грудью через 12–48 ч. после родов. В I группе в 57 % случаев лактация сохранилась до 6 мес. и более. В II группе — лишь в 15 % случаев ($p=0,024$). Изучение установок на грудное вскармливание показало следующее: собирались кормить грудью не менее 1 года 70 % опрошенных, сомневались в достаточной лактации — 16 %, не собирались кормить грудью — 14 %. Из имевших положительную установку на грудное вскармливание, кормили грудью до 6 мес. и более 37 %; в случае сомнения в достаточности лактации — 16 %, в группе женщин без установок на грудное вскармливание 8 % кормили грудью не менее 6 мес. В 68 % случаев переход на ИВ рекомендовал врач, в 16 % случаев при гипогалактии переход на ИВ посоветовали знакомые; в 16 % случаев — под влиянием СМИ и популярной литературы.

Выводы: таким образом, каждый второй ребенок в возрасте до трех месяцев имеет риск перехода на ИВ из-за несоблюдения рекомендаций ВОЗ/ЮНИСЕФ и Национальной программы по вскармливанию детей первого года жизни (2009г.); из-за недостаточной мотивации матерей на грудное вскармливание; недопустимой информации со стороны СМИ о возможности адекватной замены грудного молока искусственными смесями.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ГРУППОВЫХ ОТНОШЕНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ 10-12 ЛЕТ

С.А. Котова, М. Редина

Институт детства РГПУ им.А.И.Герцена, Санкт-Петербург

Младший школьник – это человек, активно овладевающий навыками общения. В этот период происходит интенсивное установление дружеских контактов. Приобретение навыков социального взаимодействия с группой сверстников и умение заводить друзей является одной из важных задач развития на этом возрастном этапе, утверждает Я.Л.Коломинский.

И.В.Дубровина отмечает, что к концу младшего школьного возраста происходит качественная перестройка как самих межличностных отно-

шений, так и их осознание. Это связано с возникновением в этот период потребности занять определенное положение в группе сверстников. Напряженность этой новой потребности, возрастающая значимость мнения сверстников являются причиной неадекватности оценки своего места в системе межличностных отношений. О возрастающей роли сверстников к концу младшего школьного возраста свидетельствует и тот факт, что в 9 – 10 лет школьники значительно острее переживают замечания, полученные в присутствии одноклассников, становятся более застенчивыми, начинают стесняться не только незнакомых взрослых, но и незнакомых детей своего возраста.

На процесс развития личности огромное влияние оказывает характер складывающихся групповых отношений, их направленность, психологический климат, сплоченность и ценностное единство.

Курт Левин определял сплоченность как тотальное поле сил, формирующее у участников чувство принадлежности к группе и желание в ней остаться. В современной психологии под сплоченностью понимают характеристику взаимного тяготения членов группы друг к другу и к группе в целом. Высокий уровень сплоченности включает в себя благоприятный психологический климат, доброжелательный фон взаимоотношений, эмоциональное сопереживание. Группы, отличающиеся высоким уровнем сплоченности, имеют меньше проблем в межличностном общении, меньше недопонимания, напряженности, враждебности и недоверия, они быстрее достигают целей, отличаются взаимовыручкой и взаимоподдержкой. Члены таких групп больше и эффективнее общаются между собой, открыты для влияния друг на друга, легче переносят враждебность в группе, придают большую ценность групповым целям, они активнее при обсуждении проблем, менее подвержены срывам, испытывают меньшую тревожность.

Система личностных отношений является наиболее эмоционально насыщенной для каждого школьника, поскольку связана с его оценкой и признанием как личности. Поэтому неудовлетворительное положение в группе сверстников переживается детьми очень остро и нередко является причиной неадекватных аффективных реакций, которые порождают неодобрение со стороны учителя, недоброжелательные отношения со стороны одноклассников, могут способствовать напряженным отношениям в семье, которые усугубляются и могут перерасти к подростковому возрасту в формы девиантного и делинквентного поведения.

Целью исследования стало изучение динамики межличностных отношений младших школьников в старших классах начальной школы.

Задачи констатирующего исследования:

- определение особенностей микроклимата класса,
- выявление «не принимаемых» в группе детей,

- определение сплоченности группы и зоны социального риска.

В соответствии с целью и задачами исследование было организовано лонгитюдным методом. Нами проводились замеры в двух 3-их классах (май 2009) и 4-ых (март 2010) общеобразовательной школы № 564 Адмиралтейского района. В исследовании участвовало 46 учеников 3х классов и 51 ученик 4х классов.

Основным методом диагностического исследования был выбран метод социометрии, традиционно используемый в социально-психологических исследованиях для изучения внутригрупповых межличностных отношений. Этот метод был дополнен наблюдениями исследователя и экспертным мнением учителей и заданиями из проективной методики (теста Рене Жиля), направленных на изучение межличностных отношений в среде сверстников.

Таблица 1

Количественные и процентные показатели динамики групповых статусов

Статусы	Количественные и процентные показатели			
	3 а класс	4 а класс	3 б класс	4 б класс
<i>Лидер</i>	2 -8%	1 -4,5%	4 - 15,5%	1 -3,5%
<i>Предпочитаемые</i>	5 -20%	6 -27,2%	5 -19,2%	2 -7,1 %
<i>Принимаемые</i>	8 -32%	4 -18,1%	6 -23 %	8 -28,5%
Пренебрегаемые	6 -24%	4 -22,7%	8 -30%	14 -50%
Отвергаемые	4 -16%	6 -27,2%	1 -3,8%	3 -10,7%

Из таблицы 1 видно, что значимое количество детей занимают низкостатусное положение. С возрастом количество детей группы социального риска имеет тенденцию к росту. Показатель эмоциональной сплоченности в 3 классе составил 0,4, в 4 классе снизился до 0,1, что говорит об ухудшении эмоционального климата данной группы.

Из данных таблицы 2, можно сделать вывод об увеличении количества детей, занимающих конструктивную позицию во взаимодействии с другими детьми с 26% до 49%. Эти результаты, на наш взгляд, отражают возрастную динамику социального развития учащихся и освоение ими конвенциональных правил поведения. Тем не менее, сохраняется достаточно значительное количество школьников со слабым контактом со сверстниками и с педагогом; детей занимающих безразличную, отчужденную позицию в конфликтных ситуациях, воспринимающих себя в позиции жертвы.

В целом по проведенному исследованию, можно сделать вывод, что как в 3, так и в 4 классе имеются дети с низким социальным статусом, не умеющие контактировать с детьми класса, с педагогом, что затрудняет дальнейшую социальную адаптацию, большинство из них не стремится войти в классный коллектив, который их отталкивает. Такая ситуация опасна тем, сто это предподростковый возраст, где на первый план начинает выходить общение со сверстниками, в котором ребенку важно быть

признанным другими детьми. Эта неудовлетворенность своим социальным статусом, занимаемым в классной группе, скорее всего приведет детей к развитию отчужденной, закрытой позиции, а возможно и некоторых

Таблица 2.

Динамика диапазона социальных позиций младших школьников (в %) по методике Р. Жила

№ карт инк и	Критерии	Количественные и процентные показатели						Динамик а
		3 «А»	4 «А»	3 «Б»	4 «Б»	3 а+б	4 а+б	
1.	Избегание контактов	7 – 30%	2 – 14,2%	1 – 4,3%	0	17,3%	4,8%	Снизился
	Конструктивная позиция	4 – 17,3%	5 – 35,7%	8 – 34,7%	15 – 55,5%	26%	48,7%	Вырос
	Склонность к асоциальным формам поведения	4 – 26%	0	2 – 8,6%	1 – 3,7%	13%	2,4%	Снизился
	Пассивная, безразличная Жертва	5 – 21,7%	5 – 35,7%	9 – 39%	6 – 22,2%	30,4%	26,8%	Снизился
		3 – 13%	2 – 14,2%	3 – 13%	4 – 14,8%	13%	14,6%	Вырос
2.	<i>Социальная дистанция с учителем:</i>							
	близкая	17 – 74%	10 – 71,4%	15 – 65,2%	17 – 63%	69,5%	65,5%	Снизился
	средняя	4 – 17,4%	1 – 10%	4 – 17,3%	3 – 11,1%	17,3%	7,7%	Снизился
	дальняя	2 – 8,6%	3 – 21,4%	4 – 17,3%	5 – 18,5%	10,8%	19,5%	Вырос
	<i>Контакт педагогом:</i>							
	сильный	9 – 39%	5 – 35,7%	12 – 52,1%	9 – 33,3%	45,6%	34,1%	Снизился
	слабый	12 – 52,1%	6 – 60%	10 – 43,7%	14 – 52%	47,8%	48,7%	Вырос
отсутствие контакта	2 – 8,6%	3 – 21,4%	4 – 17,3%	5 – 18,5%	13%	19,5%	Вырос	
3.	Включен в группу детей	13 – 56,5%	7 – 50%	10 – 43,7%	12 – 44,4%	50%	46,3%	Снизился
	Дистанцируется	9 – 39%	7 – 50%	13 – 56,5%	15 – 55,5%	47,8%	53,6%	Вырос
	<i>Социальная дистанция:</i>							
	близкая	12 – 52,1%	7 – 50%	7 – 30%	12 – 44,4%	41,3%	46,3%	Вырос
	средняя	9 – 39%	4 – 28,5%	12 – 52,1%	12 – 44,4%	45,6%	39%	Снизился
	дальняя	0	3 – 21,4%	4 – 17,3%	3 – 11,1%	8,6%	14,6%	Вырос
	сверх-позиция	2 – 8,6%				4,3%	0	Отсутствует
	<i>Контакт педагогом:</i>							
	сильный	12 – 52,1%	8 – 57,1%	9 – 39%	13 – 48%	45,6%	51,2%	Вырос
	слабый	7 – 30%	3 – 21,4%	10 – 43,7%	10 – 37%	37%	31,7%	Снизился
	отсутствие контакта	2 – 8,6%	3 – 21,4%	4 – 17,3%	4 – 15%	13%	17%	Вырос

к поиску другой референтной группы, которая может носить асоциальный характер.

Кроме того, тревожной выглядит ситуация развития дистанцирования с учителем в учебной ситуации, что не может не сказываться на процессе учебной деятельности.

В целом можно констатировать, что развитие межличностных отношений развивается крайне слабо, учебные группы продолжают сохранять низкий уровень групповой организации при низкой групповой сплоченности (показатели отчужденности и дистанцирования имеют тенденцию к росту) и холодном эмоциональном климате. Значимой разницы в характере межличностных и групповых отношений в исследуемых классах не обнаружено.

Считаем, правомерным вывод о недостаточности созданных педагогом условий для обеспечения положительного роста групповой динамики и необходимо оптимизировать воспитательную работу в классах с целью профилактики развития социальной напряженности, отчужденности и излишнего конформизма.

ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ УЧАЩИХСЯ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ИЗ НАЧАЛЬНОЙ В СРЕДнюю ШКОЛУ

С.А. Котова, И.В. Артеева

Институт детства РГПУ им. А.И.Герцена, Санкт-Петербург

До недавнего времени число научных исследований, посвященных психологическим особенностям пятиклассников и их адаптации к условиям обучения в средней школе, было невелико (Д.Б. Эльконин, Т.В. Драгунов, А.М. Прихожан, Т.Н. Юферева, Е.В. Новикова и др.). В последнее время интерес исследователей к проблеме адаптации детей в данный период школьной жизни значительно возрос, появились работы таких авторов, как Г.А. Цукерман, О.А. Сизова, Л.А. Ясюкова и др.. Однако методическое обеспечение деятельности психологов и социальных педагогов образовательных учреждений по организации психолого-педагогического сопровождения учащихся на этапе перехода в среднюю школу в основном продолжает базироваться преимущественно на обобщении практического опыта специалистов, накопленного в условиях современной массовой школы (М.Р. Битянова, Т.В. Азарова, Е.И. Афанасьева, Н.Л. Васильева, Е.А. Осипова, Н.Л. Сомова, Е.И. Данилова, Е.Г. Коблик и др.), а не на результатах целенаправленных научных исследований. Многие вопросы, такие как оценка психоэмоционального состояния учеников при переходе в среднюю школу, его влияние на адаптацию к новым условиям образовательной среды, состояние предшествующее переходу (четвероклассников) изучены недостаточно глубоко.

Общепринятой точкой зрения в литературе на переход из начальной школы в среднюю является то, что трудности возникают в пятом классе, то есть уже после перехода. Мы предприняли попытку доказать, что

проблемы при переходе начинаются раньше фактического перехода, то есть в четвертом классе, и выражаются в психоэмоциональном состоянии детей.

Для оценки психоэмоционального состояния использовали детский вариант опросника Айзенка, адаптированный Зверевой С.В. Исследование проводилось на базе средней школы № 19 Василеостровского района г.Санкт-Петербурга. В исследовании принимали участие 58 учеников: 25 учеников 4 класса и 33 ученика 5х классов, среди них в 4 классе – 10 девочек и 15 мальчиков, в 5х классах – 13 девочек и 20 мальчиков. Диагностика проходила в феврале-марте (III четверть).

В российском образовании уже не один год наблюдается отрицательная динамика состояния здоровья всех участников образовательного процесса. Не является, к сожалению, исключением и наш вуз.

Цель нашего исследования заключалась в следующем: определение готовности студентов вести здоровый образ жизни и содействие формированию у студентов общекультурных компетенций в области здоровья, путем оценки качества индивидуального образа жизни.

В ходе анализа полученных в результате диагностики данных, по опроснику Айзенка у четвероклассников были выявлены достаточно высокие показатели по шкалам нейротизма и психотизма, по сравнению с пятиклассниками.

Таблица.

Сравнительный анализ данных по опроснику Айзенка учеников 4-х и 5-х классов

<i>Класс</i>	<i>Экстраверсия (баллы)</i>	<i>Психотизм (баллы)</i>	<i>Нейротизм (баллы)</i>	<i>Контроль (баллы)</i>
<i>4 класс</i>	<i>9±2,2</i>	<i>8,9±2,6</i>	<i>10,6±2,2</i>	<i>2,4±2</i>
<i>5 класс</i>	<i>9,8±1,4</i>	<i>5,4±1,5</i>	<i>6,4±2,6</i>	<i>1,5±0,9</i>

Эти данные говорят о предрасположенности четвероклассников к неадекватности эмоциональных реакций, высокой конфликтности, неконтактности. Ученики 4 класса эмоционально менее стабильны и характеризуются чрезвычайной нервностью, неустойчивостью, склонностью к быстрой смене настроений (лабильности), чувством виновности и беспокойства, озабоченности, депрессивных реакциях, рассеянности внимания. Необходимо поддержать большинство учеников 4 класса, т.к. у лиц с высокими показателями по шкале нейротизма в неблагоприятных стрессовых ситуациях высок риск развития невроза.

Высокий уровень эмоционального напряжения и стресса в III-IV четверти у учащихся четвертых классов мы связываем с недостаточной подготовкой к переходу в среднюю школу. Нами разработана специальная дополнительная программа, в рамках которой школьники обучаются приемам и методам овладения своим волнением, застенчивостью, страхами, формируют умения управления своими эмоциями. Посредством выполнения заданий, как индивидуальных, так и групповых, повышается уверенность в себе, сво-

их силах, формируется умение объективно оценивать свои возможности. Всех этих результатов мы добиваемся с помощью использования психогимнастических упражнений и релаксационных методик, игр по станциям (например, через специально разработанную нами игру «Дорога в 5 класс»).

Задачи программы: снижение уровня школьной тревожности; обучение детей приемам релаксации и эмоциональному совладанию с напряженными ситуациями; развитие социальных и коммуникативных умений, необходимых для установления межличностных отношений друг с другом, с будущими учителями и другими сотрудниками школы; формирование представлений о новой учебной ситуации в средней школе;

Программа включает цикла из 7 занятий, каждое рассчитано на 40-45 минут и проводится раз в неделю. Проводить занятия может как школьный психолог, так и социальный педагог.

Структура занятий разнообразна, но занятие всегда начинается с ритуала приветствия («Палец вверх!») и заканчивается ритуалом прощания («Аплодисменты по кругу»). Эти ритуалы будут играть важную роль в сплочении детей, будут островком постоянства, который необходим для детей с высокой эмоциональной напряженностью, высоким уровнем тревожности (по нашим данным, это не маленькое количество учащихся). Также в каждом занятии будут присутствовать релаксационные методики, которые необходимы для коррекции эмоционального напряжения учеников.

Так как эмоциональное напряжение четвероклассников связано с неизвестностью, с незнанием того, что их ждёт в пятом классе, будут занятия, на которых они смогут узнать больше о средней школе, о своих будущих учителях. Планируется проведение занятия, в котором будут участвовать учителя будущих четвероклассников.

ЗАНЯТИЕ 1 «Давайте знакомиться!»

Цель: знакомство и установление контакта с детьми, создание доброжелательной и безопасной обстановки.

Упражнение «Давайте знакомиться»: Дети становятся в круг. Ведущий начинает игру словами: «Ты скорее поспеши. Как зовут тебя, скажи...», бросая при этом мяч одному из игроков. Тот ловит мяч, называет свое имя, потом он бросает мяч другому игроку, при этом снова произносятся слова: «Как зовут тебя, скажи ...» и т.д. (На следующих занятиях вместо этой игры будет игра «Палец вверх!»)

Упражнение «Лимон».

Инструкция: Сядьте удобно: руки свободно положите на колени (ладонями вверх), плечи и голова опущены, глаза закрыты. Мысленно представьте себе, что у вас в правой руке лежит лимон. Начинайте медленно его сжимать до тех пор, пока не почувствуете, что «выжали» весь сок. Расслабьтесь. Запомните свои ощущения. Теперь представьте себе, что лимон находится в левой руке. Повторите упражнение. Вновь расслабьтесь и запомните свои ощущения. Затем выполните упражнение одновременно двумя руками. Расслабьтесь. Насладитесь состоянием покоя.

Упражнение «Будь дружелюбным»

Инструкция: Знаете ли вы какого-нибудь человека — ребенка или взрослого — который как будто распространяет вокруг себя дружелюбие, и рядом с которым вы сами становитесь дружелюбнее? Как вы видите и чувствуете, что этот человек дружелюбен? Знаете ли вы человека, который иногда всем своим видом нагоняет на вас угрюмость или враждебность? По каким признакам вы можете это заметить? В каких ситуациях вы сами чувствуете себя особенно дружелюбными?

Сядьте поудобнее и закройте глаза. Сделайте три глубоких вдоха и выдоха...

Представь, что тебе надо принять участие в постановке детского театра. Ты будешь исполнять главную роль в пьесе для детей. В пьесе тебя зовут Дружелюбный. Ты должен будешь показать публике, как выглядит дружелюбный, доброжелательный человек: как он или она одевается, как смеется, как что-то делает. Поэтому первым делом ты идешь к стоящему за сценой большому шкафу с одеждой и ищешь себе подходящий для этого спектакля костюм. Если ты готов примерить одежду, подними руку. (Дождитесь, пока все дети подадут вам этот сигнал готовности.)

Теперь рассмотри все костюмы и выбери себе тот, который будет носить на сцене твой персонаж. Ты можешь попробовать разные варианты. Ищи одежду, цвет и фасон которой тебе нравятся. Если какая-то вещь тебе не нравится, попробуй другую, более, на твой взгляд, подходящую для роли Дружелюбного. Когда ты полностью оденешься для своей роли, сделай мне знак рукой...

Теперь представь себе, что режиссер показывает тебе, как должен стоять на сцене твой герой. Выйди на середину сцены и слушай, что говорит тебе режиссер. Как должен выглядеть Дружелюбный? Насколько ярко должны сиять твои глаза? Насколько широкой должна быть твоя улыбка? Что тебе надо делать руками? Как ты должен стоять? Должен ли ты передвигаться как-то по-особому? Должен ли ты по-особому говорить? Попробуй сейчас стать Дружелюбным. Дай мне знак, когда войдешь в свою роль... (Снова дождитесь, пока получите знаки от всех детей.) Хороший актер испытывает чувства того персонажа, которого играет. Ты можешь стать Дружелюбным всем своим телом. Вдохни поглубже воздух и почувствуй, как ты становишься Дружелюбным с головы до пят. Когда ты это почувствуешь, снова подай мне знак...

Теперь ты готов к тому, чтобы играть свою роль, и я знаю, что ты сможешь воодушевить всех ребят в зрительном зале. Наслаждайся этой чудесной ролью. И запомни, что ты теперь всегда сможешь быть дружелюбным и доброжелательным по отношению ко всем людям. Ты теперь знаешь, как это можно сделать. Скажи самому себе: «Я дружелюбен с головы до пят» и выходи...

Если хочешь, можешь позднее снова вернуться на сцену и попробовать делать все то, что любит делать Дружелюбный. А сейчас я хочу, чтобы ты

тепло попрощался с режиссером. Так же по-доброму попрощайся со всеми детьми в зрительном зале и пообещай им, что еще покажешь своего Дружелюбного...

Возвращайся к нам в класс. Выпрямись, потянись, пошевели пальчиками рук и ног, сделай глубокий вдох и выдох. Теперь открывай глаза, и вот ты снова здесь, в классе. (Если хотите, Вы можете попросить детей придумать сцену из воображаемой пьесы, где Дружелюбный должен будет показать, что носит это имя по праву.)

Анализ упражнения. Ведущий задает вопросы: Как ты оделся, когда был Дружелюбным? Покажи нам, как ты стоял и двигался, когда был Дружелюбным. Расскажи о том, что ты испытал, когда был Дружелюбным. Можешь ли ты быть дружелюбным в своей повседневной жизни: дома, с друзьями, с учителем?

Упражнение «Объятия».

Инструкция: Сядьте, пожалуйста, в один большой круг. Кто из вас еще помнит, что он делал со своими мягкими игрушками, чтобы выразить свое хорошее отношение к ним? Правильно, вы брали их на руки. Я хочу чтобы вы все хорошо относились друг другу и дружили между собой. Естественно, иногда можно и поспорить друг с другом, ведь когда люди дружны, им проще переносить обиды или разногласия. Я хочу, чтобы вы выразили свои дружеские чувства к остальным ученикам, обнимая их. Быть может, будет такой день, когда кто-нибудь из вас не захочет, чтобы его обнимали. Тогда дайте нам знать, что вы хотите пока просто посмотреть, но не участвовать в игре. Тогда все остальные не будут трогать этого ребенка. Я начну с легкого, совсем маленького объятия и надеюсь, что вы мне поможете превратить это объятие в более крепкое и дружеское. Когда объятие будет доходить до вас, любой из вас может добавить в него энтузиазма и дружелюбия, чтобы мы все сделали наши хорошие взаимоотношения еще более крепкими.

Проверьте, хочет ли сидящий рядом с вами ребенок участвовать в упражнении. Вы можете определить это по некоторым невербальным признакам. Но иногда вы можете спросить его и открыто: «Хочешь ли ты, чтобы я обняла тебя?» Большинство детей ответит вам: «Да». После этого начинайте первый кон игры, нежно и мягко обняв сидящего рядом с вами ребенка. Он в свою очередь спрашивает своего соседа, хочет ли он принять участие в игре, и если да, то обнимает его. Таким образом, дружеское объятие передается по кругу, пока не вернется к вам.

Анализ упражнения. Ведущий задает вопросы: Понравилась ли тебе эта игра? Почему хорошо обнимать других детей? Как ты себя чувствуешь, когда другой ребенок тебя обнимает?

Упражнение «Аплодисменты по кругу». Эта игра будет у нас прощальным ритуалом.

Инструкция: Кто из вас может представить, что чувствует артист после концерта или спектакля, стоя перед своей публикой и слушая гром апло-

дисментов? Возможно, он чувствует эти аплодисменты не только ушами. Быть может, он воспринимает овации всем своим телом, всеми фибрами своей души, как приятное всеобъемлющее волнение.

У нас очень хороший класс, и каждый из вас заслужил аплодисменты. Я хочу предложить вам игру, в ходе которой аплодисменты сначала звучат тихонько, а затем становятся все сильнее и сильнее. Игра проходит следующим образом. Вы становитесь в общий круг. Один из вас начинает: он подходит к кому-нибудь из учеников, смотрит ему в глаза и дарит ему свои аплодисменты, изо всех сил хлопая в ладоши. Затем они оба выбирают следующего ученика, который также получает свою порцию аплодисментов — они оба подходят к нему, встают перед ним и аплодируют ему. Затем уже вся тройка выбирает следующего претендента на овации. Каждый раз тот, кому аплодировали, имеет право выбирать следующего. Таким образом, игра продолжается, а овации становятся все громче и громче.

ЗАНЯТИЕ 2. «Что мы знаем о школьной жизни»

Цель: развивать представления о будущем социальном статусе пятиклассника, отличном от статуса учащегося начальной школы; суммировать знания о школе и учёбе в ней.

Упражнение «Палец вверх!»

Инструкция: Кто может мне сказать, что обозначает этот знак? Покажите детям кулак с поднятым вверх большим пальцем. Согласитесь со всеми ответами, имеющими позитивное и этически приемлемое значение.

Я хочу предложить вам игру под названием «Палец вверх!». Теперь мы будем играть в неё каждый раз в начале наших занятий. Встаньте, пожалуйста, в один большой круг. Один из вас может начать игру. Для этого ему нужно подойти к любому человеку, назвать его по имени и показать ему этот знак. После этого он может вернуться на свое место. Тот, к кому обращались, выбирает следующего ученика и приветствует его точно таким же образом. Таким образом, этот приветливый жест путешествует вдоль и поперек по всему классу. Пожалуйста, подходите только к тем детям, которых еще не поприветствовали.

Проследите, чтобы ни один ребенок не был оставлен без внимания.

Упражнение «Продолжи фразу».

Материалы: рисунок «Школьный путь», мягкая игрушка или мяч.

На доске или в середине круга укрепляется рисунок «Школьный путь». На нем изображена гора, отображающая школьный путь с 1-го по 10-й класс. Участникам предлагается продолжить фразу: «В начальной школе мне больше всего запомнилось...»; «В пятом классе мне хотелось бы...». Все высказываются по кругу, передавая друг другу мяч или игрушку. Ведущий отмечает наиболее интересные высказывания и оптимистические ожидания, обращает внимание на то, что все участники имеют довольно большой школьный опыт, поэтому дальнейший путь должен быть легче. Каким

он будет? Ведущий предлагает поговорить о том, что ожидают ученики от школьной жизни учащихся в пятом классе.

Упражнение «Те, кто».

Инструкция: «Сейчас надо будет внимательно слушать и выполнять мои команды». Команды примерно следующие: делают шаг вперед те, кто любит сладкое; поднимают правую руку те, у кого есть кошка; приседают те, кому нравится играть в футбол, и тому подобное.

После окончания упражнения предлагается взяться за руки всем, кто будет учеником пятого класса. При этом ведущий подчеркивает, как много общего у участников.

Упражнение «Новичок». Материалы: ручки, бланк с рисунком «Дерево».

Ведущий. Сейчас мы поиграем в игру про «новичков» – тех, кто никогда раньше не учился школе. Давайте представим, что к нам в школу приехал кто-то из другой страны. Он хочет учиться в нашей школе. Но прежде чем мы поможем ему познакомиться с жизнью школы, давайте дадим ему имя. Ребята выдвигают свои версии (не больше пяти) и на основе голосования выбирают имя – например, Том.

Ведущий. Теперь давайте подумаем, что мы ему расскажем о жизни в школе? Дети называют варианты: про учителей; школьников; об уроке; домашней работе; контрольных, письменной и устной работе на уроке и т.д.

Ведущий. Хорошо, тогда начнем, например, с того, как надо работать на уроке. (Ведущий предлагает ряд вопросов, на которые ребята дают развернутые ответы, характеризующие как их осведомленность, так и возможность проявить себя, главное – не бояться ошибок при высказывании своего мнения).

Примерный список вопросов:

1. Работа в классе на уроке: Зачем нужно быть внимательным на уроках? Если ты на уроке что-то не понял, что надо сделать? Почему? Что произойдет, если вы неправильно решите домашнее задание? Зачем нужно повторять правила, прежде чем начать делать домашнее задание? Если что-то на уроке кажется трудным, что необходимо сделать?

2. Работа с учебным материалом: Какие книги нам помогают получать дополнительную информацию по изучаемому предмету? Откуда и как вы узнаете, что по какому предмету делать? Как часто узнаете, что задано, у одноклассника по телефону? Прежде чем выполнять задание, зачем необходимо выучить правила наизуток?

3. Работа над домашним заданием: С какого предмета вы начинаете выполнять домашнее задание? Чем заканчиваете? Надо ли выполнять домашнее задание самостоятельно или можно пользоваться помощью? Чей и какой помощью вы пользуетесь чаще?

Ведущий. Итак, мы уже многое рассказали Тому, а теперь давайте узнаем, как он себя чувствует после того, как так много узнал о школьной жизни? Посмотрите на бланк с рисунком дерева. Вы видите на дереве и рядом

с ним множество человечков (используется бланк известной проективной методики «Веселые человечки»). У каждого из них – разное настроение, они занимают различное положение. Возьмите красный фломастер и обведите того человека, который напоминает вам Тома, его настроение в новой школе, положение. Мы проверим, насколько вы внимательны. Обратите внимание, что каждая ветка дерева – его достижения и успехи. Теперь возьмите зеленый фломастер и обведите того человека, которым Том хотел бы стать и на чем месте он бы хотел находиться.

На следующем занятии мы узнаем, какие качества нам понадобятся для успешной учёбы в пятом классе. А сейчас давайте побудем сосульками.

Упражнение «Сосулька».

Инструкция: Встаньте, закройте глаза, руки поднимите вверх. Представьте, что вы — сосулька или мороженое. Напрягите все мышцы вашего тела. Запомните эти ощущения. Замерьте в этой позе на 1–2 минуты. Затем представьте, что под действием солнечного тепла вы начинаете медленно таять. Расслабляйте постепенно кисти рук, затем мышцы плеч, шеи, корпуса, ног и т.д. Запомните ощущения в состоянии расслабления.

Это упражнение можно выполнять лежа на полу.

Заключительное упражнение «Аплодисменты по кругу».

ЗАНЯТИЕ 3. «Волшебные пазлы»

Цель: создание доброжелательной атмосферы, выявление качеств, необходимых для учёбы.

Материалы: две повязки для глаз, карточки с фразами, фломастер, карточки с буквами, пазлы, мяч.

Упражнение «Палец вверх!».

Упражнение «Воздушный шар».

Цель: управление состоянием мышечного напряжения и расслабления. Встаньте, закройте глаза, руки поднимите вверх, наберите воздух. Представьте, что вы – большой воздушный шар, наполненный воздухом. Пойдите в такой позе 1–2 минуты, напрягая все мышцы тела. Затем представьте себе, что в шаре появилось небольшое отверстие. Медленно начинайте выпускать воздух, одновременно расслабляя мышцы тела: кисти рук, затем мышцы плеч, шеи, корпуса, ног и т.д. Запомните ощущения в состоянии расслабления. Выполните упражнение 3–5 раз.

Упражнение «Машинки».

Сейчас мы проведем конкурс на лучшего хозяина машинки. (В хаотичном порядке расставить стулья в центре класса. Ведущий завязывает глаза ребятам, которые играют роль машинок).

Один из вашей пары будет машинкой, другой её хозяином. Задача хозяина – четко говорить, что нужно делать его машине, бережно относиться к ней, стараться, чтобы с его машинкой ничего не случилось. В свою очередь машинка должна внимательно слушать хозяина и четко

выполнять его команды.

Как вы думаете, кто же оказался лучшим хозяином машины?

Почему?

Какое же качество вам помогло справиться с этим заданием?

Итак, вы заработали первый пазл – ВЗАИМОПОНИМАНИЕ. Кто будет хранителем этого пазла?

Упражнение «Изобрази фразу».

Задача ведущих – передать при помощи жестов и мимики смысл фразы так, чтобы мы сумели её понять и назвать. Каждому ведущему предстоит «изобразить» две фразы.

Варианты фраз: встреча гостей, решение задачи; чтение интересной книги, игра на компьютере; укладывание чемодана; игра на музыкальных инструментах.

Как вы думаете, какое качество помогло нам справиться с заданиями этой игры?

Итак, вы получаете второй пазл – СМЕКАЛКА. Кто будет хранителем этого пазла?

Упражнение «Переправа».

Пройдите по тропе (тропа делается заранее из веревок, цветного картона, ткани) разными способами. Вам дается 2 мин. Для обсуждения возможных способов переправы.

Если хотя бы двое ребят будут передвигаться одинаковым способом, то все участники игры должны будут вернуться на исходное место и игра начнется заново.

Как вы думаете, какое качество помогло нам справиться с заданиями этой игры?

Итак, вот и третий пазл – ДРУЖБА И ОРИГИНАЛЬНОСТЬ. Кто будет хранителем этого пазла?

Упражнение «Вопрос-ответ».

Предлагается в течение 5 минут отгадать 6 загадок.

<i>1) Вдоль по проволоке мчусь Ночи я и дни, А с конца меня прочтут- Тигру я сродни. (ток-кот)</i>	<i>2 Лежу я на земле, Прибитая к железу, Но буквы переставь – В кастрюлю я полезу. (шпала-лапша)</i>
<i>3) Известное я блюдо . Когда прибавишь «м», Летать, жужжать я буду, Надоедая всем. (уха-муха)</i>	<i>4) Географию со мной Изучают в школе дети, Дай порядок букв иной- И найдёшь меня в буфете. (атлас-салат)</i>
<i>5) Я – дерево в родной стране, Найдёшь в лесу меня ты всюду. Но слоги переставь во мне - И воду подавать я буду. (сосна-насос)</i>	<i>6) Мы резким голосом кричим И ковыляем так комично, Но вставь нам «л» –и зазвучим Тогда довольно мелодично. (зуси-зусли)</i>

Кто из вас может назвать качество, которое помогало вам в этой игре?

А вот и четвертый пазл – НАХОДЧИВОСТЬ. Выберите его хранителя.

Обсуждение. Какие еще два качества понадобятся нам в 5 классе?

Пятый пазл – СТАРАТЕЛЬНОСТЬ. Выберите его хранителя. Напишите название качества на чистом пазле.

Упражнение «Расшифруй»

Ваша задача – в течение 2 минут составить из этих букв слово, которое обозначало бы человеческое качество.

Б Т Ъ Л О З А С О Ю Н Л Ъ Т Н

Шестой пазл – ЛЮБОЗНАТЕЛЬНОСТЬ. Напишите название качества на чистом пазле.

Сложите из ваших пазлов девиз класса. Как вы думаете, что вам удалось сложить? (книга).

Обсуждение результатов занятия.

Упражнение «Аплодисменты по кругу».

ЗАНЯТИЕ 4. «Понимаю и делюсь»

Цель: развитие эмпатии, взаимопомощи, снятие эмоционального напряжения.

Упражнение «Палец вверх!»

Упражнение «Муха»

Инструкция: Сядьте удобно: руки свободно положите на колени, плечи и голова опущены, глаза закрыты. Мысленно представьте, что на ваше лицо пытается сесть муха. Она садится то на нос, то на рот, то на лоб, то на глаза. Ваша задача: не открывая глаз, согнать назойливое насекомое.

Упражнение «Танцующие руки»

Инструкция: «Разложите ватманы на полу. Возьмите каждый по 2 кисточки. Выберите для каждой руки понравившийся вам цвет. Сядьте напротив своего ватмана. Закройте глаза, и, когда начнется музыка, вы можете обеими руками рисовать по бумаге. Двигайте руками в такт музыке. Потом вы можете посмотреть, что получилось» (2-3 минуты). (Для упражнения используется медленная мелодия классической музыки). Когда рисунки закончены, можно спросить у детей, на что они похожи.

Упражнение – игра «Почему дети боятся идти в пятый класс?»

Эта игра даст возможность детям проанализировать свои страхи, прояснить свои чувства и проговорить это, а также снять напряжение, вызванное переживанием предстоящего перехода.

Инструкция: Ребята, жители одной далекой страны прислали нам письмо. В нем они говорят о том, что их дети боятся переходить в пятый класс, у каждого есть свои причины. Вам надо немного подумать, почему дети могут бояться идти в пятый класс. А потом надо будет нарисовать эту ситуацию на листочке бумаги. (Дети рисуют 5-7 минут цветными карандашами.) После рисования детей просят рассказать, что изображено на рисунке, описать ситуацию, что чувствуют нарисованные герои, чего боятся, что хотят сделать. А теперь я предлагаю вам протянуть им свои

руки помощи! Давайте возьмем большой ватман, положим его на пол, и каждый, по очереди, обведет свою ладошку.

Упражнение «Поделись с ближним»

Цели: Для того чтобы хорошо ладить с людьми, детям важно научиться умению делиться с ближним тем, что есть у них самих — будь то игрушки, или возможность высказаться, или всеобщее внимание. Чем более ребенок уверен в себе, тем легче ему будет отступить на время в тень и предоставить другим их шанс. В этом воображаемом путешествии мы обращаем внимание детей на приятное ощущение, возникающее в тот момент, когда ребенок чувствует, что нашел удачное сочетание самоутверждения и альтруизма.

Инструкция: Сядьте поудобнее и закройте глаза. Сделайте три глубоких вдоха и выдоха...

Представь себе, что ты находишься на чудесной игровой площадке. Оглядишься вокруг и посмотри, что делают другие ребята. Одни играют в мяч, другие в салочки. Ты слышишь, как они смеются и от всей души веселятся. Тебе тоже хочется повеселиться... (10 секунд.)

Теперь ты подходишь к стоящим на краю площадки качелям. Сядь на качели и начинай раскачиваться. Почувствуй, как ты летишь вперед, потом назад. Раскачивайся сильнее! Ты поднимаешься на качелях все выше и выше. Почувствуй, как воздух развеивает твои волосы, когда ты летишь то вверх, то вниз на качелях. Ощути легкость во всем своем теле. Чувствуешь ли ты себя подобно птице, летящей по небу? Несясь вперед, ты можешь улыбаться и представлять себе, что достанешь сейчас пальцами ног до неба. Это у тебя хорошо получается... Пронось над землей, ты чувствуешь себя совершенно легко и радостно. Ты чувствуешь себя абсолютно свободным и счастливым... (10 секунд.)

А теперь ты видишь, как другой мальчик или девочка подходит к качелям и становится рядом с ними. Он смотрит на тебя и ждет своей очереди... Ты хочешь, чтобы он радовался также, как и ты, взлетая то вверх, то вниз на этих замечательных качелях.

Ты перестаешь раскачиваться и ждешь, когда качели остановятся. Вот ты тормозишь ногами и слышишь, как шаркают по песку твои ботинки. А теперь останови качели. Тебе было так здорово качаться, что ты хочешь, чтобы и другой ребенок получил такое же удовольствие. Ты прыгаешь с качелей и смотришь на него, улыбаешься и говоришь: «Теперь твоя очередь. Я с радостью меняюсь с тобой местами. Это доставляет мне удовольствие».

Смотри, как этот мальчик или девочка садится на качели и начинает раскачиваться. Тебе хорошо от сознания того, что ты уже достаточно большой для того, чтобы делиться удовольствием с другими.

Теперь попрощайся с качающимся на качелях ребенком и возвращайся мысленно назад в класс. Немного потянись, выпрямись, сильно выдохни и открой глаза.

Анализ упражнения:

- Почему важно, чтобы люди делились друг с другом?
- В каких случаях ребята вашего класса делятся друг с другом?
- В каких случаях учительница делится с ребятами?
- В каких играх нужно уступать друг другу и получать удовольствие по очереди?
- В каких играх этого делать не нужно?
- Как ты относишься к ребятам, которые не хотят уступать другим и делиться с ними?

Упражнение «Аплодисменты по кругу»

ЗАНЯТИЕ 5. «Вместе весело шагать!»

Цель: развитие эмпатии, научить распознавать и выразить невербальные проявления основных чувств.

Упражнение «Палец вверх!»

Упражнение «Два барана»

Ведущий разбивает детей на пары и читает текст: «Рано-рано два барана повстречались на мосту». Участники игры, широко расставив ноги, склонив вперед туловище, упираются ладонями и лбами друг в друга. Задача - противостоять друг другу, не сдвигаясь с места, как можно дольше. Можно издавать звуки «Бе-е-е». Необходимо соблюдать «технику безопасности», внимательно следить, чтобы «бараны» не расшибли себе лбы.

Упражнение «Я помогаю другим»

Материалы: Бумага и цветные карандаши каждому ребенку.

Инструкция: Можете ли вы мне сказать, кому вы последний раз помогли? Быть может, вы помогли накрывать на стол? Или помогли помыть машину? Или помогли кому-нибудь из друзей? Кто из вас помог совершенно незнакомому человеку? Когда вы сами последний раз нуждались в помощи?

Сядьте поудобнее и закройте глаза. Сделайте три глубоких вдоха и выдоха...

Теперь представь себе прекрасный солнечный летний день. Ты находишься посреди чудесного луга. Трава на лугу мягкая и зеленая. Ты садишься в траву. Дотронься до нее руками и почувствуй ее приятную прохладу. Теперь посмотри вверх, на ясное голубое небо. Ты видишь плывущие по небу большие пушистые облака. Попробуй найти облако, похожее на какого-нибудь зверя. Легкий ветерок гонит облака дальше и одновременно освежает твое лицо.

Теперь ты ложишься и растягиваешься на траве. Вдохни один раз глубоко-глубоко. Пусть твое тело станет таким же мягким и расслабленным, как у тряпичной куклы. (Сделайте сами один явно очень глубокий вдох-выдох, чтобы дети могли последовать вашему примеру.)

Ты лежишь в траве совершенно безмятежно. Недалеко от тебя играют маленькие дети. До тебя доносится их смех. Ой! Вдруг какой-то маленький мальчик упал рядом с тобой. Он ударился коленкой о камень и заплакал.

Ты вскакиваешь и подбегаешь к нему. Тебе хорошо, оттого что ты можешь помочь другому...

Помоги этому мальчику встать. Осмотри его небольшую ранку. Скажи ему, что кровь сейчас перестанет течь. Положи свою руку ему плечо... Смотри, мальчик перестает плакать, он уже почти совсем успокоился. Тебе хорошо, оттого что малышу стало лучше... Что еще ты сделаешь для того, чтобы вернуть ему хорошее самочувствие? (30 секунд.)

Скажи самому себе: «Я уже большой и могу помогать другим. Я помогу другим, а когда надо будет, другие помогут мне».

Теперь ты можешь попрощаться с малышом и вернуться с летнего луга назад в класс. Немного потянись, выпрямись, подвигай пальчиками рук и ног. Энергично выдохни и открой глаза.

Теперь объединитесь по трое. Возьмите листок бумаги и вместе нарисуйте историю, которую вы пережили в своем воображении.

Анализ упражнения:

- Что еще ты сделал, чтобы помочь малышу придти в себя?
- Ощущаешь ли ты себя достаточно большим для того, чтобы помогать другим?
- Что ты можешь сделать для кого-нибудь из членов своей семьи, чтобы его обрадовать?
- Как тебе помогают родители или твои братья и сестры?
- Как ты чувствуешь себя после того, как кому-нибудь поможешь?

Упражнение «Щепки на реке»

Инструкция: Давайте встанем в два ряда, один напротив другого. Это – берега реки. (Расстояние между рядами должно быть больше вытянутой руки) По реке сейчас поплывут Щепки. Один из желающих должен «проплыть» по реке. Участники игры «берега» помогают руками, ласковыми прикосновениями движению Щепки. Когда Щепка проплывет весь путь, она становится краешком берега и встает рядом с другими. В это время следующая Щепка начинает свой путь...

Анализ упражнения:

- Какие чувства возникали в ходе «движения по реке»? От каких прикосновений?
- Как влияла помощь «берегов» на выполнение этого упражнения?
- Чем было легче быть «Щепкой» или «Берегом»?

Упражнение «Скульптор»

Инструкция: Разойдитесь свободно по комнате, кто куда хочет. Я буду вам называть чувство, а ваша задача — изобразить его своим телом. Давайте сначала попробуем изобразить любопытство. Начнем с лица. Какое у вас бывает лицо, когда что-то будит в вас любопытство? Что происходит с вашим лбом? Видели ли вы, как человек, которого что-то заинтересовало, чуть-чуть приоткрывает рот? А что происходит с вашими руками? Как вы держите голову? А ноги? Не хотели бы вы приподняться? У вас минута времени для того, чтобы изобразить любопытство (своим

лицом и телом). Потом я обойду вас всех, чтобы рассмотреть все интересные фигуры.

Вы можете помочь отдельным детям найти подходящие экспрессивные жесты, например, можно подсказать: «Покажи мне, что твои руки любопытные» и т.д.

Теперь перейдем к следующему чувству. Расслабьтесь, встряхните руками и ногами. Теперь покажите мне очень усталого человека. Выразите всем телом усталость. Сделайте усталое лицо, усталые руки, ноги, усталую голову. Учтите, что «статуя» не обязательно должна стоять, она может также сидеть или лежать.

Потом дайте детям подобным образом выразить несколько обычных повседневных чувств, используя все главные части тела. Постепенно дети ухватят метод и заметят, что чувство можно выражать очень многими частями своего тела.

Основные чувства, которые можно предложить — радость, ярость, страх, нежность. Если дети поняли идею игры, то можно детям самим называть чувства, которые им хотелось бы изобразить.

Упражнение «Нежное прикосновение»

Инструкция: Примите удобную позу, желательно сидя, и сосредоточиться на своем дыхании. Глубоко дышите, сосредоточьтесь на какой-либо части тела или органе и на вдохе и выдохе изнутри нежно погладьте этот орган. Необходимо не просто дышать через этот орган, а нежно и ласково прикасаться к нему.

Упражнение «Аплодисменты по кругу»

ЗАНЯТИЕ 6. «Кто нас встретит на пороге?»

Цель: познакомить четвероклассников с будущими учителями и классными руководителями.

Упражнение «Палец вверх!»

Сегодня к нам на занятия придут ваши будущие учителя, вы сможете познакомиться с ними и задать интересующие вас вопросы. А пока что давайте поиграем в тени.

Упражнение «Тень»

Один участник становится путником, остальные – его тенью. Путник идет через поле, а за ним на два шага сзади – его тень, которая старается точь-в-точь скопировать движения путника.

Желательно стимулировать путника к выполнению разных движений: сорвать цветок, присесть, поскокать на одной ноге, остановиться и посмотреть из-под руки и т.д.

Приходят учителя. Желательно по очереди – сначала один, чуть позже другой и так далее.

Знакомство с учителями.

Каждый учитель представляется, говорит, какой предмет он ведет, немного рассказывает о себе. (Детям дается понять, что учителя – такие же люди, не стоит их бояться) Далее дети задают свои вопросы.

Если начальная школа находится в одном здании, а старшая в другом, то до этого знакомства имеет смысл провести экскурсию по старшей школе: в гардероб, столовую, учительскую, библиотеку и идут по кабинетам: русского языка и литературы, алгебры и геометрии, природоведения, музыки, истории, труда, можно заглянуть и в кабинеты химии, физики.

Учителя уходят.

Упражнение «Прогулка по роще»

Включается релаксационная музыка «Горные настроения».

Инструкция: Выбери удобную позу. Расслабься. Закрой глаза.

Представь себе лето ... ты заходишь в рощу ... глубоко вдыхаешь свежий воздух ... чувствуешь запах деревьев ... опьяняющий запах цветов ... Вокруг тебя летают красивые бабочки ... прелестно поют птицы ... Тебе нравится находиться в этой роще ... Твои мысли освобождаются ... ты не думаешь ни о чём ... ты наслаждаешься природой ... Ты гуляешь по роще ... рассматриваешь листья деревьев ... различные цветы ... На душе у тебя легко и свободно ... счастье переполняет тебя ... тебе хочется улыбаться ... и ты улыбаешься ... природа чувствует твоё спокойное и радостное состояние души ... и она радуется вместе с тобой ... дует лёгкий ветерок, играя с твоими волосами ... солнышко улыбается тебе сквозь ветви деревьев ... сияет на твоих щечках ...

Ты слышишь, как неподалёку журчит ручей ... тыходишь к ручью и видишь, как вода поблескивает на солнце ... Ты опускаешь свои руки в воду ... чувствуешь прохладу ... Ты плескаешься руками в ручье ... гладишь его поверхность ... набираешь в руки воду ... а потом выливаешь её обратно в ручей ... Тебе всё так же легко и свободно ... ты дышишь глубоко и ровно ...

Побыв у ручья, ты отправляешься дальше гулять по роще ... Тебе нравится гулять по этой роще, ты чувствуешь себя в безопасности ... Прогуливаясь, тебе захотелось снять свою обувь ... побродить босиком ... ты ощущаешь мягкость зелёной травы под своими ногами ... Ты дышишь глубоко и ровно ...

Тебе нравится в роще ... нравится голубое небо ... игривые лучики солнышка ... пение птиц ... аромат травы и цветов ... журчание воды ... все это наполняет тебя добротой и любовью ...

С ощущением счастья, спокойствия и уверенности в себе, ты возвращаешься с прогулки.

Глубокий вдох ... теперь выдох. Можешь открыть глаза.

Анализ упражнения:

- Как ты себя чувствуешь?
- Какие чувства и ощущения испытывала во время релаксации?
- Тебе чего-нибудь не хватало?
- Хотелось бы тебе, чтобы кто-нибудь еще был с тобой в роще?

Упражнение «Аплодисменты по кругу»

ЗАНЯТИЕ 7. «В начале славных дел»

Цель: развитие доверия к окружающему миру.

Упражнение «Палец вверх!»

Упражнение «Шалтай-Болтай»

Инструкция: Сейчас все представим, что мы – Шалтай-Болтай. Я буду читать вам стихотворение, а вы в это время будете поворачивать туловища вправо-влево, руки могут свободно болтаться, как у тряпичной куклы. На словах «свалился во сне» все вместе резко наклоняем корпус тела вниз. Вот так. Всем понятно?

Шалтай-болтай Вся королевская конница, Шалтая-Болтая,

Сидел на стене. Вся королевская рать Шалтая-Болтая,

Шалтай-болтай Не может Шалтая, Болтая-Шалтая,

Свалился во сне. Не может Болтая, Шалтая-Болтая собрать! (Перевод С. Маршака)

Упражнение «Победи одиночество»

Эмоционально напряженные дети часто чувствуют себя одинокими. Им становится легче, когда они узнают, что и у других дела обстоят подобным образом, а также, когда они могут обсудить, какие существуют способы выхода из состояния одиночества.

Материалы: Бумага и карандаш каждому ребенку.

Инструкция: Внимательно послушайте то, что я сейчас вам прочитаю...

« Степа был один. Ему было ужасно одиноко. Он встал, потом снова сел. Посмотрел в окно. Ему так хотелось, чтобы рядом с ним был сейчас какой-нибудь другой ребенок. Ему хотелось иметь друга, с которым можно было бы сейчас поговорить или поиграть. Степа подумал, что в последнее время он часто остается один. Он почувствовал, как к глазам подступили слезы...»

Вспомни, когда тебе самому было одиноко. Или подумай о ком-нибудь, с кем это тоже случается. Напиши, что в таких случаях бывает на душе у тебя или у этого человека... (5 минут.)

Теперь подумай вот о чем... Нередко одинокие люди находятся рядом друг с другом. Как им подружиться, чтобы всем стало хорошо? Запиши свои мысли по этому поводу. (10 минут.)

Теперь объединитесь по трое и покажите или расскажите друг другу, что вы написали. А потом обсудите вот какой вопрос: что мы можем сделать, чтобы в мире стало меньше одиноких людей? (10 минут.)

Анализ упражнения:

- Знаешь ли ты одиноких людей?
- Когда тебе бывает одиноко?
- Что ты можешь сделать, чтобы преодолеть свое одиночество?
- Что ты можешь сделать, чтобы помочь другим людям преодолеть их одиночество?

Упражнение «Винт».

Материал: Аудиокассета с записью музыки Н. Римского-Корсакова «Пляска скоморохов» из оперы «Снегурочка».

Инструкция: «Ребята, давайте попробуем превратиться в винт. Для этого поставьте пятки и носки вместе. По моей команде «Начали» будем поворачивать корпус то влево, то вправо. Одновременно с этим руки будут свободно следовать за корпусом в том же направлении. Начали!...Стоп!» Эюд может сопровождаться музыкой Н. Римского-Корсакова «Пляска скоморохов» из оперы «Снегурочка».

Упражнение «Раскрасить любовью»

Эта игра замечательна тем, что она создает в группе обстановку взаимной любви, атмосферу общности и дружелюбия. Поэтому мы приводим её в последнем занятии.

Материалы: Необходимо, чтобы во время игры звучала спокойная музыка. Музыкальное сопровождение делает переживания детей более глубокими.

Инструкция: Как вы показываете другим людям, что вы их любите? Каким образом вы сами понимаете, что другой человек вас любит?

Сейчас разделитесь, пожалуйста, на пары. Теперь вытяните руки вперед и представьте себе, что они покрыты чудесным цветом любви. (Вы сами тоже вытяните руки вперед.) Какой цвет вы для себя выберете? Я хочу, чтобы вы показали сейчас друг другу, как сильно вы друг друга любите. Для этого вы сейчас «раскрасите» друг друга цветами любви, нежности, добра, ласки... Я покажу вам сейчас, как это можно сделать.

Вы подходите по очереди к нескольким детям и начинаете их «раскрашивать» — легкими круговыми движениями рук скользите сверху вниз по голове, плечам, рукам, туловищу, ногам... Таким образом вы как бы растапливаете льдинки недоверия. Скажите также каждому ребенку, какой цвет Вы для него выбрали.

Закройте глаза и сделайте три глубоких вдоха и выдоха...

Сначала приготовьте свои ладони для «раскрашивания»: потрите их друг о друга. Почувствуйте, как ваши ладони становятся все теплее и теплее... Пока вы трете ладони, подумайте о том, как много любви в вашем сердце... (15 секунд.) Теперь вытяните ладони вперед и дайте им немного отдохнуть. Почувствуйте, какие они... Теплые? Слегка покалывают? Они наполнены энергией? Теперь пошлите из своего сердца любовь, и пусть она по рукам перетечет в ладони и наполнит их... (5 секунд.) Ощутите эту любовь в своих ладонях (5 секунд.), и почувствуйте, как ладони «окрашиваются» цветом любви, добра, нежности... (5 секунд.) А теперь откройте глаза. Тот из вас двоих, кто старше, первым начинает «раскрашивать» младшего. Делайте это под музыку.

Положите руки сверху на голову вашего партнера. Если вы действительно «окрашиваете» его любовью, пошлите ему ласковые и нежные мысли. Представьте себе, что вы полностью покрываете его выбранным вами цветом любви и добра. Начните с головы и постепенно спускайтесь ниже. «Окрашивайте» уши, потом щеки, затылок... Через плечи опускайтесь по рукам к ладоням... Наконец, от бедер по ногам переходите к коле-

ням и ступням... (30 — 60 секунд. Регулируя необходимую интенсивность, более старшим детям эту инструкцию можно давать медленнее, чтобы весь процесс длился 2-3 минуты.)

Теперь поменяйтесь ролями... (Повторите, пожалуйста, всю инструкцию заново.) Теперь у вас есть несколько минут, чтобы обсудить друг с другом ваши ощущения.

Вы можете продолжить эту игру дальше, предложив детям нарисовать партнера, которого они окрашивали любовью, окруженным выбранным ими цветом любви.

Анализ упражнения:

- Что ты чувствовал, когда "окрашивали" тебя?
- Что ты чувствовал, когда "окрашивал" своего партнера?
- Видел ли ты тот цвет, в который тебя "окрашивал" твой партнер?
- Испытывал ли ты какие-нибудь ощущения в ладонях, когда "окрашивал" своего партнера?
- Какие нежные и ласковые мысли ты посылал своему партнеру?
- Что было для тебя трудно в этой игре?

У нас осталось ещё время, мы можем поиграть с вами в любую игру из любого, которая больше всего вам понравилась.

Упражнение «Пылесос и пылинки»

Пылинки весело танцуют в луче солнца. Заработал пылесос. Пылинки закружились вокруг себя и, кружась все медленнее и медленнее, оседают на пол. Пылесос собирает пылинки; кого он коснется, тот встает и уходит. (Когда ребенок-пылинка садится на пол, спина и плечи у него расслабляются игибаются вперед - вниз, руки опускаются, голова наклоняется, он весь как бы обмякает).

Упражнение «Аплодисменты по кругу» Поблагодарим друг дружку за приятные занятия. Счастливого пути в пятый класс!

В рамках этой программы школьники обучаются приемам и методам овладения своим волнением, застенчивостью, страхами, формируют умения управления своими эмоциями. Посредством выполнения заданий, как индивидуальных, так и групповых, повышается уверенность в себе, своих силах, формируется умение объективно оценивать свои возможности, устанавливать партнерские отношения.

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО С РОДИТЕЛЯМИ УЧАЩИХСЯ ПО СОХРАНЕНИЮ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

Л.В. Крайнова, С.О. Сергеева

ГБОУ школа №503, Санкт-Петербург

Отношение ребенка к здоровому образу жизни формируется в окружающем его социуме. Воспитанием ученика занимаются родители, учителя, воспитатели, социальные педагоги, работники дополнительного образования. Правильно спланировать их совместную деятельность, направленную на приобщение ребенка к здоровому образу жизни

помогает мониторинг состояния здоровья учащихся и их функциональной напряженности.

Состояние здоровья учащихся определяется с помощью анализа медицинских данных: педагогу необходимо знать группу здоровья учащегося, его хронические заболевания, частоту пропусков занятий по болезни, уровень физического развития, школьной мотивации и психоэмоционального напряжения. Многолетние наблюдения показали, что учащиеся из социально неблагополучных семей имеют одно или несколько хронических заболеваний, а значит 2 или 3 группу здоровья. Более точный анализ хронических заболеваний выявил, что данные дети чаще страдают заболеваниями нервной системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата. Они при острых респираторных заболеваниях реже берут « больничный », появляются в школе с насморком, больным горлом, а иногда и с температурой. Переносят многие заболевания « на ногах », а затем получают осложнения и пропускают занятия в школе неделями, а бывает и месяцами.

По результатам мониторинга мы смогли выявить всех таких детей. И при первом их обращении к врачу, пытаемся сразу оказать правильную квалифицированную медицинскую помощь, а также призываем родителей воспользоваться советами специалистов и не запускать болезнь ребенка, а предупреждать ее или лечить на ранних стадиях.

Сравнительный анализ результатов мониторинга показал, что совместная деятельность классных руководителей, социального педагога и медицинских работников школы уже дала положительную динамику. отмечено снижение пропусков учебных дней по болезни с 4,3 до 3,5 на каждого учащегося.

Показатели физического здоровья учащихся позволили выработать программу совместной деятельности медицинских работников, учителей физического воспитания и руководителей-кружководов.

Год от года все больше учащихся привлекается к занятиям в спортивных секциях, организованы занятия адаптивной и лечебной физической культурой. Среди учащихся пропагандируется здоровый образ жизни. У всех учащихся начальной школы учебный день начинается с зарядки. Классные руководители в план воспитательной работы включили больше мероприятий на свежем воздухе.

Сравнительный анализ психоэмоционального напряжения учащихся в 2005-2007 годах дал повод задуматься над вопросами:

Правильно ли мы общаемся с детьми? Все ли условия создали мы на уроке для повышения работоспособности ребенка? Хорошо ли, комфортно ли ребенку в школе?

На педагогических советах обсуждались проблемы личностно-ориентированного обучения, воспитательного значения поведения учителя, о недопустимости унижения детей. В школе появился лозунг « Достоинство

каждого неприкосновенно». Но это не просто слова, они подкрепляются делами и действиями. В школе нет конфликтов между учениками, между учениками и учителями. Все педагоги школы прошли курсовую подготовку по толерантности.

В школе как в большом уютном доме учатся дети многих национальностей, и к каждому относятся с уважением и вниманием.

За последние годы очень изменились и школьные помещения. Классы и вестибюли становятся более уютными, чистыми, красивыми, эстетически оформленными. Появляются новые помещения для отдыха педагогов и учащихся.

Для реализации успешности каждого ребенка в ОДОД «Совенок» открываются все новые и новые кружки, создаются творческие коллективы.

Мониторинг качества питания наших детей выявил следующие недостатки: нарушения режима приема пищи, несбалансированное меню, недостаточное количество витаминов и микроэлементов, способствующих гармоничному росту ребенка и хорошему состоянию. С итогами мониторинга мы ознакомили родителей и поняли, что не все родители понимают важность правильного питания. На родительские собрания пригласили представителей ТМО № 43 и детской поликлиники № 38. На педагогическом совете с рекомендациями по организации правильного питания выступила представитель Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга С.В. Рычкова. На методическом объединении классных руководителей была разработана тематика классных часов. Работники треста столовых организовали выставку-продажу витаминизированных блюд и продуктов.

Результат работы мы увидели уже через два года: 100% учащихся начальной школы получают в школе горячее питание. 70% старшеклассников предпочитают горячий завтрак или обед продуктам буфета. Уменьшилось количество заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Мы считаем, что мониторинг здоровья учащихся в школе просто необходим как для организации учебного процесса, так и для воспитания здорового поколения.

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ СЕЛЬСКИХ РЕГИОНОВ

Е.К. Куандыков

Международный казахско-турецкий университет имени А.Ясави, г.Туркестан, Казахстан

В развитии многих заболеваний важную роль играют привычки, социальные условия и модели поведения; наиболее распространенными являются такие факторы риска, как нерациональное питание, курение в семье, употребление спиртных напитков и др. Эти детерминанты заболеваний связаны с образом жизни и зависят от социального окружения. Данное положение может быть изменено, и риск развития заболевания можно значительно снизить профилактическими мероприятиями, пропагандой здорового образа жизни.

Формирование здорового образа жизни – задача сложная, которая требует комплексного подхода к исследованию образа жизни и здоровья населения, зависит от объективных и субъективных факторов окружающей среды.

Воспитание детей в формировании здорового образа жизни начинается в семье и основано:

- на стремлении всех членов семьи к получению медицинских и гигиенических знаний, использование этих знаний в семье;
- на создание здорового психологического микроклимата в семье, взаимопомощи и поддержке членов семьи;
- на соблюдение членами семьи здорового образа жизни.

Когда дети поступают в школу, они сталкиваются с принципиально по иному организованной системой, и усилия семьи концентрируются на обеспечении их успешной адаптации к ней.

В последние годы все больше уделяется внимание состоянию здоровья детей сельских местностей. По статистическим данным, доля сельского населения составляет 44,2% от всей численности населения Казахстана. Характеризуя состояние сельского населения, следует отметить рост заболеваемости аллергического характера, патологии нервной системы, болезней сердечно-сосудистой системы и пищеварительных органов. Имеются работы, посвященные изучению образа жизни сельских семей, анализу состояния их здоровья от воздействия внешних факторов окружающей среды и условий труда, отличающихся применением пестицидов, ядохимикатов, контактом с животными и продуктами их выделений, пылью.

Одним из основных факторов, влияющих на здоровье членов семьи, являются жилищно-бытовые условия. Известно, что чем больше жилой площади приходится на человека, тем ниже распространение некоторых наиболее часто встречаемых хронических заболеваний. Немаловажную роль в сохранении здоровья играют формы проведения свободного времени, т.е. досуг сельских жителей.

Цель исследования: изучение особенностей образа жизни сельских детей на примере экологически неблагоприятного Туркестанского региона Южного Казахстана.

Материалы и методы. Было проведено исследование с использованием анкетно-опросного метода, которые включали вопросы по изучению рациона питания, вопросов охраны здоровья, социальных –экономических, гигиенических условий проживания семей в сельских регионах. При этом формировались исследовательская и контрольная группа детей с социальным фактором риска (часто болеющие дети и здоровые). Изучались элементы образа и условий жизни семьи, как микросоциума, и ее влияние на состояние здоровья детей.

Одним из регионов вызывающий интерес для исследования является предкризисная зона Приаралья, в частности Южно-Казахстанская область.

По результатам наших исследований, большинство детей данного региона отличаются не рациональным питанием, недостаточным содержанием жизненно важных микронутриентов в суточном рационе, основных групп витаминов и некоторых микроэлементов, в числе которых и йода.

Результаты опроса респондентов показали, что свободное время сельские дети проводят дома, мотивирую возросшей культурной оснащенностью (телевидение, радио) и малой эффективностью функционирующих сельских культурно-просветительских учреждений. Самым важным моментом особенностей сельского образа жизни можно отметить большая занятость детей и всех членов семьи в домашнем хозяйстве, устойчивые традиции форм проведения досуга на селе.

Важным фактором, повышающим здоровье, являются занятия физической культурой и спортом. Данный аспект жизни игнорируется большинством жителями сельских регионов, мотивируя недостатком времени, остальные отсутствием потребностей в занятиях, т.к. чувствуют себя здоровыми.

Результаты проведенного комплексного социально-гигиенического исследования образа и условий жизни детей в условиях сельской местности позволили установить основные социально-гигиенические параметры образа жизни: большинство семей оценивают свои жилищные условия хорошими, хотя почти во всех семьях отопление местное, отсутствует централизованная подача питьевой воды, канализация. По медико-биологическим параметрам образа жизни можно отметить, что большинство детей, а также опрошенные их матери, имели ту или иную форму хронической патологии. Наряду с этим сохраняется большой удельный вес семей, где кто-либо из его членов имеет вредные привычки (употребление спиртных напитков, курение), которые негативно влияют на ребенка.

В связи с этим возрастает роль углубленных социально-гигиенических исследований семей различных групп населения, особенно в экологически неблагоприятных регионах, результаты которых должны использоваться для разработки профилактических мероприятий с учетом выявленных особенностей их условий и образа жизни и определения потребности в медико-социальной помощи. Именно изучение региональных особенностей формирования здоровья населения является ключом к эффективному управлению здоровьем населения.

МАТЕРИАЛЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ

А.К. Куандыкова

Международный Казахско-Турецкий университет имени Ясави, город Туркестан, Казахстан

Цель исследования. С целью установления антибиотикочувствительности микроорганизмов, выделенных из клинических материалов, к различным группам антибиотиков нами было проведено изучение 215 штаммов

грамотрицательных бактерий и 75 штаммов грамположительной флоры. В нашем исследовании мы ставили целью изучить эпидемиологию гнойно-септических инфекций среди детей с ожогами. Резистентность возбудителей инфекционных заболеваний к антибиотикам является возрастающей проблемой в медицине, и особенно в педиатрии. Распространение устойчивых штаммов бактерий есть результат комплекса сложных биологических процессов. Распространению резистентности способствует, прежде всего, широкое и бесконтрольное применение антибиотиков. Эффективность многих антибактериальных препаратов, традиционно используемых для лечения инфекционных болезней, у детей снижается, из-за возрастающего распространения устойчивых штаммов бактерий.

Материалы и методы. Дети, поступившие в стационар с ожогами различных степеней, были в возрасте от 3 до 14 лет. Вывод о принадлежности микроорганизма к определенному роду и виду делали после полной идентификации. В работе мы использовали определения, приведенные в практическом руководстве: «Основы инфекционного контроля» (American International Health Alliance, USAID, 1997). **Согласно предлагаемому определению**, мы отнесли к ожоговым инфекциям изменение внешнего вида ожоговой раны или характера наблюдаемых процессов (изменение цвета струпа до темно-коричневого, черно или фиолетового, ускоренное отделение струпов) в сочетании с выделением микроорганизма в посеве крови при отсутствии явных признаков инфекции.

Результаты исследований. Грамотрицательные микроорганизмы по степени чувствительности к цефалоспорином разным поколениям распределились следующим образом: к цефотаксиму – 72,8%, цефуросиму – 68,4%, цефазолину – 58,7% штаммов. Из группы пенициллинов более активным был ампициллин – 49,2% чувствительных штаммов. Грамотрицательные микроорганизмы, выделенные из крови (12 штаммов) проявили в 90% случаев чувствительность к ципрофлоксацину, в 80% амикацину и в 60% к левомицетину и цефотаксиму. Изучено 157 штаммов грамотрицательных микроорганизмов, выделенных из фекалий обследуемых детей. Из них *E. coli* – 30%, *Enterobacter* – 21%, *Proteus* – 21%, *Nafnia* – 14%, *Citrobacter* – 14%. Чувствительность данной группы микроорганизмов к различным группам антибиотиков была следующей: к ампициллину – 51,7%, левомицетину – 68%, цефуросиму – 69%, пиперациллину – 72,8%, канамицину – 78,9%, цефазолину – 80%, гентамицину – 82%, амикацину – 88%, цефотаксиму – 90%, нетилмицину – 93%, ципрофлоксацину – 95,7%.

Из 75 штаммов *S. aureus* в 89% были чувствительны к цефазолину и ванкомицину. Почти 90% штаммов оказались чувствительными к оксациллину. Более половины, из числа изученных штаммов, были чувствительны к макролидам (азитромицину – 69%, эритромицину – 58%). Только 8% *S. aureus* чувствительны к пенициллину. *S. aureus*, выделенных из поражен-

ных участков кожи при ожогах, то 45% изученных штаммов проявили чувствительность к азитромицину. Следующим антибиотиком по силе активности оказался цефазолин – 43,9%, затем цефалексин – 41%. Особый интерес представляли метициллинрезистентные штаммы *S. aureus* (MRSA). Анализ распределения MRSA среди выделенных штаммов из различных клинических материалов позволили установить, что число из постепенно увеличивалось. Практически единственным антибиотиком, эффективным против MRSA является ванкомицин. Однако, широкое использование этого антибиотика способствует появлению ванкомицинрезистентных штаммов. Анализ чувствительности грамположительных микроорганизмов из различных клинических материалов показал, что наибольшую чувствительность они проявляют к цефалоспорином, затем по силе активности идут гликопептиды, следующая группа – полусинтетические пенициллины, на последнем месте – макролиды.

Результаты проведенных исследований подчеркивают необходимость регулярного пересмотра антибактериальных схем лечения и проведения их под контролем микробиологического мониторинга, с учетом не только природной устойчивости, но и приобретенной.

Рациональная разработка и применение мер профилактики внутрибольничных инфекций (ВБИ) – одна из актуальных вопросов профилактической медицины. Установление истинного уровня заболеваемости ВБИ требует постоянного совершенствования методов эпидемиологической диагностики. В последнее время мнение ученых сводится к тому, что наиболее эффективная профилактика ВБИ невозможна без учета специфики лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). В связи с этим возникает необходимость изучения вопросов возникновения, распространения и профилактики ВБИ в каждом ЛПУ.

Из 38 детей с ожогами согласно данному критерию у 23х мы наблюдали внешние признаки ожоговой инфекции. При бактериологическом исследовании струпа получили следующие результаты: показатель частоты высевов неферментирующих грамотрицательных бактерий из отделяемого ожоговых ран составил 27,0 %, *S. aureus* – 12 %, *P. vulgaris* – 8 %, *E. coli* – 7 %, *S. epidermidis* – 5 %.

У этой категории больных детей мы проводили забор крови на бакпосев. В 4 случаях нам удалось установить кратковременную бактериемию. Изученные биохимические, тинкториальные, антибиотикорезистентные свойства позволили определить идентичность выделенных бактерий из крови и отделяемого из ран. Выделенные бактерии из крови были представителями рода *Acinetobacter* и *Proteus*.

Выделенные штаммы бактерий из крови больных проверены на чувствительность к дезинфектантам. Дезинфектанты были выбраны в соответствии с санитарными правилами и нормами «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы»,

утвержденные 06. 08. 1997 г. Бактерии рода *Acinetobacter* были устойчивы к 1 s % хлорамину при экспозиции 30 минут, к 3 s% перекиси водорода при экспозиции 80 минут, 3 s% формальдегиду при экспозиции 30 минут, 0,1 s% дезоксону при экспозиции 15 минут, 2,5 s% гибитану при экспозиции 30 минут. Бактерии рода *Proteus* были устойчивы к 1 s% хлорамину при экспозиции 30 минут, 3 s% формальдегиду при экспозиции 30 минут.

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) представляют одну из важнейших проблем современного здравоохранения. Хотя достоверные данные о заболеваемости ВБИ ограничены, серьезность и неотложность проблемы не вызывает сомнений. Нами был проведен анализ результатов бактериологического исследования микробного пейзажа отделяемого из ран у детей с открытыми переломами костей. От 20 детей в возрасте 5-14 лет было исследовано 100 проб раневого отделяемого, при этом выделено и изучено 215 штаммов возбудителей. Целью микробиологического мониторинга было установление эпидемиологических особенностей течения ВБИ в травматологическом отделении для разработки рациональных мер профилактики. Детей обследовали с периодичностью 3 суток в течении 15 дней с момента поступления в стационар. При поступлении в стационар с места происшествия и получения травмы дети не имели признаков инфекции. Материал для исследования забирали во время перевязок с соблюдением правил асептики. Вывод о принадлежности микроорганизма к определенному роду и виду делали после полной идентификации. При статистической обработке полученных данных руководствовались методами, рекомендуемыми Е. А. Бурганской (Практическое руководство: «Основы инфекционного контроля», American International Health Alliance, USAID, 1997).

На 3 сутки у 12 детей отмечались серрозные выделения из ран, у 8 детей выделений из ран не наблюдалось. Результаты бактериологического исследования показали, что колонизация ран была весьма высокой: у всех без исключения больных обнаруживалась микрофлора, представленная в 98 s% сапрофитным стафилококком и грамположительными палочками. На 6-7 сутки у 6 детей раны были сухими, у 2х детей в мазках были однородные единичные грамположительные палочки, у 10 детей была разнородная культура: ***S. epidermidis* –60% случаев, *S. aureus* –30 %, *S. warneri*–10%; грамотрицательные палочки (*E. coli* –20%, *Acinetobacter* –30%, *P. vulgaris* –20%)**; грибы рода *Candida* у 1 больного. При этом степень обсеменения всех видов бактерий был относительно невысоким (lg 1-1.5). к 12 дню проспективного наблюдения из обследованных детей у 9 рана была сухая и чистая, у 8 детей отмечался бактериологический высев следующего спектра микроорганизмов: ***S. aureus* –50 s% в lg 3-3,5, *S. epidermidis* –20% lg 3-4, *P. vulgaris* –20% lg 3. Параллельно с проспективным наблюдением за больными нами проводилось санитарно-бактериологическое исследование объектов окружающей среды отделения. В ходе исследования было установлено, что спектр выделенных микроорганизмов от больных и объектов окружающей среды был идентичен *P. vulgaris* в 62,9 %, *S. epidermidis* –60 %, *Acinetobacter* –32 %, *S. aureus* –18 %. Идентичность выде-**

ленных бактерий определяли по биохимическим свойствам, по антибиотикочувствительности. Штаммы *S. aureus* подвергались фаготипированию. Из всех выделенных штаммов в 45 % *S. aureus* обладал ферментом коагулазой. В остальных случаях золотистый стафилококк был коагулазоотрицательным. Необходимо отметить, что 58 % коагулазоотрицательных *S. aureus* обладал метициллинрезистентным свойством.

Выводы. Таким образом, изучение ожоговых ран у детей позволяет нам сделать вывод об актуальности изучения скрытых течений ВБИ в ЛПУ. Внимание госпитального эпидемиолога и других специалистов по инфекционному контролю должны привлекать не только явные случаи ВБИ. ВБИ требуют ежедневного тщательного изучения состояния ран в сопоставлении с результатами клинического и санитарно-бактериологического исследования. Только истинная картина заболеваемости ВБИ в ЛПУ даст возможность локализовать и своевременно ликвидировать инфекцию. Применение в ежедневной практике хирургов и госпитальных эпидемиологов проспективного наблюдения с применением клинического и санитарно-микробиологического мониторинга позволило бы в ранние сроки активно выявить пациентов, подвергнутых риску инфицирования и заболевания ВБИ и установить факторы передачи возбудителя в ходе лечебно-диагностического процесса.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.К. Куандыкова, К.К. Куандыкова, Б.С. Исмаилов

МКТУ имени Ясави, Центр санэпидэкспертизы, город Туркестан, Казахстан

За последние годы произошли изменения в структуре инфекционных болезней, отмечается заметная эволюция их, прежде всего, в расширении этиологических факторов, и, что особенно важно отметить, в изменении клиники, течения и исходов заболеваний. Изменилась значимость отдельных нозологических форм инфекционных болезней в патологии как взрослых так и детей. Несмотря на развитие медицины, достижения в области профилактики и лечения инфекционной патологии, число воспалительных заболеваний, тем не менее, не только не снижается, но и к сожалению возрастает (1).

Цель. Изучить структуру микроорганизмов, выделенных из различных клинических материалов в динамике и оценить этиологическую значимость в возникновении различных патологий.

Материалы и методы исследований:

<i>патологический материал</i>	<i>с 1992 по 1996 годы</i>	
	<i>количество исследований</i>	<i>количество изученных штаммов</i>
<i>кровь</i>	<i>100</i>	<i>102</i>
<i>моча</i>	<i>202</i>	<i>245</i>
<i>кал</i>	<i>1015</i>	<i>1089</i>
<i>мокрота</i>	<i>98</i>	<i>51</i>

В работе использованы следующие методы: метод прямого и непрямого посева клинического материала на соответствующие селективные среды; метод количественного посева путем серийный разведений на дифференциально-диагностические среды; метод биохимической идентификации выделенных культур, согласно действующих методических рекомендаций соответственно групп бактерий.

Результаты исследования

Процент высеваемости *S.epidermidis*, который до сих пор считается безобидным микроорганизмом, возрос с 2% до 4%. Данный факт говорит в пользу того, что *S.epidermidis* необходимо причислять к условно-патогенным бактериям, который способен при определенных условиях являться этиологическим фактором инфекционного процесса. Энтеробактерии, представленные бактериями рода *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Escherichia*, приблизительно в одинаковых процентах случаев явились этиологией инфекций (56% и 58% за исследуемые периоды соответственно). При этом бактериям рода *Escherichia* принадлежал 18% и 22%, рода *Klebsiella* – 20% и 16%, бактериям рода *Enterobacter* – 18% и 20% случаев. Исследованиями также установлено, что в крови больных стали высеваться бактерии рода *Acinetobacter*, *Serratia*. *Acinetobacter* высевался в концентрации 10^2 и выше в 6%, *Serratia* в 5% случаев. Таким образом, мы установили, что разнообразие микроорганизмов в крови расширилось за счет выделения из крови больных бактерий рода *Acinetobacter*, *Serratia*. В целом, удельный вес бактерий сохранил и увеличил перевес в сторону грамотрицательных бактерий. Соотношение грамотрицательных и грамположительных бактерий составляет 44% и 56% в 1992-1996 годах, 36% и 64% в 2005-2009 гг (Рисунок 1).

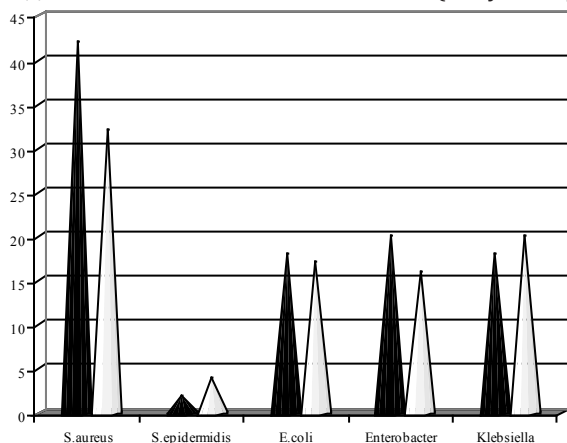


Рисунок 1. Частота встречаемости различных микроорганизмов в крови

Исследования микрофлоры мочи в динамике выявил следующее: процент высеваемости бактерии рода *S.aureus* приблизительно остался на прежнем уровне. Если в 1992-1996 годы процент высеваемости *S.aureus* был 25%, то 2006-2009 годы процент высеваемости равнялся 23%. Немного

активизировались бактерии рода *S.epidermidis*, их процент высеваемости возрос с 5% до 8%. Грамположительная флора была представлена

бактериями рода *Staphylococcus* и общий процент высеваемости бактерий данного рода в исследуемые годы составил 30% и 31% соответственно. Большая доля в структуре высеянных бактерий принадлежала грамотрицательной флоре. Им соответствовали 70% и 69 % обнаруженных бактерий. При этом, 36% *E.coli* снизился до 22 % за счет увеличения доли высеваемости бактерии рода *Hafnэ* и НГОБ. Высев бактерии рода *Hafnэ* увеличился с 10% до 14 %. Бактерии рода *Enterobacter* практически одинаково высевались за исследуемый период- 12 % и 10 % соответственно. Синегнойная палочка в 1992-1996 годы высевалась в 12 % случаев посева мочи на бактериологический анализ. В 2005-2009 годы синегнойная палочка в моче высевалась в 2 меньше. Зато, разнообразие бактерий, обнаруживаемых в моче расширилось за счет НГОБ. На долю НГОБ принадлежали 17% посева. Возможно, это происходит за счет активизации ранее менее активных микроорганизмов с одной стороны, и совершенствование лабораторной диагностики с другой (рисунок 2).

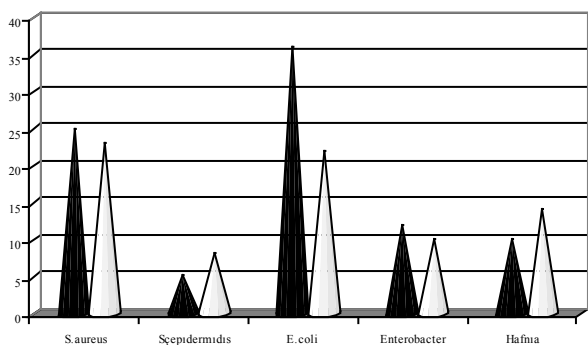


Рисунок 2. Частота встречаемости различных микроорганизмов в моче

Исследованный
клинический

материал – фекалий – исследовался от больных с диагнозом острые кишечные инфекции (ОКИ). Для идентификации мы брали бактерии семейства энтеробактерий, так как подавляющее большинство этиологически расшифрованных ОКИ были обусловлены представителями этого семейства (98,7%). Результаты показали, что удельный вес патогенных энтеробактерий с 30 % в 1992-1996 годы снизился до 24 %. При этом необходимо отметить, что расширился диапазон выделяемых патогенных энтеробактерий: если в 90-х годах сальмонеллы были представлены в основном группами А, В, С, D, то в последние годы резко возросла роль как этиологического фактора сальмонеллезом представителей так называемых сальмонелл редких групп. Шигеллы в основном были представлены *Shэгella Sonneэ* и *Shэгella flexnerэ*. Энтеропатогенные кишечные палочки, бактерии рода *Hafnэ*, рода *Enterobacter*, *Proteus* и рода *Сэtробacter* имели лишь небольшую разницу в динамике. Так, энтеропатогенная кишечная палочка высевается на 1% реже, бактерии рода *Hafnэ* высевается чаще на 1%, бактерии рода *Enterobacter* – реже на 2%, и бактерии рода *Сэtробacter* – чаще на 3%, бактерии рода *Proteus* -

чаще на 3%. Немного большую разницу при анализе высеваемости показали бактерии рода *Edwardsiella*. Бактерии этой группы стали реже высеваться из фекалий больных с диагнозом ОКИ. Данный пробел в этиологической структуре ОКИ, возбудителями которых явились представители бактерий семейства энтеробактерии, был восполнен бактериями рода *Providencia*. Высев данных бактерий увеличился с 10% до 16% (рисунок 3).

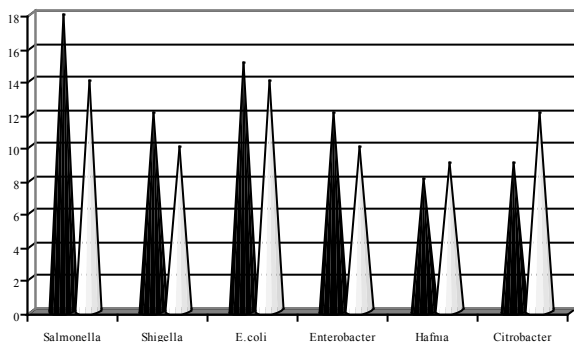


Рисунок 3. Частота встречаемости различных микроорганизмов в кале

Исследования мокроты на содержание различных бактерий в этиологически значимом количестве показал следующие результаты: бактерии рода *Staphylococcus* почти в одинаковых количествах высевались в различные периоды.

Процент их высева составил 25% в период 1992-1996 годы и 24% в период 2005-2009 годы. Содержание *Streptococcus* снизилось почти в 2 раза: с 32% до 18%. Энтеробактерии стали высеваться из мокроты, наоборот, чаще почти в 2 раза: с 18% до 33%. Доля НГОБ увеличился на 3%, тогда как доля гемофильных палочек имеет тенденцию к снижению. Необходимо отметить, что в мокроте довольно часто встречается ассоциация микроорганизмов. Их доля высева в динамике претерпела незначительные колебания: 10% в 1992-1996 годы и 8% в 2005-2009 годы (рисунок 4).

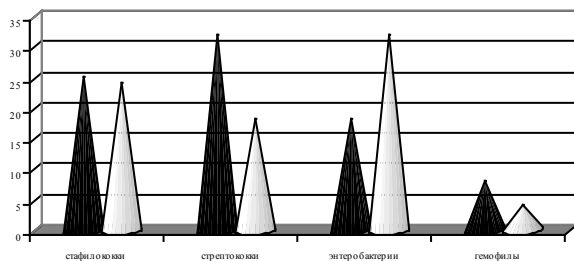


Рисунок 4. Частота встречаемости различных микроорганизмов в мокроте в динамике

Наибольшее разнообразие бактерии мы обнаружили при исследовании гнойных ран. Грамположительная флора была представлена

кокками, они составили 19% высева в период 1992-1996 годы. В период 2005-2009 годы грамположительные кокки стали чаще высеваться из гноя. При этом, высев *S.aureus* увеличился на 4%, *S.epidermidis* на 9%. Таким образом, доля грамположительной флоры возросла с 19% до 32% в основном за счет увеличения доли *S.epidermidis*. Еще одним представителем

грамположительной флоры являются грибы рода *Candida*. В изучаемые периоды доля кандид составлял 18 % и 9 % соответственно, т.е. грибы в 2 раза реже стали высеваться из гнойных отделяемых. Роль некоторых представителей семейства кишечных стала возрастать: высев *E.coli* увеличился с 10 % до 14 %, *Klebsiella* с 6 % до 12 %, *Proteus* с 9 % до 12 %.

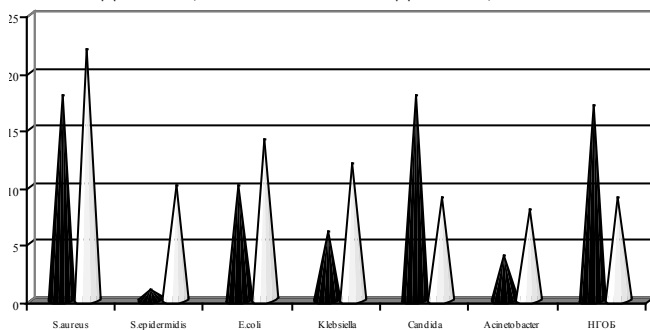


Рисунок 5. Частота встречаемости различных микроорганизмов в гнойном отделяемом в динамике

Вывод.

Исследования, проведенные нами с целью изучения микробного пейзажа

клинических материалов в динамике) показали, что имеет место изменения удельного веса некоторых бактерий. Вместе с тем, наиболее часто из патологического материала выделяются грамотрицательные бактерии. Удельный вес энтеробактерий среди выделенных бактерий составили более 50%. Самое большое разнообразие микроорганизмов было в гнойных отделяемых ран. Из гноя было выделено более 10 представителей различных родов. Достаточно стабильно идет высев граположительной флоры, представленной в подавляющем большинстве случаев бактериями рода *Staphylococcus*. Необходимо отметить, что в период с 2005-2009 годы резко возросла активность *S.epidermidis*. **Установление причины возрастания роли эпидермального стафилококка как этиологии инфекционного процесса требует дополнительных исследований.**

ПОКАЗАТЕЛИ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ДЕТЕЙ С ДЛИТЕЛЬНОЙ ДИАРЕЕЙ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

А.К. Куандыкова

Международный Казахско-Турецкий университет имени Ясави, город Туркестан, Казахстан

Цель исследования. Изучить микробиологические аспекты дисбактериоза кишечника у детей с длительной диареей неясной этиологии. Определить количественный и качественный состав микрофлоры кишечника у больных в остром периоде и в периоде реконвалесценции. Изучить антибиотикорезистентность наиболее распространенных условно-патогенных микроорганизмов, выделенных из патологического материала в различные периоды.

Материалы и методы. Анализ микробиоценоза 120 детей проводился бактериологическим методом. Исследование микробного пейзажа содержимого толстого кишечника включала выявление общего микро-

бного числа анаэробов, бифидобактерий и лактобактерий. Выделенные микроорганизмы идентифицировались согласно общепринятыми методами. Оценка степени дисбактериоза кишечника у обследуемых проводилась согласно разработанной Казахской академией питания классификации (Багрянцева О.В. с соавт.).

Результаты и их обсуждения

Проведенные нами исследования показали, что после перенесенной острой кишечной инфекции период восстановления у подростков был различным. Формирование нормальной микрофлоры у подростков идет сложно, ступенчато, зависит от множества факторов: погрешности в диете, нарушение режима питания и прочее могут еще более осложнить этот процесс. Содержание бифидобактерий превышал уровень от Lg5,0 до Lg7,0 свыше 97 s% подростков лишь к концу третьей недели после выписки. Количество лактобактерий стал превышать уровень от Lg5,0 до Lg7,0 к концу третьей недели после выписки лишь у 83,2 s% обследованных подростков.

В последнее время отмечается рост устойчивости возбудителей различных инфекций к антибиотикам. Эффективность многих антибактериальных препаратов, традиционно используемых при их терапии, снижается из-за возрастающего распространения устойчивых штаммов бактерий.

Нами был проведен анализ данных об антибиотикорезистентности наиболее часто встречаемых условно-патогенных бактерий при различных инфекциях: Enterobacter, Klebsiella, Ecsherichia, Proteus за различный период (1992-1996гг. и 2005-2009 гг.). Определение чувствительности к антибиотикам проводилась общепринятыми методами диффузии в агар с использованием дисков к 14 антибиотикам: диоксициклину, цiproфлксану, бензилпенициллину, ампициллину, оксациллину, канамицину, гентамицину, эритромицину, олеандомицину, линкомицину, левомицентину, ристамицину, полимиксину.

Анализ показал, что в популяции микроорганизмов идет рост резистентности к антибактериальным препаратам. Если в период с 1992 по 1996 годы процент антибиотикоустойчивых штаммов Ecsherichia составлял от 42,4% до 79,5%, то в 2005 по 2009 годы – 54,6% - 87,5%. По отношению к доксициклину и цiproфлксацину процент устойчивых штаммов был значительно ниже - 9,5% и 11,0% соответственно. Аналогичная ситуация сложилась и в отношении бактерии рода Enterobacter, антибиотикоустойчивость которых у казаный промежуток времени возросла от 51,3% - 86,0 s% до 62,4%-91,0%. Число устойчивых к доксициклину штаммов у этих микроорганизмов составила 24,8%, к цiproфлксану – 14,9%. Резистентность к медикаментозным препаратам бактерий рода Proteus за исследованный период времени возросла с 64,7%-84,4% до 84,7:-89,9%. Настораживающим фактором является и то, что процент устойчивых к доксициклину и цiproфлксану протеев был также достаточно велик – 34,7% и 22,8% соот-

ответственно. Некоторые представители родов *Escherichia*, *Enterobacter* оказались устойчивыми к 5-7 препаратам в 18,9% и 22,0 s% соответственно. Устойчивость к 3-4 препаратам отмечалась у 49% *Escherichia* и 60,9% *Enterobacter*. У 32,1% и 17,1% бактерий, принадлежащих к данным родам были устойчивы к 1-2 препаратам. У бактерий рода *Proteus* устойчивость к 1-2 препаратам не встречалась вовсе. Процент штаммов резистентных к 3-4 антибиоткам у этих микроорганизмов составлял 58%. 42 s% выделенных культур были устойчивы к действию 5-7 препаратов.

При расшифровке бактериальной карты фекалий в остром периоде ОКИ в 100% случаев выявлено снижение основной флоры кишечника – бифидобактерии, а у 12,8% детей полное её отсутствие. Установлено снижение лактобактерий $< 10^3$ в 46,9% случаев, снижение общего количества кишечной палочки менее $< 10^6$ у 22 детей (37,5%), а у 41 детей (6,3%) кишечная палочка отсутствовала. Высеивались атипичные формы кишечной палочки – лактозонегативная кишечная палочка $> 21\%$ от всех коли штаммов у 68,4% детей и гемолизирующая кишечная палочка в 1,8% случаев. При исследовании микробного пейзажа кишечника в периоде реконвалесценции, после проведения общепринятого курса лечения по поводу ОКИ, выявлена небольшая положительная динамика со стороны бифидобактерий, лактобактерий, колифлоры. Но, сравнивая высеиваемость УПФ в остром периоде и в периоде реконвалесценции, мы установили, что в периоде реконвалесценции имеет место выраженная активация УПФ, грибов рода *Candida*. Учитывая имеющееся в литературе мнение о том, что важное значение имеет не само обнаружение УПФ, грибов рода *Candida*, а ассоциация этих микроорганизмов, мы провели анализ сочетания качественного изменения в составе *E.coli* (наличие лактозонегативных и гемолизирующих кишечных палочек), УПФ и грибов рода *Candida*. Следует отметить, что в остром периоде ОКИ ассоциация указанных микроорганизмов была обнаружена в 46,9%, а в периоде реконвалесценции в 63,5% случаев.

Выводы. Таким образом, среди представителей условно-патогенных энтеробактерий растет количество штаммов, устойчивых к различным антибиотикам. Данная характеристика возбудителей позволит определять фазы формирования эпидемического варианта госпитального штамма и является основой для рационального применения антибиотикотерапии. У детей, перенесших длительную диарею в периоде реконвалесценции сохраняются выраженные нарушения соматического и микробиологического статуса, причём изменения в биоценозе кишечника имеют довольно глубокий характер и требуют проведения дополнительной его коррекции в периоде реабилитации.

ИЗУЧЕНИЕ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ ЭНДЕМИЧЕСКОГО РЕГИОНА

Р.К. Куандыкова

*Международный казахско-турецкий университет имени А.Ясави, г.Туркестан,
Казахстан*

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) широко распространены в мире и являются самой частой эндокринной патологией, особенно в регионах с недостаточным содержанием йода в окружающей среде. Дефицит йода очень широко распространен на всей нашей планете, от него страдают люди всех континентов: Европы, Азии, Африки, Америки, Австралии. По данным ВОЗ, в условиях дефицита йода живут более 2 млрд человек, среди них у 740 млн человек выявлен эндемический зоб, 43 млн человек имеют умственную отсталость по причине дефицита йода, более 6 млн человек страдают кретинизмом.

По данным исследований Казахской академии питания в 1999 году 60,0% женщин репродуктивного возраста во всех регионах Казахстана имели в той или иной степени выраженности йодную недостаточность, из них от 4,0 до 12,0% - тяжелую степень йодного дефицита. На современном этапе практически всю территорию Казахстана можно отнести к регионам со средним и легким дефицитом йода.

При недостатке йода возникает риск для плода: ухудшение роста и развития, снижение антропометрических показателей, задержка внутриутробного развития, формирование врожденного зоба, нарушение адаптации, повышение заболеваемости, смертности, пороков развития. Риск развития йододефицитных заболеваний в некоторых странах у детей до 1 года составляет 2%, в 7–10 лет – 20–30%, у подростков – 30–50%. В йододефицитных районах в 2 раза чаще встречается умственная отсталость, до 15% школьников испытывают трудности в обучении.

Профилактика йодного дефицита крайне важна во все возрастные периоды. Существуют массовая, групповая и индивидуальная йодная профилактика, к первой профилактике относится йодирование соли и продуктов питания. В некоторых странах йод добавляют уже в корм сельскохозяйственных животных. к групповой профилактике относится особая забота о так называемой группе риска. к ним относятся дети, подростки, беременные и кормящие женщины.

Цель исследования: провести сравнительный анализ тиреоидных гормонов у детей йододефицитного региона с учетом экологической среды проживания с показателями детей из относительно благоприятного региона.

Материалы и методы. Определение уровня общего T_3 , T_4 и ТТГ у детей в сыворотке крови проводилась в иммунологической лаборатории. Концентрация в сыворотках крови тиреоидных гормонов определялись методом иммуноферментного анализа с использованием стандартизированных коммерческих наборов ИФА - «Бест» (Россия). Границы нормы

для T_3 ($N=1,2 - 3,0$ нмоль/л); T_4 ($N= 52 - 155$ нмоль/л); ТТГ ($N= 0,3 - 4,0$ мМЕ/л).

Нами были обследованы дети - жители экологически неблагополучного промышленного г.Кентау, и с.Майдантал относящегося к «чистому» региону.

В исследуемой группе школьников - горожан средний показатель уровня T_3 в сыворотках крови был равен $2,21 \pm 0,35$ нмоль/л при $2,29 \pm 0,29$ - в сельской (контрольной) местности. Среднее содержание сывороточного T_4 у мальчиков г. Кентау и с. Майдантал соответственно составило $141,49 \pm 31,12$ нмоль/л и $111,78 \pm 19,89$, т.е., несмотря на более высокие значения у сельских школьников, статистически значимое отличие установить не удалось. Соотношение уровня ТТГ у детей экологически неблагоприятного региона к «чистому» было $3,74 \pm 0,03$ к $2,04 \pm 0,07$ мМЕ/л соответственно.

Был проведен анализ показателей уровня тиреоидных гормонов в этих же группах в зависимости от возраста, в связи с чем всех обследованных детей разделили на три группы: до 10 лет - период, вторая группа - в возрасте от 11 до 12 лет, т.е. в период начала полового созревания, усиленной гормональной перестройки и физического развития. Третья группа - дети возрастного периода 13-14 лет, период перехода от детского к подростковому возрасту.

У детей первой группы уровень T_3 был равен $2,11 \pm 0,29$ нмоль/л; T_4 - $146,29 \pm 15,16$ нмоль/л; ТТГ - $2,5 \pm 0,90$ мМЕ/л. В 11-12 лет показатели составили T_3 - $1,79 \pm 0,97$; T_4 - $114,59 \pm 66,15$; ТТГ - $5,20 \pm 2,45$ соответственно. В третьей группе средний показатель T_3 был равен $2,24 \pm 0,39$; T_4 - $132,60 \pm 41,97$; ТТГ - $2,53 \pm 1,35$.

Достоверные различия отмечены между 1 и 2 группой по уровню T_3 - $p < 0,05$; по показателю ТТГ - $p < 0,001$. Различие между $p_{2,3}$ по концентрации ТТГ - составил $p < 0,02$.

Данные результаты возможно связаны с тем, что при недостаточном поступлении йода в организм происходит снижение его содержания в щитовидной железе. В ответ на это повышается чувствительность клеток эндокринного органа к стимулирующему действию ТТГ. В свою очередь, ТТГ обладает свойством активизировать рост клеток щитовидной железы - тироцитов за счет увеличения их размера и количества. Кроме того, уровень ТТГ может компенсаторно повышаться в ответ на снижение уровня тиреоидных гормонов в крови. В результате чего в подавляющем большинстве случаев происходит формирование диффузного эутиреоидного (то есть без снижения функции щитовидной железы) зоба. Следовательно, эндемический зоб является компенсаторной реакцией организма в ответ на дефицит йода.

Таким образом, необходимо организовать и поставить на должный уровень диагностику заболеваний до проявления их клинических форм, особенно среди детей групп «риска». Рекомендуется проведение

дальнейшего глубокого изучения факторов, определяющих оказывающих влияние на уровень заболеваемости и состояние здоровья детей в целом, включая социальные, экологические и биологические, в целях определения приоритетности задач по укреплению здоровья детей.

ЛЕЧЕНИЕ СИСТЕМНЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

А.В. Кудрявцева, И.И. Балаболкин, Н.А. Генне,, Л.Д. Ксензова

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

НЦЗД РАМН, Москва

Цель исследования: проанализировать клиническую эффективность лечения системными глюкокортикостероидами (ГКС) детей с тяжелым течением атопического дерматита (АтД)

Материал и методы: Проведена сравнительная оценка терапевтической эффективности комплексного лечения, включающего в себя назначение системных ГКС 60 больным с тяжелым течением АтД за период с 1999 по 2010 гг. При анализе историй болезни этих детей и подростков было отмечено, что назначение только наружного лечения высокоактивными ГКС не позволяло достичь стойкой ремиссии болезни, что требовало пересмотра терапии. У 27 детей диагностировали эритематосквамозную (ЭрС) форму АтД (средний возраст больных составлял $4,9 \pm 2,3$ года), у 10 детей - экссудативную (Экс) (дети младше года) и у 5 - лихеноидную (Л) ($15,5 \pm 1,5$ лет) форму заболевания, у 18 больных - эритематосквамозную (ЭрСЛ) форму болезни (средний возраст детей $6,7 \pm 3,7$ лет). 58 детей получали системные ГКС парентерально в дозе по преднизолону 1,0-1,5 мг/кг/24сут однократно внутримышечно утром в течение 5 дней. Двум детям раннего возраста требовалось пероральное назначение преднизолона в дозе 1,5 мг/кг/24ч. в утренние часы с учетом биологического ритма гормонов, с постепенной отменой, курс лечения составлял 7 и 14 дней. В рамках комплексного лечения больные получали диетотерапию, антигистаминные препараты, энтеросгель, наружное лечение ГКС.

Результаты исследования: При обследовании у 98% больных отмечался высокий уровень общего IgE, уровень ЦИК был выше нормальных значений примерно в 1,3 раза, примерно в 50% случаев была выявлена эозинофилия периферической крови, которая составляла в среднем $1,3 \pm 0,4 \times 10^9$ /л. Дети, получающие ГКС перорально, имели Экс форму АтД, высокий уровень IgE, ЦИК и лейкоцитоз. На фоне лечения системными ГКС состояние улучшилось у всех больных. Индекс SKORAD к 3 дню снизился в среднем с $69,8 \pm 6,9$ до значений $54 \pm 6,5$, к концу лечения (к 7-му дню) до $26 \pm 8,9$. Показатели периферической крови достоверно не изменялись, уровень общего IgE и ЦИК оставались на высоких значениях. Из 30 детей старше 3 лет у 40% была достигнута стойкая клиническая ремиссия АтД, продолжавшаяся более 10 месяцев. Все подростки (5 больных) с Л формой заболевания, 8 - с ЭрС и 4 - с ЭрСЛ формами болезни имели непродолжи-

тельный период улучшения, не превышающий 3 месяца, что требовало в дальнейшем пересмотра терапии и назначения иммуносупрессивного лечения. Из 30 больных младше 3-х лет стойкая клиническая ремиссия, превышающая 10 месяцев, достигнута в 71% случаев, что выше, чем у больных старшего возраста.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать вывод об обоснованности назначения системных ГКС больным с тяжелыми формами АтД. Доза, не превышающая 1,5 мг/кг/24ч, введенная в/м, достаточна для достижения клинического эффекта. Своевременное комплексное лечение с назначением системных ГКС позволяет достичь стойкой клинической ремиссии болезни в большинстве случаев.

МЕТОДИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ШКОЛЫ, ОБУЧАЮЩЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Д.А. Кузьмин

ГОУ дополнительного педагогического профессионального образования «Научно-методический Центр Московского района» Санкт-Петербург

В Российской Федерации государство гарантирует получение образования с учетом потребностей и возможностей каждой личности. Возросло внимание детям с особыми потребностями, осуществляется инклюзивное образование.

Дети с ограниченными возможностями здоровья могут обучаться на дому. к преимуществам данной формы обучения следует отнести личностно-ориентированный подход к учащимся, выражающийся в щадящем режиме обучения, индивидуальном темпе освоения учебной программы, возможности построения индивидуального образовательного маршрута. к недостаткам следует отнести затруднения в социализации детей, вследствие ограничения их контактов со сверстниками, невозможности обучения в коллективе, что можно нивелировать за счет грамотно выстроенной воспитательной системы школы. Важным условием успешной социализации является включение учащихся в проектную деятельность, в том числе социально значимую, и предоставление им возможности продемонстрировать результаты работы публично перед ровесниками, педагогами, родителями.

В Московском районе учащиеся, находящиеся на надомном обучении, традиционно участвуют в организуемых НМЦ районных мероприятиях: конференциях «Многонациональный Санкт-Петербург» и «Юные исследователи природы», фестивалях «Многонациональный Санкт-Петербург сегодня» и «Твори, выдумывай, представляй!», экологических круглых столах, конкурсах, играх по станциям и др. Данные мероприятия помогают им научиться взаимодействовать с другими детьми, преодолевать психологические барьеры, повышают самооценку и мотивацию достижения.

Все участники образовательного процесса нуждаются в педагогической поддержке. Педагогическая поддержка – это педагогическое влияние

на субъекта, содействующее увеличению меры его способности разрешать проблемы собственной жизни.

Система педагогической поддержки школы включает в себя следующие взаимосвязанные компоненты: психолого-педагогическая, валеологическая, медико-социальная и методическая поддержка. Важной задачей школы является организация непрерывного образования педагогов.

Ядром педагогической поддержки учителя выступает система внутрифирменного (корпоративного) обучения. Она должна включать в себя как надпредметные, так и специальные модули. Перспективным считаем наличие адаптационного модуля, который изучается всеми педагогами, впервые принятыми на работу в школу для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение непосредственно в образовательном учреждении ориентировано на задачи школы, интересы и затруднения конкретных педагогов, способствует созданию профессиональных контактов, особой рефлексивной среды, содействующей саморазвитию и самообразованию педагогов, созданию комфортной психологической обстановки, сохранению профессионального здоровья учителей. Современная школа должна обладать возможностями для реализации дистанционного обучения детей и дистанционного повышения квалификации педагогов.

Школа, имеющая службу сопровождения и тесные связи с учреждениями-партнерами в данной сфере, создает условия, с одной стороны, снижающие риски синдрома выгорания и профессиональной деформации личности педагога, с другой стороны, стимулирующие деятельную активность педагогов в приобретении ценного практического опыта.

Предоставление учителю широкого спектра возможностей для разносторонней творческой самореализации – лучшая форма поддержки педагогического мастерства учителя, эффективная мера профилактики синдрома выгорания и профессиональной деформации его личности.

Педагоги школ, обучающихся детей с ограниченными возможностями здоровья принимают активное участие в работе методических объединений и творческих групп НМЦ, делятся опытом по организации индивидуального, личностно-ориентированного и дистанционного образования школьников. Учителя успешно представляют свои мультимедийные и телекоммуникационные проекты на районном фестивале-конкурсе «Информационные технологии в современной школе» и городских мероприятиях. Педагоги участвуют в работе постоянно действующих семинаров и конференций по здоровьесбережению, организации правильного питания, профилактике рискованного поведения.

Таким образом, качественное и доступное образование детей с ограниченными возможностями здоровья могут осуществить только высококвалифицированные педагоги. Повышение уровня подготовки педагогов в области охраны и укрепления здоровья позитивно отражается на их воспитанниках.

Школа, обучающая детей с ограниченными возможностями здоровья – это достижение нашего времени, обращенное в будущее детей, получивших успешный социальный старт, адаптированных и готовых к самореализации в современном им обществе.

МЕТОДОЛОГИЯ И ПРИНЦИПЫ МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ И СТУДЕНТОВ

Р.И. Айзман, Н.И. Айзман, В.Б. Рубанович, А.В. Лебедев

*ГОУ ВПО Новосибирский государственный педагогический университет,
Новосибирск*

ВВЕДЕНИЕ: Сложнейшие социально-экономические преобразования, произошедшие в нашей стране в последнее десятилетие, как в фокусе, выявили ряд негативных явлений, влияющих на состояние здоровья и качество жизни населения России.

В этой связи, большое значение приобретает скрининг диагностика состояния здоровья детей и молодежи в процессе обучения для профилактики нарушений физического и психического состояний.

Нами разработаны компьютерные варианты методик комплексной оценки здоровья учащихся и студентов (Пер. св. № 0320800711 от 27.03.2008 г. и № 0320801703 от 18.08.2008 г., выданные Министерством информационных технологий и связи РФ) – электронные паспорта здоровья.

ЦЕЛЬ: на основе данных об индивидуальных особенностях и возможностях организма учащихся и студентов обеспечить: сохранение здоровья в процессе индивидуального развития и обучения; профессиональную ориентацию учащихся для осознанного и адекватного возможностям организма выбора профессии; оценку индивидуальных морфофункциональных, психофизиологических, типологических и личностных особенностей участников образовательного процесса для коррекции и развития индивидуума; оценку здоровьесохраняющей деятельности общеобразовательного учреждения; индивидуальный подход к организации учебно-воспитательного процесса;

Компьютерный вариант мониторинга здоровья позволяет сохранять результаты в единой базе данных, которые могут быть востребованы в любом формате (по полу, возрасту и т.д.).

Достоинством электронных паспортов здоровья является: интегративный подход к здоровью как системному состоянию, включающему показатели физического, психического и социального уровней; компьютеризация всех данных, что позволяет создать банк здоровья различных возрастно-половых и профессиональных групп; количественное выражение показателей, обеспечивающее возможность динамического наблюдения и сопоставления уровня здоровья различных групп, образовательных учреждений, т.д.; относительная простота обследования, не требующая дорогостоящего оборудования; вовлечение субъекта в сам процесс обследования, что повышает его личную заинтересованность в сохранении

и развитию здоровья; возможность прогнозировать риск развития девиантного поведения, своевременно выявлять психо-соматические нарушения и осуществлять их коррекцию.

РОЛЬ РЕСУРСНОГО ЦЕНТРА ГОРОДСКОГО УРОВНЯ В СОПРОВОЖДЕНИИ МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ В ШКОЛАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

И.Г. Локосова, Т.Б. Третьякова

ГОУ школа №667, Санкт-Петербург

Мониторинг здоровьесозидающей образовательной среды школы осуществляется Санкт-Петербургской академией постдипломного педагогического образования (СПбАППО) совместно с ресурсными центрами городского уровня (ГРЦ) по теме «Служба здоровья образовательного учреждения». ГРЦ совместно с СПбАППО:

- обрабатывают механизм вовлечения ОУ СПб в данный мониторинг (оповещение предполагаемых участников, подготовка администрации и специалистов ОУ в рамках образовательных программ СПбАППО, поддержка корректного заполнения базы данных);
- совершенствуют индикаторы и инструментарий мониторинга на основе обратной связи от ОУ – участников;
- обрабатывают технологию применения результатов мониторинга для оптимизации образовательной среды школы, совершенствуют методические материалы для ее реализации.

Ведущим ГРЦ по сопровождению данного мониторинга является школа №667 Невского района Санкт-Петербурга.

В план-заказ СПбАППО с 2008-2009 учебного года включена подготовка к проведению мониторинга в рамках двух образовательных программ: подготовка школьных команд на курсах по образовательной программе «Служба здоровья образовательного учреждения» – 120 часов; «Здоровьесозидающая образовательная среда школы» – 144 часа по накопительной системе на базе ресурсных центров городского уровня по теме «Служба здоровья ОУ».

Каждая из этих программ содержит модуль «Информационное обеспечение построения здоровьесозидающей среды ОУ» (24 часа), который предназначен для подготовки администрации и специалистов ОУ к проведению мониторинга. Участие в занятиях данного модуля является обязательным условием участия ОУ в данном срезе мониторинга, если ОУ подключается к мониторингу впервые. Модуль проходит на базе ГРЦ №667 Невского района и осуществляется в два этапа:

1 этап (декабрь). Тема: «Информирование о мониторинге» (4 часа)

1-й этап (январь): Тема: «Подготовка к проведению мониторинга» (10 часов).

2-й этап (март). Тема: «Анализ результатов мониторинга» (10 часов).

Организационные формы проведения занятий: семинар, круглый стол, консультирование.

Кроме того, сотрудники кафедры педагогики окружающей среды, безопасности и здоровья человека и кафедры социально-педагогических измерений СПбАППО, руководитель ГРЦ №667 проводят постоянное сопровождение проведения мониторинга в ОУ:

- проверка корректности ввода данных в базу мониторинга;
- консультирование специалистов ОУ.

В настоящее время к мониторингу подключено 54 школы из разных районов города. В ходе реализации программы также получен опыт сопровождения мониторинга в образовательной системе трех районов. Координатором этой деятельности в районах является Научно-методический центр, на базе которого проводятся обучающие семинары и консультирование для специалистов ОУ-участников мониторинга. НМЦ также получил отчет о результатах мониторинга района. В данном направлении сопровождения участвовали следующие районы:

1) Петроградский район в рамках реализации Программы развития образовательной системы района (2007-2009 гг., 14 ОУ). В настоящее время мониторинг включен как методика оценки результативности реализации районной программы «Здоровая и безопасная школа» (2011-2015 гг.).

2) Кировский район в рамках экспериментального проекта НМЦ района «Школа – территория здоровья» (2009-2010 уч. год, 8 ОУ). В настоящее время мониторинг включен как методика оценки результативности реализации районной программы «Здоровый школьник» (2011-2015 гг.).

3) Фрунзенский район в рамках деятельности ресурсного центра районного уровня ОУ №201 (2009-2010 уч.г., 4 ОУ).

В ходе реализации программы постоянно осуществляется предъявление и обсуждение результатов мониторинга на форумах федерального и регионального уровня.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ В ШКОЛЕ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИССЛЕДОВАНИИ И ПРОЕКТИРОВАНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

Я.В. Малыхина, О.А. Никитина, А.А. Махортова

*Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена,
Санкт-Петербург*

Профилактическая педиатрия давно является полноправным разделом единой практической науки и служит цели «предупреждения заболеваний и инвалидизации». Успехи в области разработки системы санитарных и гигиенических мероприятий, профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний велики, однако они так и не удовлетворили в достаточной мере требований к решению сверхзадачи - формирования установки к здоровому образу жизни. Очевидным стало, что санитарное просвещение является необходимым, но недостаточным условием здорового поведения как юного, так и взрослого человека. Обнаружился междисциплинарный контекст этой проблемы, усугубленный тем, что

до настоящего времени не существует общепризнанного пригодного для практики определения здоровья, теории, описывающей его детерминанты. В середине 20 века была предпринята попытка создания метанауки на стыке педиатрии, генетики, психологии, педагогики, гигиены, экологии и социологии – педологии – призванной, в частности, создать интегральную концепцию здоровья, а так же определить условия и методы индивидуально-ориентированного воспитания ребенка здоровым, с соответствующими его установками в будущем. Однако предложенный педологией целостный подход к этой проблеме не был в должной мере оценен современниками, возможно ввиду очевидных методологических и методических трудностей, которые не удалось преодолеть. Но необходимость такого подхода становилась всё более очевидной. Включение философской категории «забота о себе» (М. Фуко) в психологическую структуру личностных смыслов человека является основой успешной реализации достижений современной профилактической медицины в его повседневном поведении.

В последние десятилетия появилось научное направление «психология здоровья». Развиваясь, психология здоровья попыталась взять на себя функцию интеграции знаний, накопленных в науках о человеке, касающихся здоровья. Рассматривая здоровье человека как системное понятие, эта дисциплина обращается к холистическому подходу, призывая рассматривать понятие целостности как базовое. Путем объединения патогенетического и саногенетического подходов в исследовательской практике, специалисты пытались преодолеть дробление ракурсов и описать целостное здоровье, определить его как «интегративную характеристику личности», как «интегральное, системное свойство человека», как «комплекс способностей». При этом подчёркивалось, что здоровье необходимо рассматривать в равновесии всех компонентов, составляющих природу человека, не отдавая приоритет биологическим, психологическим или социальным координатам. В работах В.А. Ананьева, основателя кафедры клинической психологии в РГПУ им. А.И. Герцена, предложена осевая модель систематизации знаний о здоровье человека, представленная в виде концепции «Цветок потенциалов». Это своеобразная матрица, в которой синтезируются теоретические и практические достижения наук о человеке. Она объединяет семь основных аспектов, в которых проявляет себя компетентность человека по отношению к обстоятельствам своей жизни для сохранения и укрепления здоровья (интеллектуальный, волевой, эмоциональный, телесный (физический), социальный, креативный, духовный аспекты здоровья). Гармоничное раскрытие всех компетенций составляет основу для описания «холистического здоровья» человека. «Раскрытие же отдельных компетенций (потенциалов личности) будет свидетельствовать о наличии «фрагментарного здоровья» (гипертрофированное развитие одних и гипотрофированное существование других). В основе

холистического здоровья лежат процессы социального научения, основанные на информированности, самооценке (самоотношении) и саморегуляции» (Ананьев В.А.).

Введённое автором в психологию здоровья понятие «компетентности» акцентирует практическую направленность теоретических изысканий. «Компетентность» понимается как совокупность способностей, знаний, умений и навыков, необходимых для гармоничной адаптации к реальной жизни. Изучение адаптивного поведения человека, его психофизиологических механизмов, систематизация знаний о поведении риска, предшествующего заболеваниям (патогенетический подход), и поведения, способствующего благополучному функционированию человека (саногенетический подход), составляют основу для профилактических программ в рамках психологии здоровья. Развитие «компетентностей» тогда составляется из информирования человека, а также расширения репертуара индивидуальных «базовых умений», которые составляют «комплекс адаптационно-компенсаторных паттернов, отлаженная работа которого свидетельствует о нашем психическом и соматическом благополучии» (Ананьев В.А., 2006).

Развитие обозначенных компетенций человека происходит в детском и подростковом возрасте, что обуславливает особый интерес специалистов в области психологии здоровья к школе и дошкольным учреждениям. Большое внимание психология здоровья уделяет изучению понятий «отношение к здоровью», «мотивация к здоровому стилю жизни», «внутренняя картина здоровья человека». Представителями разных научных направлений осуществляется поиск ответа на вопрос, почему «человек не готов променять свои представления о качестве жизни на её продолжительность» (А. Вовк), какие условия необходимы для интериоризации субъектом мотива сохранения здоровья? Понимание механизмов формирования этих комплексных психологических факторов здоровья должно прояснить соответствующие методические вопросы в практике педагогов школ, родителей, психологов и других специалистов, сотрудничающих в решении профилактических задач.

В ряду исследований кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена изучалось влияние семейных факторов на формирование когнитивного, эмоционального, поведенческого и ценностно-смыслового компонентов внутренней картины здоровья (ВКЗ) школьников, разделенных на две группы по количеству пропусков занятий по болезни. Выявлено, что на становление ВКЗ школьников оказывают влияние социально-психологические факторы: эмоциональный климат в семье, особенности стиля воспитания, отношение родителей к заболеваниям ребенка, поведенческий компонент ВКЗ самих родителей. В то же время формальные признаки благополучия семьи, например, наличие обоих родителей, не являются условием обеспечения здоровья ребенка, его адекватного отношения к своему здоровью.

Был обнаружен ряд отличий элементов ВКЗ подростков и их родителей, характеризующий каждую выборку отдельно. Так, специфическим для группы болезненных школьников стало расхождение между когнитивным и поведенческим компонентом ВКЗ - высокое число мотивов к сохранению и укреплению здоровья при высоком же количестве отрицательных мотивов заботы о здоровье. Родителей обеих групп характеризует сниженное количество действий по сохранению, укреплению и развитию своего здоровья; им свойственны инструментальные мотивы заботы о здоровье. Эти особенности поведения родителей, при недостаточном количестве сведений учащихся о собственном организме, затрудняют транслирование модели здорового поведения от родителя к ребенку, что приводит к возникновению риска формирования у последнего неадекватного отношения к своему здоровью, препятствует становлению мотивационного компонента ВКЗ. В контрольной группе эти тенденции так же имеют место, но на момент исследования компенсируются благоприятным эмоциональным фоном семейных отношений и более адекватными стилями воспитания.

Выявлены некоторые возрастные тенденции формирования отношения к здоровью. Так, подростки 11-13 лет склонны понимать здоровье как организменную целостность, отсутствие заболеваний. Среди мер сохранения и укрепления здоровья, получения дополнительной энергии учащиеся подчеркивают значение тех, которые связаны только с воздействием на тело (спорт, отказ от курения, прогулки и т.п.). Поведенческий компонент отношения к здоровью широко представлен в этой группе. С возрастом представления о ценности здоровья приобретают экзистенциальную глубину. Вместе с тем повышается утилитарная ценность здоровья как средства достижения материальных благ, успехов, однако отражение когнитивной составляющей ВКЗ в поведении почти стирается. Была выявлена «область возможного риска», характерная для индивидуальной концепции здоровья всех школьников – это недостаточный объем знаний о здоровье и болезнях, о многообразии факторов, влияющих на здоровье человека. Поскольку все компоненты ВКЗ, по результатам исследования, тесно взаимосвязаны между собой, большему объему таких знаний соответствует большее количество действий по сохранению и развитию своего здоровья, что подчёркивает значение информирующих методов профилактики.

Выявленные в результате исследования многочисленные связи отдельных элементов ВКЗ между собой свидетельствуют о том, что отношение к здоровью – не просто набор отдельных представлений, знаний и действий. ВКЗ – это психологический конструкт, сложное образование, которое подлежит изучению и может быть сформировано в процессе научения. Эти результаты подкрепляются исследованиями взаимосвязей развития отдельных компетенций и физического здоровья молодого поколения, проведенные с помощью Мультимодального Интегративного Опросника

МИО – 1, предназначенного для диагностики социально-личностных компетенций психосоматического здоровья человека и созданного на единой теоретической основе концепции «Цветок потенциалов». В частности выявлено, что высокие показатели креативности чаще встречаются у студентов начальных курсов обучения в вузе с ослабленным здоровьем. В тоже время, средние показатели креативности, сбалансированные составляющими компетентности волевого аспекта здоровья характерны для группы условно здоровых студентов. Наибольшее число взаимосвязей с физическими показателями здоровья выявлено для эмоционального, телесного, волевого и интеллектуального аспектов здоровья.

Эти и другие исследования, проведенные в соответствии с теоретической основой концепции «Цветок потенциалов», показывают необходимость системного подхода к проектированию образовательной среды, способной создавать условия для развития всех компонентов (компетенций) составляющих индивидуальный ресурс здоровья школьника. В соответствии с этой концепцией разработаны методы проектирования превентивной среды образовательных учреждений на основе компетентностного подхода. Системные модели включают микроуровень (индивидуум), мезоуровень (среда – школа, семья и другие вспомогательные социальные институты) и макроуровень – организация превентивной среды для школьников администрациями школ и муниципалитетов. Школы ленинградской области, работающие по этой системе, становятся победителями конкурсов регионального и федерального уровней по результатам оценки внедрения их программ развития. Накоплен опыт работы по созданию программ подготовки школьных «бригад» - представителей администрации и основных специалистов, которые, владея единой концептуальной базой и слагенными практическими навыками, могли бы реализовывать комплексный подход к заботе о целостном здоровье юного поколения в образовательных учреждениях. Как показала практика, системные технологии позволяют школе иметь ключ к упорядочиванию своей деятельности на новом смысловом уровне. Это экономит время, силы кадрового состава и средства за счёт значительного повышения понимания своей деятельности. Главным в работе специалистов, решающих профилактические задачи, является фасилитарный подход, призванный создавать атмосферу, в которой будет осуществляться развитие необходимых для здоровья ребенка компетенций.

Задача сохранения и укрепления здоровья школьников является междисциплинарной. Научное направление психология здоровья, разрабатывает системные методы оценки и формирования индивидуального ресурса здоровья школьника на основе компетентностного подхода (концепция «Цветок потенциалов» В.А. Ананьева). Опыт применения этих технологий в школьной практике показывает их продуктивность и нуждается в дальнейшем развитии.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ГИМНАЗИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Е.В. Меттус, О.С. Турта

ГОУ Гимназия №56, Санкт-Петербург

Опыт работы гимназии №56, в которой с 1993 года успешно обучаются дети с нарушениями слуха, позволяет с уверенностью говорить о возможности успешной адаптации и эффективного обучения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях массовой школы.

Принимая решение об инклюзии слабослышащих детей, мы брали во внимание: сохранность интеллекта, готовность родителей оказывать помощь и поддержку ребенку на всех этапах обучения, их готовность к сотрудничеству с педагогами, сформированность у ребенка навыка чтения с губ.

Большую помощь на всех этапах инклюзивного обучения нам оказывали специалисты школы для слабослышащих детей. Все наши ученики с нарушением слуха посещали занятия по развитию слухового восприятия и речи у сурдопедагога 20-ой школы-интерната.

Специалисты внутришкольного ППМС-центра (психолог, логопед и социальный педагог) осуществляют комплексное сопровождение слабослышащих учащихся на всех этапах обучения.

Конечно, в особой поддержке нуждаются учителя, которые работают в классах инклюзивного обучения. Здесь психолог помогает преодолеть страх, тревожность, связанные с поиском правильных подходов во взаимодействии со слабослышащими учениками. Одним из необходимых условий успешной интеграции, таким образом, мы считаем наличие центра или службы психолого-педагогического медико-социального сопровождения. Специалисты этой службы разрабатывают для учителей памятки-рекомендации: за какую парту посадить, каким должен быть темп речи учителя, какие способы подачи материала выбрать... к сожалению, не в каждой школе в настоящее время есть такие ресурсы.

Простроенная в нашей гимназии система сопровождения инклюзии позволила получить следующие основные результаты: все слабослышащие ученики успешно справляются с программой массовой школы; все они общаются с окружающими и между собой устной речью, у них сформированы коммуникативные навыки. Две выпускницы окончили гимназию с серебряной медалью, три сдали ЕГЭ по русскому языку на «отлично» и успешно обучаются в вузах Петербурга.

Полученные нами положительные результаты позволили выделить условия успешной инклюзии. А именно:

- дифференцированный подход при принятии решения об инклюзии особого ребенка в массовую школу, учет его индивидуальных особенностей;
- включенность в этот процесс родителей, их сотрудничество со школой;
- организация поддержки со стороны специалистов (сурдопедагога,

психолога, логопеда), сотрудничество педагогов массовой и специальной школ;

- психологическая и методическая поддержка учителя, работающего в классах инклюзивного обучения;
- наличие преемственности в системе школа-вуз и школа-среднее профессиональное учебное заведение.

Обобщая эти результаты, можно с уверенностью говорить о возможности, а в некоторых случаях, и необходимости инклюзивного обучения при соблюдении вышеперечисленных условий. Хорошо было бы иметь в каждой школе координатора по вопросам инклюзивного обучения, но для этого нужны специально подготовленные педагогические кадры.

Здоровьесберегающий эффект технологии МРИТО. Миргородская Ольга Борисовна, школа № 412 Петродворцового района Санкт-Петербурга.

В современной образовательной ситуации очевидным становится факт широкого распространения различных педагогических технологий. При этом эффект их здоровьесбережения для ребенка не ставится под сомнение. Существуют лишь единичные работы, посвященные анализу влияния этих технологий на функциональное состояние и здоровье детей. В основном эти работы посвящены исследованию влияния на здоровье детей технологий развивающего обучения Л.В. Занкова, Д.Б. Эльконина и В.В. Давыдова.

Школа №412 уже несколько лет занимается разработкой другой здоровьесберегающей учебной технологии – модульно-рейтинговой (МРИТО).

Нас всегда интересовала возможность более точного, фиксированного анализа влияния технологии МРИТО на психоэмоциональное состояние ребенка. С этой целью было проведено экспериментальное исследование в старших классах нашей школы.

В исследовании приняли участие два класса – экспериментальный и контрольный. Мы постарались максимально соблюсти чистоту эксперимента:

- Были отобраны вышеназванные классы по принципу одинакового уровня общего умственного развития и успеваемости.

- Для изучения нового материала была взята одна и та же тема – «ВНД – высшая нервная деятельность». Уроки по этой теме были проведены одним и тем же учителем практически в один и тот же временной отрезок. Суть эксперимента состояла в том, что в одном классе тема изучалась в режиме модульной технологии, а в другом – в русле традиционного обучения. В первом случае были использованы авторские разработки модуля преподавателя биологии О.Б.Миргородской, во втором – методическое пособие к учебнику. В качестве критериев эффективности мы выбрали следующие показатели:

- Состояние психоэмоциональной сферы учащихся до и после урока – исследовалось при посредстве замеров частоты сердечных сокращений (ЧСС) и цветового теста М. Люшера.
- Степень обученности учащихся – определялась с помощью стандартного теста с закрытыми ответами.

Основные выводы нашего мини-исследования следующие:

- После урока, проведенного в режиме модульной технологии, сред-неарифметическая ЧСС уменьшилась, что свидетельствует о том, что эмо-циональное состояние учащихся было более спокойным в конце урока, чем в начале. В контрольном классе ЧСС осталась на прежнем уровне.

- Достаточно ярко выглядят различия в показателях работоспособ-ности. Работоспособность детей заметно снизилась после урока, прове-денного в русле традиционного обучения. При этом этот же показатель не только не снизился после модульного обучения (что было бы вполне логично после часа работы), но даже возрос.

- Особенно четко видна разница между степенью концентрации в том и другом классе. В экспериментальном классе коэффициент concentra-ции несущественно, но возрос после урока, в то время как в контрольном классе он значительно снизился.

- Налицо качественное различие в степени обученности. В экспериментальном классе качество обучения составило 88%, а в кон-трольном - 12%. При этом объем и сложность пройденного материала в экспериментальном классе были существенно выше, чем в контрольном. Ко всему вышесказанному следует добавить результаты наблюдений, про-веденных на том и другом уроке. Уроки в экспериментальном и **контроль-**ном классах отличались не только по форме подачи учебного материала, но и по степени участия детей в учебном процессе. В первом классе степень ак-тивности детей позволяла вести обсуждение, тогда как во втором, несмотря на большие усилия, педагогу не удалось выстроить работу в режиме диало-га. При работе с модулем учитель не сделал ни одного дисциплинирующего или контролирующего замечания, а при традиционном изучении темы их число превысило 10. В экспериментальном классе дети от начала и до конца урока работали достаточно интенсивно и заинтересованно, а в контрольном демонстрировали невербальные признаки усталости, скуки и утомления. Мы далеки от того, чтобы распространить выводы нашего небольшого исследования на всю модульную технологию в целом. Проблема изучения влияния МРИТО на здоровье ребенка слишком глобальна и требует даль-нейшей разработки. Но, тем не менее, мы вправе **говорить о положитель-**ном эффекте модульной технологии на данном уроке – и в плане обучения, и в плане здоровьесбережения.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЙ ЭФФЕКТ ТЕХНОЛОГИИ МРИТО

О.Б. Миргородская

Школа №, Санкт-Петербург

В современной образовательной ситуации очевидным становится факт широкого распространения различных педагогических технологий. При этом эффект их здоровьесбережения для ребенка не ставится под сомнение. Существуют лишь единичные работы, посвященные анализу влияния этих технологий на функциональное состояние и здоровье детей.

В основном эти работы посвящены исследованию влияния на здоровье детей технологий развивающего обучения Л.В. Занкова, Д.Б. Эльконина и В.В. Давыдова.

Школа №412 уже несколько лет занимается разработкой другой здоровьесберегающей учебной технологии – модульно-рейтинговой (МРИТО).

Нас всегда интересовала возможность более точного, фиксированного анализа влияния технологии МРИТО на психоэмоциональное состояние ребенка. С этой целью было проведено экспериментальное исследование в старших классах нашей школы.

В исследовании приняли участие два класса – экспериментальный и контрольный. Мы постарались максимально соблюсти чистоту эксперимента:

- Были отобраны вышеназванные классы по принципу одинакового уровня общего умственного развития и успеваемости.
- Для изучения нового материала была взята одна и та же тема – «ВНД – высшая нервная деятельность». Уроки по этой теме были проведены одним и тем же учителем практически в один и тот же временной отрезок.

Суть эксперимента состояла в том, что в одном классе тема изучалась в режиме модульной технологии, а в другом – в русле традиционного обучения. В первом случае были использованы авторские разработки модуля преподавателя биологии О.Б. Миргородской, во втором – методическое пособие к учебнику. В качестве критериев эффективности мы выбрали следующие показатели:

- Состояние психоэмоциональной сферы учащихся до и после урока – исследовалось при посредстве замеров частоты сердечных сокращений (ЧСС) и цветового теста М. Люшера.
- Степень обученности учащихся – определялась с помощью стандартного теста с закрытыми ответами.

Основные выводы нашего мини-исследования следующие:

- После урока, проведенного в режиме модульной технологии, среднеарифметическая ЧСС уменьшилась, что свидетельствует о том, что эмоциональное состояние учащихся было более спокойным в конце урока, чем в начале. В контрольном классе ЧСС осталась на прежнем уровне.

- Достаточно ярко выглядят различия в показателях работоспособности. Работоспособность детей заметно снизилась после урока, проведенного в русле традиционного обучения. При этом этот же показатель не только не снизился после модульного обучения (что было бы вполне логично после часа работы), но даже возрос.

- Особенно четко видна разница между степенью концентрации в том и другом классе. В экспериментальном классе коэффициент концентрации несущественно, но возрос после урока, в то время как в контрольном классе он значительно снизился.

- Налицо качественное различие в степени обученности. В экспериментальном классе качество обучения составило 88%, а в контрольном - 12%. При этом объем и сложность пройденного материала в экспериментальном классе были существенно выше, чем в контрольном.

Ко всему вышесказанному следует добавить результаты наблюдений, проведенных на том и другом уроке. Уроки в экспериментальном и контрольном классах отличались не только по форме подачи учебного материала, но и по степени участия детей в учебном процессе. В первом классе степень активности детей позволяла вести обсуждение, тогда как во втором, несмотря на большие усилия, педагогу не удалось выстроить работу в режиме диалога. При работе с модулем учитель не сделал ни одного дисциплинирующего или контролирующего замечания, а при традиционном изучении темы их число превысило 10. В экспериментальном классе дети от начала и до конца урока работали достаточно интенсивно и заинтересованно, а в контрольном демонстрировали невербальные признаки усталости, скуки и утомления.

Мы далеки от того, чтобы распространить выводы нашего небольшого исследования на всю модульную технологию в целом. Проблема изучения влияния МРИТО на здоровье ребенка слишком глобальна и требует дальнейшей разработки. Но, тем не менее, мы вправе говорить о положительном эффекте модульной технологии на данном уроке – и в плане обучения, и в плане здоровьесбережения.

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

М.А. Морозов

Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена, Санкт-Петербург

На долю детского травматизма приходится до 30% всех травм. Во многих странах он становится предметом особой озабоченности широкого круга лиц различных специальностей. Причины детского травматизма специфичны. Среди них особую роль играют неблагоустроенность дворовых территорий, улиц, недостатки в организации уроков физкультуры и труда, досуга детей. Однако основной причиной является недостаточная воспитательная работа среди детей, что ведёт к отсутствию у них твёрдых навыков поведения на улице, дома, в школе. В настоящее время от травм и несчастных случаев погибает детей во много раз больше, чем от детских инфекционных заболеваний.

В Санкт-Петербурге за 2001 год от травм пострадало 92081 юных жителей города. 60% из них составляет бытовой травматизм, в дорожно-транспортных происшествиях пострадало 20% детей, в школе - 16% и спортивный травматизм у детей составил 4%. В трёх случаях из четырёх причина травм у детей - безнадзорность. Причём это характерно как для малоимущих семей, так и для обеспеченных. Большую роль в детском травматизме играет халатное отношение взрослых к небезопасным забавам детей. Особое место в детской травме занимает плохая экологическая обстановка (химическое

производство, радиоактивное загрязнение) где дети бесконтрольно играют, получая химические отравления, лучевые и химические ожоги.

Стремление к познанию окружающего мира для ребёнка естественно. Как только малыш начинает самостоятельно передвигаться, его так и тянет всюду засунуть свой любопытный нос. Природное любопытство и гиперактивность могут привести к травме. Раны, ожоги, укусы собаки, петарды, падение с велосипеда вот частые спутники детского травматизма, а дальше слёзы, шок больница. Малышу непросто осмыслить, что с ним произошло. Он испытывает страх и сильную боль. В такой ситуации пострадавшему не следует замыкаться на собственных эмоциях. Здесь как никогда ребёнку нужна родительская забота, которая может предупредить нервное потрясение, вызванное травмой или хирургической операцией. Кожа ребёнка имеет свои особенности. Регенерация в ней происходит быстрее. «Строительного материала» для образования рубцовой ткани (коллагена) вырабатывается много. Это делает возможным быстрое заживление, а с другой стороны может вызвать образование гипертрофических и келоидных рубцов. Оставшиеся на теле следы всегда будут напоминать ребёнку о пережитом. Дети тяжело переживают травму в пубертатном периоде. Особенно критичны подростки к своей внешности и жестоки в оценке других. Их психика, в силу бурной гормональной перестройки, особенно ранима, а самооценка ещё окончательно не сформировалась. Физических и психологических страданий ребёнка можно избежать, если предупредить детский травматизм.

Особого внимания заслуживает дорожно-транспортный травматизм. Он характеризуется наиболее тяжелыми повреждениями и последствиями. Дорожно-транспортный травматизм в значительной степени зависит от погодных условий и видимости на дорогах, имеет значение и длительное проживание детей за городом во время летних каникул. По возвращении в город подростки, отвыкшие от интенсивного движения городского транспорта, часто становятся жертвами дорожно-транспортного происшествия. Основными причинами этого травматизма являются: плохая организация дорожного движения, сложные условия на дорогах (плохая видимость, рытвины и ухабы, обледенелость, крутые повороты, спуски и подъемы), нарушение правил уличного движения.

В Санкт-Петербурге с 1981 по 1991 годы от дорожно-транспортных происшествий погибло 266 детей и 5452 получило ранения, с 1992 по 2002 год погибло под колёсами автомобилей 314 ребёнка и 7330 получили ранения. Наибольшее количество ДТП наблюдается летом и в первые осенние месяцы. Они учащаются в последние дни недели и во второй половине дня. Автотранспортные травмы реже возникают ночью, но их последствия намного тяжелее. Пострадавшие от ДТП имеют множественные и сочетанные повреждения (черепно-мозговые травмы с повреждением опорно-двигательного аппарата и внутренних органов). Самыми частыми ошибками детей в авто-дорожных повреждениях являются: переход проезжей части дороги в неустановленном месте и вне зоны действия пешеходного

перехода, неожиданный выход ребёнка на проезжую часть перед близко идущим транспортом, нарушение правил дорожного движения при управлении велосипедом. Взрослые, нарушая правила дорожного движения, не только подвергают себя опасности, но и подают отрицательный пример детям. В подавляющем большинстве случаев дети становятся жертвами нарушений водителями ПДД (превышение скорости, выезд на встречную полосу, управление транспортом в нетрезвом состоянии).

В значительной степени детский травматизм зависит от бесконтрольного использования детьми в быту технических и электрических приборов, безнадзорностью вне дома, повышенной любознательности большой подвижности, отсутствие самоконтроля, недостаточности житейского опыта. Среди травм преобладают переломы, ушибы, раны, ожоги, вывихи.

Профилактика детского травматизма представляет собой сложную проблему, требующую совместных усилий многих ведомств и учреждений. Она затрудняется большой физической подвижностью детей, особенностью их психики, непредсказуемостью поступков. Подвижные игры и досуг детей должны контролировать взрослые, не оставлять на длительное время детей одних без присмотра, регулярно проводить беседы по соблюдению правил уличного движения с привлечением работников ГИБДД. Борьба с детским травматизмом должна осуществляться совместными усилиями, включая работников народного образования, здравоохранения, милиции, службы ГИБДД и других административных и хозяйственных органов. В профилактике детского травматизма особое значение имеет широкая воспитательная работа среди населения и в первую очередь среди детей. Для этой цели в школах необходимо демонстрировать научно-популярные фильмы о несчастных случаях на дорогах, водоемах с анализом причин и последствий травм. **В профилактике большое значение имеет санитарно-просветительная работа**, которая осуществляется в виде бесед с участием травматологов, социаль-гигиенистов, организаторов здравоохранения, школьных учителей, родителей, работников жилищной службы. Ответственность за эти мероприятия должны нести общественные организации, учителя, воспитатели, медицинские работники и (в первую очередь) родители.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ –ИННОВАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ

Л.Н. Никитина

*Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа № 616
«Центр абилитации индивидуальными формами обучения «Динамика»,
Санкт-Петербург*

Дистанционное обучение как образовательная технология прочно входит в практику обучения всех форм и уровней российского образования.

Организация дистанционного обучения с ограниченными возможностями здоровья позволяет обеспечить доступ детей данной категории к об-

разовательным и иным информационным ресурсам, оказать поддержку семьям, воспитывающим детей с нарушениями развития, способствует созданию безбарьерной среды для детей-инвалидов, получению ими качественного образования, расширению возможностей их последующей профессиональной занятости, как следствие, - их успешной социализации и интеграции в общество. Дистанционные образовательные технологии или технологии дистанционного обучения - класс образовательных технологий, обеспечивающих опосредованное (на расстоянии) взаимодействие преподавателя и обучающегося в учебном процессе с помощью специально подготовленных учебных материалов и средств ИКТ. Дистанционное обучение- организация учебного процесса, полностью или частично основанная на применении дистанционных образовательных технологий.

Дистанционное обучение обладает рядом качеств, которые делают его весьма эффективным при работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья. За счет применения дистанционных образовательных технологий не только реализуется право детей-инвалидов на образование — они получают возможность общения со сверстниками. Оказывается возможным реализовать такие модели образовательного процесса, которые не осуществимы в обычной школе. Для детей, которые большую часть времени учатся, находясь у себя дома или в больнице, проблема индивидуализации получает очевидное решение. Каждый ребенок занимается по удобному для него расписанию и в удобном для него темпе; каждый может учиться столько, сколько ему лично необходимо для освоения той или иной дисциплины. Поскольку предлагаемые учащемуся учебные материалы имеются в цифровом (электронном) виде, то не возникает и проблемы, как учащимся с разным уровнем подготовки и способностей пользоваться одним учебником. Для каждого можно подобрать материал, соответствующий его зоне ближайшего развития, и корректировать его объем и трудность в соответствии с результатами учащегося.

Потребность во внедрении дистанционного обучения или его отдельных технологий сегодня ясно осознается. И с какими бы трудностями это ни было сопряжено, оно является требованием вариативного, продолжающегося в течение всей жизни образования на современном уровне его развития.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ ГРУППЫ РИСКА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ АБИЛИТАЦИИ

*С.Н. Никифорова, О.Н. Горбунова, Ю.Г. Тимофеева, М.Ю. Викторова
ГУЗДГП 68 ПО 66, Санкт Петербург*

Одним из острых вопросов современного общества является проблема детской инвалидности с учетом ее медицинского, социального, нравственного и экономического значения. В России, как и во всем мире, наблюдается неуклонный рост числа детей-инвалидов. Применительно к детскому возрасту, по мнению В.Г. Дьяченко и др.,(2010 год) под инвалидностью следует понимать, прежде всего, социальную недостаточность вследствие первоначального от-

сутствия функций органов или систем, выражающуюся не в утрате трудоспособности, а в таких разнообразных проявлениях ограничения жизнедеятельности, как снижение способности к игровой деятельности и обучению, общению в коллективе сверстников, контролю над собой и др. Комплексное решение вопросов детей-инвалидов, создание условий для их полноценной жизни и интеграции в общество – одно из приоритетных направлений в деятельности органов законодательной и исполнительной власти, учреждений здравоохранения. Работа отделений восстановительного лечения детей раннего возраста (абилитации), может быть одним из компонентов создания адекватных условий для успешной социальной адаптации ребенка с проблемами развития.

Абилитация - это система раннего вмешательства в развитие ребенка с целью достижения максимальной приспособленности к внешним условиям существования с учетом индивидуальных особенностей имеющихся нарушений.

Абилитация включает в себя понятие «ранняя комплексная помощь» – это новая, быстро развивающаяся область междисциплинарного знания, рассматривающая теоретические и практические основы комплексного обслуживания детей первых месяцев и лет жизни из групп медицинского, генетического и социального риска отставания в развитии, говорить об абилитации следует тогда, когда речь идет о развитии у ребенка тех функций и способностей, которые в норме появляются без специальных усилий окружающих, а у ребенка с проблемами здоровья могут возникнуть только в результате направленной работы специалистов.

Цель работы отделения восстановительного лечения детей раннего возраста (абилитации) своевременное выявление и оказание помощи семьям, имеющих детей, подверженных риску существенной задержки развития, а также детей с особыми потребностями (инвалидов). Данная помощь оказывается детям первых 3 лет жизни.

От эффективной организации ранней комплексной помощи в определенной степени зависит предупреждение инвалидности и (или) снижение степени ограничения жизнедеятельности и трудоспособности.

Ранняя комплексная помощь, оказываемая отделением восстановительного лечения детей раннего возраста (абилитации) ГУЗДГП 68 ПО 66 предполагает широкий спектр долгосрочных медико-психолого-социально-педагогических услуг, ориентированных на семью:

- Информирование беременных об особенностях постнатального развития ребенка.
- с целью повышения родительской компетентности - регулярные лекции, семинары, игровые тренинги и практические занятия для родителей. На них родители узнают больше о специфике развития ребенка, учатся новым формам взаимодействия.
- Определение уровня развития ребенка с помощью опросников KID (для детей в возрасте 2-15 месяцев) и RCDI (для детей от 1 года 3 месяцев до 3 лет), которые позволяют выявить проблемы в развитии и выделить детей групп риска

- Проектирование индивидуальных программ раннего образования
- Консультативная помощь семьям по вопросам развития ребенка с особыми потребностями. Организация социально-психологической работы с семьей формирование уважительного отношения собственных родителей к «проблемному» ребенку, как к человеку с особыми потребностями. Создание благоприятного психологического климата в сообществе семей здоровых детей и детей с проблемами.

- Оказание помощи в реализации развивающих программ, как в условиях семьи, так и в условиях специально организованной среды

В штат сотрудников отделения абилитации ГУЗДГП 68 ПО 66 входят педиатр развития, физический терапевт (врач ЛФК), педагог – психолог, логопед – дефектолог.

Работа с детьми с особыми потребностями и детьми, подверженными риску существенной задержки развития осуществляется в виде:

- первичного приёма командой специалистов;
- повторных приёмов одного или нескольких специалистов, в зависимости от особенностей ребёнка;
- индивидуальные занятия с одним или несколькими специалистами;
- групповые занятия.

Одним из эффективных приемов работы отделения абилитации **ГУЗДГП 68 ПО 66** с детьми с особыми потребностями являются групповые занятия. Группа представляет собой генетически наиболее раннюю ступень социальной организации, где у ребенка развивается общение и разнообразные виды деятельности, формируются первые отношения со сверстниками, столь важные для становления его личности.

Группы формируются в зависимости от возраста ребёнка (группа от 0 до года, от 1 года до 2 лет, от 2 до 3 лет) по результатам диагностики и первично-повторных приёмов, проводимых педиатром развития, физическим терапевтом, психологом, логопедом - дефектологом, а также с учётом индивидуальных психологических и физических возможностей ребёнка.

Следует иметь в виду, что развитие ребенка с ограниченными возможностями здоровья происходит в ограниченном пространстве, вне полноценного общения со сверстниками и взрослыми, что способствует развитию вторичной аутизации и в дальнейшем значительно затрудняет адаптацию в социуме. Включение такого ребенка в группу сверстников, значительно обогащает коммуникативные и социальные навыки, расширяет сферу социальных контактов родителей.

Формы организации:

- Групповые занятия совместно с родителями (родители - активные участники занятия и родитель - пассивный наблюдатель).

- Групповые занятия без присутствия родителей (в основном используются на этапе подготовки ребенка к посещению дошкольного образовательного учреждения)

Занятия проходят не реже 1 раза в неделю.

Длительность занятия составляет 50 минут.

Задачи:

1. Создание толерантной среды для успешной адаптации ребенка-инвалида.

2. Развитие коммуникативных навыков общения.

3. Формирование общих речевых навыков, побуждение к самостоятельной речевой активности.

4. Оптимальное развитие двигательных навыков: ходьба, бег, движения для сохранения равновесия, прыжки, лазание, метание.

5. Формирование физических качеств: сила, силовая выносливость, ловкость, координация движений.

6. Исправление порочного двигательного стереотипа, выработка навыка правильной осанки и адекватного типа дыхания.

В занятия включены следующие виды деятельности:

- Развитие внимания, памяти, мышления и произвольных процессов внимания

- Развитие моторных и речевых навыков

- Занятия лечебной физкультурой в зале ЛФК

- Свободная игровая деятельность в специально – организованных условиях, для развития социально - коммуникативных навыков детей

Групповые занятия проводятся специалистами:

Учителем дефектологом – логопедом, физическим терапевтом, педагогом – психологом.

Осуществляется тесный контакт между отделением абилитации ПО № 66 и детскими садами, Институтом раннего вмешательства, реабилитационными центрами.

Критериями оценки эффективности результатов работы специалистов отделения абилитации с детьми с особыми потребностями и детьми из группы риска возникновения ранней патологии развития являются:

- Улучшение двигательных навыков и физических качеств ребёнка;

- Совершенствование крупной и мелкой моторики;

- Улучшение эмоционального фона и как следствие уменьшение риска развития эмоциональных нарушений;

- Улучшение коммуникативных навыков;

СВЯЗЬ АНАМНЕЗА СО ЗДОРОВЬЕМ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ

Е.И. Николаева, В.С. Меренкова

*Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
Санкт-Петербург*

Елецкий государственный университет им.И.А.Бунина, Елец

Существует множество причин высокой заболеваемости новорожденных детей в России. Многие из проблем детей возникают по причине экс-

трагитальной и акушерской патологии у матерей (что обуславливает плацентарную недостаточность и в дальнейшем задержку внутриутробного развития плода) или их неадекватного поведения в период вынашивания ребенка (что в свою очередь ведет к инфицированию плода). Заболеваемость женщин репродуктивного возраста растет практически по всем классам болезней (в 2003 году у каждой из них регистрировалось по 1-2 хронических заболевания). Однако наблюдается широкий разброс этой заболеваемости в разных территориях России, что объясняется как различными природными, так и социальными условиями регионов.

К концу первого года жизни у многих детей снимается диагноз, и они переходят в группу практически здоровых. Представляет интерес выявить, какие особенности анамнеза матери могут быть предиктором позитивных изменений здоровья ребенка в течение первого года жизни.

Было обследовано 200 испытуемых, из них 50 пар «мать-ребёнок первого года жизни» (средний возраст мам составляет $24,46 \pm 5,57$ лет) и 50 пар «мать-ребёнок второго года жизни» (средний возраст мам составляет $25,54 \pm 4,9$ лет). Из 50 детей первого года жизни было 23 девочки и 27 мальчиков, из 50 детей второго года жизни – 24 девочки, 26 мальчиков.

Исследование осуществлялось на основе изучения индивидуальных медицинских карт детей в возрасте и анализа медицинских карт мам (с их письменного разрешения). Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Среднегрупповые значения основных показателей заболеваемости детей первого и второго года жизни

Параметры, по которым осуществлялся анализ медицинских карт	Дети первого года жизни			Дети второго года жизни		
	Все дети	Девочки	Мальчики	Все дети	Девочки	Мальчики
Число диагнозов, поставленных детям в роддоме	$2,0 \pm 1,1$	$2,0 \pm 1,1$	$2,2 \pm 1,0$	$2,4 \pm 1,5$	$2,6 \pm 1,7$	$2,2 \pm 1,3$
Число диагнозов, поставленных детям участковым педиатром в течение первого и второго года жизни	$1,2 \pm 1,1$	$1,2 \pm 1,1$	$1,2 \pm 1,2$	$0,6 \pm 0,9^{**}$	$0,8 \pm 0,9$	$0,7 \pm 1,0$
Группа здоровья детей первого и второго года жизни	$1,5 \pm 0,7$	$1,5 \pm 0,7$	$1,5 \pm 0,7$	$2,6 \pm 2,0$	$1,4 \pm 0,8$	$1,0 \pm 0,8$

Примечание: * – различия между группами мам детей первого и второго года жизни с уровнем значимости $p=0,95$, ** – $p=0,99$ (Т-критерий Стьюдента)

Из таблицы 1 можно видеть, что в роддоме дети получили примерно одно и то же число диагнозов – в среднем по 2 на ребенка. Однако уже в течение первого года их число сократилось и уже у детей второго года жизни обнаружен в среднем 1 диагноз на 2 человек. Падение заболеваемости достоверно. При этом отсутствуют значимые различия по этим параметрам для мальчиков и девочек.

Далее был проведен корреляционный анализ (по Спирмену) с целью выявить связи между параметрами, по которым осуществлялся анализ медицинских карт детей до двух лет. Выявлена положительная взаимосвязь между диагнозом, поставленным детям первого и второго года жизни во время их пребывания в родильном отделении, и факторами перинатальной патологии матери ($r=0,336$, $p\leq 0,001$ для детей первого года жизни; $r=0,226$ при $p\leq 0,05$ для детей второго года жизни). Кроме того, наблюдается взаимосвязь между факторами перинатальной патологии и группой здоровья детей первого и второго года жизни ($r=0,243$, $p\leq 0,02$ для детей первого года жизни; $r=0,281$, $p\leq 0,01$ для детей второго года жизни).

Не обнаружено значимой взаимосвязи между уровнем заболеваний детей второго года жизни и факторами перинатальной патологии их матерей. Однако диагнозы детей первого года жизни, поставленные им участковым педиатром, достоверно ($r=0,478$, $p\leq 0,001$) связаны с количеством факторов перинатальной патологии, выявленных во время беременности их матерей.

Выявлена положительная взаимосвязь между группой здоровья детей второго года жизни и наличием ранее сделанных абортс их матерями ($r=0,213$, $p\leq 0,05$). Следует отметить, что подобной зависимости не было выявлено у детей первого года жизни. Полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии абортс на здоровье детей, которое проявляется и обнаруживается только спустя некоторое время.

Полученные в процессе корреляционного анализа результаты согласуются с результатами проведенного нами дисперсионного однофакторного анализа. Он показал, что именно перинатальная патология матери в период вынашивания ребенка влияет на уровень здоровья детей до двух лет (при $F=9,565$, $p=0,003$ для детей первого года жизни; $F=5,014$, $p=0,030$ для детей второго года жизни).

На основании проведенного исследования установлено, что только 8 % матерей детей первого и 14 % матерей детей второго года жизни были практически здоровы, 74 % и 62 % соответственно имели различные экстрагенитальные заболевания. Акушерский анамнез был отягощен медицинскими абортс у 24 % испытуемых, имеющих детей до года, и 22 % испытуемых, имеющих детей от года до двух лет, невынашиванием – у 8 % и 10 % женщин соответственно. Течение настоящей беременности у 34 % матерей детей первого года жизни и 22 % матерей детей второго года жизни осложнилось угрозой прерывания беременности, у 18 % и 10 % матерей детей до двух лет сопро-

вождалось развитием плацентарной недостаточности, у 14 s% женщин имела место иммунологическая несовместимость крови матери и плода. Кроме того, у 6% женщин, имеющих детей первого года жизни, и 2 s% женщин, имеющих детей второго года жизни, наблюдались признаки, свидетельствующие о гипоксии плода. Для 14 s% матерей детей до года и 10 s% матерей детей второго года жизни была характерна слабость родовой деятельности.

Доминирующими факторами в структуре экстрагенитальной патологии матерей детей первого и второго года жизни, как и в других исследованиях, были железодефицитная анемия (26%), заболевания почек (28% и 30%) и вегетососудистая дистония (24% и 20%).

Наиболее значимыми факторами риска заболеваемости ребенка являются угроза прерывания беременности – 34% (матери детей первого года жизни) и 22% (матери второго года жизни), анемия – 26%, вегетососудистая дистония – 24% и 20%, заболевания почек – 28% и 30%, хроническая фетоплацентарная недостаточность – 18% и 10%.

В интранатальном периоде значимыми факторами риска перинатальной патологии у детей первого и второго года жизни является эпизиотомия – 20% и 26%, кесарево сечение – 26% и 16%, преждевременное отхождение вод – 20% и 18%, слабость родовой деятельности – 14% и 10% соответственно.

Корреляционный анализ результатов, касающихся взаимосвязи ухудшения здоровья детей первого года жизни с неблагоприятными факторами, действующими в антенатальный период, обнаружил значимую зависимость с фетоплацентарной недостаточностью в период беременности ($r = 0,444$ при $p < 0,001$), а также с угрозой прерывания беременности ($r = 0,379$ при $p < 0,01$) и наличием гестоза у матери во время беременности ($r = 0,353$ при $p < 0,01$). **Мы выявили тесную положительную взаимосвязь между ухудшением здоровья детей до года и железодефицитной анемией ($r = 0,330$ при $p < 0,02$), заболеваниями почек ($r = 0,276$ при $p < 0,05$) по линии матери, т.е. чем больше заболеваний просматривается, тем выше количественный уровень заболеваний у детей первого года жизни.**

Не обнаружено значимой корреляционной связи между заболеваниями детей второго года жизни и факторами перинатальной патологии матери, действующими в антенатальный период. Однако выявлена значимая взаимосвязь между заболеваниями детей от года до двух лет и железодефицитной анемией ($r = 0,382$ при $p < 0,01$) и варикозной болезнью ($r = 0,322$ при $p < 0,02$) и заболеваниями почек матери ($r = 0,281$ при $p < 0,05$).

Анализ результатов, касающихся взаимосвязи ухудшения здоровья детей первого года жизни с неблагоприятными факторами, действующими в интранатальный период, обнаружил значимость подобной зависимости со слабостью родовой деятельности в период родов ($r = 0,354$ при $p < 0,01$).

Не обнаружено подобной связи с уровнем здоровья детей второго года жизни. Однако выявлена тесная взаимосвязь между ухудшением здоровья детей от года до двух лет и преждевременными родами ($r = 0,633$ при $p < 0,001$).

Можно предположить, что степень влияния этих факторов будет различная на детей разного пола.

Обнаружена тесная положительная взаимосвязь между ухудшением здоровья девочек до года и заболеваниями у мамы сердечно-сосудистой системы ($r = 0,581$ при $p < 0,01$), **железодефицитной анемией и заболеваниями почек** ($r = 0,529$ при $p < 0,02$; $r = 0,463$ при $p < 0,05$), а также с фетоплацентарной недостаточностью ($r = 0,489$ при $p < 0,05$). Для мальчиков первого года жизни выявлена положительная взаимосвязь между ухудшением их здоровья и наличием гестоза у матери во время беременности ($r = 0,400$ при $p < 0,001$), **угрозой преждевременных родов** ($r = 0,374$ при $p < 0,05$), **иммунологической несовместимостью крови матери и плода** ($r = 0,457$ при $p < 0,01$) и заболеваниями почек ($r = 0,391$ при $p < 0,01$).

Анализ результатов, касающихся взаимосвязи ухудшения здоровья девочек второго года жизни, с неблагоприятными факторами, действующими в антенатальный период, обнаружил значимую зависимость с наличием железодефицитной анемии и отёков у матери в период беременности ($r = 0,509$ при $p < 0,02$; $r = 0,780$ при $p < 0,001$ соответственно). Следует отметить, что выявлена тесная положительная взаимосвязь между ухудшением здоровья мальчиков от года до двух лет и заболеваниями почек матери ($r = 0,484$ при $p < 0,01$). Кроме того, обнаружена значимая положительная взаимосвязь между уровнем здоровья мальчиков второго года жизни и отрицательным резус-фактором матери ($r = 0,508$ при $p < 0,001$), а также наличием железодефицитной анемии ($r = 0,494$ при $p < 0,01$).

Выводы:

1. Доминирующей группой факторов перинатальной патологии являются неблагоприятные факторы, действующие в антенатальный и интранатальный периоды: экстрагенитальная патология (железодефицитная анемия, вегетососудистая дистония, заболевания почек); особенности родовой деятельности (преждевременное отхождение вод, слабость родовой деятельности, эпизиотомия, кесарево сечение).

2. Ухудшение здоровья детей первого года жизни находится в тесной связи с угрозой прерывания беременности, а также с фетоплацентарной недостаточностью и наличием гестоза у матери в период вынашивания ребёнка. Кроме того, обнаружена положительная связь ухудшения здоровья детей до года и железодефицитной анемией, заболеваниями почек, а также слабостью родовой деятельности.

3. Ухудшение здоровья детей второго года жизни находится в тесной положительной связи с железодефицитной анемией, а также варикозной

болезнью и заболеваниями почек матери. Следует отметить, наличие связи между уровнем здоровья детей от года до двух лет и преждевременными родами.

4. Ухудшение здоровья девочек первого года жизни связано с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, железодефицитной анемией и заболеваниями почек, а также эпизиотомией и преждевременным отхождением вод у матери. Худшее здоровье мальчиков до года связано с наличием заболеваний почек и гестоза у матери во время беременности, иммунологической несовместимостью крови матери и плода, а также угрозой преждевременных родов и слабостью родовой деятельности.

5. Ухудшение здоровья девочек второго года жизни связано с наличием железодефицитной анемии и отёков у матери в период беременности, а также с дефектом последа и ручным контролем матки. Худшее здоровье мальчиков от года до двух лет связано с заболеваниями почек матери, а также анемией и иммунологической несовместимостью крови матери и плода.

ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ ЛЕЧЕБНОГО ЭФФЕКТА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ: ВЛИЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ НА ДЕНДРИТНЫЕ КЛЕТКИ

*Е.С. Нишева, А.В. Аввакумова, Л.Г. Валетова, Н.Б. Платонова, Н.Н. Каплин
Детская больница №1, Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая
медицинская академия, Санкт-Петербург*

Более 20 лет назад нами выдвинута гипотеза о центральной роли дефектной функции макрофагов и антигенпредставляющих клеток в развитии аллергических заболеваний и опубликовано большое количество работ, подтверждающих эту гипотезу. Дендритные клетки локализуются в местах контакта с аллергенами (кожа, дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт, мочеполовые пути), они поглощают аллергены и представляют их иммунным клеткам, инициируя иммунный (у некоторых людей – аллергический) ответ. В литературе имеются сведения о функциональных нарушениях дендритных клеток при аллергии, в частности о сниженной продукции интерферона α (IFN α) при стимуляции Toll-подобных рецепторов девятого типа (Toll-like receptors 9 – TLR9).

Цель исследования состояла в изучения влияния специфической иммунотерапии на синтез IFN α дендритными клетками.

Материалы и методы. Обследовано 16 пациентов в возрасте от 10 до 16 лет с atopической бронхиальной астмой с пыльцевой сенсибилизацией. Контрольную группу составили 10 детей без аллергических заболеваний. Детям с бронхиальной астмой проводилась специфическая иммунотерапия причинно-значимыми пыльцевыми аллергенами. Функцию дендритных клеток периферической крови исследовали до начала

специфической иммунотерапии и после достижения поддерживающей дозы аллергенов. Исследовали секрецию IFN α дендритными клетками при стимуляции TLR9.

Результаты. У детей с бронхиальной астмой синтез IFN α дендритными клетками был достоверно снижен по сравнению с детьми контрольной группы. Специфическая иммунотерапия приводила к повышению секреции IFN α дендритными клетками в 3,5 раза в ответ на стимуляцию TLR9 ($p < 0,05$). Количество дендритных клеток и плотность TLR9 на них до и после специфической иммунотерапии достоверно не различались, что позволяет сделать вывод о влиянии специфической иммунотерапии именно на функциональные, а не количественные характеристики дендритных клеток.

Выводы. Таким образом, специфическая иммунотерапия причинно-значимыми аллергенами приводит к нормализации функции дендритных клеток, а именно повышает исходно сниженную продукцию IFN α в ответ на стимуляцию рецепторов врожденного иммунного ответа TLR9. Мы предполагаем, что одним из главных механизмов лечебного эффекта специфической иммунотерапии является ее стимулирующее влияние на макрофаги и антигенпредставляющие клетки.

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК У ДЕТЕЙ ПРИ НЕОБЫЧНЫХ СПОСОБАХ КОНТАКТА С ПРИЧИННО-ЗНАЧИМЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ

Е.С.Нишева, А.Л.Егоров, А.В.Аввакумова, Л.Г.Валетова, Н.Н.Каплин.

Детская больница №1, Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург

Анафилактический шок является одним из наиболее тяжелых проявлений аллергических реакций. Одной из причин его развития является необычный способ контакта с аллергеном, вследствие чего аллерген поступает в организм в больших количествах либо облегчается контакт аллергена с клетками-мишенями аллергических реакций.

Ниже мы приводим два наблюдения развития анафилактического шока вследствие необычного способа контакта с аллергеном.

Клинический пример 1. Мальчик, 1 год, 3 месяца, наблюдался аллергологом по поводу атопического дерматита. При лабораторном обследовании выявлен широкий спектр сенсибилизации к пищевым аллергенам, в том числе и к куриному яйцу, диету соблюдал, проявления атопического дерматита значительно уменьшились. По недосмотру родителей опрокинул чайник с кипятком, получил ожог плеча 1-2 степени площадью 5%. Мать взболтала сырое куриное яйцо и нанесла его на ожоговую поверхность, после чего через несколько секунд произошла остановка дыхания, ребенок потерял сознание, отмечался генерализованный цианоз, судороги. Была вызвана «Скорая помощь», до приезда которой мать сама делала ребенку искусственное дыхание и массаж сердца. Ребенок доставлен в больницу в состоянии клиничес-

кой смерти и потребовались длительные реанимационные мероприятия для спасения его жизни.

Клинический пример 2. Ребенок 2 лет, специалистами не наблюдался. Периодически отмечались минимальные проявления атопического дерматита при употреблении облигатных аллергенов. В грудном возрасте для облегчения прорезывания зубов однократно использовал гель «Калгель», содержащий местный анестетик лидокаин. Никаких побочных эффектов при использовании препарата не было. В возрасте 2 лет родители дали ребенку поиграть с тубиком Калгеля, ребенок выдавил и проглотил содержимое половины тубика, через несколько секунд появилась выраженная инспираторная одышка, диффузная крапивница и гиперемия, а затем цианоз кожи, гипотония (артериальное давление 40/20 мм рт.ст.), ребенок потерял сознание и в тяжелом состоянии был доставлен с больницу.

Оба вышеупомянутых ребенка поступили в стационар с диагнозом «клиническая смерть», в обоих случаях врачами «скорой помощи» аллергическая природа тяжелого состояния ребенка не была заподозрена, адекватная терапия не проведена.

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА У ДЕТЕЙ

Е.С.Нишева, А.В.Аввакумова, Л.Г.Валетова, Н.Б.Платонова, Н.Н.Каплин.

Детская больница №1, Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург

Анафилактический шок представляет угрозу для здоровья и жизни больного. Своевременная диагностика и адекватная терапия, правильное ведение больного после выхода из тяжелого состояния улучшают прогноз, а часто и спасают жизнь пациента.

Нами проанализированы истории болезни 32 пациентов перенесших анафилактический шок и обратившихся за консультативной помощью в аллергоцентр. Возраст пациентов колебался от 4 месяцев до 16 лет. Причинами развития шока были лекарства (17 чел.), пищевые аллергены (12 чел.), укусы насекомых (2 чел.), пыльцевые аллергены (1 чел.).

Обращает внимание то, что у значительного количества пациентов правильный диагноз был установлен только в стационаре: 18 больных (56%) поступили с диагнозами «тепловой удар», «обморок», «кома неясной этиологии», «термический ожог», «состояние клинической смерти». У всех больных с неправильным диагнозом и у подавляющего большинства больных с правильным диагнозом при оказании первой медицинской помощи не использовался адреналин (у 84%), хотя известно, что именно своевременно введенный адреналин повышает выживаемость пациентов при анафилактическом шоке в 6 раз. В выписных справках пациентов в качестве основного диагноза указывалось, как

правило, аллергическое или соматическое заболевание, диагноз «анафилактический шок» отсутствовал в выписных справках у 91% больных. Ни один пациент не получил письменной информации о том, какой аллерген вызвал шок, какие аллергены могут быть опасны, какие начальные симптомы шока и что нужно делать при их развитии, ни один пациент не был обеспечен препаратами адреналина при выписке из стационара. Родители большинства пациентов (78%) по собственной инициативе обратились за консультацией в аллергоцентр, главным образом для подбора средств для местной анестезии при стоматологических вмешательствах.

Мы считаем, что требуется большая просветительская работа среди специалистов различного профиля о причинах, симптомах и критериях диагноза «анафилактический шок», о лечении в острый период и ведении больного после выхода из критического состояния, поскольку адекватная диагностика и терапия позволит спасти жизни многих людей.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИЙ МОНОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Е.С. Нишева, А.В. Аввакумова, Л.Г. Валетова, Т.Г. Бутырина, Н.Н. Каплин
Детская больница №1, Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая
медицинская академия, Санкт-Петербург*

В последние годы опубликовано большое количество работ, посвященных роли регуляторных клеток **CD4+CD25+FoxP3** при **аллергических** заболеваниях, поскольку эти клетки способны подавлять как гуморальный, так и клеточный аллергический ответ с помощью синтезируемого ими интерлейкина 10. Однако, интерлейкин-10 (ИЛ-10) продуцируется главным образом моноцитами, и в значительно меньшей мере лимфоцитами и другими клетками, т.е. моноциты могут играть гораздо более значимую роль, чем регуляторные клетки, в контроле (подавлении) аллергического воспаления с помощью синтеза интерлейкина 10.

Цель работы состояла в изучении способности пылевых зерен влиять на синтез ИЛ-10 у детей с аллергическими заболеваниями и у детей без аллергии. В исследование включено 27 детей с сочетанием бронхиальной астмы и атопического дерматита и 23 ребенка контрольной группы без аллергических заболеваний. У детей с бронхиальной астмой спектр сенсибилизации уточнялся с помощью скарификационных кожных проб. У 16 детей выявлена сенсибилизация к бытовым и пылевым аллергенам, у 6 детей к бытовым аллергенам, у 5 детей к пылевым аллергенам. Моноциты периферической крови инкубировали с взвесью нативных пылевых зерен (использовалась пыльца тимофеевки, березы, мятлика, лебеды, полыни), в надосадочной жидкости определяли концентрацию ИЛ-10. У здоровых детей без аллергических заболеваний пылевые зерна стимулировали повышенную продукцию ИЛ-10. У детей с аллергическими заболеваниями

выявлено выраженное достоверное снижение синтеза ИЛ-10 по сравнению с детьми контрольной группы. Максимальные нарушения синтеза ИЛ-10 отмечались у пациентов с сенсibilизацией к соответствующей пыльце, однако и у детей с аллергическими заболеваниями без пыльцевой аллергии синтез ИЛ-10 был достоверно снижен. Полученные результаты свидетельствуют о выраженных нарушениях фагоцитирующих клеток (моноцитов) при аллергии, заключающихся в нарушенной способности продуцировать цитокины, подавляющие аллергическое воспаление.

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

М.С. Новиков

Институт детства РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

В российском обществе давно назрела необходимость в разрушении негативных образов девиантного детства. В развитых странах равные возможности инвалидов (людей с особыми потребностями) на получение образования, развитие, профессионализацию являются их неотъемлемым правом. Поэтому создание инструментов для комфортной интеграции детей с особыми потребностями в общество здоровых людей является актуальной задачей.

Лейкемия является наиболее распространенным онкологическим заболеванием у детей в развитых странах. По статистике, болезнь развивается у одного ребенка из двух тысяч. Чаще всего дети заболевают острым лимфобластным лейкозом - он составляет примерно 80% от всех детских лейкозов и около 30% всех онкологических детских заболеваний в мире.

Отмечается некоторая географическая зависимость - более низкая заболеваемость отмечается в странах Африки и Средней Азии, относительно более высокая - в Китае, Японии, США, Европе. Чаще болеют мальчики (соотношение 1,6:1 для В-линейного и 4:1 для Т-линейного острого лимфобластного лейкоза). Согласно сообщению в одном из выпусков «American Journal of Epidemiology», дети с диагнозом «Острый лимфобластный лейкоз» имели большую частоту инфекционных эпизодов в возрасте от 2 до 5 лет.

Самый высокий уровень заболеваемости в России обнаружен в Северо-Западном, Дальневосточном федеральных округах и в Ставропольском крае.

В июле 2008 года была создана студия детской анимации «Да», в состав которой вошли профессиональные режиссеры, художники, аниматоры ведущих анимационных студий Санкт-Петербурга. Основное направление студии - создание мультфильмов с детьми, находящимися в трудных жизненных ситуациях с целью оказания психологической поддержки, реабилитации и социализации. В настоящее время студия проводит шесть занятий в неделю в Петербурге и Ленинградской области:

Инновация проекта, по мнению создателей, заключается в том, что инструмент социализации и реабилитации детей в трудной жизнен-

ной ситуации, может стать сеть детских анимационных реабилитационных студий.

Уникальность терапевтического потенциала в том, что анимация — синтетический вид искусства: она включает в себя литературу, рисунок, живопись, лепку, дизайн, музыку, актерское мастерство, работу с компьютером и современными медиа-технологиями, так что каждый ребенок легко может найти свою нишу в общей деятельности.

Цели:

- социально-психологическая реабилитация детей в трудных жизненных ситуациях через коллективное творчество — создание анимационных фильмов.

- обеспечение интеграции детей с особенностями развития в общество здоровых людей и реализация заложенного в них потенциала;

- разрушение негативного образа девиантного детства в обществе.

Этапы работы:

1. Беседа по теме: с детьми координаты проекта обсуждают идеи выдвинутые самими детьми и предлагают свои, в результате может образоваться один общий проект или несколько не больших.

2. Создание сценария: как правило, сценарием является адаптированный вариант сказок детей, придуманный ими самими.

3. Раскадровка: на этом этапе аниматоры на листах по шаговая прорисовывают весь сюжет фильма, редактируют его дополняют.

4. Запись звука: проводится профессионалами.

5. Рисование фонов и персонажей: включает активное участие детей, рисуются фоны, персонажи.

6. Анимация: используются самые разнообразные варианты анимации, участвуют дети.

7. Монтаж и озвучивание: осуществляется специалистами, является последним этапом создания.

8. Презентация: детям показывают окончательный вариант, готовый продукт.

В процессе работы, которая наблюдалась студентами и педагогами, было выявлено несоответствие поставленных задач и реального проведения. Поэтому среди проблем и актуальных направлений работы стоит выделить:

1. Изучение технологий мотиваций, включения ребенка в создание фильма. Включая организацию просветительской деятельности, создание круглых столов для координаторов проекта, показа и изучения различных технологий, направленных на игровую деятельность.

2. Оказание психологической помощи родителям, детям, страдающим тяжелыми психосоматическими заболеваниями. Создание единого комплекса сопровождения родителей и детей от начала до конца болезни, необходимость психологического консультирования матерей.

3. Введения четкого плана проведения занятий по анимации. Создание тематических планов на год, месяц, распределение нагрузки для детей в соответствии с их возможностями и интересами

4. Консультирование волонтеров в вопросах особенностях психического развития детей, с учетом их соматических заболеваний. Введения тренингов, консультаций с целью просвещения координаторов проекта для ознакомления с возрастными особенностями детей и их развитие.

5. Разработка нового инструментария для измерения психологических особенностей детей страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями. Опросники и тесты для особой группы детей с их индивидуальными физиологическими и психологическими особенностями в онтогенезе.

6. Создание психолого-педагогического сопровождения ребенка страдающего психосоматическими заболеваниями в процессе лечения. Занятия, проводимые координаторами должны носить реабилитационный характер.

7. Анализ дефицита когнитивных и эмоциональных функций детей, прошедших многолетнее лечение в рамках стационара. Разработка программ и проведение при необходимости коррекционно-развивающей работы.

Данная работа предполагается к реализации при активной волонтерской деятельности студентов Института детства РГПУ им. А.И. Герцена.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ПОТОКА СТОХАСТИЧЕСКИХ СИГНАЛОВ ДЕТЬМИ 7-8 ЛЕТ

А.В. Новикова

Институт детства РГПУ им. А.И.Герцена, Санкт-Петербург

В психологических и психофизиологических исследованиях (Айзенк Г., 1995; Чуприкова Н.И., 1997; Холодная М.А., 2002) отмечается зависимость функционирования интеллектуальной системы от скоростных характеристик восприятия и обработки сенсорной информации, а также от механизмов организации на нее ответных моторных реакций, т.е. от процессов сенсомоторной интеграции.

Сенсомоторная интеграция представляет собой процессы в мозге, обеспечивающие связывание процессов восприятия сенсорной информации и выполнение моторного ответа.

В организации психической деятельности сенсомоторной интеграции отводится особая роль, т.к. она лежит в основе не только интеллектуальной деятельности, но и многих психических процессов и отображает интегративную деятельность мозга при реализации познавательных процессов (Каменская В.Г., 2005).

Кроме скоростных характеристик при анализе сенсомоторной интеграции важную роль играет способность субъекта интуитивно оценивать структуру сенсорного потока, что отражает структуру селективного внимания (Каменская В.Г., 2005; Зверева С.В., 2000). При изу-

чении особенностей восприятия стохастических сигналов детьми 7-8 лет с помощью программы «Тайм – тест», отображается способность испытуемых улавливать хаотически и фрактально организованный поток стимулов.

Можно предположить, что способность восприятия сенсорного потока с различным режимом организации имеет свои возрастные особенности.

Исследование проходило на базе общеобразовательных школ № 356, 519 Московского района и гимназии № 343 Невского района. Выборку составили 70 детей, из которых 40 мальчиков и 30 девочек в возрасте 7-8 лет.

В ходе исследования использовался компьютерный вариант авторской программы комплексной рефлексометрии: «Исследование физиологических характеристик реакции испытуемого на потоки стимулов контролируемой временной организации» (Тайм-тест), разработка Урицкого В.М., Каменской В.Г для оценки способности отражения в распределении отдельных значений времени реакций временной структуры сенсорного потока, в котором присутствуют три типа зрительных стимулов и один тип акустических раздражителей.

«Тайм-тест» включает набор программ, содержащих зрительные (в виде кружков зеленого, синего, красного цветов) и слуховые (в виде гудков) стимулы. Каждая серия содержит 64 различных стимула. В рамках проведения методики комплексной рефлексометрии проводились серии 1-1 (с фрактальным режимом организации межстимульных интервалов); 1-5 (с хаотическим режимом организации межстимульных интервалов); 2-1 (стимул-тормоз, с фрактальным режимом организации межстимульных интервалов), 1-3(поток визуальных стимулов сменяющимися интервалами времени) и 1-4(поток акустических стимулов сменяющимися интервалами времени).

Задача ребенка заключалась в необходимости как можно быстрее, нажимая клавишу `probe`, отключать на экране монитора цветные кружки и гудки, кроме серий 2-1(стимул-тормоз), в которой необходимо было нажимать кнопку на все стимулы, кроме красных кругов.

Обработка результатов заключалась в подсчете среднеарифметических значений ВР (времени реакции) испытуемых по каждой серии и вычислении индекса Херста, отражающего способность испытуемого извлекать из стимульных цепей с разной степенью временной упорядоченности информацию, вычислении количества опережающих и совпадающих реакций.

По результатам исследования мы сделали следующие выводы.

При сравнении среднегрупповых показателей «Тайм - теста», в сериях 1-1, 1-5 и 2-1 наблюдается значимое ухудшение показателей в дифференцировочной серии при усложнении задачи, что говорит о низком селективном внимании детей данного возраста.

Кроме того, у испытуемых в сериях 1-1 и 1-5 время реакции на звук значительно меньше времени реакции на визуальные раздражители. В литературе

показано, что типичная реакция на зрительный и акустический сигнал состоит в том, что реакция на зрительный сигнал значимо длиннее, чем на акустический (Гуревич К.М., Розанова Т.В., 1955; Иванченко С.Н., Малых С.Б., 1994). Полученные нами данные для младших школьников совпадают с этими представлениями.

Индекс Херста в целом по группе детей 7-8 лет выше в простой серии с хаотически распределенным сенсорным потоком, чем в такой же серии с фрактальным распределением. Это говорит о низкой способности детей данного возраста к выделению сложной структуры.

А так же, дети 7-8 лет с трудом приспосабливаются к меняющимся интервалам стимулов в сенсорном потоке, однако хуже улавливается структура визуальных сигналов по сравнению с акустическими, что так же свидетельствует о низком уровне развития селективного внимания и оперативной памяти, которые лежат в основе сенсомоторной интеграции.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ *HELICOBACTER PYLORI* В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ДУОДЕНИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С *HELICOBACTER PYLORI*

В.П. Новикова¹, О.М. Цех¹, Н.В. Барышникова²

¹Санкт-Петербургская педиатрическая медицинская академия, ²Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования: определить генетические особенности *Helicobacter pylori* у детей с хроническим дуоденитом, ассоциированным с *Helicobacter pylori*.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 22 ребенка в возрасте 12-17 лет с хроническим дуоденитом, ассоциированным с *H. pylori*. У всех пациентов хронический дуоденит был верифицирован морфологически. Обследование проводилось в КДЦ №2. Всем проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия с взятием биоптатов из постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки для детекции наличия *H. pylori* (ген *ure C*) и определения *sag*-статуса: *sagA*, *sagC*, *sagH*, *sagE* с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). У всех детей был выявлен *H. pylori* в двенадцатиперстной кишке.

Результаты: ген *sagH* присутствовал у 91% пациентов, ген *sagA* определялся в 77,2%, ген *sagE* – в 41%, а ген *sagC* - в 9,1% случаев.

Выводы: у детей с хроническим дуоденитом в большом проценте случаев имеет место инфицирование слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки высокопатогенными штаммами *H. pylori*. Проведение молекулярно-генетического типирования микроорганизма у данной группы пациентов является важным для определения тактики динамического наблюдения пациента и прогноза течения заболевания.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ *HELICOBACTER PYLORI* В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В.П. Новикова¹, О.М. Цех¹, Н.В. Барышникова², Д.В. Фадеева¹

¹*Санкт-Петербургская педиатрическая медицинская академия,* ²*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Цель исследования: изучить генетические особенности *Helicobacter pylori* у детей с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы: обследовано две группы детей - группа 1 - 11 детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, группа 2 - 29 детей с хроническим гастродуоденитом. Возраст обследуемых составил 12-17 лет. Обследование проводилось в ЛОГУЗДКБ и КДЦ №2. Всем проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия с взятием биоптатов из постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки для верификации наличия *H. pylori* (ген *ureC*) и определения *sag*-статуса микроорганизма: *sagA*, *sagC*, *sagH* с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты: у всех пациентов *H. pylori* был выявлен в двенадцатиперстной кишке. Установлено, что у детей группы 1 достоверно чаще присутствовал ген *sagC* (группа 1 - 91%, группа 2 - 13,8%, $p < 0,001$), тогда как у детей группы 2 – ген *sagH* (группа 1 - 18,2%, группа 2 - 79,3%, $p < 0,001$). Достоверных различий в частоте встречаемости гена *sagA* выявлено не было (группа 1 - 54,5%, группа 2 - 75,9%, $p > 0,05$). При исследовании частоты встречаемости комбинаций генов группы *sag* выявлено, что у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки достоверно чаще выявлялись штаммы микроорганизма, в острове патогенности которого присутствуют все исследуемые гены группы *sag*: группа 1 - 36,4%, группа 2 – 0%, $p < 0,001$).

Вывод: у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки встречаются более патогенные штаммы *H. pylori* по сравнению с детьми, страдающими хроническим гастродуоденитом, что следует учитывать при назначении эрадикационной терапии и дальнейшем динамическом наблюдении пациентов.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОДАРЕННЫХ ДЕТЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ РАЗВИТИЯ В СРЕДНЕЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ

К.Б. Новожилова, А.П. Новожилова

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

В научной психологии различают два типа одаренности: интеллектуальную и творческую. Первый тип отличается повышенной способностью к обучению, энциклопедичностью знаний. Люди второго, творческого, типа

обладают нестандартностью мышления, они не принимают преподносимых знаний на веру, до всего хотят дойти своим умом. У них не только иначе устроен мозг, но и по-другому организована личность (их одаренность могут так и не заметить в семье, школе, институте). К сожалению, часто одаренность детей, по мере взросления, как бы затухает, стирается. И часть вины в этом, безусловно, лежит на школе с ее неповоротливой неадаптивной схемой стандартизированных методов обучения. Вопрос о природе одаренности является сегодня предметом острых дискуссий. Одаренные дети могут демонстрировать выдающиеся способности в одной области и ничем не отличаться от сверстников во всех прочих отношениях. Такие дети имеют обычно особые черты, отличающие их от сверстников. Психофизиологические исследования показали, что у одаренных детей повышена биохимическая и электрическая активность мозга. Ограничение их активности чревато появлением реакций невротического характера. Они часто страдают от дисинхронии в темпах развития интеллектуальной, аффективной и моторной сферы, что также необходимо учитывать в образовательном процессе. Одаренным детям необходима модификация образовательных программ, особенно с разработкой компьютерных методов обучения. Такой подход позволяет наиболее адекватно включить одаренного ребенка в творческий процесс обучения, организовать его участие в интеллектуальных и творческих олимпиадах, конкурсах, обучающих компьютерных играх. При этом одной из наиболее удобных форм реализации этих задач является организация системы занятий по свободному выбору, по факультативам. Педагоги работают тогда в малых группах, что позволяет реализовывать индивидуальный подход и учесть различные потребности и возможности одаренных школьников. Необходимо также «подстраивать» и домашние задания для них, что также очень удобно делать в интерактивном режиме. Одно из самых больших зол для одаренных детей – интеллектуальная недогрузка. Если школьная программа не соответствует их способностям, то у детей не формируются волевые навыки, умение преодолевать трудности, не закрепляется привычка к труду.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЛЯМБЛИОЗЕ

*Е.А. Осмаловская, А.М. Шабалов, И.А. Леонова, М.М. Хомич, В.П. Новикова
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская
академия*

Цель исследования. Определить эффективность коррекции нарушений вегетативного статуса при использовании различных схем терапии лямблиоза у детей.

Материалы и методы. Всего обследовано 144 ребенка с лямблиозом в возрасте от 4 до 9 лет. Всем проведено трехкратное обследование на лямблиоз путем микроскопии кала и компьютерный анализ variability сердечного ритма до и через 1 месяц после лечения; для контроля

излеченности применяли также ПЦР кала. В качестве лечения лямблиоза использовалась одна из четырех схем: Схема № 1. Монотерапия антипаразитарным средством. Схема № 2. Первые 10 дней — эубикор в сорбционной дозе. На фоне препарата на 7–10 день — антипаразитарное средство. Следующие 2 недели — эубикор в пребиотической дозе. Схема № 3. Первые 10 дней — эубикор в сорбционной дозе и гепатопротекторный препарат. На фоне препаратов на 7–10 день — антипаразитарное средство. Следующие 2 недели — эубикор в пребиотической дозе и гепатопротекторный препарат. Схема № 4. Первые 10 дней — эубикор в сорбционной дозе и гепатопротекторный препарат. На фоне препарата на 7–10 день — антипаразитарное средство. Следующие 2 недели — эубикор в пребиотической дозе, гепатопротекторный препарат и ферментное средство.

Результаты. У детей, страдающих лямблиозом в 56% регистрировались сниженные показатели очень низкочастотной составляющей вариабельности сердечного ритма, что свидетельствует о преобладании у них энергодефицитных состояний. Наибольший эффект при оценке общей мощности вариабельности сердечного ритма отмечен при использовании схемы № 4 (количество детей с нормальными значениями общей мощности вариабельности сердечного ритма увеличилось с 42% до 67%). При использовании остальных схем отмечен не столь очевидный эффект. На фоне лечения произошло увеличение количества детей, имеющих нормальные значения парасимпатической активности (с 40% до 63%), в основном за счет уменьшения количества детей с гиперпарасимпатикотонией (с 42% до 21%). Изменения количества детей с гипопарасимпатикотонией на фоне лечения лямблиоза не произошло. И до лечения, и после лечения, у 17% детей отмечена гипопарасимпатикотония.

Выводы. Комплексное лечение лямблиоза приводит к значительной нормализации вегетативного баланса у детей.

РОЛЬ *Mycoplasma pneumoniae* В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

С.И. Петрова, Я.В. Панютина, М.Ю. Карева

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская Академия

Цель: исследовать частоту микоплазменной инфекции у детей с острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы: обследовано 857 детей с ОРЗ (101 ребенок в 1999-01гг., 205 детей в 2005г., 214 детей в 2006г., 337 детей в 2007- 09 гг.). Определялся уровень IgM и IgG в сыворотке крови к *Mycoplasma pneumoniae* методом ИФА (Тест система ИФА-Мико-пневмо-IgM и IgG, Россия). Критерием постановки диагноза острого респираторного микоплазмоза являлось определение IgM *Mycoplasma pneumoniae*.

Результаты: В 1999 - 01 гг. острый респираторный микоплазмоз подтвержден у 40,4% обследованных детей с ОРЗ, что совпало с подь-

емом заболеваемости ОРЗ в Санкт-Петербурге. У трех больных было проведено микробиологическое исследование содержимого мазка с задней стенки глотки и у всех обследованных выделен штамм *Mycoplasma pneumoniae*. При обследовании больных ОРЗ в 2005г. острая микоплазменная инфекция зарегистрирована у 15% обследованных больных с ОРЗ, в 2006г у 16% детей. Достоверных различий по возрастному составу не получено. В 2007г. респираторный микоплазмоз отмечался у 25% детей, в 2008г. – у 7,4% детей, в 2009г. – у 7,0% детей. В 2007 – 09 гг. микоплазменная инфекция диагностирована в группе детей от 0 до 7 лет у 27,7% обследованных, у детей от 7 до 18 лет - у 72,3%. Большая часть ОРЗ случается микоплазменной инфекцией зафиксирована в осенне-зимний период (84,3%).

Выводы: 1. В 1999 и 2007 гг. выявлено увеличение случаев респираторного микоплазмоза у детей с ОРЗ, что совпало с подъемом заболеваемости ОРЗ в Санкт-Петербурге. 2. В 2007-09гг. среди больных респираторным микоплазмозом преобладали дети школьного возраста (72,3%). 3. Подъем заболеваемости респираторным микоплазмозом отмечался в осенне-зимний период.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА V ВИДА

Н.М. Половинко, Н.В. Жизнева

Школа-интернат V вида, Зерноград, Ростовская обл.

1. Школа-интернат V вида создано в 1963 году для обучения и воспитания детей с тяжелой речевой патологией. В школе обучаются и проходят процесс реабилитации ежегодно в среднем 270 детей с диагнозами: дизартрия, алалия, ринолалия, заикание обусловленное общим недоразвитием речи.

2. Опыт работы с данной категорией детей выявил необходимость наличия в штатном расписании медицинского персонала. Поэтому 16 лет назад в школе-интернате был создан медицинский комплекс и укомплектован медперсоналом в составе педиатра, невролога, 2-ух процедурных медсестер, медсестер по массажу и физиотерапии, диетсестры и врача-стоматолога.

3. Влияние физиотерапевтических процедур на психоречевое развитие ребенка. Разработаны специальные методики комплексного физиолечения при дизартрии, заикании, алалии и общем недоразвитии речи.

4. Роль лечебного массажа в лечении и реабилитации детей с тяжелой речевой патологией. В зависимости от тяжести речевой патологии, назначений врача и рекомендаций логопеда, проводятся следующие виды медицинского массажа: укрепляющий, расслабляющий, массажа воротниковой зоны, массаж верхних и нижних конечностей (мелкая моторика), паравертебральной зоны позвоночника, массаж пояснично-крестцового отдела и области мочевого пузыря (при энурезах).

5. Лечебно-профилактическая работа врача-стоматолога с детьми с тяжелой речевой патологией. Своевременное выявление и лечение врожденных аномалий челюстно-лицевой области и нарушений прикуса необходимы для правильного роста и развития челюстей, органов полости рта, функции речи – это основная задача врача-стоматолога, работающего с детьми с тяжелой речевой патологией.

6. Комплексная специализированная медицинская помощь в сочетании с логопедической и психологической работой позволяет максимально сократить сроки реабилитации детей с тяжелыми нарушениями речи и способствует дальнейшей их адаптации в социуме.

СПЕЦИФИКА КОНСТИТУЦИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЕМ В ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОМ РАЗВИТИИ

О. П. Рожков

Московский государственный областной социально – гуманитарный институт, Коломна

В современных научных трудах биологов, медиков и психологов, несмотря на достаточное широкое использование, понятие «конституция» продолжает оставаться в большей степени неопределенным. Хотя еще в начале 60-х годов прошлого столетия Б.Г. Ананьев (1969,1971) говорил о необходимости обращения психологов к проблеме конституции. Психологи, занимающиеся вопросами связи психики с телосложением, преимущественно сосредотачивают внимание на отдельных соматических признаках организма с психическими или психофизическими показателями, либо в качестве критерия для определения параметра «конституция» используют только одну конституциональную характеристику – соматотип или общий показатель телосложения. Л.А. Рудкевич (2001) ввел четырех координатную систему, учитывающую помимо общей характеристики телосложения (соматотипа) признаки межполушарной асимметрии, скорость индивидуального развития, филогенетическую дистанцию - ювенильность.

В последние десятилетия все более расширяется проблематика исследований, направленных на более углубленное познание проблемы связи психики и конституции и проблемы конституции в психофизиологии, психологии развития. Существующие схемы определения конституции человека по Э. Кречмеру (1930), Б. Хит (1969), Р. Картеру (1969), В.В. Бунаку (1931) и др. не всегда точны, зачастую противоречивы и отличаются в большей или меньшей степени субъективизмом. Как мы уже отмечали, проблема конституции и конституциональных различий обсуждалась в прошлом веке, однако, исследования Э.Кречмера (1930), У. Шелдона (1940) в основном проводились на взрослых, и преимущественно на мужчинах, тогда как, на женщинах и детях исследований мало, а на детях и воспитанниках находящихся в интернатных учреждениях нет вообще. В связи с этим мы обратились к изучению конституциональных и психофизиологических особенностей у детей с нормативным и ненормативным развитием

в онтогенезе. В исследовании 2009-2010г. принимали участие 700 детей в возрасте от 6-16 лет, примерное число мальчиков и девочек одинаково. Исследование было организовано как сравнительно-возрастное.

Методы исследования: антропометрия основных черт конституциональных параметров –соматотипа, и тестирование, с помощью которого проводилась оценка психологических параметров –внимания, памяти у детей и школьников с отклонениями в психологическом развитии. В расчет принимались также данные полученные из карт развития ребенка и медицинских карт.

Полученные количественные данные эмпирического исследования представлены в таблице.

Таблица.

Распределение показателей в экспериментальной и контрольной группе (в%)

показатель	Гармоничность телосложения	Соматотип	ИПФА	Скорость инд.развития	Ювенильность	Грацильность Степень выраж	Андрогения Степень выраж
<i>Экспериментальная группа</i>							
1	59	13	70	12	24	70	96
2	41	15	15	56	76	12	1
3	-----	11	15	32	-----	18	3
4	-----	61	-----	-----	-----	-----	-----
<i>Контрольная группа</i>							
1	47,8	10,6	0	14,5	81,2	89,4	65,7
2	52,2	24,1	58	18,8	18,8	4,8	9,2
3	-----	13	42	66,7	-----	5,8	25,1
4	-----	52,3	-----	-----	-----	-----	-----

Примечание: Достоверно распределение детей с УО и с нормой при $p < 0,05$ по андрогении, ювенильности и ИПФА.

По полученным данным дети с отклонениями в интеллектуальном развитии отличаются преобладанием мезоморфного типа (соматотипа) (70%), по сравнению с контрольной выборкой (дети с нормативным развитием (30%). В экспериментальной выборке установлена высокая частота выраженности конституциональных нарушений (дисплазий) –выражающихся в не соответствие одних конституциональных параметров другим параметрам. **Например, при общей мезоморфности форма ног не соответствует данному соматотипу (это очевидно связано с фенотипической причиной - влиянием патогенных факторов во время беременности, осложнения в натальном периоде – рождение детей**

с вывихами тазобедренных суставов, в постнатальном периоде - дисплазии тазобедренных суставов). По сравнению с контрольной выборкой экспериментальная выборка отличается также упрощенным латеральным профилем (т.е. если ведущим является правая рука, то все остальное также правое (нога, глаз и т.д), в то время как в контрольной группе отмечается усложнение латерального профиля. Нами установлено, что по онтогенетической дистанции дети экспериментальной группы несколько более акселерированы, т.е. пубертат отмечается в 12.5 лет для девочек и в 13 лет для мальчиков, в контрольной выборке 13 лет для девочек и 14 лет для мальчиков. По показателю ювенильность у детей экспериментальной выборки он значительно ниже, чем у детей контрольной выборки (у детей экспериментальной выборки усилен лицевой и ослаблен мозговой череп); по показателям грацильности (степени развития опорно-двигательного аппарата) дети экспериментальной выборки значительно превосходят детей из контрольной выборки (по показателям РИ, обхват плеча в покое/обхват плеча в напряжении). По показателям ондрогении (степени выраженности половых различий) дети в экспериментальной выборке значительно превосходят детей из контрольной выборке (замеры по 6 индексам). Интеллектуальное развитие, как и следовало ожидать, в экспериментальной выборке значительно ниже, и находится на границе с умеренно выраженной умственной отсталостью.

Таким образом, нами выявлены значимые конституциональные отличия по целому ряду параметров между исследуемыми группами на этапе школьного развития. Полученные данные позволяют более детально представлять картину дизонтогенеза в детском возрасте и выстраивать более эффективную коррекционную и реабилитационную работу.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ КАК ФАКТОР ИХ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ИНТЕГРАЦИИ В СОЦИУМ

Л.Н. Ростомашвили

Институт специальной педагогики и психологии, Санкт-Петербург

Дети со сложными нарушениями развития, как правило, это дети с врожденной комбинированной патологией, имеющие аномалии различных органов и систем, которые носят стойкий характер, а значит, они с первых дней своей жизни воспитываются в условиях сенсорной и двигательной депривации, что, в свою очередь, тормозит естественный ход психофизического развития ребенка. Это дети, которые будут всю жизнь нуждаться в помощи и сопровождении со стороны окружающих (родителей, педагогов). Это дети, которые до недавнего времени считались не обучаемыми. Однако зарубежный и отечественный опыт обучения детей данной категории показывает, что нет необучаемых детей, а есть дети с разными возможностями обучения. Стратегическим направлением современного специального образования таких детей, является создание комплексной

системы педагогической помощи, подразумевающей всестороннюю реабилитацию, в том числе и двигательную. Адаптивное физическое воспитание является составной частью общей модели реабилитации как основное средство охраны и укрепления здоровья, поддержания работоспособности, увеличение степени приспособляемости и сопротивляемости организма детей к факторам внешней среды, подготовки их к социализации и интеграции в социум.

Физическое воспитание детей со сложными нарушениями развития представляет малоизученную и труднейшую проблему, которая находится в стадии разработки. На сегодняшний день в Институте специальной педагогики и психологии разработана методика и коррекционно-развивающая программа адаптивного физического воспитания детей со сложными нарушениями развития, прошедшая апробацию и внедрена в ряд специальных (коррекционных) учреждений и систему надомного обучения. Большое внимание в программе отводится развитию жизненно необходимых двигательных умений и навыков, развитию пространственной ориентировки, познавательной деятельности и сенсомоторному развитию. Педагогическое воздействие направлено не только на преодоление, сглаживание, ослабление физических и психических отклонений у детей, но и на активное развитие у них познавательной деятельности, психических процессов, физических способностей

Физические упражнения являются специфическим средством, с помощью которого достигается повышение степени участия детей с особыми образовательными потребностями в школьной жизни, досуговой деятельности через занятия физкультурой и совместные мероприятия. Прежде всего, это касается детей со сложными нарушениями, которые обучаются на дому.

В связи с этим очевидно, что адаптивное физическое воспитание детей со сложными нарушениями развития способствует достижению максимальной независимости и самостоятельности в доступных им сферах социальной жизнедеятельности.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ВОСПИТАННИКОВ ШКОЛЫ - ИНТЕРНАТА

О.Г. Рязанцева, А.Н. Рябинкина, Т.А. Кузнецова

ГОУ ВПО «Орловский государственный университет», Медицинский институт, Орел

Актуальность. Эмоциональное благополучие ребенка является одним из значимых факторов, определяющих гармоничное формирование личности детей. Особую значимость эта проблема занимает у детей, воспитывающихся в интернатных условиях, когда возможно искажение эмоционального фона, что негативно влияет на психологическое развитие ребенка.

В этой связи **целью исследования** явилось изучение эмоционального статуса воспитанников школы – интерната.

Материалы и методы. Для определения эмоционального состояния с помощью восьмицветового варианта теста М. Люшера протестирован 171 ребенок, воспитывающийся в школе-интернате Орловского района в возрасте от 7 до 17 лет, из них 103 мальчика и 68 девочек. В возрастном аспекте, согласно рекомендациям ВОЗ, дети были разделены на следующие группы: мальчики: 7-12 лет – младший школьный возраст (43), 13-16 лет – подростковый возраст (53), 17 лет – юношеский возраст (7); девочки: 7-11 лет – младший школьный возраст (20), 12-15 лет – подростковый возраст (34), 16-17 лет – юношеский возраст (14).

Тест позволяет определить личностные особенности конкретного индивида в конкретной ситуации и выступает в качестве индикатора степени выраженности эмоциональной напряженности. По М. Люшеру характеристика цветов включает в себя 4 основных и 4 дополнительных цвета. Основные цвета: синий (1) символизирует полное спокойствие, гармонию, безмятежное состояние духа, физиологическую потребность в отдыхе, разрядке или лечении; зеленый (2) — воплощение твердости, постоянства, желание усилить свою уверенность в собственной ценности, добиться своих целей; красный (3) — выражение жизненной энергии, импульса к активной деятельности, воли к победе, полнокровное ощущение жизни; желтый (4) — активность, стремление к общению, новизне; экспансивность, веселость. Основные цвета при отсутствии у человека внутреннего конфликта, т.е. в оптимальном психическом состоянии, должны занимать преимущественно первые четыре позиций. Дополнительные цвета отражают: фиолетовый (5) – доминирование инфантильных установок (ребенок ходит в школу для того, чтобы играть и общаться с другими детьми), не разграничивает сказочный и реальный миры; коричневый (6) – свидетельствует о психофизиологической усталости, утомлении, возможно на фоне соматического заболевания; черный (7) – отрицание, отказ, протест против существующего положения, стресс, отчаяние; серый (нулевой цвет) – отсутствие стимулов и каких-либо психологических тенденций; свидетельствует о желании человека изолироваться от внешнего мира.

Тестируемому предлагается выбирать последовательно из восьми цветов один, который ему нравится больше других; таким образом ранжируются все восемь цветов от первого до последнего. Через 5-7 минут тест повторяется. Наиболее точным и правильным для оценки эмоционального статуса является вторая последовательность в выборе цветов. При анализе результатов теста Люшера оценивается частота выбора основных цветов на первых четырех позициях. Выбор ребенка четырех основных цветов на первых позициях свидетельствует о положительных эмоциях и полном психологическом благополучии, оптимизме; выбор трех основных цветов – эмоциональное состояние в норме, что соответствует относительному психологическому благополучию; при выборе двух и менее цветов – преобладание отрицательных эмоций.

Результаты. Результаты эмоционального состояния мальчиков (в зависимости от возраста) представлены на рисунке 1.

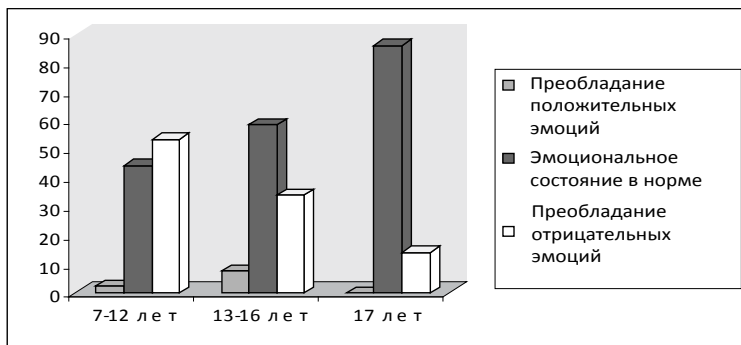


Рисунок 1. Эмоциональное состояние мальчиков (в зависимости от возраста)

Число мальчиков младшего школьного возраста с нормальным и неблагоприятным эмоциональным фоном оказалось практически одинаковым – соответственно 44,2% (19) и 53,5% (23) ($p > 0,05$). Состояние повышенного эмоционального фона характерно только для 2,3% (1) детей. Практически такое же распределение по эмоциональному фону сохранилось и в подростковом возрасте с тенденцией к уменьшению числа мальчиков с отрицательным эмоциональным фоном и увеличению числа детей с положительным. к юношескому возрасту увеличилось число детей с 58% до 86% - с нормальным эмоциональным фоном.

На рисунке 2 представлено эмоциональное состояние девочек (в зависимости от возраста)

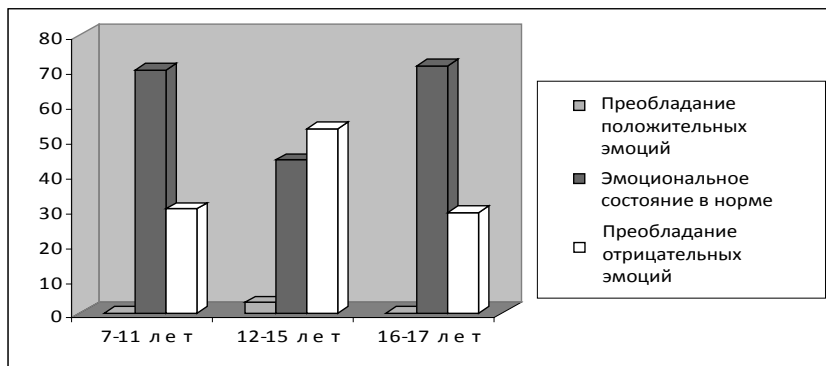


Рисунок 2. Эмоциональное состояние девочек (в зависимости от возраста)

Распределение девочек по эмоциональному состоянию оказалось практически идентичным в младшем школьном возрасте и в возрасте 16-17 лет: отсутствие девочек с преобладанием положительных эмоций и практически одинаковая частота в сравниваемых группах нормально-

го и сниженного эмоционального фона. Выраженные эмоциональные проблемы подросткового возраста проявились возрастанием числа девочек как с неблагоприятным эмоциональным состоянием (53%), так и эйфоричностью - 3%. Данная тенденция может говорить о выраженной эмоциональности и трудностях, возникающих в подростковом возрасте у девочек.

Заключение. Анализ эмоционального фона воспитанников школы – интерната выявил гендерные различия: эмоциональная сфера мальчиков в основном соответствует возрастным закономерностям развития личности. В отличие от мальчиков, девочки подросткового возраста в большей степени реагируют на трудные ситуации эмоциональными расстройствами, требующими индивидуальной коррекции. Исследование эмоционального состояния детей, предоставляя информацию об уровне психологического комфорта в школе-интернате, позволяет оптимизировать реабилитационные мероприятия в системе медико-психолого-педагогического сопровождения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ШКОЛЫ НА ОСНОВЕ МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ

Ю.Б. Севастьянова

ГОУ школа №280, Санкт-Петербург

ГОУ школа №280 Адмиралтейского района Санкт-Петербурга имеет многолетний опыт работы в области обеспечения здоровья учащихся, в том числе и опыт инновационной деятельности.

В 2001-2006 гг. школа принимала участие в федеральном эксперименте по модернизации структуры и содержания общего образования. В ходе эксперимента приобретался опыт участия в едином мониторинге здоровьесозидающей образовательной среды: сопоставление внутришкольных показателей с региональным банком данных позволило корректировать школьный образовательный процесс в динамике эксперимента.

Анализ исходных данных мониторинга (2001-2002 уч.г.) показал, что здоровье учащихся является актуальной проблемой школы: количество детей с третьей группой здоровья превышает региональные данные (15% и 9% в 1-м классе; 36% и 20% в 10-м классе соответственно); выше острая заболеваемость учащихся в течение учебного года (18,5 и 10,5 пропущенных дней/учащегося в 1-м классе; 37,5 и 16,6 в 10-м классе).

В 2006 году в школе на базе центра индивидуального сопровождения развития ребёнка была создана служба здоровья. Сегодня в штат службы здоровья входят врач-педиатр, медсестра, педагог-психолог, социальный педагог, учитель дефектолог, учитель логопед, инструктор ЛФК. Направлениями деятельности службы здоровья стали: медико-валеологическое, психолого-педагогическое, коррекционно-развивающее, социальное и информационное.

Медицинскими работниками осуществляется работа с медицинскими документами, контроль за своевременным посещением учащимися

врачей специалистов, соблюдением режима прогулок групп продлённого дня. Медицинские данные являются ориентиром для выработки мероприятий, способствующих укреплению здоровья и физического развития –ультрафиолетовое облучение носоглотки, ультразвуковые ингаляции, аэроионизация воздуха, занятия групп ЛФК, уроки физкультуры,

Школа поставила задачу повысить резистентность младших школьников к простудным заболеваниям. Для достижения поставленных целей были приобретены: аппарат аэрофитотерапевтический для групповой ингаляции дозированными концентратами паров эфирных масел «ФИТОТРОН», облучатель ртутно-кварцевый универсальный «ОРКУ», очистители воздуха –ионизаторы «ОВИОН». Стали возможными профилактические мероприятия - аэрофитотерапия эфирными маслами.

Комплекс запланированных мер включил в себя и просветительскую работу с учащимися и родителями, включение детей в систему дополнительного образования. Двигательную активность детей мы стремились увеличить на счет динамических перемен, оптимизации режима прогулок групп продленного дня, деятельности групп ОФП и ЛФК. По итогам участия в проекте «Здоровое поколение» школа получила комплект современного оборудования для медицинского кабинета.

Педагогами-психологами проводятся диагностика учащихся, учителей, родителей. Данные психологической диагностики позволяют разрабатывать планы групповых и индивидуальных коррекционно-развивающих занятий с психологом и дефектологом, выявляют учащихся, нуждающихся в психологической помощи и поддержке. Основное внимание уделяется учащимся начальных классов, с которыми первоначально проводится диагностика, а затем составляется паспорт здоровья класса с отражением уровней физического и психического развития, социального состояния, данных логопедического обследования и рекомендациями для учителей и родителей. Проводятся индивидуальные консультации с учащимися, педагогами, родителями, коррекционно-развивающие занятия с учащимися начальной школы с психологом и дефектологом, коррекционные занятия с логопедом, психолого-медико-педагогические консилиумы, в средних и старших классах - уроки психологии.

Работа специалистов Службы здоровья направлена на улучшение психологического климата, повышение психологического комфорта в образовательном процессе, решение проблем развития познавательных процессов, повышения уровня успешности и мотивации, более комфортного прохождения периода адаптации к школе, на выбор оптимального образовательного маршрута для учащихся с особенностями здоровья.

Таким образом, потенциал школы дает возможность обеспечения здоровьесозидающего характера образовательного процесса и распространения накопленного опыта среди других образовательных учреждений.

С 2008 года школа стала городским ресурсным центром по теме «Служба здоровья образовательного учреждения». Целью ресурсного

центра является научно-методическое обеспечение деятельности Службы Здоровья ОУ и распространение опыта по построению здоровьесозидающей среды в образовательных учреждениях Санкт-Петербурга.

Возможности сетевого и межведомственного взаимодействия должны быть использованы и в дальнейшем. Здоровье поступающих в школу детей ухудшается, что требует постоянного поиска новых форм и средств профилактической и здоровьесозидающей работы.

АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Т.А. Сергеева

ГСОУ № 34, Санкт-Петербурга

Практическая потребность обсуждения проблемы и поиска путей эффективной организации процесса интеграции и инклюзии усиливается фактически ежедневно. Причина – в увеличении количества семей, принимающих решение воспользоваться своим правом выбора вида и типа образовательного учреждения.

Осознание потребности ребенка с ограниченными возможностями к общению и обучению в кругу своих обычных здоровых сверстников, а его родителей к устройству ребенка в школу рядом с местом жительства, где ему будут обеспечены все необходимые условия, с учетом его индивидуальных особенностей, диктует необходимость разработки стратегии и тактики осуществления данного процесса.

Наибольшую сложность в данном вопросе представляет, на наш взгляд, прежде всего широкий спектр видов и форм проявлений ограничений возможности здоровья у детей, степени их выраженности, а значит и потребности обеспечения вариативных дифференцированных условий, которые должны быть предоставлены им в условиях образовательного учреждения.

Диапазон проблем в развитии у детей очень широк и может быть представлен моно- и полиморфными комбинациями нарушений, в том числе, с учетом вторичных проявлений:

- Сенсорными
- Моторными
- Психическими
- Психоневрологическими
- Эмоционально-волевыми
- Личностными
- Комбинированными - сложным дефектом в развитии и т.д.

С целью оказания помощи всем участникам инклюзивного образовательного процесса, нами была предпринята попытка создания **Программы «Адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования»**, способной максимально алгоритмизировать для администрации школ, педагогов,

детей и родителей процесс подготовки, разработки и внедрения необходимого набора условий для эффективной реализации инклюзивного обучения.

Основная цель программы

- Всесторонняя адаптация детей дошкольного и младшего школьного возраста в условиях взаимодействия всех участников процесса инклюзивного образования

- Адаптация принимающей среды для организации индивидуально ориентированного образовательного процесса в условиях инклюзии

Достичь данного симбиоза возможно за счет решения ряда задач:

- Обеспечение комплексного сопровождения и системы взаимодействия всех участников инклюзивного образования

- Создание оптимально благоприятных средовых условий для щадящей адаптации ребенка с ограниченными возможностями

- Разработка поэтапной системы и механизмов адаптации с учетом типовых и индивидуальных особенностей личности ребенка, включенного в инклюзивное обучение

- Научно-методическое обеспечение динамики процесса адаптации.

Условия реализации программы должны, как минимум, обеспечить такие направления как:

- Организационно-правовое
- Организационно-техническое
- Научно-методическое
- Комплексное сопровождение

Наиболее продуктивной работа по адаптации детей с различными видами и степенью выраженности нарушений здоровья и вторичных проявлений, разумеется, будет с ранних этапов развития ребенка. Исходя из этого, программа рассчитана на детей 4-х возрастных групп:

- Дошкольного возраста
1 уровень -старшая группа от 4 до 5 лет
2 уровень-подготовительная группа 6-7 лет
- Младшего школьного возраста
3 уровень – 1-2 классы - от 7 до 8 лет
4 уровень - 3-4 классы - от 9 до 10 лет.

Всесторонний межведомственный подход к осуществлению/реализации поставленных Программой задач обеспечивается разработкой 3-х блоков мероприятий:

- Социально-психологический блок
- Социально-педагогический блок
- Медико-социальный блок

Каждый блок работы имеет свои задачи на разных этапах реализации:

- 1 этап – информационно-диагностический
- 2 этап - подготовительный

3 этап - практический

4 этап - аналитико-прогностический

Самым ответственным результатом одного из этапов становится - разработка индивидуального Плана адаптации и реабилитации для каждого ребенка, который обеспечит эффективность реализация всей программы в целом.

Надеемся, что данная Программа поможет работникам образовательных учреждений различного уровня и степени подготовленности к решению широкого круга специфических задач, связанных с организацией инклюзивного образования, позволит адекватно оценить уровень готовности к реализации поставленных целей и задач, создать оптимально комфортные, безопасные условия для всех участников инклюзивного образования, обеспечивающие прежде всего интересы ребенка с учетом его индивидуальных потребностей.

ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

К.А. Сергеева

Институт детства РГПУ им. А.И.Герцена, Санкт-Петербург

Аддиктивное поведение — одна из форм отклоняющегося, девиантного, поведения с формированием стремления к уходу от реальности (Короленко Ц.П.). Эта проблема была актуальной и востребованной во все времена, однако до середины 20 столетия аддикции рассматривались только в отношении зависимости от химических веществ. В условиях рыночной экономики спектр аддиктивности и интенсивность ее последствий сильно возросли, так что сейчас представляют существенную угрозу национальной безопасности. С каждым годом описываются новые виды нехимической аддикции: компьютерные и Интернет-зависимости, гаджет-зависимости, телевизионная и СМС-аддикции, алиментарная (пищевая) зависимость, трудоголизм и др.

Дети стремятся понять себя, свои возможности и индивидуальные особенности, выяснить свое сходство с другими людьми и свое отличие от них. Общение, прежде всего со сверстниками, помогает становлению адекватного представления о себе, формирует направленность поведения. Большое влияние на повседневную жизнь и перспективы развития подростков оказывает школа. На школу возлагаются важнейшие функции: передача знаний, культурных и нравственных ценностей, помощь в социальной адаптации и выработке адекватного социального поведения, содействие личностному росту. Но не всегда школа выполняет свои функции.

Выбор аддиктивной стратегии поведения обусловлен трудностями в адаптации к проблемным жизненным ситуациям: сложные социально-экономические условия, многочисленные разочарования, крушение идеалов, конфликты в семье и школе, утрата близких, резкая смена при-

вычных стереотипов и т.д. Реальность такова, что стремление к психологическому и физическому комфорту не всегда возможно реализовать, нагрузка на системы адаптации велика. Межличностные отношения слишком непредсказуемы для аддикта, они требуют больших усилий, немалых эмоциональных затрат, напряжения мыслительной деятельности и отдачи. Взаимодействие же с неодушевленными веществами, предметами и видами деятельности всегда предсказуемо, эффект достижения комфорта почти всегда гарантирован. От того, как отвечает ребенок на предъявляемые ему требования среды, какие способы и стили преодоления стресса у него проявляются и закрепляются, зависит развитие личности в данный период и дальнейшие перспективы. В связи с этим наиболее значимы изучение и профилактика аддиктивного поведения именно у детей.

Умение контролировать свое эмоциональное состояние входит в определение эмоционального интеллекта – способности к пониманию своих и чужих эмоций, а также к управлению ими (что может быть направлено как на собственные эмоции, так на эмоции других людей). Способность к управлению эмоциями означает, что человек может контролировать интенсивность эмоций, прежде всего, приглушать чрезмерно сильные эмоции; может контролировать внешнее выражение эмоций; может при необходимости произвольно вызвать ту или иную эмоцию. Эмоциональный интеллект оказывает большое влияние на успешность и психологическое состояние человека. Люди с высоким уровнем эмоционального интеллекта устанавливают более позитивные отношения с окружающими, выше оцениваются ими, добиваются больших успехов в учебе и работе, более позитивно относятся к себе и имеют более высокий уровень психологического благополучия. Это происходит, поскольку высокий уровень эмоционального интеллекта, во-первых, позволяет человеку получить дополнительную информацию и тем самым повысить качество принимаемых решений, и, во-вторых, претворить эти решения в жизнь за счет хорошо сформированного самоконтроля.

Полученные нами результаты имеют огромное значение для здоровья общества, экономики страны, социальной сферы и правопорядка. Для наглядности: по мнению специалистов, количество наркоманов в России превышает уровень в три миллиона. Возраст большинства наркоманов колеблется в рамках 13—25 лет, что ставит под угрозу фактически треть молодого поколения страны. При этом следует иметь в виду, что данные цифры говорят лишь о лицах, регулярно употребляющих наркотики. Если же брать во внимание и токсикоманов, то названный контингент по стране составит не менее десяти миллионов.

Мы предположили, что развитие эмоционального интеллекта школьников поможет в существенной мере снизить риск возникновения у них зависимого поведения.

Целью нашей работы стало создание программы профилактики аддиктивного поведения у школьников через развитие эмоционального интеллекта и оценка ее эффективности.

На базе ГОУ школа №19 г. Санкт-Петербург нами были проведены занятия, направленные на развитие эмоционального интеллекта тех школьников, поведение которых учителя оценивали как плохое. Занятия проводились с учениками 2, 5, 6, 9, 10 и 11 классов, всего 79 человек. Перед проведением занятий и по их окончании проводилась экспресс-диагностика психо-эмоционального состояния детей с помощью методики Люшера, модифицированной методики Дембо-Рубинштейн (2, 5, 6 классы) и модифицированной методики «САН» (старшие классы).

Во 2, 5 и 6 классах результаты диагностики позволяют сделать выводы о том, что занятия, направленные на развитие эмоционального интеллекта, способствуют развитию адекватной самооценки. Это подтверждает тот факт, что до проведения занятий во втором классе среднее значение самооценки по методике «Лесенка» составляло $8,24 \pm 2,39$, а после проведения занятий $7,1 \pm 1,81$ при уровне значимости $p < 0,1$. В 5 и 6 классах после проведения занятий результаты диагностики по модифицированной методике Дембо — Рубинштейн показали более высокие результаты по шкалам «здоровье» ($78,2 \pm 24,5$ и $89,7 \pm 18,8$) при $p < 0,05$, «характер» ($60,6 \pm 27,5$ и $70,2 \pm 29,3$) при $p < 0,1$. Различия же по остальным шкалам: «ум», «настроение», «доброта», «счастье», «любовь окружающих», «смелость» и «благополучие в семье» не достигли уровня статистической значимости. Что касается актуального эмоционального состояния, то проведенные нами занятия по тесту Люшера во 2 классе улучшили результаты с $19,7 \pm 7,36$ до $13,7 \pm 7,3$ $p < 0,001$, а в 5-6 классах с $18,3 \pm 7,43$ до $15,85 \pm 8,34$ при $p < 0,05$.

В старших классах в начале и в конце каждого занятия, проходившего в форме тренинга, ученикам предлагалось оценить по 5-балльной шкале (от 1 до 5) свое самочувствие, активность и настроение. Результаты диагностики по данной методике в начале первого занятия по старшим классам (так как нет серьезных отличий) составили $11,3 \pm 3,3$, а в конце последнего $13,9 \pm 1,5$ при $p < 0,01$.

Необходимо отметить, что лишь во 2 классе было проведено 7 развивающих занятий, в остальных это было по 3 занятия. Но изменения коснулись и поведенческих сторон: в подобных занятиях академическая успеваемость детей не имеет никакого значения, важно их желание разобраться в своих мыслях, поступках и чувствах, поэтому ученики стали активно вступать в дискуссию, проявляли познавательную активность, стали стараться контролировать себя на занятиях, стремились быть лучше. Эмоциональная жизнь ребенка, как правило, вынесена за рамки организованного педагогического процесса, а подобные занятия побудили детей рефлексировать свои чувства, обратили их внимание на себя самих.

СОЦИАЛЬНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ В КОРРЕКЦИОННОЙ ШКОЛЕ ВНУТРИШКОЛЬНАЯ АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

А.В. Соколова, Е.Б. Кравченко, Л.В. Ткаченко

ГООУ школа-интернат (Ивида) №33, Санкт-Петербурга

На взаимопроникновении воспитательных, дидактических и здоровьесоздающих принципов организации образовательного пространства базируется воспитательная концепция школы-интерната №33, где учатся слабослышащие дети.

Картина состояния слуха меняется год от года в сторону усиления тяжести дефекта. По результатам обследования 2% учеников имеют 1-2 степень снижения слуха, 12% и 14%- соответственно 2 и 3 . Именно они ранее составляли основной контингент школы. А сейчас половина –49% имеют тугоухость 4 степени или глухоту, еще 17%- кохлеарно имплантированы. Диагноз большинства детей не ограничивается тугоухостью, у многих налицо сочетание патологий. При поступлении в школу практически у всех наблюдается ОНР, ЗПР, имеют место алалия, парез, парепарез. Поэтому растут проблемы, которые решают педагоги школы. Необходим не только поиск более эффективных путей коррекционного воздействия, но и изменения направлений воспитательной работы, в которых первоочередную важность приобретает сохранение здоровья ребенка, в том числе и его самостоятельная деятельность в этом аспекте. Часто у наших учеников возникают вопросы –«Почему я не слышу?», «Кто в этом виноват?». Дети должны иметь ясное представление о том, в каком состоянии находится их организм, кто и как может помочь им справиться с проблемами. Первоочередная задача для нас - бережное отношение детей к остаточному слуху, к совершенствованию его функций. В рамках реализации социальных и грантовых проектов, осуществляемых школой по вопросам здоровьесбережения родилось новое начинание –ежегодное проведение школьных аудиологических конференций, подготавливаемых совместными усилиями детей и педагогов при обязательном участии сурдологов СПбГМУ им. ак. И.П. Павлова. Слух и слушание рассматриваются на различных секциях в биологическом, историческом, физическом, медицинском аспектах. В конференциях принимают участие родители, студенты коррекционных вузов, педагоги других школ. Участники получают уникальный шанс задать вопросы специалистам. Следует отметить и большую пропедевтическую работу по сохранению слуховой функции в начальной школе. Это –игры по станциям «Будь здоров», работа тренажерного кабинета для детей специальной медицинской группы и др.

Образовательно-реабилитационные проекты направлены на отработку содержания и механизма реабилитации детей с нарушениями слуха, в том числе перенесших кохлеарную имплантацию, через проведение физкультурно-оздоровительной работы и привлечение к ней специалистов разного уровня. В рамках данных проектов предусматривается расширение комплекса современных лечебно-восстановительных мероприятий,

пропаганды ЗОЖ, циклов оздоровительных тренингов. Синтезирование этих блоков позволит выстроить эффективную стратегию реабилитации детей-инвалидов посредством организации комплексной физкультурно-оздоровительной работы.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СУХИМ ЭКСТРАКТОМ ЛИСТЬЕВ ПЛЮЩА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Н.Д. Сорока, Е.В. Коршунова, О.В. Рябых

Санкт-Петербургская Медицинская академия последипломного образования

Болезни органов дыхания (БОД) у детей первых лет жизни занимают лидирующее положение и составляют, по данным медицинской статистики Санкт-Петербурга, более 40%. В последние годы в лечение БОД активно внедряется ингаляционная терапия, которая является неотъемлемым компонентом комплексного лечения заболеваний верхних и нижних дыхательных путей. Ингаляционный способ доставки препарата в организм позволяет уменьшить потребность в системных медикаментозных средствах либо полностью отказаться от них. Актуальность внедрения в лечебную практику новых ингаляционных препаратов направленного воздействия на узловые патогенетические моменты острых респираторных заболеваний - сохраняется. Препаратом с многоплановым лечебным эффектом является, созданный на основе сухого экстракта листьев плюща - Проспан® (Производитель Engelhard Arzneimittel, Германия). Проспан зарегистрирован и применяется у детей в двух лекарственных формах: в виде сиропа внутрь и в виде капель для применения как внутрь, так и ингаляционно. С целью оценки безопасности и клинической эффективности ингаляционной небулайзерной терапии раствором сухого экстракта листьев плюща в комплексном лечении детей раннего возраста с ОРЗ, проведено открытое, пост маркетинговое исследование препарата у 30 детей в возрасте от 11 месяцев до 4 лет на базе одного из домов ребенка Санкт-Петербурга. Небулайзерная терапия сухим экстрактом листьев плюща назначалась в составе комплексной терапии ОРЗ. Проспан использовался в виде мукоактивного моно препарата. Методика проведения ингаляции была обычная: в камеру небулайзера помещалось 20-25 капель препарата, который разводился физиологическим раствором комнатной температуры в соотношении 1:2. Ингаляции проводились 3 раза в день. Продолжительность лечения определялась характером заболевания, выраженностью кашля, дискринии или обструктивного состояния и составила в среднем 10 дней. Результаты проведенного открытого пост маркетингового исследования эффективности и безопасности небулайзерной терапии препаратом сухого экстракта листьев плюща (Engelhard Arzneimittel, Германия) в комплексном лечении детей раннего возраста с наиболее частыми клиническими вариантами ОРЗ, позволяют сделать следующие выводы:

- Ингаляционная небулайзерная терапия сухим экстрактом листьев плюща (капли) является простым и эффективным методом лече-

ния наиболее часто встречающихся клинических вариантов ОРЗ у детей младшего возраста, сопоставима с системным приемом препарата и обладает выраженными: мукоактивным (секретолитическим и мукокинетическим) и бронхолитическим эффектом;

- Ингаляционная небулайзерная терапия сухим экстрактом листьев плюща (капли) может быть альтернативой системному лечению препаратом при большой медикаментозной нагрузке на пациента;

- Ингаляционная небулайзерная терапия сухим экстрактом листьев плюща (капли) безопасна, не имеет лекарственных взаимодействий, хорошо сочетается с наиболее часто используемыми в лечении ОРЗ лекарственными препаратами и может быть использована в комплексном лечении БОД у детей раннего возраста.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ РАЗВИТИЕМ

Н.В. Сорокина, Ли Ли

Институт детства РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, КНР

Ухудшение состояния нервно-психического здоровья современных детей и подростков является на настоящий момент времени весьма актуальной проблемой, которой посвящено большое количество научных и научно-практических исследований. Аномалии нервно-психического развития той или иной степени тяжести отмечаются у 74,3% детей. Среди социально дезадаптированных подростков психическая патология достигает 95%. Согласно экспериментальным исследованиям дети с различными формами аномалий поведения есть уже в каждом из классов начальной школы и даже в дошкольных образовательных учреждениях. Обобщая материалы исследований за последние годы, можно выделить следующие основные группы факторов:

1. Наследственные факторы.

2. Вторую группу факторов составляют органические поражения ЦНС различного генеза на пренатальном и раннем постнатальном этапах развития.

3. В качестве третьей группы факторов достаточно часто рассматривают возрастные психологические проблемы.

4. В качестве последней, четвертой группы факторов, рассматривают неблагоприятное влияние социальных условий.

Представленная ниже экспериментальная часть исследования посвящена изучению когнитивного и эмоционально-личностного развития детей 11-12 лет.

Методы исследования:

Как показывают результаты многочисленных исследований эмоционального развития подростков, эмоциональные проблемы практически всегда сопровождаются либо невротизацией, либо психопатизацией личности. Предлагаемый блок методов может быть дополнен другими тес-

тами, позволяющими более детально установить содержание наличных эмоциональных проблем.

Тест школьной тревожности Филлипса. Данный тест предназначен для изучения уровня тревожности учащихся младшего и среднего школьного возраста. Общая тревожность в школе это общее эмоциональное состояние ребенка, связанное с различными формами его включения в жизнь школы.

Прогрессивные матрицы Дж. Равена. Тест включает в себя 30 карт разделенных на 5 серий по 6 заданий в каждой. Обработка данной версии прогрессивных матриц Дж. Равена заключается в присвоении за каждое правильно выполненное задание определенной суммы баллов в зависимости от сложности последнего и в подсчете общей суммы баллов, которая и отражает интеллектуальную продуктивность испытуемых.

Модифицированная методика Плутчика-Конте-Келлермана оценки психологических защит личности. На данный момент времени изучение психологических защит личности является одним из основных теоретических и практических вопросов не только психоанализа, но психологии и педагогики в целом.

Диагностика состояния агрессии у подростков (опросник Басса-Дарки). Поскольку проявление агрессии у учащихся школ является одной из наиболее актуальных проблем, особое значение приобретает своевременная диагностика деструктивных тенденций. Предлагаемый опросник позволяет не только выявить эти тенденции, но и предсказать форму возможной агрессивной реакции.

Опросник S.L.Vern. Данный опросник оценивает так называемый социально-психологический пол личности или гендерную идентичность.

Результаты исследования:

Характеризуя эмоциональный статус подростков, стоит отметить, что различные проблемы эмоционального развития были обнаружены у 41,4% детей (у 40% мальчиков и 42,8% девочек). Анализируя интеллектуальное развитие и академическую успешность детей с пограничными проблемами эмоциональной сферы, стоит отметить, что данные характеристики практически совпадают с таковыми у детей, благополучных в эмоциональном плане. Таким образом, можно заключить, что у подростков 11-12 лет проблемы эмоционального развития пограничного характера не находят своего непосредственного отражения ни в интеллектуальной успешности, ни в академической успеваемости. Более высокие значения школьной тревожности – одна из форм проявления проблем эмоционального развития в данной возрастной группе. Заметно менее благополучной оказалась и структура психологических защит личности в группе эмоционально проблемных детей. Мальчики (как, впрочем, и девочки) с эмоциональными проблемами более агрессивны, однако это справедливо отнюдь не для всех форм агрессивного поведения. На уровне тенденции мальчики с эмоциональными проблемами характеризуются некоторым заострением как мужских, так и женских свойств и ка-

честв личности. Девочки 11-12 лет с проблемами эмоционального развития пограничного характера характеризуются своеобразием гендерной идентичности, а именно андрогинным психологическим полом личности.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ДЕТЕЙ

*А.А. Старшинова, Н.В. Корнева, И.Ф. Довгалюк, А.Н.Я Лфимов**

*ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии Росздрава», Санкт-Петербург *ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава*

Введение в обязательный комплекс рентгенологического обследования мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) - грудной клетки у детей с подозрением на малую форму туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ), позволило более качественно проводить диагностику специфических изменений во ВГЛУ, получать дополнительные сведения о распространенности и фазе специфического процесса.

Применение МСКТ грудной клетки наиболее информативно в оценке специфических изменений в паратрахеальной, парааортальной, трахеобронхиальной, бифуркационной группах. Диагностика наиболее часто определяемой, при классическом рентгенологическом обследовании (78,0%), бронхопульмональной группы затруднена. Оценка ее возможна только при введении контрастного вещества - МСКТ-ангиография (Тюрин И. Е., 2003г.).

Цель исследования – усовершенствование диагностики туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов введением мультиспиральной компьютерной томографии с ангиографией.

Материалы и методы.

В клинике ФГУ «СПбНИИФ Росздрава» терапии туберкулеза легких у детей за 2009-2010 гг. обследовано 159 детей (67(42,1%)–мальчиков и 92 (57,9%) девочек) в возрасте от 3 до 6 лет -57 (35,8%) и от 7 до 16 лет -102(64,2%) с подозрением на локальную форму туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ).

Проведен стандартный комплекс фтизиатрического обследования, дополненный углубленной туберкулинодиагностикой, диаскинтестом и комплексом серологических реакций. В отделении лучевой диагностики ГОУ ВПО СПб ГПМА Росздрава на аппарате Brilliance CT 10 slice (Philips) проведено МСКТ (n=111) и МСКТ (n=68) в условиях внутривенного введения контрастного вещества (Digital Injection System CT 9000® ADV) после стандартного протокола в режиме свободного дыхания, что особенно важно у детей младшего возраста. Аллергических реакции на введение контрастного вещества не было.

По данным туберкулинодиагностики у большинства детей определялся нормергический характер чувствительности к туберкулину (64,8% (103))

и в 35,5%(56) гиперергический. Проведенный (n=70) диаскинтест показал отрицательные результаты у 30,0%(21) обследованных, у 19 (27,2%) положительный с нормергической и у 30(42,9%) с гиперергической реакцией на тест. При проведении обзорной рентгенограммы и линейных томограмм в условиях тубдиспансера определялись «косвенные признаки» увеличения ВГЛУ чаще всего бронхопьюльмональной группы (76,1%), в три раза реже паратрахеальной (22,6%), параортальной (26,4%) и в четыре раза бифуркационной в 7,5% групп. Отложение извести заподозрено в 30,8% (49) случаев, у 3 детей очаги отсевов.

По МСКТ изменения в бронхопьюльмональной группе ЛУ диагностированы лишь у 14(12,6%) пациентов, однако при введении контрастного вещества лимфатические узлы в данной группе визуализируются в 41,2%(28) случаев, увеличение более 0,5см определялось только в 23,5%(16) случаев. Диагностика других групп при проведении МСКТ и КТ-ангиографии значительно не отличается. Визуализация изменений в трахеобронхиальной группе при введении контрастного вещества улучшается в два раза (16,2% против 8,7%).

В 28,8%(32) при МСКТ и в 26,5% (18) при КТ-ангиографии определяются очаги отсевов в легочную ткань, которые чаще всего расположены субплеврально.

По результатам проведенного обследования подозрения на локальную форму туберкулеза сняты практически у половины поступивших детей (77(44,7%)), у 81(50,9%) изменения во внутригрудных лимфатических узлах были подтверждены, 7 (4,7%) пациентам поставлен диагноз - первичный генерализованный туберкулез.

Выводы: современный подход в диагностике ТВГЛУ позволяет в 44,7% случаев снять диагноз. Применение диаскинтеста, МСКТ и КТ-ангиографии позволяет качественно определить изменения во ВГЛУ.

А.С.ПУШКИН И МУЗЫКА. ПРОЕКТ «ПОЭЗИЯ И ГОСТЕПРИИМСТВА»

М. А. Стиценко

ГОУ № 643, Санкт-Петербург

Задачи, стоящие перед учителем музыки для детей с ограниченными возможностями по здоровью – во многом отличаются от целей и задач других учителей-предметников обычных школ. Главная цель – это душа ребенка, это проблемы нравственности, это развитие творческой личности, а также проблема подготовки ученика через информационные технологии как музыкальной личности.

Технология мультимедиа с помощью компьютера позволила представить информацию в разных формах: звукозаписи голоса, музыка; изображения; видео.

Одним из наиболее значимых преимуществ работы с точки зрения потребности информации является её интерактивность, наличие обрат-

ной связи. Интерактивность позволяет в определённых пределах управлять новыми видами иллюстраций: они могут индивидуально менять настройки, изучать результаты, устанавливать скорость подачи материалов, применять различные формы работы: заполнение тестов, таблиц, кроссвордов и т.д., организация групповой и индивидуальной работы.

Место работы в образовательном процессе

- Содержание работы имеет интегрированный характер, поэтому электронное издание представляет поддерживающий проект изучения предмета «Музыка» в рамках образовательного процесса.

Данная работа повышает качество визуальной и аудиоинформационна становится ярче, красочнее, динамичнее

- Использование ИКТ увлекает наглядностью обучения, обогащает занятия интерактивными схемами и мультимедийными средствами, определяет творческий уровень мышление в своём классе.

- Способами формирования визуальной и аудиоинформации стали технологии мультимедиа.

Цели, задачи, образовательные результаты проекта для детей с ограниченными возможностями

Цель.

Формирование единства предметного поля, междисциплинарности и универсальности методологии учебного знания.

Основные дидактические цели проекта:

1. Формирование, расширение, углубление и закрепление знаний в 4 классе по разделу учебника «День, полный событий» (Государственный мемориальный историко-литературный и природно- ландшафтный музей- заповедник А.С.Пушкина, «Карта музыкальной страны А.С.Пушкина»).

2. Повышение мотивации к изучению классического музыкального наследия, связанного с именем первого русского поэта.

3. Проведение контроля усвоения раздела программы «Музыка»

4. Выявление уровня развития музыкальной памяти, образного мышления, обобщения.

Основные задачи проекта:

1. Обеспечение общения педагога и учащихся, направленного на повышение эффективности обучения.

2. Расширение знаний обучаемых в области музыкально-компьютерного оборудования, предоставляющих возможности реализации творческих замыслов.

3. Приобретение практических навыков работы на компьютере.

Основные формы организации работы с проектом

Теоретическая и практическая форма работы, включающая выполнение учебных, творческих заданий, сообщения на заданную тему, а также музыкальных игр, уроков-сказок, уроков- путешествий.

Ожидаемые результаты (образовательные)

1. Углубление межпредметных связей и, как следствие, повышение мотивации к приобретению знаний у учащихся ограниченных по здоровью по другим предметам, улучшение качества знаний за счёт творческой составляющей учебного процесса.

2. Повышение интереса к классической музыке, осмысления музыкального искусства как содержательного искусства.

3. Расширение словарного запаса учащихся, формирование навыка устной речи.

4. Формирование у учащихся умений творческого типа.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ФАКТОРЫ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

О.А. Суховская, Н.Д. Колпинская, М.А. Смирнова

НИИ пульмонологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад.И.П.Павлова

Цель исследования – изучить частоту встречаемости табакокурения среди школьников, определить факторы, способствующие началу регулярного курения и проанализировать состояние здоровья у курящих и некурящих школьников.

Материалы и методы. Для анализа табакокурения среди школьников в Санкт-Петербурге был проведен выборочный опрос в различных районах города 1540 человек в возрасте от 7 до 18 лет по курению, оценке мотивации прекращения курения, степени никотиновой зависимости.

Результаты. Опрос подростков в школах в 2008-2010 годах показал, что каждый третий подросток (30,4%) являлся регулярным курильщиком: девочки курили в 31,7%, мальчики – в 29,5% случаев. Наибольшее число курящих подростков живут в семьях, где курят оба родителя или курит мать. Первую сигарету мальчики взяли в 11-14 лет в 45% случаев, при этом в 15% случаев возраст начала регулярного (ежедневного) курения составил 8,5 лет. Девушки 11-14 летнего возраста курили в 23% случаев, около 3% девочек 7-8 летнего возраста уже употребляли табак. Большинство (70%) ребят начало курить из любопытства («хотелось попробовать»). Курящие родители стали причиной начала курения в 25,6% случаев. В равной степени распределились ответы о том, что причиной начала курения были: желание казаться старше (22,6%), желание быть похожим на ... (25,8%). Как правило, они хотели быть похожими на отца, брата или старшего товарища. Большую роль играли друзья и компания. В 25,8% случаев подросток не смог отказаться от сигареты, когда ему предложили.

Большинство молодых людей курили до 10 сигарет в день (до 5 сигарет в день – 61%, от 5 до 10 сигарет в день – 22%, 11-20 сигарет в день – 16,5%) и не имели сильной табачной зависимости. В 54% случаев курящие школьники имели очень слабую никотиновую зависимость (НЗ) (от 0 до 2 баллов), 40% - слабую (3-4 балла), и только 6% - среднюю степень НЗ. В то же

время имелись различия в степени НЗ у лиц различного социального положения. Так, у бездомных подростков отмечалась слабая степень в 58,6% случаев, средняя - в 13,8% и высокая - в 27,6% случаев. По нашим данным в 91% случаев школьники являются пассивными курильщиками (в 61% случаев они живут в семьях, где курит кто-либо из родителей и в 30% случаев проводят более 2 часов в день в обществе курящих). Опрос курящих родителей показал, что 35% из них курили в присутствии детей дома, при этом в 14,4% случаев курящие родители считали, что они подают плохой пример детям. Только в 12% случаев родители готовы прекратить курение, т.к. это пагубно влияет на здоровье их детей. Эти данные, по-видимому, свидетельствуют не о безразличии родителей к здоровью своих детей, а о незнании ими влияния пассивного табакокурения на здоровье.

Сопоставление курящих и некурящих подростков показало, что среди курящих в 1,5-5 раз (в зависимости от возраста) чаще встречались подростки, употребляющие алкоголь, у курящих были хуже показатели физической работоспособности и они в три раза чаще по сравнению с некурящими имели 3 группу здоровья. Кроме того, среди курящих достоверно чаще встречались лица с плохой и посредственной успеваемостью. Несмотря на то, что многие подростки являлись регулярными или эпизодическими курильщиками (до 60% в некоторых возрастных группах) большинство курильщиков хотели бы бросить курить (от 64 до 78%), при этом сильную мотивацию к отказу от курения имели 24% курящих подростков. Сдерживающим фактором являлось наличие курящей компании.

Заключение. Регулярными курильщиками по данным опроса являлись 30,4% школьников. Курящие школьники имели худшие показатели здоровья и успеваемости по сравнению с некурящими подростками. Факторами, способствующими курению, являлись: наличие курящей компании, курение в семье, недостаточная информированность подростков о влиянии табачного дыма на здоровье.

ПУЛЬСИРУЮЩЕЕ МАГНИТНОЕ ПОЛЕ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

И.В. Хандожко, Т.И. Бурцева, М.Ю. Вигурская, А.Г. Шиман

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени
И.И. Мечникова. КДЦ №2 для де-тей ГУЗ Поликлиника 23, Санкт-Петербург*

Цель исследования: Изучить эффективность комплексного лечения с использованием пульсирующего магнитного поля у детей с дискинезиями желчевыводящих путей по гипотоническому типу.

Материалы и методы: нами проведено обследование и лечение 50 подростков с ДЖВП по гипотоническому типу. Основная группа состояла из 30 пациентов получавших комплексное лечение включающее назначение

медикаментозной терапии и воздействие пульсирующего магнитного поля. Контрольную группу составили 20 подростков, которым проводилась традиционная лекарственная терапия. Для лечения использовался аппарат АМТ-01 «Магнитер». Методика контактная. При этом индуктор-электромагнит непрерывно перемещали в правом подреберье. Режим генерации магнитного поля непрерывный, форма импульсов - полусинусоидальная, частота 50 Гц. Магнитная индукция 40,0 мТл. Продолжительность воздействия 10 мин. Курс лечения составлял 10 процедур, проводимых ежедневно.

Оценку эффективности лечения больных осуществляли с учетом динамики жалоб, клинических проявлений заболевания, данных эхохолестистографии. Контрольное исследование моторной функции с расчетом пока-зателя динамической функции (ПДФ) осуществлялось через день после окончания курса лечения.

Результаты: Исчезновение или значительно уменьшение болей в око-лопупочной области и чувства тяжести в правом подреберье отмечалось в среднем к $5,6 \pm 0,3$ дню, в контрольной группе к $10,3 \pm 0,6$ дню, $p < 0,01$. Диспептические явления проходили или уменьшались соответственно к $7,2 \pm 0,3$ и $12,2 \pm 0,8$, $p < 0,01$. Нормализация моторной функции желчного пузыря была более выражена в основной группе.

Вывод: Комплексное лечение с применением пульсирующего магнитного поля у подростков с дискинезия-ми желчевыводящих путей по гипотоническому типу более эффективно, чем только лекарственная терапия.

ВНУТРИУТРОБНОЕ И ПОСТНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА КАК ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ БУДУЩЕЕ ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Л.П. Хорошина, Т.Е. Зайцева, О.Т. Гончаренко

Медицинская академия последипломного образования, госпиталь для ветеранов войн, Санкт-Петербург

В современных публикациях появляется все большее количество научных исследований, посвященных проблемам программирования в медицине. В настоящее время различают биологическое и социальное программирование. Понятие биологического программирования, не имеет точной биологической характеристики, остается на уровне концептуального термина, означает изменение внутриутробного развития организма с последующим развитием тех или иных патофизиологических процессов во взрослом состоянии.

Известно, что внутриутробное программирование определяется генетическими факторами, условиями жизни беременной женщины и развивающегося в ней организма. Процессы биологического программирования, определяя уровень здоровья индивидуума, продолжают действовать после рождения человека, и в последующие годы его жизни. Реализация процессов биологического программирования зависит от комплексного воздействия факторов внешней и/или внутрен-

ней среды, действующих в критический период развития организма. В последние годы выявлены связи между неблагоприятными условиями внутриутробного развития и частотой возникновения дислипидемии, сахарного диабета, артериальной гипертензии, поликистоза яичников у взрослых людей. Доказано, что вне зависимости от пола, расовой принадлежности и социально-экономического статуса у взрослых людей родившихся доношенными, но с малой массой тела, чаще регистрировалось ожирение, отмечался высокий базальный уровень инсулина в сыворотке крови, т.е. определены органы и системы, способные, под воздействием факторов внешней среды, подвергаться внутриутробному программированию. Состояние здоровья и даже причины смерти взрослых людей, рожденных от голодавших матерей, в значительной мере зависят от триместров беременности их матерей, на которые пришлось голодание, т.е. от периодов внутриутробного развития ребенка. Отмечено неблагоприятное течение соматических заболеваний у взрослых людей, родившихся маловесными, но очень быстро набравшими массу тела в детстве или во взрослом состоянии. Для всех этих взаимосвязей до сих пор не найдено точных объяснений.

Программирование последующего состояния здоровья возможно не только на этапе внутриутробного развития, но и после рождения ребенка. На примере малолетних жителей блокированного Ленинграда, доказаны значимые изменения в состоянии здоровья пожилых людей, переживших в детстве длительные периоды голодания. Пожилые люди, пережившие в детстве блокаду Ленинграда, отличались ранним развитием и тяжелым течением атеросклероза, сахарного диабета, артериальной гипертензии и других соматических заболеваний. Ставшие взрослыми, дети и подростки блокадного Ленинграда, умирали достоверно раньше (на 1,3-1,8 года), чем их сверстники, избежавшие блокадных условий жизни.

Социальные условия жизни человека (экономический уровень, социальный статус, образ жизни семьи и личности и другие обстоятельства) во многом определяют программу развития индивидуума, определяя модель социального программирования, которое создает условия для реализации биологических предпосылок, имеющихся у конкретного индивидуума в конкретных условиях социальной среды обитания. Социальное программирование означает, что образование, профессиональная деятельность, материальные возможности, социальные связи, образ жизни, характер питания и другие социальные факторы влияют на уровень здоровья взрослых людей, так, например, неблагоприятные условия жизни в детстве, психосоциальные факторы и поведение человека в значительной мере определяют высокий уровень фибриногена в его плазме крови. В настоящее время модель социального программирования поддерживается исследователями, сумевшими определить связи между социальными условиями развития детей и риском возникновения неинфекционных заболеваний у взрослых людей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*О.М. Цех, Т.И. Бурцева, И.А. Уразгалиева, Е.Ю. Калинина, В.П. Новикова
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская
академия, Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени
И.И.Мечникова, КДЦ №2 для детей ГУЗ, Поликлиника 23, Санкт-Петербург*

Цель исследования: изучить клинические и морфологические особенности хронического дуоденита у детей и подростков.

Материалы и методы: обследовано две группы детей разного возраста - группа №1 – дети до 12 лет -32 человека, группа №2 – подростки - с 13 до 17 лет - 49 человек. с хроническим дуоденитом. Обследование проводилось в КДЦ №2. Всем проводилась ФГДС, с взятием биоптатов из бульбарного отдела двенадцатиперстной кишки и последующим морфологическим и морфометрическим исследованием на кафедре патологической анатомии СПбГМА им. И.И.Мечникова. У всех детей диагноз хронический дуоденит был верифицирован морфологически, пациенты с целиакией в исследование не включались.

Результаты: было выявлено, что достоверно чаще у детей до 12 лет по сравнению с подростками боли локализовались в околопупочной области (группа №1-65,6%, группа №2-34,7% $p<0,01$), были умеренными (группа №1 - 84,4%, группа №2 - 63,3% $p<0,05$) и купировались едой (группа №1 - 3,12%, группа №2 – 12,24%, $p<0,05$). Из диспепсических явлений достоверно чаще у подростков выявлялась отрыжка пищей (группа №1 – 9%, группа №2 – 25%, $p<0,05$). Астеноневротические жалобы и симптомы, характерные для синдрома мальабсорбции одинаково часто встречались в обеих группах. Также одинаковы были результаты объективного обследования. При ФГДС у подростков чаще диагностировался поверхностный эзофагит (0% и 12,24%, $p<0,05$) и постбульбарный дуоденит 0% и 36,73%, $p<0,001$). Морфологические и морфометрические показатели слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов обеих групп не имели достоверных различий.

Выводы: выявленные клинические отличия в симптоматике хронического дуоденита у детей и подростков, обусловлены появлением эзофагита и дистального дуоденита у подростков, что не характерно для детей до 12 лет.

БЕЗНАДЗОРНЫЕ И БЕСПРИЗОРНЫЕ ДЕТИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Е.М. Черкасова

Государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург

Быстрый рост числа уличных детей стал сегодня одной из серьезных социальных проблем Санкт-Петербурга. В рамках проекта помощи детям улицы, осуществляемого ассоциацией «Врачи мира» (Франция), в Петроградском районе был организован центр медико-социальной и психологи-

ческой помощи. За 6 лет работы в пункте наблюдалось более 3000 детей.

По нашим данным, 87% уличных детей имеют дефицит веса и роста. Важным фактором риска является несоблюдение детьми личной гигиены; так, в результате осмотра педиатра обнаружилось, что каждый третий обратившийся за медицинской помощью страдает педикулезом, у каждого десятого выявлена чесотка.

По данным анализа обращаемости, чаще всего отмечается острая и хроническая патология органов дыхания: острый назофарингит – 36,1%, острый бронхит – 8,5%, пневмония – 2,0%, грипп – 26,0%, хронический тонзиллит – 27,0%, хронический бронхит – 9,0%; кроме того, хронический пиелонефрит – 15,0%; хроническая гастродуоденальная патология – 32,0%; заболевания кожи и подкожной клетчатки: абсцессы, фурункулы – 8,0%, пиодермии – 6,5%, аллергический дерматит – 4,0%, микоз стоп – 2,0%; цистит – 22,0%; беременность диагностирована у 4,0% обратившихся. Зимой резко возрастает количество детей с ожогами и отморожениями.

Увеличивается количество детей с полинаркоманией, периодически употребляющих героин и летучие растворители, нередко в сочетании с алкоголем. Отмечается увеличение количества детей-токсикоманов. 10,8% обратившихся детей и подростков ВИЧ-инфицированы, из них 76,0% мальчики. 100% ВИЧ-инфицированных хронически употребляют инъекционные наркотики.

Неблагоприятными особенностями отличается сексуальное и репродуктивное поведение «уличных» подростков: ранние половые связи (начало половой жизни в среднем в 13,1 года); низкий уровень сексуальной грамотности (по нашим данным, 44,4% уличных подростков при половых контактах не используют презервативы, а 3,0% вообще не знают, что это такое); приемлемость для значительной части подростков беспорядочных сексуальных связей (25,3% подростков имеют более 3 половых партнеров одновременно); увеличение количества детей и подростков, вовлеченных в секс-бизнес.

Таким образом, «уличные» дети и подростки нуждаются, в первую очередь, в социальной, психологической, наркологической помощи. Медицинская помощь им, учитывая их образ жизни, в настоящее время носит эпизодический, экстренный характер и оставляет минимум возможностей для проведения плановой терапии, реабилитационных и профилактических мероприятий.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК ИЗ ГРУППЫ РИСКА

Е.М. Черкасова

Государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург

На базе медицинского центра «Врачи Мира - Франция» было проведено анкетирование и разностороннее обследование девочек, вовлеченных в секс-бизнес. Обследовано 82 девочки в возрасте от 14 до 18 лет.

Выявлено значительное число медико-социальных факторов риска. Так, 72,1% девочек – из неполных семей, 17,0% не имеют родителей,

46,9% живут на чердаках и в подвалах, у друзей и т.д. На низкий материальный доход семьи указали 59,2% пациенток. Неблагоприятный психологический климат в семье отмечен у 67,0%, злоупотребление родителями алкоголем – у 40,4%, плохие отношения с матерью – у 63,8%, с отцом – у 73,1% девочек.

Большую часть свободного времени 55,0% наших пациенток проводят с друзьями, и лишь 5,1% – дома с родителями (остальные не могут похвастаться избытком родительской любви и внимания). Почти все обследованные (97,2%) курят, 43,0% регулярно употребляют наркотики, 92,7% – алкоголь. 43,8% пациенток перенесли в жизни значимые психоэмоциональные перегрузки, среди которых ведущее место принадлежит переживаниям, связанным со своим здоровьем (например, заболевание гепатитом С), любовным переживаниям или смерти родителей.

47,0% девочек стали жертвами сексуального насилия. 21,0% обследованных, по их мнению, вступили в половую жизнь по физическому и психическому принуждению. Лишь 34,1% девочек испытывали любовь к первому половому партнеру; 70,8% девочек начали половую жизнь до 14 лет. В том числе начали половую жизнь в возрасте 11 лет – 6,8% пациенток, в 12 лет – 10,1%, в 13 лет – 24,3%, в 14 лет – 29,6%.

Почти половина (48,0%) обследованных страдает гинекологической патологией. Среди гинекологических заболеваний наиболее часто (у 76,4% девочек) встречаются заболевания, передающиеся половым путем (причем у 12,0% – сифилис), хронический сальпингоофорит (у 46,1%), нарушения менструальной функции (у 40,2%). Среди нарушений менструальной функции преобладает гипоменструальный синдром и его отдельные проявления (олигоопсоменорея, опсоменорея) (диагностирован у 26,8% пациенток), реже (в 12,0% наблюдений) отмечены проявления гиперменструального синдрома (пройоменорея) и у 2,3% пациенток – альгоменорея.

В обследованной группе пациенток гепатит В выявлен у 28,1%, гепатит С – у 24,0%, что связано с большой частотой применения инъекционных наркотиков. Несмотря на выявленные отклонения психо-социального статуса, частую гинекологическую патологию и венерические заболевания, 72,4% пациенток хотят в будущем создать полноценную семью.

ПУТЬ К ЗДОРОВЬЮ УЧАЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ – СОЦИОКУЛЬТУРНОГО ЦЕНТРА

С.А. Черных

ГОУ №391, Санкт-Петербург

Школьное образование сегодня представляет собой самый длительный этап формального обучения каждого человека и является одним из решающих факторов как индивидуального успеха, так и долгосрочного развития всей страны. Однако состояние здоровья наших детей вы-

зывает опасения и у медиков, и у специалистов, работающих в детских учреждениях.

Современная образовательная среда учреждения образования представляет собой один из компонентов социокультурной среды. Ее инновационные, эволюционные изменения связаны с развитием новых информационных и коммуникационных технологий. Совершенствование образовательной среды позволяет стимулировать развитие личности.

Социокультурная среда – это динамичное образование, меняющееся в зависимости от запросов общества; это подлинно гуманитарный феномен, связанный с возможностью человека раскрыться во всей целостности. Оно по своей природе интегративно и стремится к объединению в единое целое объектов культуры и объектов образования.

Создание Школы здоровья – социокультурного центра, обусловлено задачей формирования здоровой личности, ориентированной на традиционную систему ценностей и потребностей современной жизни, способной к активной социальной позиции в обществе и самостоятельному жизненному выбору, к началу трудовой деятельности и продолжению профессионального образования, к самообразованию и самосовершенствованию.

Ведущий педагогический замысел моделирования и построения новой образовательной системы был связан с желанием педагогов и родителей создать условия для полного раскрытия возможностей и способностей каждого ученика; оздоровить социально-психологический климат; вовлечь жителей микрорайона и социальных партнеров в решение проблем школы; пропагандировать здоровый образ жизни; проводить мероприятия для организации отдыха и досуга учащихся и населения поселка; организация акций по благоустройству и поддержанию порядка на территории поселка. Модель «Школа Здоровья – социокультурный центр» имеет функциональный характер, описывает последовательность и направления деятельности педагогического коллектива школы по решению выявленных проблем.

Для реализации поставленных целей решались следующие задачи:

1. Аналитические. Были изучены условия социально-педагогической ситуации в микрорайоне, выявлены существующие основные проблемы и пути построения системы приоритетов для их решения. Изучалось мнение всех субъектов образовательного процесса о различных проблемах школьной жизнедеятельности.

2. Проектировочные. Далее последовала разработка новой Программы развития школы, расширение индивидуальных образовательных маршрутов обучающихся, формирование нового статуса ОУ; информатизация ОУ. Школа перешла к реализации нового проекта «Построение здоровьесозидающей образовательной среды в условиях школы - социокультурного центра микрорайона» (научный руководитель – к.п.н., доцент СПбАПО М.Г.Колесникова).

3. Управленческие. Создание условий для достижения педагогических и социальных результатов; повышение квалификации педагогов; обеспечение общественной поддержки и совместной деятельности ОУ с другими организациями и учреждениями.

4. Структурные. Реорганизация деятельности школы в качестве социокультурного центра микрорайона; совершенствование ресурсного и материально-технического обеспечения, создание условий для организованных форм досуга. Новая организация инфраструктуры школы позволяет интегрировать учебный и воспитательный процесс по наиболее значимым направлениям: лечебно-профилактическому, медико-гигиеническому, физкультурно-оздоровительному, эколого-сохраняющему, этико-правовому, учебно-воспитательному, социально-исследовательскому, культурно-просветительскому.

Совет школы – социокультурного центра центра составляют руководители каждого из восьми направлений. Совет непосредственно взаимодействует с Попечительским советом школы, включающим в свой состав представителей родительской общественности, муниципального образования, заинтересованных лиц из социальных партнеров. В настоящее время завершается юридическое оформление отношений школы здоровья с Благотворительным фондом – Фондом развития школы.

Школа Здоровья – социокультурный центр в полной мере предоставляет детям социальную защиту и психологическую помощь. В кабинетах психолога, социального педагога проводятся индивидуальные и групповые занятия, консультации для родителей, детей и педагогов. В школе работает инспектор УВД по делам несовершеннолетних. Ежегодно проводится мониторинг удовлетворенности учащихся школьной жизнью.

Особенностью системы воспитания образовательного социокультурного центра является опора на идею сотрудничества взрослых и детей с целью создания оптимальных условий для развития социально активной личности, для формирования социального здоровья школьников.

СОСТОЯНИЕ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ

А.М. Шабалов, В.П. Новикова, С.В. Исаченко, И.А. Уразгалиева,

Т.И. Бурцева

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Цель: изучить характер и структуру патологии ЛОР-органов у детей с рефлюкс-эзофагитом (РЭ).

Материалы и методы: Обследовано 159 пациентов от 6 до 17 лет на базе КДЦ № 2 для детей г. Санкт-Петербурга (104 пациента с РЭ I-II степени на фоне хронического гастродуоденита и 55 пациентов только с хроническим гастродуоденитом (ХГД). Всем детям проведено анкетирование, стандартное гастроэнтерологическое обследование (ФЭГДС, реогастрография, рН-мониторинг, УЗИ, «Хелпил-тест»), а также осмотр ЛОР-врачом.

Результаты: Патология со стороны ЛОР-органов достоверно чаще диагностировалась у детей с РЭ, чем у детей с ХГД (90,9% и 55,9%, $p < 0,01$). У детей с РЭ, в отличие от детей с ХГД, достоверно чаще отмечались жалобы на ком в горле (40,8% и 22,2%, $p < 0,05$) и охриплость голоса (52,7% и 30,5%, $p < 0,05$).

Фарингоскопическое исследование у детей с РЭ показало достоверно более высокую частоту гиперемии (46,8% и 7,2%, $p < 0,01$) и гипертрофии небных миндалин I-II степени (40,5% и 16,7%, $p < 0,05$), гиперемии задней стенки глотки (20,3% и 5,6%, $p < 0,05$), чем у детей с ХГД.

Хронический фарингит (45,6% и 19%, $p < 0,05$) и хронический тонзиллит (73,4% и 50%, $p < 0,05$) также диагностировались достоверно чаще у детей с РЭ, чем у детей с ХГД.

Выявлена прямая корреляционная связь между тяжестью РЭ и частотой таких поражений ЛОР-органов, как охриплость голоса ($r = 0,23$, $p < 0,23$), боль в горле ($r = 0,34$, $p < 0,01$), ком в горле ($r = 0,42$, $p < 0,001$), гиперемия задней стенки глотки ($r = 0,46$, $p < 0,001$), гиперплазия фолликулов глотки ($r = 0,28$, $p < 0,01$), хронический тонзиллит ($r = 0,38$, $p < 0,001$), хронический фарингит ($r = 0,29$, $p < 0,01$), аденоиды I-III степени ($r = 0,51$, $p < 0,01$).

Заключение. Пациенты с РЭ наряду с обследованием и лечением у гастроэнтеролога должны находиться на диспансерном учете у ЛОР-врача. При рецидивирующей оториноларингологической патологии неясного генеза необходима консультация гастроэнтеролога с проведением ФЭГДС и суточного рН-мониторинга для исключения контактного действия патологического рефлюкса на ЛОР-органы.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РАМКАХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

С.В. Щеголева

ГОУ № 663, Санкт-Петербург

Работа психолога в специальной школе тесно взаимосвязана с деятельностью других специалистов, поскольку дети с ограниченными возможностями здоровья нуждаются в комплексном медико-психолого-педагогическом сопровождении.

В школе № 663 обучаются дети с задержкой психического развития, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития наблюдаются слабость памяти, внимания, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость. Задача школы - обеспечить коррекцию их психического развития и эмоционально-волевой сферы, активизацию познавательной деятельности, сформировать навыки и умения учебной деятельности.

Прием детей в школу осуществляется на основании заключения городской или районной психолого-медико-педагогической комиссии.

Весь процесс обучения в школе носит коррекционную направленность. В целях коррекции отклонений в развитии воспитанников, ликвидации пробелов в знаниях кроме уроков проводятся индивидуальные и групповые коррекционные занятия.

В школе работает служба индивидуального сопровождения, куда входят психолог, логопеды, социальный педагог. Совершенно на ином качественном уровне осуществлялась работа службы сопровождения, когда в нее входил врач-психиатр. Работа врача-психиатра в школе позволяет осуществлять динамическое наблюдение за состоянием детей, уточнить прогноз развития, при необходимости своевременно подобрать медикаментозную терапию, на фоне которой более результативна психологическая и педагогическая коррекция. Эффективная работа коррекционной школы невозможна без тесного взаимодействия с медиками.

К сожалению, в своей работе мы не всегда можем опираться на поддержку семей учащихся (алкоголизация родителей, психические расстройства, сниженный интеллектуальный и культурный уровень, низкий воспитательный потенциал). Тем не менее, важно найти подход и к таким родителям, превратить их в единомышленников, поэтому мы приглашаем их на консультации, на коррекционно-развивающие занятия.

В школе работает творческий коллектив, использующий самые разнообразные методы и приемы, как традиционные, так и инновационные.

Работа психолога ведется по следующим направлениям: диагностика, консультирование, профилактика, коррекция. В ходе диагностики, проводящейся индивидуально, выявляются особенности развития памяти, внимания, мышления детей, их эмоциональной и мотивационной сферы, характера, внутрисемейных отношений, профессиональных предпочтений. Повторная диагностика через определенный период времени позволяет оценивать динамику в развитии. Для диагностики используются специальные психологические методики, а также метод наблюдения. Результаты обсуждаются с другими специалистами, в упрощенной форме сообщаются родителям.

Особое внимание уделяется первоклассникам, которым оказывается помощь в адаптации к школе. Процесс адаптации детей с задержкой психического развития затрудняет несформированность учебной мотивации, преобладание игровых интересов, низкая саморегуляция. У детей могут отсутствовать учебные принадлежности, дома часто не соблюдается режим дня. Мы проводим беседы с родителями. С детьми используем программу «Здравствуй, школа!». Программа в игровой форме помогает детям понять смысл школьных требований, способствует сплочению класса. Программа была разработана для массовых школ, но опыт показал возможность ее использования с некоторыми ограничениями и в коррекционной школе.

В начальных классах проводятся комплексные занятия, направленные на коррекцию познавательной и эмоциональной сферы.

В средних классах продолжают занятия, направленные на развитие познавательной сферы, но больший акцент делается на особенности взаимоотношений.

Эффективным приемом в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья является использование песочной терапии. Песочная терапия может применяться и в качестве диагностики, и с целью коррекции. Для песочной терапии необходим ящик с песком и набор фигурок. Детям предлагают построить на песке страну и заселить ее жителями. Метод позволяет практически без слов понять, что происходит с ребенком, а также улучшить эмоциональное состояние. В песочной стране как в зеркале отражается внутренний мир ребенка, все, что его тревожит, волнует, его мысли и чувства. Рассматривая свою страну и отвечая на вопросы психолога, ребенок как бы погружается в свой внутренний мир. При желании он может что-либо изменить в композиции, что стимулирует изменения в поведении.

Педагоги и специалисты, работающие с детьми с ограниченными возможностями здоровья, испытывают существенные нагрузки. Порой их может охватывать разочарование, так как результат их работы оказывается непропорциональным затраченным усилиям. Сотрудники коррекционной школы нуждаются в психологической поддержке. Кроме психологических консультаций для снятия напряжения и улучшения самочувствия используются техники релаксации и визуализации, предполагается обучение педагогов психотехническим приемам, позволяющим управлять своим состоянием.

В заключение хочется еще раз отметить большую потребность специальных школ в тесном сотрудничестве с медицинскими учреждениями. Такое сотрудничество особенно необходимо в условиях экспериментальной деятельности школ, связанной с внедрением компьютерных технологий.

К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.С. Юрчук

*Муниципальное учреждение здравоохранения Центральная городская больница,
Азов*

В 2009 г. в Ростовской области отмечен рост первичной заболеваемости подростков после трехлетнего снижения показателя. Сегодня Ростовская область находится в неблагоприятной демографической ситуации, которая характеризуется высокой смертностью, прогрессирующим ухудшением состояния здоровья населения, в том числе подростков.

Подростки — особый контингент в составе населения, состояние здоровья которого является «барометром» социального благополучия и уровня медицинского обеспечения предшествующего периода детства, а также предвестником изменений в здоровье населения в последующие годы.

По данным Министерства здравоохранения Ростовской области в 2009 г. общая заболеваемость подростков 15-17 лет по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения в сравнении с 2008 г. выросла на 4,8% - с 1980,6 до 2075,7 на 1000 населения. Всего в 2009 г. зарегистрировано у детей 15-17 лет 327 679 заболеваний.

В 2009 г. у подростков значительно увеличилось количество врожденных аномалий развития – на 15,8%. В 2009 г. у подростков впервые в жизни выявлено 213 833 случая заболеваний. Уровень первичной заболеваемости составил 1354,5 против 1253,2 на 1000 детей в возрасте 15-17 лет в 2008 г.

В 2009 г. на 57,2% выросло количество впервые зарегистрированных у подростков врожденных аномалий.

Режим образовательного процесса является одним из факторов внутришкольной среды, влияющий на здоровье детского населения, который определяет 12,5% заболеваемости в начальных классах, а к окончанию школы - 20,7%, т.е. его значение возрастает почти в 2 раза.

Ситуация усугубляется ростом среди молодежи «саморазрушающего поведения», мягко называемого «вредными привычками»: курение табака, потребление алкоголя и наркотиков.

Поэтому особенно острым становится вопрос сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения. Медицине, как никогда, необходима помощь педагогики, так как все основные «факторы риска» имеют поведенческую основу. Поведение же всегда связано с мотивацией, которая вырабатывается именно воспитанием человека. Однако, в целом, проблема мотивации и сохранения здоровья, формирования ценностного отношения к здоровью остается недостаточно изученной. Особенно это касается подростков, как наиболее уязвимой группы населения. В настоящее время нет единого подхода в решении проблемы формирования здорового образа жизни у подростков, а есть единичные исследования, в разных областях науки педагогики, валеологии, медицины.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Г.Г. Юрчук, Е.С. Юрчук

*Муниципальное учреждение здравоохранения Центральная городская больница,
Азов*

Для всех специалистов очевиден тот факт, что многие заболевания, с которыми человек проходит через всю свою жизнь, закладываются еще в раннем детстве. Очень часто оставляемые без должного внимания жалобы ребенка на головные боли (особенно в сочетании с повышенной утомляемостью, расстройствами сна, головокружениями, гипергидрозом — повышенной потливостью) могут в дальнейшем иметь серьезные последствия вплоть до наступления ранней инвалидизации. Поэтому подобные случаи требуют тщательного обследования ребенка с участием окулиста, невропатолога, психиатра и медицинского психолога. Если такой

ребенок к тому же имеет дополнительные нагрузки (изучение языков, занятия музыкой, рисование), не вызывающие у него положительных эмоций, необходимо их ограничить.

Психосоматические расстройства (ПСР) — нарушения функций органов и систем, обусловленные психогенными нарушениями, занимают все большее место в заболеваемости детско-подросткового населения, составляя, по данным некоторых исследователей, от 10 до 40% из числа обращающихся за медицинской помощью детей и подростков (Исаев Д.Н., 1987 и др.). При этом часто отмечается недостаточная эффективность обычно применяемого симптоматического лечения, что приводит к усложнению и хронизации ПСР.

Большое значение, наряду с медицинским, имеет также социальный аспект проблемы — выраженное дезадаптирующее влияние ПСР с частыми обострениями и госпитализациями, а иногда и ранней инвалидизацией.

К настоящему времени этой проблеме посвящено большое количество работ, в основном, зарубежных исследователей, последователей З.Фрейда (Adier A., 1928; Freud A., 1936; Ribble M., 1955; Spiz R., 1957; Оудсхоорн Д.П., 1993; и др.), изучавших психогенные соматические расстройства у детей, исходя из основных положений психоанализа, и в качестве лечения рекомендовавших только психотерапевтическое воздействие.

В отечественной практике это направление, в основном, развивалось из идей нервизма с определенными достижениями в разработке проблемы ПСР. В числе психогенно обусловленных рассматривались расстройства пищеварения, сердечно-сосудистого аппарата, дыхательного, двигательной сферы, нарушения кожных покровов (Майзель И.Е., Симсон Т.П., 1928), а также отдельные функциональные нарушения — системные невроты (Симеон Т.П., 1958; Сухарева Г.Е., 1959; Ковалев В.В., 1979; Буянов М.И., 1995 и др.). Последние десятилетия в плане психосоматических взаимоотношений рассматривался другой аспект проблемы — скрытые, маскированные депрессии, соматические проявления которых могут охватывать практически все органы и системы (Иовчук Н.М., 1985, 1992; Мамцева В.П., 1988; Северный А.А., 1987 и др.).

В результате проведенных специалистами различного профиля исследований установлено, что в основе соматических (вегетовисцеральных) нарушений лежат эмоциональные расстройства — тревога и депрессия (Вальдман А.В., 1972; Губачев Ю.М., Стабровский Е.М., 1981 и др.).

Вместе с тем до сих пор не уточнены отдельные характеристики депрессии: причины, степень клинической выраженности и особенности, определяющие возникновение соматических нарушений у детей и подростков.

Также остаются неразрешенными вопросы, касающиеся роли возраста в возникновении, клиническом оформлении и динамике ПСР, отдельных генетических (психопатологическая и психосоматическая наследственность, личностные особенности детей и родителей), церебрально-органи-

ческих (патология беременности и родов, тяжелые заболевания, травмы) и психосоциальных (патология воспитания, психотравмирующие воздействия) факторов.

Отсутствуют определенные данные о характере и особенностях аффективных расстройств, лежащих в основе ПСР, классификации депрессий, необходимые для патогенетически обоснованного лечения.

В связи с актуальностью как медицинского, так и социального аспектов проблемы ПСР необходимо подчеркнуть значимость их разработки не только в практическом направлении — клиника, динамика и терапия, но и теоретическом — уточнение особенностей патогенеза с обоснованием терапевтических и реабилитационных подходов.

Профилактика ПСР у детей и подростков должна проводиться с учетом всех основных факторов патогенеза. Наиболее значимым фактором являются аффективные-депрессивные нарушения, тогда как биологические (генетические и церебрально-органические) и психосоциальные выступают как факторы риска, условия, способствующие как возникновению аффективных расстройств, так и их соматизации за счет нарушения функций органов и систем.

Депрессия как основной фактор патогенеза должна предотвращаться и/или корректироваться уже на первых этапах развития ребенка. Выравнивание настроения, создание комфортного состояния у ребенка достигается при достаточном общении с матерью и, в частности, кормлении грудью. Важным моментом профилактики является психическое состояние матери; тревожность, пониженное настроение «заразны» и ведут в силу повышенной внушаемости ребенка к возникновению у него явлений невропатии, как правило, в соматическом оформлении (снижение аппетита, рвота, повышенное газообразование и т.п.). В дальнейшем эмоциональный статус может поддерживаться адекватным воспитанием с умеренной дисциплиной, достаточным эмоциональным контактом между ребенком и родителями, особенно матерью, и обязательным контактом со сверстниками.

К числу факторов риска возникновения ПСР относится биологически обусловленный дизонтогенез. Большое значение имеют патология беременности и родов, инфекции, интоксикации и травмы натального и раннего постнатального периодов, следствием которых является минимальная мозговая дисфункция. С церебрально-органической недостаточностью может быть связана патология отделов мозга, осуществляющих эмоциональное обеспечение жизнедеятельности и соответственно вегетативную регуляцию. Кроме того, органический дизонтогенез может быть причиной нарушения функционирования отдельных органов и систем, создания слабого звена в организме, которые при возникновении депрессий различного генеза могут усилиться и маскировать аффективные нарушения, создавая трудности диагностики и терапии. Профилактика органически обусловленного дизонтогенеза должна осуществляться

с раннего детства в плане устранения или смягчения явлений резидуально-органической недостаточности ЦНС.

Предотвращение психосоматических расстройств в большинстве случаев должно включать коррекцию социально обусловленного дизонтогенеза, в виде усиления акцентуаций черт характера — истерических, эмоционально лабильных, лабильно-истерических и др., сопровождающегося формированием стойких эмоциональных изменений, вегетативных дисфункций, которая может осуществляться с помощью психотерапевтического воздействия, включающего на ранних этапах семейную и игровую, а начиная с 10 лет — и рациональную психотерапию. При выраженных патологических личностных проявлениях характера необходима медикаментозная коррекция.

Необходимо среди всех детских врачей и среднего медперсонала, а также педагогов и психологов распространять необходимые знания и умения, относящиеся к психосоматическим расстройствам, психосоматическим ситуациям у детей с хроническими, в том числе, и с инкурабельными заболеваниями; создавать тесный контакт между педиатрами, психологами, психоневрологами, психотерапевтами, психиатрами.

Низкие показатели здоровья у детей, особенно оканчивающих средние образовательные учреждения, требуют продолжения исследований распространенности известных форм психосоматических расстройств у различных контингентов детей (в неблагополучных семьях, интернатах), в определенных регионах (сельских, промышленных), в зависимости от экологических и других условий жизни. Полученные материалы станут дополнительными аргументами в пользу серьезной психопрофилактической работы в детских дошкольных и средних образовательных учреждениях и помогут предупредить возникновение как нервно-психических, так и соматических заболеваний.

