

Лазуренко С.Б.

**ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ
С НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ
В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ**

УДК 376.1.015.3-053.2

ББК 74.50+88.41

Л17

Л17 **Лазуренко С.Б.** Психическое развитие детей с нарушениями здоровья в раннем возрасте. Монография. – М.: ЛОГОМАГ, 2015. – 256 с. + Приложение 28 с.

ISBN 978-5-905025-33-4

Рецензенты:

О.С. Никольская – доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией содержания и методов обучения детей с эмоциональными нарушениями ФГНУ «ИКП» РАО

О.П. Ковтун – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, проректор по научной работе ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист-педиатр Уральского федерального округа

Печатается по решению ученого совета Федерального государственного научного учреждения «Институт коррекционной педагогики» Российской академии образования – протокол №2 от 24 февраля 2014 года.

Монография создана по материалам исследования, организованного двумя ведущими научными учреждениями страны: Федеральным государственным бюджетным научным учреждением «Научный центр здоровья детей» и Федеральным государственным научным учреждением «Институт коррекционной педагогики» Российской академии образования. Это обобщение результатов многолетней научной деятельности автора, которую он осуществлял в рамках научной тематики «Коррекция выраженных нарушений развития в раннем и дошкольном возрасте».

© ООО «ЛОГОМАГ», 2015.
ISBN 978-5-905025-33-4

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
Введение	7
ГЛАВА I. Психическое развитие детей раннего возраста как междисциплинарная область научного знания.	12
1.1. Современное состояние здоровья детей раннего возраста в Российской Федерации.	12
1.2. Социальные последствия перинатальной патологии у детей и меры профилактики	15
1.3. История становления комплексного подхода к сохранению здоровья детей в отечественной педиатрии	24
ГЛАВА II. Теоретические основы формирования психики у детей раннего возраста	40
2.1. Концепции психического развития детей раннего возраста.	40
2.2. Закономерности психического развития детей младенческого и раннего возраста	49
2.3. Особенности становления психики у детей с нарушениями развития ..	56
ГЛАВА III. Изучение психического развития детей раннего возраста.	65
3.1. Теоретические основы и методики изучения психического развития детей первых трех лет жизни	65
3.2. Изучение психического развития детей раннего возраста с болезнями различной этиологии на основе возрастного и деятельностного подходов. .	73
3.3. Организация процедуры обследования психического развития детей в период раннего детства и методы обработки полученных результатов	80
ГЛАВА IV. Динамика психического развития детей с нарушениями здоровья в раннем возрасте	84
4.1. Формирование детской психики в темпе, близком к онтогенетическому нормативу.	85
4.2. Формирование детской психики в задержанном темпе по сравнению с онтогенетическим нормативом.	102
4.3. Формирование детской психики в медленном темпе по сравнению с онтогенетическим нормативом.	122
4.4. Формирование детской психики в крайне медленном темпе по сравнению с онтогенетическим нормативом	147

ГЛАВА V. Последовательность оказания психолого-педагогической помощи семье ребенка с нарушениями здоровья в период раннего детства 171

5.1. Научное обоснование необходимости оптимизации психолого-педагогической помощи современной семье ребенка с нарушениями здоровья в педиатрической практике	171
5.2. Организация психолого-педагогического консультирования семьи ребенка с нарушениями здоровья в период раннего детства	175
5.2.1. Роль социальных институтов в сохранении здоровья ребенка раннего возраста	175
5.2.2. Цели и принципы психолого-педагогической поддержки семьи ребенка раннего возраста	178
5.2.3. Психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка в возрасте от 0 до 1 года.	181
5.2.4. Психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка в возрасте от 1 года до 3 лет	185
5.3. Оценка эффективности психолого-педагогической абилитации детей с нарушениями здоровья и психического развития в раннем возрасте	188

Заключение. 192

Список литературы 195

Приложения

Приложение 1. Структура методики психолого-педагогической диагностики психологического возраста у детей первых трех лет жизни	221
Приложение 2. Карта раннего психического развития ребенка	244
Приложение 3. Характеристика психологического взаимодействия ребенка с внешним миром (близкими и средой в целом)	247
Приложение 4. Порядок оказания психолого-педагогической помощи детям с риском нарушения психического развития в раннем возрасте.	248
Приложение 5. Список сокращений	248

ГЛАВА I

Психическое развитие детей раннего возраста как междисциплинарная область научного знания

1.1. Современное состояние здоровья детей раннего возраста в Российской Федерации

В новое тысячелетие Россия вступила с большим количеством нерешенных социальных проблем. К числу наиболее значимых можно отнести демографический кризис, который проявляется в уменьшении численности населения страны, в том числе детской его части¹.

Снижение рождаемости в последние 15 лет привело к изменению структуры детской популяции, увеличению числа детей старших возрастов, а также уменьшению доли детского населения². Суммарная доля детского населения (от 0 до 17 лет включительно) в структуре всего населения России сократилась на 7% (с 25% в 1999 г. до 18,0% в 2010 г.). Число детей в возрасте от рождения до 17 лет включительно за последнее десятилетие уменьшилось с 34,9 млн чел. (1999 г.) до 25,7 млн чел. (2011 г.). Снижение численности произошло преимущественно за счет уменьшения на 8,5 млн чел. числа детей подросткового возраста от 10 до 17 лет включительно (с 19,2 млн чел. в 1999 г. до 10,7 млн чел. в 2011 г., или на 44,3%). Численность детского населения в возрасте 0–4 года увеличилась на 1,5 млн чел. (+22,7%), что объясняется ростом рождаемости, а также снижением младенческой смертности. Постоянно проводимые мероприятия, направленные на охрану здоровья матери и ребенка (реализация многих программ по улучшению материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения, повышение качества подготовки медицинских кадров, расширение стандартов медицинской помощи, внедрение современных высокотехнологичных методов, развитие реанимационной помощи детям и хирургии новорожденных), дали свои положительные результаты.

По данным некоторых исследователей³, при снижении летальности новорожденных с массой 1500 г и менее до 49–57% число выживших детей соответствует 43–51%. Однако из 100% выживших детей здоровыми оказываются не более 10–25%. Причем количество детей с тяжелыми психоневрологическими расстройствами может составлять 12–19%. Для новорожденных с массой тела 1000 г и менее перинатальная смертность может достигать 64–85%, а число выживших детей не более 15–36%. Среди выживших детей тяжелые инвалидизирующие расстройства могут превышать 28%, а менее грубые психоневрологические нарушения – 44%.

¹ Баранов А. А. Профилактическая педиатрия: руководство для врачей / – М.: Союз педиатров России, 2012. – 692 с.

² Альбицкий В., Баранов А. Смертность детского населения России. – М.: Литература, 2007. – 328 с.

³ Волюнец Г. В. Детская заболеваемость в Российской Федерации / Г. В. Волюнец // Материалы II съезда Всерос. о-ва специалистов по медико-соц. экспертизе, медико-соц. реабилитации и реабилитационной индустрии «Актуал. пробл. медико-соц. экспертизы, реабилитации и реабилитационной индустрии», М., 26–27 октября 2006 г. – С. 128–135.

² Современное состояние здоровья детей РФ. Сведения получены путем анализа данных Росстата за период с 1999 по 2010 год (формы 12, 14, 19, 30, 31, 32).

³ Руководство по неонатологии / под ред. Г. В. Яцк. – М.: Мед. информ. агентство, 1998. – 400 с.

Таким образом, можно констатировать положительные результаты современной социальной политики государства, благодаря которой за последние пять лет удалось добиться самых высоких темпов снижения младенческой смертности на 6% ежегодно в среднем по стране.

Установлено, что при продолжающемся снижении показателей смертности детей в возрасте до 5 лет в целом по Российской Федерации высокая смертность детей (показатель выше европейского в 1,5–2 раза) в определенной степени обусловлена недостатками организации медицинской помощи в учреждениях системы здравоохранения.

В этой ситуации и при существующих тенденциях динамики демографических показателей сохранение и укрепление здоровья детей всех возрастов считается приоритетной государственной задачей.

На протяжении последних 5–6 лет в России 35–36% детей рождаются больными или заболевают в период новорожденности, не менее 10–11% детей появляются на свет недоношенными и с низкой массой тела. Доля маловесных в популяции новорожденных в 2009 г. составила 5,75%, а к концу 2010 г. этот показатель снизился до 5,3%. Одновременно с этим наметились тенденции снижения показателя общей заболеваемости новорожденных: за 10 лет он уменьшился на 5,3%, составив в 2011 г. 5209,9 на 10 тыс. детей, родившихся живыми. При этом наиболее заметно сократилась частота внутричерепных родовых травм (на 23,7%). Наблюдается достоверное понижение уровня заболеваемости новорожденных инфекционной патологией, и в первую очередь сепсисом.

Констатируется спад заболеваемости сепсисом в 2011 г. в 2,5 раза – с 5,0 на 10 тыс. родившихся живыми в 2000 г. до 2,5 на 10 тыс. родившихся живыми. Заболеваемость по классу «гемолитическая болезнь» составила 86,3% на 10 тыс. родившихся живыми в 2011 г., т. е. стала меньше за указанный период на 3% (2000 г. – 88,9%). Отмечается значительное снижение заболеваемости внутричерепной родовой травмой с 21,5% – в 2000 г. до 16,5% в 2011 г., т. е. в 1,3 раза.

Таким образом, статистические данные свидетельствуют об изменении за последнее десятилетие структуры заболеваемости новорожденных, что связано с активным оснащением современным медицинским оборудованием учреждений системы здравоохранения всех звеньев, внедрением ультразвуковых и других методов пренатальной и перинатальной диагностики, совершенствованием и развитием медико-генетического консультирования и др.

В 2011 г. ведущее место среди болезней новорожденных занимают заболевания органов дыхания, в частности синдром респираторных расстройств, затем врожденные аномалии (пороки) развития органов и систем детского организма, после чего следуют отдельные состояния или нарушения работы органов и систем, далее болезни нервной системы¹.

При анализе динамики заболеваемости детей первого года жизни отмечается стабилизация показателя общей заболеваемости за 10 лет на уровне 2 660 – 2 715 на

¹ Приложение 1, таблица 3.

1 тыс. детей, достигших в данном году возраста 1 года (2011 г. – 2666,5‰). Такая стабильность показателя обусловлена разнонаправленностью динамики частоты различных классов болезней. За последние годы снизилась или осталась на прежнем уровне распространенность болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушений обмена (-20,5%), инфекционных и паразитарных болезней (-18,3%), болезней уха и сосцевидного отростка (-10,8%), болезней органов дыхания.

При этом за указанный промежуток времени среди детей первого года жизни возросла частота отдельных классов и групп болезней. Среди детей первого года жизни наиболее значительно возросла распространенность болезней мочеполовой системы (в 4 раза), болезней нервной системы (43%), глаза и его придаточного аппарата (на 30%), врожденных аномалий (на 32%), травм и внешних воздействий (на 13%), болезней органов пищеварения (на 28%).

Детальный анализ динамики показывает, что распространенность по классам болезней, группам патологии и отдельным нозологическим формам за период с 2000 по 2011 год среди детей данных возрастных групп увеличивается по всем показателям. В то же время рост частоты отдельных классов патологии был различным¹.

За период с 2000 по 2011 год общая распространенность нарушений здоровья и развития среди детей в возрасте до 14 лет увеличилась на 6,0%. Среди детей в возрасте до 14 лет наиболее интенсивно возростала частота новообразований, врожденных аномалий, болезней кожи и подкожной клетчатки, нервной системы, болезней костно-мышечной и соединительной ткани, крови.

За указанный период самые высокие темпы роста показателей наблюдаются при болезнях нервной системы – 20%, врожденных аномалиях – 28%, при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани уровень заболеваемости вырос с 5 522,3 на 100 тыс. детей в 2000 г. до 6 709,3 – в 2011 г., т. е. на 18%, рост болезней крови и кроветворных органов составил 15,4%.

Особую тревогу вызывает рост заболеваемости детей в постнеонатальном периоде. Так, по данным статистики по г. Москве, в 2005 г. заболеваемость детей первого года жизни составила 263 тыс. заболевших на 100 тыс. детей этого возраста (в 2004 г. – 273 тыс. детей), т. е. по-прежнему на одного ребенка приходится около трех заболеваний. Причем 57,7% этих заболеваний составляют болезни органов дыхания, на 2-м месте – перинатальная патология нервной системы, на 3-м – болезни органов пищеварения. Таким образом, среди острых заболеваний детей первого года жизни наиболее часто регистрируются острые респираторные инфекции, причем их частота и тяжесть во многом зависят от особенностей течения перинатального периода. По данным статистики, частота перинатального поражения центральной нервной системы в структуре заболеваний новорожденных и детей первого года жизни составляет 60–80%. Перинатальные поражения ЦНС являются одной из основных причин отклонений в нервно-психическом развитии детей как на первом году, так и в последующие периоды детства.

¹ Приложение 1, таблица 2.

Негативные последствия перинатального поражения ЦНС могут проявляться в значительном разнообразии и иметь различную степень тяжести¹. Состояние здоровья детей, перенесших перинатальное поражение ЦНС, в первые годы жизни будет определяться компенсаторно-защитными возможностями организма, его генетически обусловленной способностью к адаптации и регенерации. Известно, что снижение адаптационных резервов приводит к нарушению функционирования различных органов и систем, длительному течению таких фоновых состояний и заболеваний, как анемия, рахит, аллергия, расстройства пищеварения, задержки физического и психического развития².

Таким образом, здоровье новорожденных (уровень их развития, заболеваемости и смертности) определяется благополучием перинатального развития плода и процесса его рождения. Оно, в свою очередь, отражает адаптивные возможности организма и характеризует социальные условия его существования³. Любые отклонения здоровья перинатального периода негативно влияют на процесс физического и психического развития ребенка в дальнейшем, обуславливают предрасположенность к болезни в последующие периоды его жизни. Нарушения здоровья, возникшие в перинатальном периоде, могут ограничивать функционирование ребенка и приводить к его социальной дезадаптации⁴.

1.2. Социальные последствия перинатальной патологии у детей и меры профилактики

Проблема психического развития и социальной адаптации детей в современных условиях приобретает крайне важное значение⁵. Неуклонный рост числа детей с нарушениями здоровья в общей популяции новорожденных вызван ухудшением репродуктивного здоровья женщин детородного возраста⁶.

В структуре болезней новорожденных первое место занимают перинатальные поражения и врожденные болезни нервной системы. За последние пять лет показатель общей заболеваемости новорожденных возрос на 26,2% во многом за счет перинатальной патологии.

Перинатальные поражения центральной нервной системы (ЦНС) объединяют

¹ Kretchmen, N. Prenatal ant Perinatal Biology and Medicine Disorders, Diagnosis and Therapy / N. Kretchmen, E. Quilligan. – Philadelphia, 1990. – 240 p.

² Баранов А. А. Здоровье детей России: состояние и проблемы / А. А. Баранов. – М., 1999. – 273 с.

Цыбульская И. С. Методологические подходы к принципам создания новой учетно-отчетной документации по родовспоможению и неонатологии. / Сб. научн. трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Рос-здрава «Новые технологии в современном здравоохранении». – М., ч. 2, 2007.

Анохин П. К. Системогенез как общая закономерность развития функций в эмбриогенезе // Очерки по физиологии плода и новорожденного (Под ред. проф. В. И. Бодяжиной). – М., 1966. – С. 9–31.

³ Профилактическая педиатрия: руководство для врачей. – М.: Союз педиатров России / А. А. Баранов. – 2012. – 692 с.

⁴ Lewis, V. Development and Disability / V. Lewis. – L. : Hardback; Paperback, – 2002. – 432 p.

⁵ Вельтищев Ю. Е. Факторы формирования хронической патологии у детей / Ю. Е. Вельтищев. – М., 1981. – 157 с.

Баранов А. А. Социальные и организационные проблемы педиатрии : избр. очерки / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий. – М.: Династия, 2003. – 512 с.

⁶ Полунина Н. В. Состояние здоровья и образ жизни семей, воспитывающих детей в возрасте от 0 до 7 лет (комплексное социально-гигиеническое исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Полунина. – СПб., 1996. – 22 с.

различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод различных вредоносных факторов в антенатальном периоде, во время родов и в первые дни после рождения¹. Как известно, внутриутробный и перинатальный периоды чрезвычайно насыщены нейроонтогенетическими событиями². В связи с чем время возникновения, длительность и выраженность патогенного воздействия влияют на морфологический субстрат, вызывают диффузные нарушения коры головного мозга, подкорковых структур, а иногда приводят к изменениям в стволовых структурах и периферических нервах³.

Основными механизмами возникновения перинатальных поражений головного мозга служат ишемия, гипоксия и геморрагии⁴. Российской ассоциацией специалистов перинатальной медицины (РАСПМ) под редакцией Н.Н. Володина и А.С. Петрухина создана классификация перинатальных поражений ЦНС у новорожденных (утверждена МЗ РФ в 2000 г.)⁵.

Согласно ведущим повреждающим факторам, нозологической форме и степени тяжести повреждения мозга новорожденного перинатальная патология ЦНС подразделяется на четыре основные группы:

- I – гипоксические,*
- II – травматические,*
- III – токсико-метаболические,*
- IV – инфекционные.*

Каждая из этих форм имеет свои специфические неврологические проявления и последствия в виде характерных симптомов, которые могут быть объединены в различные клинические синдромы.

Факторы, оказывающие вредное воздействие в ранний период развития организма, в зависимости от их интенсивности, специфичности и длительности ведут к различным морфологическим и биохимическим нарушениям на клеточном и субклеточном уровнях⁶.

¹ Pathophysiology of perinatal asphyxia / Williams C. E., Mallard E. C., Fan W. K. // Clin. Perinatol. – 1993. – 20. – P. 305–309. Early neurodegeneration after Hypoxia-ischemia in Neonatal Rat in Necrosis while delay neuronal death is apoptosis / E. Nortington, D. Ferriero, E. Graham et al. // Neurobiolog. Dis. – 2001. – 8 (2). – P. 19–207.

Пальчик А. Б. Проблемы инвалидности детей вследствие перинатальных повреждений нервной системы различного генеза / А. Б. Пальчик, А. А. Свинцов, С. В. Павлова // Материалы III межрегиональной науч.-практич. конф. «Медико-соц. экспертиза и реабилитация в педиатрии», СПб., 26–28 мая 2005 г. – С. 54–55.

² Вельтищев Ю. Е. Факторы формирования хронической патологии у детей / Ю. Е. Вельтищев. – М., 1981. – 157 с.

³ Веропотвелян Н. П. Анализ причин невынашивания беременности / Н. П. Веропотвелян // Акушерство и гинекология. – 1988. – № 10. – С. 48–50.

Evolving Brains Allman JM. New York, 1999.

Brain and visual perception: the story of a 25-year collaboration David H. Hubel, Torsten N. Wiesel, Oxford university press, 2005. 738 p.

⁴ Кулаков В. И. Перинатальная патология: истоки и пути снижения / В. И. Кулаков, Ю. И. Барашнев // Акушерство и гинекология. – 1994. – № 6. – С. 3–7.

⁵ Классификация перинатальных поражений нервной системы у новорожденных: метод. рекомендации № 99/34 / под ред. Н. Н. Володина, А. С. Петрухина. – М., 1999. – 34 с.

⁶ Бочков Н. П. Вклад генетических факторов в перинатальную патологию и детскую смертность / Н. П. Бочков, Г. И. Лазюк // Вестн. АМН СССР. – 1991. – № 5. – С. 11–13.

Их негативное влияние может искажать нормальный ход формирования центральной нервной системы, приводить к замедлению образования межнейрональных связей и нейрональной миграции, вследствие чего задерживается становление произвольных движений, перцепции, психических функций и социальной коммуникации. Таким образом, гипоксически-ишемические повреждения мозга являются одной из главных причин нарушений здоровья детей первого года жизни, искажения процесса формирования психики и как следствие затрудняют их социальную адаптацию¹.

Нарушение здоровья – это объективное проявление патологического состояния на уровне целостного организма ребенка, органа или системы, функциональная недостаточность или отсутствие которого либо морфогенетический дефект ограничивают жизнедеятельность ребенка². Тяжесть нарушения определяет степень функциональной недостаточности, ограничивающей возможности адаптации ребенка к окружающему его миру³.

Последствия перинатальных повреждений головного мозга по мере роста и развития ребенка в процессе созревания ЦНС довольно широко варьируют как по тяжести изменения морфологической картины, так и по клиническим проявлениям, часто определяя не только жизнеспособность ребенка, но и степень ограничений его жизнедеятельности, возможность, самостоятельность и объем необходимой медико-социальной помощи для полноценного социального функционирования и реализации в обществе (Доклад Комитета экспертов ВОЗ)⁴.

Наиболее частыми последствиями гипоксически-ишемических и геморрагических перинатальных поражений мозга являются расстройства церебральной ауторегуляции, приводящие к нарушению взаимоотношений между системным артериальным давлением и церебральным кровотоком, а также повышение внутричерепного давления, способствующее некрозу мозговой ткани⁵.

Возможные исходы заболеваний представляются в виде умеренной внутричерепной гипертензии, цебростенических и неврозоподобных состояний, а также тяжелых

¹ Пузин С. Н. К вопросу о развитии реабилитационных учреждений для детей-инвалидов / С. Н. Пузин, И. А. Иваньшина, Н. В. Сибирева // Материалы Рос. науч.-практич. конф. «Медико-соц. пробл. детей-инвалидов», М., 5–6 декабря 2002 г. – С. 74.

Gunn, A. Central nervous system response to injury / A. Gunn, A.D. Edwards // *Pediatrics and Perinatology. The scientific basis* Ed. By P.D. Gluckmann, M.A. Heymann. – Second Ed. – Arnold, 1996. – P. 443–447.

Neuroscience: exploring the brain / Mark F. Bear, Barry W. Connors, Michael A. Paradiso. – 3rd ed. Lippincott Williams and Wilkins 2007. – 854 p.

² Зелинская Д. И. Детская инвалидность / Д. И. Зелинская, Л. С. Балева. – М., 2001. – 136 с.

³ Блюмина М. Г. Распространенность, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов / М. Г. Блюмина // *Дефектология*. – 1989. – № 3. – С. 3–10.

⁴ Доклад Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации: серия техн. докл. – Женева : ВОЗ, 1983. – 668 с.

Developmental Neuropsychiatry: Volume II, James C. Harris, Oxford University Press, 1998. – 596 p.

Illingworth RS *The development of the infant and young child – normal and abnormal*. – N. Y. : Churchill Livingstone Inc., 1980.

⁵ Dixon, G. Early Developmental Outcomes after Newborn Encephalopathy / G. Dixon et al. // *Pediatrics*. – 2002. – Vol. 109. – № 1. – P. 34.

Handbook of Developmental Disabilities, Samuel L. Odom, Robert H. Horner, Martha E. Snell, The Guilford Press; Reprint edition (January 21, 2009). – 654 p.

форм органического поражения ЦНС, синдрома двигательных расстройств, поражения зрительного и (или) слухового анализатора, особенностей развития эмоционально-волевой сферы, задержки темпа психического развития, синдрома дефицита внимания и гиперактивности и в редких случаях в виде полного выздоровления¹.

Учеными доказано, что темп и уровень психического развития детей напрямую зависят от степени тяжести и характера первичного нарушения здоровья. Причем наличие структурного нарушения здоровья, при котором пораженными оказались несколько органов или функциональных систем организма, становится значимым препятствием для осуществления адекватного взаимодействия психики ребенка с окружающей средой, что, в свою очередь, крайне негативно влияет на сам процесс ее развития².

Перинатальные поражения нервной системы различной этиологии и значительной степени тяжести служат одной из наиболее частых причин, обуславливающих ограничение жизнедеятельности ребенка и необходимость установления инвалидности. По данным анализа структуры детской инвалидности и наиболее значимых заболеваний, обусловивших ее возникновение у детей в возрасте от 0 до 3 лет, ведущей причиной явились врожденные аномалии развития и заболевания нервной системы³. Причем эти классы болезней или состояния, возникающие в перинатальном периоде, не занимают лидирующих позиций среди причин, приводящих к инвалидности детей старшего возраста⁴. Многие авторы отмечают, что инвалидность у детей – более тяжелое явление, чем инвалидность у взрослых, так как нарушения здоровья, ограничивая возможность полноценной жизнедеятельности, искажают процесс развития детской психики, затрудняют овладение ребенком социальными навыками и усвоение им знаний⁵.

Согласно Федеральному закону Российской Федерации «О социальной защите инвалидов Российской Федерации» (ФЗ-181, 1995)⁶ «инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничениям жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты».

¹ Пузин С. Н. К вопросу о развитии реабилитационных учреждений для детей-инвалидов / С. Н. Пузин, И. А. Иваньшина, Н. В. Сибирева // Материалы Рос. науч.-практ. конф. «Медико-соц. пробл. детей-инвалидов», М., 5-6 декабря 2002 г. – С. 79.

² Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский; сост. Т. М. Лифанова. – М., 1995. – 527 с.

Giantuos, R. Cognitive rehabilitation: a neuropsychological speciality comes of age / R. Giantuos // Brain Injury. – 1991. – V. 5. – № 4. – P. 317–322.

Lems, W. Mental and motor development in preterm infants: the issue of corrected age / W. Lems, B. Hopkins, I.F. Samson // Early Hum. Pen. – 1993. – Vol. 34. – № 1–2. – P. 113–123.

³ Лебедев Б. В. Невропатология раннего детского возраста / Б. В. Лебедев, Ю. И. Барашнев, Ю. А. Якунин. – Ленинград, 1981. – 351 с.

⁴ Зелинская Д. И. Детская инвалидность / Д. И. Зелинская, Л. С. Балева. – М., 2001. – 136 с.

⁵ *Cormick, M. Very low birth weight children: Behavior problems and school difficulty in a national sample / M. Cormick, S. L. Gortmaker, A. M. Sobol // J. Pediatrics. – 1990. – Vol. 117. – № 5. – P. 687–693.*

Latchaw, R.E. Imaging of perinatal hypoxic – ischemic brain injury / R.E. Latchaw, C.E. Truwit // Semin. Pediatr. – 1997. – Vol. 9. – № 2. – P. 128. – 132.

⁶ Федеральный закон № 181-ФЗ от 24.11.1995 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.n-kodeks.ru/legislation/acts/1170/7512/> (дата обращения: 23. 08.2012).

Суть или смысл термина «инвалид» включает в себя и отражает взаимосвязь нарушений здоровья и ограничение социального взаимодействия индивида, существование «социального вывиха», обусловленного нарушением здоровья человека и необходимостью изменения социальных условий среды для устранения или нивелирования социальных последствий болезни. Впервые термин «инвалид» упоминается в вышедшем в России в 1912 г. энциклопедическом словаре, в котором инвалидность рассматривалась как неспособность человека к труду вследствие потери здоровья. Законодательно статус ребенка-инвалида утвержден в России с 1979 г., когда были определены показания к установлению инвалидности детям. Категория «ребенок-инвалид» определяется наличием ограничений жизнедеятельности любой этиологии в одной из четырех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты.

Признание лица инвалидом осуществляется государственной службой медико-социальной экспертизы. Ее деятельность регламентируется приказом Минздравсоцразвития России от 23.12.2009 № 1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». До 2000 г. медико-социальная экспертиза проводилась на основании Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН). Последнее десятилетие в России используется Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), принятая ВОЗ в 2007 г. В ее названии отражен принцип классификации детей с нарушениями здоровья, основой которого стал ориентир на социальное функционирование индивидуума, степень ограничения его жизнедеятельности, социальной самостоятельности и дееспособности. В отличие от предыдущего нозологического подхода к оценке нарушений здоровья и лишь в последующем определении вторичных «социальных последствий болезни» в современной МКФ понятие «жизнедеятельность» подразумевает выполнение человеком определенного действия или задачи, определенной деятельности, необходимой в той или иной жизненной ситуации¹.

«Ограничения жизнедеятельности – это нарушения, ограничения активности или ограничения возможности участия, т. е. трудности, возникающие при выполнении определенных действий и (или) задач». Под ограничениями жизнедеятельности у детей понимается отклонение самостоятельной практической деятельности от общепринятой возрастной нормы вследствие нарушения функционального состояния организма, которое ограничивает его способность выполнять определенный комплекс интегрированной деятельности. Указано, что к ограничениям жизнедеятельности ребенка могут приводить стойкие расстройства функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм и пороками (аномалиями) развития².

¹ Аухадеев Э. И. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ, – Новый этап в развитии реабилитологии // Казанский мед. ж., 2007. №1.

² Brayden, R. M. Common behavioral problems in infants and children / R. M. Brayden, S. R. Poole. – Prim Care, 1995. 22(1):81-97.

Brown, E. R. A National health program for the United States / E. R. Brown // JAMA. – 1992. – V. 267. – № 4. – P. 552–558.

Известно, что каждый изолированный орган организма и его функционирование одновременно обеспечивают деятельность нескольких систем и возможность осуществления различных видов деятельности¹. В тесном взаимодействии с функциями организма и его жизнедеятельностью находятся факторы окружающей среды, которые могут положительно или отрицательно влиять на потенциальную способность выполнения тех или иных функций, стойкое нарушение последних может приводить к трудностям в выполнении ребенком определенных действий, т. е. к ограничениям жизнедеятельности².

Таким образом, в процессе медико-социальной экспертизы на основе комплексного изучения и сопоставления клинико-функциональной и социально-гигиенической диагностики определяются основные социальные последствия нарушений здоровья в виде одной из семи категорий ограничения жизнедеятельности ребенка (способность к самообслуживанию, способность к самостоятельному передвижению, способность к ориентации, способность к общению, способность контролировать свое поведение, способность к обучению, способность к трудовой деятельности). К социальным последствиям болезни, ограничивающим жизнедеятельность и самостоятельность детей в окружающей среде, относятся нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения), языковых и речевых функций (нарушения устной, письменной речи), сенсорных функций (зрения, слуха и т. д.), статодинамических функций³.

Возникновение этих нарушений обусловлено различными клиническими формами перинатальной патологии и болезней детского возраста, представленных в Международной классификации болезней X пересмотра. Заключение медико-социальной экспертизы включает в себя клинико-функциональный диагноз, вид нарушения, категорию и степень социального ограничения жизнедеятельности.

Клинико-функциональный диагноз представляет собой описание клинической (нозологической) формы основного и сопутствующего заболевания, стадию патологического процесса, особенности течения заболевания, характер и степень нарушений функций организма, клинический прогноз.

Вид нарушения функций организма и ограничений жизнедеятельности и их степень выраженности определяются на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005 г. № 535 «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»⁴.

¹ Доскин В. А. Морфофункциональные константы детского организма : справочник / В. А. Доскин [и др.]. – М.: Медицина, 1997. – 288 с.

² Занков Л. В. Обучение и развитие / Л. В. Занков. – М.: Педагогика. 1975. – 440 с.

³ Катаева А. А. О некоторых аспектах изучения психического развития слепоглохих детей, потерявших слух и зрение на разных этапах онтогенеза / А. А. Катаева, Т. А. Басилова, Е. Л. Гончарова // Дифференцированный подход при обучении и воспитании слепоглохих детей : сб. науч. тр. / под ред. В. Н. Чулкова. – М., 1990. – С. 41–56.

⁴ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.08.2005 № 535 «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_55572/ (дата обращения: 16.03.2011).

Различают четыре степени биологически обусловленных нарушений функционирования органов и систем детского организма:

1-я степень – незначительные нарушения функций;

2-я степень – умеренные нарушения функций;

3-я степень – выраженные нарушения функций;

4-я степень – значительно выраженные нарушения функций.

Ограничение жизнедеятельности чаще всего вызывают болезни с умеренными, выраженными и значительно выраженными нарушениями функций. Снижение степени негативного влияния нарушений здоровья на процесс формирования детской психики и предупреждение появления вторичных социальных последствий болезни возможно лишь при оказании с момента выявления нарушения здоровья современной медицинской помощи в целях улучшения или восстановления работы детского организма, а также при использовании в процессе воспитания и обучения специальных педагогических технологий для оптимизации взаимоотношений ребенка с окружающим миром, накопления им собственного опыта продуктивного социального взаимодействия¹.

Решающим фактором, от которого зависит успех психического развития и социальной адаптации ребенка с нарушениями здоровья, является своевременное, с момента обнаружения болезни, начало комплексных лечебно-оздоровительных и коррекционно-педагогических мероприятий, а также создание специальных развивающих условий среды и воспитания ребенка в семье². Наиболее важным этапом формирования детской психики считается первый год жизни ребенка³. В этом возрасте малыш начинает устанавливать свои первые психологические взаимоотношения с внешним миром, накапливает опыт практического взаимодействия со средой⁴.

Несмотря на различные темпы созревания каждой функциональной системы на разных этапах возрастного развития ребенка, его мозг во все периоды жизни работает как единое целое, что предполагает формирование межсистемных связей. Развитие межсистемных связей в нормальном онтогенезе начинается еще в утробе матери, а с момента появления малыша на свет этот процесс протекает очень интенсивно.

Физическая и психическая активность детей на протяжении первого года жизни выступает необходимым условием формирования новых синоптических связей между нейронами и интенсивного ветвления дендритного дерева, т. е. созревания, развития и совершенствования деятельности центральной нервной системы, и головного мозга в частности⁵.

¹ Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта / А. Е. Стребелева, Е. А. Екжанова. – М.: Просвещение, 2003. – 271 с.

² Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья / Л. И. Акатов. – М.: Владос, 2003. – 368 с.

³ Скворцов И. А. Неврология развития: руководство для врачей / И. А. Скворцов. – М.: Литтерра, 2008. – 544 с.

⁴ Семенова К. А. Детские церебральные параличи / К. А. Семенова. – М., 1968. – 320 с.

⁵ Анохин П. К. Системогенез как общая закономерность развития функций в эмбриогенезе. // Очерки по физиологии плода и новорожденного (Под ред. проф. В. И. Бодяжиной). – М., 1966. – С. 9–31.

Поскольку созревание мозга после рождения находится в тесной связи с функционированием анализаторов, особо важное значение приобретает создание условий для накопления разнообразных сенсорных и двигательных ощущений.

Сенсорное воспитание должно начинаться с первых дней жизни и продолжаться весь период раннего детства¹. Исходя из единства биологического и социального в этом процессе, очевидно, что система воспитания и обучения детей раннего возраста – неотъемлемая часть комплексного медико-социального процесса, который объединяет в себе клинические методы воздействия на органическую природу психического развития и собственно педагогическую составляющую в виде индивидуальной подобранной образовательной программы.

В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»² регламентировано, что государственные органы и службы на различных уровнях «разрабатывают и реализуют программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности, формирование у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни...», а также «создание и развитие медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям, с учетом обеспечения благоприятных условий для пребывания в них детей, в том числе детей-инвалидов».

Этот документ определяет медицинскую реабилитацию как систему мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Указ Президента России от 1 июня 2012 г. № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы»³ регламентирует создание единой системы служб ранней помощи для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, которая по своему содержанию будет отвечать современным международным канонам. Служба должна включать в себя «медицинскую, реабилитационную, коррекционно-педагогическую помощь ребенку, социально-психологическую и консультативную помощь родителям; обеспечение преемственности ранней помощи и помощи в дошкольном возрасте, развития инклюзивного до-

¹ Венгер Л. А. Восприятие и обучение / Л. А. Венгер. – М., 1969. – 306 с.

² Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 25.10.2012).

³ Указ Президента России от 1 июня 2012 г. № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=130516> (дата обращения: 15.07.2013).

школьного образования, организации комплексной подготовки ребенка-инвалида и ребенка с ограниченными возможностями здоровья к обучению в школе».

В соответствии со ст. 12 Закона об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья обучение возможно также в условиях стационарного лечебного учреждения. «Органы управления образованием и органы здравоохранения обязаны организовывать обучение детей с ограниченными возможностями здоровья, находящихся на длительном (более чем двадцать один день) лечении в стационарных лечебных учреждениях, в соответствии с существующими общеобразовательными программами».

Согласно ст. 17 Закона об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья «в целях обучения и (или) воспитания лиц со сложными и (или) с тяжелыми недостатками создаются центры реабилитации различных профилей». Основными задачами этих центров признаны формирование и развитие навыков общения, самообслуживания, элементарных трудовых навыков, а также организация занятий по индивидуальным учебным программам. Занятия могут быть организованы «по программам индивидуального и (или) группового обучения с количеством обучающихся в группе не более чем десять человек, а со сложным дефектом – не более чем шесть человек». Эти законодательные акты регламентируют права детей на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами восстановления здоровья, на создание условий для получения образования и профессиональной подготовки, а также индивидуальный образовательный маршрут.

Это право подкреплено приказом Минздравсоцразвития России от 4 августа 2008 г. № 379н «Об утверждении форм индивидуальной программы реабилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядка их разработки и реализации»¹. В нем прописаны порядок образования детей с ОВЗ и необходимость разработки и реализации педагогического маршрута с учетом индивидуальной программы реабилитации ребенка. Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) инвалида – это разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

В индивидуальную программу реабилитации включаются все мероприятия, технические и иные средства реабилитации и реабилитационные услуги, которые

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 августа 2008 г. № 379н «Об утверждении форм индивидуальной программы реабилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядка их разработки и реализации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12162205/> (дата обращения: 22.11.2010).

необходимы инвалиду для ведения полноценной независимой жизни. Карта ИПР содержит в себе такие разделы, как медицинская реабилитация, социальная реабилитация, профессиональная реабилитация, психолого-педагогическая реабилитация (для детей до 18 лет). Предписания ИПР обязательны для исполнения органами государственной власти, органами местного самоуправления и организациями всех организационно-правовых форм и форм собственности. Детские государственные образовательные и медицинские учреждения должны оказывать помощь семье в определении содержания и реализации индивидуальной программы лечения, развития и обучения ребенка, тем более что родители больного ребенка не имеют знаний и опыта в восстановлении его здоровья, воспитании и обучении. Сегодня в стране созданы все необходимые условия для оказания комплексной дифференцированной медико-социальной помощи семье ребенка первых лет жизни с ОВЗ. Включение в программу реабилитации детей с нарушениями здоровья первых лет жизни современных психолого-педагогических технологий позволит активизировать их психофизическое развитие, а значит, реализовать их право на полноценную и самостоятельную жизнь, снизить экономические затраты государства на их обеспечение в будущем, повысить степень их социальной адаптации.

1.3. История становления комплексного подхода к сохранению физического и психического здоровья детей в отечественной педиатрии

Истоки отечественной педиатрии мы можем обнаружить в недрах народной предупредительной медицины. В рукописях основателей педиатрии содержатся указания на зависимость и неотделимость здоровья ребенка от социальных условий и воспитательных мероприятий¹.

Первые отечественные документы и научные труды в области медицины – указ Петра I «О гошпиталях» (1715), работы С.Г. Зыбелина «Слово о правильном воспитании с младенчества в рассуждении тела, служащем к размножению в обществе народа» (1775), К.И. Грума «Друг матерей» (1840), «Руководство по уходу, воспитанию, образованию и сохранению здоровья детей» (1841–1846) – раскрывают необходимость создания и соблюдения оптимальных условий гигиены, ухода и воспитания грудных младенцев и детей старшего возраста.

Именно врачи обратили внимание на взаимосвязь физического и психического состояния ребенка, первыми попытались описать механизмы этой взаимосвязи и предупредить возникновение целого ряда заболеваний различной этиологии². Так, известный российский ученый, акушер, педиатр Н.М. Максимович-Амбодик в книге «Искусство повивания» (1784) писал, что необходимо «добропорядочное содержание детей, касательно окружающих вещей от самого их рождения до отроческого возраста», он учил вырабатывать у детей «выносливость, ласковость,

¹ Лисицин Ю. П. История медицины: учебник / Ю. П. Лисицин. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 400 с.

² Альбицкий В. Ю. Императорский московский воспитательный дом как центр охраны здоровья детей в Российской Империи [Текст]: 1813–1917 гг. – М.: Союз педиатров России, 2011. – 140 с.

жалость, человеколюбие», категорически возражал против телесного наказания и предостерегал, что «телесное наказание вселяет в детей подлость, робость, неоткровенность, ложь и прочие пороки».

Уже в XVIII – начале XIX в. российские врачи поднимали вопросы организации медико-социальной помощи детям. Они подчеркивали взаимосвязь между здоровьем и развитием детей, физическими и социальными факторами, уделяли особое внимание просвещению населения и повышению культуры родителей, так как здоровье ребенка начинается со здоровья матери и определяется образом и условиями жизни семьи.

Идеи выдающихся врачей были отражены и закреплены в одном из основных учебников по педиатрии в России XIX в. – книге С.Ф. Хотовицкого «Педиатрика» (1847). В частности, указывалось, что в возникновении и течении заболеваний лежат возрастные и индивидуальные особенности ребенка («самоособость»), большое значение придавалось внешним влияниям, условиям проживания и воспитания. Целью педиатрии автор считал «...с одной стороны, споспешествование правильному, с природой сообразному ходу постепенного развития организма детского, с другой стороны, удаление препятствий правильности хода этого»¹.

Видный деятель российского просвещения И.И. Бецкой, один из основателей и попечителей открытого в 1763 г. Московского воспитательного дома, также был сторонником идей целостного взгляда на воспитание и развитие ребенка. Он ставил перед собой цель увеличить количество людей «новой породы»: здоровых, культурных и высокообразованных². Средством достижения этой цели он видел воспитание. Не отрицая значения общего образования, «образования ума», И.И. Бецкой центр тяжести переносит на «образование сердца и тела». «Украшенный или просвещенный науками разум не делает еще доброго и прямого гражданина, но во многих случаях паче во вред бывает, если кто от самых нежных юности своей лет воспитан не в добродетелях, не в праведном отношении к душе своей и телу».

Подобно передовым ученым своего времени он признавал определяющую роль профилактики в сохранении физического и душевного здоровья детей. В соответствии с его идеями строилась система обучения и воспитания детей в созданном им учреждении. И.И. Бецкой предлагал поддерживать в детях склонность к трудолюбию, вырабатывать у них привычку избегать праздности, быть всегда учтивыми и сострадательными к бедности и несчастью. Следует также внушать детям склонность к опрятности и бережливости, обучать их тому, как вести домашнее хозяйство. Бецкой придавал большое значение физическому воспитанию, главными средствами которого считал чистый воздух, а также «увеселение невинными забавами и играми, чтобы мысли всегда в ободрение приводить, искореняя все, что скукою, задумчивостью и прискорбием назваться может». Им было составлено руководство по физическому воспитанию детей под названием «Краткое наставление, выбранное из лучших авторов с некоторыми физическими примечаниями о воспи-

¹ Лисицин Ю. П. История медицины: учебник / Ю. П. Лисицин. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 400 с., с.147.

² Бецкой И. И. Учреждения и Уставы, касающиеся воспитания и обучения в России юношества обоего пола. – СПб.: Типография Императорской Академии наук, 1774. – 266 с.

тании детей от рождения их до юношества», которое на основании постановления сената было разослано по городам России во все воспитательные учреждения¹.

Сторонниками комплексного взгляда на развитие ребенка были практически все известные российские педиатры XIX в. Уже в то время ученые пытались обосновать равное значение физиологического (соматического) и психосоциального аспектов в возникновении болезни ребенка. Основатель клиники и кафедры детских болезней Московского университета Н.А. Тольский на II Всероссийском съезде естествоиспытателей в 1869 г. в речи «О влиянии школы на здоровье ее воспитанников» изложил результаты многолетних наблюдений, выявивших большое число школьников с нервными расстройствами, физической слабостью, близорукостью, малокровием. Н.А. Тольский утверждал, что основной причиной возникновения этих состояний являются условия жизни ребенка, обычаи семьи, привычки. Он учил студентов тщательно собирать сведения о жизни ребенка, поскольку «знание предшествующих условий помогут вскрыть причины, определить характер течения и исход заболевания»². Идеи профилактики, воспитания привычек здорового образа жизни развивал и отец русской клинической педиатрии Н.Ф. Филатов. Организованный им кружок детских врачей в Москве занимался в том числе и вопросами воспитания поведения, направленного на укрепление здоровья.

Педиатры-практики своей ежедневной работой поддерживали зарождающийся в отечественной науке комплексный подход к лечению ребенка. В кадетских корпусах, институтах благородных девиц и крупных пансионах при гимназиях врачи не только занимались лечением больных учащихся, но и следили за режимом дня, питанием, физическим воспитанием детей, условиями обучения и развития³.

К началу XX в. общие представления о психическом и физическом развитии детей практически сложились в отечественной науке. Педиатры активно использовали передовые достижения физиологии, психологии и педагогики, обогащая их собственными результатами исследований. Н.П. Гундобин, изучив анатомо-физиологические особенности детей, обобщил исследования в фундаментальном труде «Особенности детского возраста»⁴.

Знание физиологических особенностей, своеобразия течения болезней у детей разного возраста, установление причин, вызывающих высокую детскую заболеваемость и смертность привели его к пониманию значения социальных условий в воспитании здоровых детей. Н.П. Гундобин в педиатрии продолжил традицию отечественной медицины: «лечить больного, а не болезни», что демонстрирует понимание лучшими педиатрами начала XX в. необходимости учитывать личностные характеристики заболевшего ребенка, его жизненный опыт, социальное окружение.

В Московском воспитательном доме (Центральном НИИ охраны материнства и младенчества) усилиями Г.Н. Сперанского, Н.Ф. Альтгаузена и др. эти идеи актив-

¹ Лисицин Ю. П. История медицины: учебник / Ю. П. Лисицин. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 400 с.

² Тольский Н. А. О влиянии школы на здоровье ее воспитанников. Речи и отчеты проф. Москов. ун - та Н. Тольского. – М.: Унив.тип.,1891. – С. 14.

³ Конюс Э. М. Истоки русской педиатрии. М.: Медгиз, 1946. – С. 151–155.

⁴ Гундобин Н. П. Особенности детского возраста. Основные факты к изучению детских болезней. – СПб.: Практическая медицина, 1906. – 480 с.

но развивались и дополнялись. В 1913 г. Г.Н. Сперанский устраивает постоянную выставку по вопросам воспитания грудного ребенка, а затем на благотворительные средства открывает детские ясли, создав на их основе позднее Дом охраны младенца. Здесь регулярно проводились научные конференции, устраивались выставки, печаталась научная и методическая литература. В Доме охраны младенца велась разработка различных научных направлений по физиологии и патологии, психологии и педагогике детей раннего возраста. Большое внимание уделялось социальной ситуации развития малыша. Были выпущены в свет такие работы, как «Уход за новорожденным ребенком в семье», «Отец и малыш» Н.Ф. Альтгаузена, «Азбука матери» и «Уход за ребенком раннего возраста» Г.Н. Сперанского.

К окончанию второго десятилетия XX века в педиатрии накопился значительный эмпирический материал по особенностям развития детского организма в условиях болезни. Одним из продуктов этого обширного материала стали сведения о психологических особенностях детей с соматической патологией, об изменениях личностных характеристик больных в период заболевания и после него. Врачи указывали на связь психического развития и соматического здоровья. В то же время теории, непротиворечиво объясняющей описанные закономерности жизнедеятельности больных или здоровых представителей подрастающего поколения, ни в медицинской науке, ни в психологии не существовало. Основной задачей стало создание научно обоснованной концепции, позволяющей педиатрам подбирать приемлемые для детей с разной патологией и разного возраста схемы лечения, проводить профилактическую работу, корректировать возникшие в результате заболевания характерологические изменения, подбирать методы и способы обучения с учетом особенностей дефекта.

Однако детская, возрастная и медицинская психология, дефектология на тот момент только начали свое становление, методы изучения детской психики были не определены. Ситуация осложнялась отсутствием в России до 1917 г. единой системы здравоохранения и общественного воспитания детей. В силу этого вопросами сохранения, восстановления и улучшения здоровья и образовательного уровня населения занимались общественные, государственные, частные и благотворительные учреждения (департамент Министерства внутренних дел, военное ведомство, российский Красный Крест, учреждения фабрично-заводской, земской, страховой медицины и др.). Ощущался недостаток в специалистах, способных прийти на помощь педиатрам. Эти обстоятельства создали условия для того, чтобы целый ряд представителей медицинской и педагогической науки взяли на себя решение обозначенных проблем.

Отечественные неврологи и психиатры, такие как В.М. Бехтерев, В.П. Кащенко, Г.И. Россолимо, Г.Я. Трошин, А.С. Грибоедов и др., создали основу современной дефектологии и клинической психологии. Проводились клинико-психологические исследования интеллектуального развития детей в норме и при патологии, изучались причины школьного отставания и пути помощи детям и подросткам с нарушениями интеллекта, исследовались механизмы адаптации организма и психики к меняющимся условиям среды, в частности к болезни. Был собран ценнейший материал о нарушениях психических процессов (восприятия, памяти, мышления, во-

ображения, внимания), об изменениях личности при различных психиатрических и неврологических заболеваниях. Именно врачи-исследователи впервые обратили внимание на специфику психологического знания, требующую от специалиста дополнительного психологического образования, не сводимого к медицинскому.

После Октябрьской революции организация здравоохранения претерпела кардинальные изменения. Начался период установления монополии государства на осуществление медицинской и педагогической деятельности. В июне 1918 г. состоялся первый съезд медико-санитарных отделов, где были обсуждены и приняты принципы здравоохранения нового общества – Советской Республики: государственный характер, плановое развитие, единство, санитарная самодеятельность населения. Эти принципы стали основой и вектором развития здравоохранения в советский период и имели прямое отношение к развитию национального здравоохранения. Декретом СНК от 11 июля 1918 г. был создан центральный государственный орган здравоохранения – Народный комиссариат здравоохранения.

В программе Коммунистической партии 1919 г. были закреплены основные направления развития советского здравоохранения, определен приоритет развития профилактической медицины. В Наркомздраве была организована соответствующая секция, начали создаваться лечебно-профилактические учреждения нового типа – диспансеры.

Нормативные акты «О передаче всего дела охраны материнства и младенчества в ведение Наркомздрава», «Об использовании Крыма для лечения трудящихся», «Об охране здоровья подростков и детей» были изданы в годы гражданской войны (1917–1922/1923 гг.). В 1921–1925 гг. издаются постановления «Об обеспечении медицинской помощью сельского населения», «Об основах построения районной организации здравоохранения». Принятая 5 декабря 1936 г. Конституция СССР содержала в себе ряд статей, относящихся непосредственно к здравоохранению. В разделе «Основные права и обязанности граждан» были закреплены права на бесплатную медицинскую помощь.

Именно в первые годы становления советского государства педиатрия обогащается новыми научными знаниями в вопросах психического развития детей раннего возраста. Это стало возможно благодаря организации в 1923 г. отдела развития и воспитания ЦНИИ охраны материнства и младенчества. Им руководил Н.М. Щелованов – российский психолог, член-корреспондент АМН СССР. Изучая психику младенцев, Н.М. Щелованов и его сотрудники обнаружили важнейшие факты, которые дали возможность установить основные закономерности психического развития детей раннего возраста: слуховое и зрительное сосредоточение, комплекс оживления, кризис одного года, без знания которых невозможно представить современную детскую психологию. Н.М. Щеловановым была разработана система воспитания детей раннего возраста, обеспечивающая их полноценное нервно-психическое и физическое развитие.

С 1923 г. в отделе развития и воспитания работала Н.М. Аксарина. При ее участии разработаны теоретические принципы общественного воспитания детей раннего возраста. Она внесла значительный вклад в изучение педагогики детской игры, вопросов адаптации ребенка к условиям детских учреждений, причин утом-

ления и нарушения уравновешенности поведения детей. Разработанная ей методика контроля нервно-психического развития детей раннего возраста позволила создать необходимые условия для развития психики детей в процессе усвоения образовательных программ и посещения воспитательных учреждений, избежать избыточной педагогической нагрузки и эмоционального напряжения.

К середине XX в. в нашей стране сложилась стройная государственная система лечебно-профилактической помощи детям и матерям, считающаяся одной из наиболее передовых и совершенных в тот исторический период. Педиатрия вышла на новый уровень, приоритетным направлением стали здоровьесбережение, использование педагогических и психологических знаний для наиболее полного раскрытия биологического и личностного потенциала ребенка. Весомый вклад в понимание проблем развития детской психики внесли отечественные психиатры, психологи и педагоги, в частности, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьев, А.В. Запорожец, Л.И. Божович, Н.Г. Морозова, Л.С. Славина, П.Я. Гальперин, Д.Б. Эльконин, С.Я. Рубинштейн, Б.В. Зейгарник, Р.Е. Левина. Были сформулированы основы новых научных направлений: патопсихологии, нейропсихологии, а также разработана методическая база специального обучения и воспитания детей, чье психическое развитие искажено болезнью.

Этими учеными было доказано, что специальные условия среды, специальные методы и приемы обучения должны быть созданы и использованы как в процессе лечения, так и в повседневной жизни ребенка. Именно такой подход к восстановлению потенциальных возможностей психического развития позволит ребенку систематически и своевременно присваивать общественный опыт, обеспечит успех адаптации в социальной среде¹.

В дальнейшем развитие данной теории в практике медико-психолого-педагогической помощи осуществлялось в несколько этапов, на каждом из которых реализовывались новые методологические задачи и направления в области восстановления здоровья². В период с 1930 по 1978 год в ходе совместных междисциплинарных исследований были изучены клинические и психолого-педагогические особенности развития детей с нарушениями здоровья различной этиологии и степени тяжести, определены научные подходы к их лечению, медицинские методы восстановления здоровья, разработаны нормативно-правовые акты, позволившие создать и открыть широкую дифференцированную сеть учреждений здравоохранения (больницы и амбулаторные клиники, санатории и отделения восстановительного лечения), в том числе психоневрологического профиля, где осуществлялось специальное обучение. Ведущими исследованиями в различных областях науки – психиатрами (Т.П. Симсон, Г.Е. Сухарева, В.А. Гильяровский), психологами (А.Н. Леонтьев, А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин), специалистами в области дефектологии (Д.И. Азбукин, А.Н. Граборов, Л.В. Занков, А.П. Усова, Е.А. Флерина, Н.Г. Морозова, Г.Л. Выгодская, А.А. Катаева) – было доказано, что специальное обучение является необходимым методом терапевтическо-

¹ *Выготский Л. С.* Собрание сочинений : в 6 т. – Т. 4. – М.: Педагогика, 1984.

² *Малофеев Н. Н.* Специальное образование в меняющемся мире. Россия: учеб. пособие для студ. пед. вузов : в 2 ч. / Н. Н. Малофеев. – Ч. 2. – М.: Просвещение, 2013.

го воздействия, единственным условием, особой образовательной потребностью ребенка с ОВЗ, благодаря удовлетворению которой создается благоприятная социальная ситуация для их психического развития, происходит присвоение знаний и усвоение социальных норм. Исходя из этого, начиная с 50–60 гг. XX в. в учреждениях здравоохранения РФ реабилитация состояния здоровья детей включала в себя лекарственную терапию, педагогические методы воздействия и трудотерапию.

Медикаментозная коррекция создавала благоприятную почву для процесса обучения, способствовала повышению качества усвоения новых социальных умений и навыков. Разработанный комплекс восстановительных мероприятий позволял предупредить появление вторичных и третичных отклонений в психическом развитии детей в виде отклоняющегося поведения и социальной депривации. Длительность, частота, последовательность применения методов восстановительного лечения определялись в зависимости от тяжести основного заболевания, длительности и характера патологического процесса, степени его негативного влияния на психику ребенка.

Созданный отечественными учеными комплексный подход к оценке соматического и психического состояния ребенка позволил реализовать дифференцированный подход к реабилитации, объединить образовательные и лечебные программы, осуществить индивидуальный подбор методов восстановления состояния здоровья, развития познавательного потенциала и личности ребенка, реализовать профилактический принцип ее оказания.

Результатом обобщения накопленного опыта стали научное обоснование, разработка и принятие государственного документа «Номенклатура специализированных дошкольных учреждений для аномальных детей»¹ (Министерство просвещения СССР, 1972), а также открытие в Москве первого специального дошкольного учреждения для детей с нарушениями интеллекта (умственно отсталых) в ведомстве Министерства просвещения СССР (специализированный детский сад № 23, 1975)².

Начиная с 70-х гг. XX в. вплоть до начала 90-х гг. (1978–1992) продолжался научный поиск эффективных методов клинической и психолого-педагогической диагностики, коррекционно-педагогических технологий, способствующих совершенствованию содержания коррекционно-педагогической работы с детьми с ОВЗ. В этот период происходило расширение научных знаний об этиологии и патогенезе нарушений психической деятельности, уточнялись возможность, роль и место каждого из методов восстановительного воздействия в едином реабилитационном процессе. Исследователями был научно обоснован и внедрен индивидуальный подход к разработке программы комплексной реабилитации с применением различных методов коррекции – фармакологической, физиотерапевтической, психологической и педагогической. Постоянный междисциплинарный научный поиск позволил создать основу дифференцированного содержания и методов восстановительной по-

¹ Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания: метод. пособие / под ред. Е. А. Стребелевой. – 2-е изд. – М., 2004. – 128 с.

² Малофеев Н. Н. История становления и развития национальных систем специального образования (социокультурный контекст) / Н. Н. Малофеев // Специальная педагогика : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Н. М. Назаровой. – М., 2006. – С. 87–127.

мощи детям с ОВЗ. Двадцатый век стал периодом создания в России стройной системы диагностики лечения, абилитации и реабилитации состояния здоровья детей от 0 до 17-летнего возраста, т. е. на всем протяжении детства.

Профилактический принцип в виде создания благоприятных условий и сохранения заложенного природой уровня здоровья каждого ребенка, т. е. восстановительная направленность педиатрических мероприятий, даже при отсутствии признаков болезни обуславливает прогрессивность концепции отечественной педиатрии¹.

Результатом объединения интересов медицины, психологии, педагогики и социологии стали осознание и разработка комплексного дифференцированного подхода к медико-психолого-педагогической реабилитации состояния здоровья ребенка. Комплексная дифференцированная реабилитация включает в себя все виды вмешательств, направленные на восстановление функций органов, систем или организма в целом, на профилактику и ликвидацию осложнений и рецидивов заболевания.

В современном понимании реабилитация – это система лечебно-педагогических мероприятий, направленных на предупреждение и лечение патологических состояний, которые могут привести к временной или стойкой утрате физической и психической активности, возможности общаться, учиться, трудиться².

Реабилитация³ детей раннего возраста – это не столько восстановление или компенсация нарушенных функций организма, сколько создание условий для адекватного возрастного формирования всех органов и функциональных систем, психомоторных умений и навыков⁴.

Абилитация⁵ – это система медико-психолого-педагогических мероприятий или индивидуальным образом построенная программа лечения, воспитания и обучения, в которой восстановительное лечение с помощью медикаментозных и немедикаментозных методов способствует стабилизации состояния здоровья, а специальная психолого-педагогическая поддержка создает оптимальные развивающие условия среды для активизации психологического взаимодействия ребенка с окружающим миром и реализации его психологического потенциала, что способствует сохранению детского здоровья и социализации⁶. Комплексный контроль и восстановительные мероприятия на протяжении раннего детства являются первичной профилактикой ограничений жизнедеятельности ребенка, вызванных болезнью, и

¹ Баранов А. А. Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практики / Союз педиатров России. – М.: ДЕПО, 2009. – 188 с.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. – М., 1995. – 560 с.

² Величковский Б. Т. Реформы и здоровье населения страны. Пути преодоления негативных последствий. – М.: РГМУ, 2001. – 36 с.

³ Вернер Д. Реабилитация детей-инвалидов: Руководство для семей, имеющих детей с физическими и умственными недостатками, работников местных служб здравоохранения и реабилитации / Д. Вернер; пер. с англ. – М., 1995. – 203 с.

⁴ Доклад Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации: серия техн. докл. – Женева: ВОЗ, 1983. – 668 с.

⁵ Лильин Е. Т. Детская реабилитология: учебное пособие для системы послевузовского проф. образования врачей / Е. Т. Лильин, В. А. Доскин. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Литтепра, 2011. – 640 с.

⁶ Comparative studies in special education, Kas Mazurek, Margret A. Winzer, Gallaudet University Press, 1994. – 516 p.

Early childhood intervention: theory, evaluation, and practice / Michael Brambring, Hellgard Rauh, Andreas Beelmann, Hardcover, Walter de Gruyter. – 1996.

позволяют предупредить негативное влияние внешней среды, в том числе социальных факторов, на организм и психику ребенка¹.

Таким образом, комплексный дифференцированный подход к восстановлению здоровья детей – это создание оптимальных условий среды (экологических и социальных) и специальная организация жизни индивида, обеспечивающая реализацию его природного потенциала, гармонию между его физическим, психическим и духовным состоянием.

Наличие системы комплексной дифференцированной медико-психолого-педагогической помощи позволило включить детей, состояние здоровья которых требовало тщательного подбора и систематического наблюдения за терапевтическим эффектом медикаментозной терапии, в процесс организованного обучения, тем самым реализовав их конституционное право на своевременное получение квалифицированной медицинской и педагогической помощи².

Система предусматривала последовательное поэтапное восстановление физического и психического здоровья детей³, организацию образовательного процесса в различных формах: консультативной – в амбулаторно-поликлинических условиях (в поликлиниках по месту жительства и психоневрологических диспансерах); реабилитационной – в неврологических, психоневрологических, нейрохирургических стационарах, отделениях патологии речи и нейрореабилитации при лечебно-профилактических учреждениях; санаторно-курортной – в специализированных санаториях психоневрологического профиля и для детей с заболеванием ЦНС; пролонгированной (в течение нескольких лет) – в отделениях и центрах восстановительного лечения, домах-интернатах, учреждениях социальной защиты, учреждениях для детей-сирот. Во всех перечисленных формах медицинской помощи детям фармакологическая терапия обеспечивала лечение и улучшение физического состояния больного, способствовала усвоению знаний, облегчала организацию учебного процесса. Содержание коррекционно-педагогической работы базировалось на клиническом, возрастном и деятельностином принципах развития детской психики.

Так, для детей младенческого и раннего возраста с последствиями перинатальной патологии ЦНС, вследствие которой наблюдалась задержка психического развития, целью педагогического воздействия в процессе лечения было создание специальных условий для активизации темпа формирования сенсорного восприятия, предметных действий и общения. Для детей дошкольного и школьного возраста коррекционно-педагогическая помощь в комплексной реабилитации состояния здоровья осуществлялась по типовой программе образовательного учреждения компенсирующего вида, что позволяло не прерывать учебный процесс. Педагогическая нагрузка в процессе лечения ребенка могла варьироваться за счет организации индивидуальных

¹ Дорожнова К. П. Роль социальных и биологических факторов в развитии ребенка / К. П. Дорожнова. – М.: Медицина, 1983. – 160 с.

² Лильин Е. Т. Детская реабилитология: учебное пособие для системы послевузовского проф. образования врачей/ Е. Т. Лильин, В. А. Доскин. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Литтерра, 2011. – 640 с.

³ Малофеев Н. Н. История становления и развития национальных систем специального образования (социокультурный контекст) / Н. Н. Малофеев // Специальная педагогика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Н. М. Назаровой. – М., 2006. – С. 87–127.