

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления»  
(ВСГУТУ)  
Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия

## **ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

### **FORMS AND METHODS OF SOCIAL WORK IN DIFFERENT SPHERES OF LIFE**

Материалы

V Международной научно-практической конференции,  
посвященной 25-летию социальной работы в России

8-9 декабря 2016 г.

Улан-Удэ  
Издательство ВСГУТУ  
2016

сукно для погребения и покрытия убогих и уломных людей, которые у шпиталехъ умираюхъ, поховать маемое водлугъ можности и любви братерское а хрестіянское, такъ тежъ и шпиталь збудовать маемъ на мешкане убогихъ хрестіянъ...» [3, с. 412]

Таким образом, цеховые организации белорусских земель можно рассматривать как социальные институты, так как им были присущи соответствующие признаки: 1) цеховые организации удовлетворяли потребности общества в производстве того или иного вида товаров и услуг; 2) цех имеет свои нормы и ценности, которые определяют поведение его членов, 3) цеховая организация обладает материальными и социальными ресурсами, 4) в рамках цеховой организации складывается определенная система взаимоотношений между его членами.

#### Список литературы:

1. Вялікае княства Літоўскае: энцыкл. У 2-х т./пад рэд. Г.П. Пашкова [і інш.]. Т. 1. – Мн.: Бел. энцыкл., 2005. 688 с.
2. Историко-юридические материалы: в 32 т. Вып. 7: Приходо-расходная книга г. Могилева за 1692 г. Акты, извлеч. из книг Могилев. магистрата за 1577–1591 гг./под ред. Созонова [и др.]. – Витебск, тип. Губ. правл., 1876. 517 с.
3. Историко-юридические материалы: в 32 т. Вып. 8: Приходо-расходные книги г. Могилева на 1691 г. Акты, извлеч. из книг Могилев. магистрата за 1591 – 1634 гг./под ред. Созонова. – Витебск, тип. Губ. правл., 1877. 530 с.
4. Большой энциклопедический словарь: философия, социология, религия, эзотеризм, политэкономия/ Глав. науч. ред. и сост. С.Ю. Солодовников. – Мн.: МФЦП, 2002. 1008 с.

УДК: 616 – 053.32 – 071.1

Алифанова С.В.<sup>1</sup>, Попович В.В.<sup>2</sup>

Днепропетровская академия МЗ Украины<sup>1</sup>,

Днепропетровская детская городская клиническая больница №6<sup>2</sup> г. Днепр, Украина

### ПРОБЛЕМА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО

В статье рассматриваются вопросы реабилитации детей, родившихся недоношенными с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Обсуждаются факторы риска формирования инвалидности у данного контингента детей, аспекты выбора индивидуальных лечебно-реабилитационных мероприятий на основе анализа результатов катамнестического наблюдения на протяжении первого года жизни ребенка.

**Ключевые слова:** недоношенные дети, катамнестическое наблюдение, реабилитация.

Alifanova S.V.<sup>1</sup>, Popovich V.V.<sup>2</sup>

Dnepropetrovsk Medical Academy of MH of Ukraine<sup>1</sup>,

Dnipropetrovsk City Children's Hospital №6<sup>2</sup> Dnepr, Ukraine

### MEDICAL PROBLEM SOCIAL REHABILITATION OF PREMATURE BABIES

The article is devoted to the issue of rehabilitation of children who were born preterm with very low and extremely low birth weight. The factors the risk of formation of disability in this group of children, aspects of the choice of individual treatment and rehabilitation based on the analysis of the results of follow-up during the first year of life.

**Key words:** premature babies, follow-up management, rehabilitation.

Наблюдение за детьми, родившимися преждевременно и с низкой и очень низкой массой тела, на амбулаторном этапе является достаточно сложной медико-социальной проблемой, т.к. требует привлечения специалистов различного профиля, проведение сложных лечебно-диагностических процедур, значительных материально-технических и других ресурсов [1].

Наиболее уязвимой у детей, родившихся преждевременно, является неврологическая система, которая в этот период имеет определенные структурно-функциональные особенности, а именно, повышенную чувствительность к травматическому воздействию базальных ганглиев, гиппокампа, перивентрикулярного белого вещества, обуславливающие легкое развитие повреждений именно у этого контингента детей [5]. Долгосрочные последствия таких поражений определяют неврологический дефицит, который уже на первом году жизни проявляется аномальным контролем движений и позы ребенка, а также нарушениями когнитивных и поведенческих реакций, что в наиболее тяжелых случаях позволяет диагностировать детский церебральный паралич [3]. Риск развития тяжелых форм нервного дефицита возрастает с уменьшением гестационного возраста ребенка и при условии наличия факторов, осложняющих течение раннего неонатального периода [2]. По мнению многих авторов существуют определенные трудности диагностики неврологического дефицита у детей, родившихся с преждевременно с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОМНТ), если риск развития церебрального паралича и других моторных нарушений вследствие травматично-ишемического поражения мозга возможно предусмотреть с помощью нейросонографии или магнитно-резонансной томографии (МРТ), то когнитивные и поведенческие проблемы могут возникнуть и при отсутствии значительных нарушений при проведении нейровизуализации [4].

По данным многих исследований каждый пятый ребенок, выживший в группе детей с ЭНМТ и ОМНТ при рождении имеет одно или несколько заболеваний, которые обуславливают развитие инвалидизации, а именно: у 8-10% детей наблюдается развитие детского церебрального паралича (ДЦП), у 15-45% - бронхолегочной дисплазии (БЛД), у 3-5% постгеморрагической окклюзионной гидроцефалии, у 3-7% - эпилепсии, у 1-3% - поражение органов слуха и зрения [1,4]. Поэтому, дальнейшее развитие ребенка зависит от выбора стратегии непрерывного катамнестического наблюдения и организации индивидуальных лечебно-реабилитационных мероприятий [2].

Обследовано 93 ребенка, родившихся в сроке гестации 25-34 недели с массой тела 870-1500 г. Дети распределены на 2 группы, в I-ю группу вошло 34 ребенка, родившихся в сроке гестации 25-29 недель с массой 870-1000 г, во II-ю – 59 детей, родившихся в сроке 30-34 недели с массой 1000-1500г. Проводилось комплексное клиничко-инструментальное обследование с оценкой физического и психомоторного развития, соматического и неврологического статусов. Для объективизации параметров нервно-психического развития проводилась оценка мышечно-постурального тонуса и рефлексов с помощью стандартизированной шкалы «Infanib» (Infant Neurological International Battery, 1995) [5].

У всех новорожденных обеих групп были выявлены клинические признаки перинатального поражения ЦНС. Клинически доминировали синдром двигательных нарушений, задержка психомоторного развития. У детей I группы достоверно чаще отмечалось развитие судорожного синдрома (у 20,6% и у 6,8% детей соответственно), ( $p<0,01$ ), детского церебрального паралича (у 11,8% и у 5,1% соответственно), ( $p<0,01$ ), а также окклюзионной гидроцефалии, по поводу которой была проведена операция шунтирования (8,8% и 3,4% соответственно), ( $p<0,01$ ).

У детей с ЭНМТ достоверно чаще отмечалось развитие бронхолегочной дисплазии в стадии хронической обструктивной болезни (у 29,4% и у 15,3% детей соответственно), ( $p<0,01$ ). Ретинопатию недоношенных также диагностировали чаще у детей с ЭНМТ при рождении (32,4% и 18,6% соответственно), ( $p<0,01$ ).

Среди других показателей, характеризующих состояния здоровья детей, родившихся с ЭНМТ и ОМНТ следует отметить высокую частоту развития поздней анемии (у 55,9% и у 23,7% детей соответственно), ( $p<0,01$ ), рахита (у 29,4% и у 23,7% детей соответственно), задержки формирования тазобедренных суставов (у 38,2% и у 35,6% детей соответственно). У детей обеих групп отмечалась высокая частота врожденных пороков развития. Так врожденные пороки сердца диагностированы у 26,5% и у 22% детей I та II группы, мозга – у 11,5% и 10,2% детей, почек – у 8,8% и 8,5% детей соответственно.

При оценке детей обеих групп по шкале «Infanib» выявлено, что при первичном осмотре в скорректированном возрасте 1 месяц жизни диапазону «патология» соответствовало 55,8% детей I группы и 44,1% детей II группы, а диапазону «транзиторные нарушения» - соответственно 44,2% и 55,9% детей. Ни один ребенок не соответствовал норме. При катамнестическом наблюдении в скорректированном возрасте 12 месяцев по сумме баллов диапазону «норма» соответствовало 70,6 % детей I группы и 81,4% детей II группы, а

диапазону «транзиторные нарушения» - 17,6% и 13,5% детей обеих групп соответственно. Диапазону «патология» соответствовало 11,8% детей I группы и 5,1% детей II группы, а в дальнейшем им был установлен диагноз детского церебрального паралича.

Таким образом, эффективность терапевтических мероприятий у недоношенных детей должна рассматриваться с учетом исходов заболевания, поэтому необходимо проведение катамнестического наблюдения не менее, чем в течение первого года жизни ребенка. По данным катамнестического наблюдения причинами инвалидности детей, родившихся с ЭНМТ и ОНМТ являются детский церебральный паралич (11,8% и 5,1%), ретинопатия (32,4% и 18,6%), нейросенсорная глухота (2,9% и 1,7%), врожденные пороки развития (32,4% и 27,1%) детей обеих групп. Использование стандартизированной шкалы «Infanib» позволяет объективизировать оценку параметров нервно-психического развития и при условии своевременного проведения лечебно-реабилитационных мероприятий снизить риск инвалидизации. Учитывая высокую частоту патологии, которая требует хирургического лечения, детям с ЭНМТ и ОНМТ необходимо назначение дополнительных методов исследования (НСГ, МРТ, УЗИ органов брюшной полости, тазобедренных суставов, контроль гематологических параметров анемии) и динамическое наблюдение совместно со смежными специалистами соответствующего профиля.

#### Список литературы:

1. Добрянский Д.О. Проблемы аспекты надання медичної допомоги екстремально недоношеним новонародженим з критичною життєздатністю. // Здоровье женщины. – 2008, – №1, - С.148-153.
2. Рогаткин С.О. Диагностика, профилактика и лечение перинатальных постгипоксических поражений центральной нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста // Автореф... дис. докт. мед. наук. – М., – 2012. – 21с.
3. Федорова Л. А. Неврологические исходы критических состояний раннего неонатального периода у недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении // Автореф... дисс. канд. мед. наук. – СПб., – 2003. – 21с.
4. Early death, morbidity, and need of treatment among extremely premature infants / Markestad T., Kaarensen P., Ronnestad A. et al. // Pediatrics. – 2005. – V. 115. – P. 1289–1298.
5. Ellison P.H., Horn J.L., Browning C.A. Construction of an Infant Neurological International Battery (INFANIB) for the Assessment of Neurological Integrity in Infancy. Physical therapy. – 1985, – V. 65, №9, – p.1326–1331.
6. Watts J.L., Saigal S. Outcome of extreme prematurity: as information increases so do the dilemmas // Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. – 2006. – V. 91. – P. 221–225.

УДК 376.3

*Алпатова Н.С.*  
*Волгоградский государственный социально-педагогический университет, г. Волгоград, Россия*  
*Прокopenko А.Ю.*

*Московский социально-педагогический институт, г. Москва, Россия*

### ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

*В статье освещена проблема социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, дана характеристика формам и методам работы с данной категорией детей в условиях Центра диагностики и развития детей раннего дошкольного и младшего школьного возраста г. Москвы.*

**Ключевые слова:** социально-педагогическая работа, дети с ограниченными возможностями здоровья.

*Alpatova N.S.*  
*Volgograd state socially-pedagogical university, Volgograd, Russia*  
*Prokopenko A.U.*

*Moscow socially-pedagogical institute, Moscow, Russia*

### FORMS AND METHODS OF SOCIAL-PEDAGOGICAL WORK WITH DISABLED CHILDREN

*The article touches upon the problems of social and educational work with disabled children. There are characteristics of forms and methods of work with this category of children in the Center of diagnostic and development of children of preschool and early primary school age in Moscow.*

**Key words:** social and pedagogical work, disabled children.

Социально-педагогическая работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в настоящее время является одной из актуальных и значимых. Ежегодно констатируется факт увеличения количества детей с отклонениями в психическом и физическом развитии [5].

Понятие «дети с ограниченными возможностями здоровья» многими исследователями определяется, как дети, имеющие какие-либо ограничения в повседневной жизнедеятельности, непосредственно связанные с физическими, психическими или иными факторами [4].

В современной научной литературе выделяют следующие категории детей с ОВЗ: дети, имеющие нарушения зрения; дети, имеющие нарушения слуха; дети, имеющие нарушения эмоционально-волевой сферы; дети, имеющие задержку психического развития; дети, имеющие нарушения речи; дети, имеющие нарушения опорно-двигательного аппарата; дети, имеющие нарушения интеллекта; дети, имеющие множественные нарушения.

Отметим, что процесс личностного развития ребенка с ОВЗ изначально не соответствует эталонам, установленным в обществе. Это во многом затрудняет процесс адаптации детей данной категории к социальной среде, а также препятствует их социальной интеграции в сфере образования, общественной жизни в целом [4].

Охарактеризуем практический опыт социально-педагогической работы с детьми с ОВЗ и опишем методы и формы, апробированные в Центре диагностики и развития детей раннего дошкольного и младшего школьного возраста «ПУСТЬ ГОВОРЯТ ДЕТИ» (далее Центр) г. Москвы.

Дети, поступающие в Центр, совершенно разные и по своим личностным характеристикам, и по умственному, и по физическому развитию. У преобладающего контингента детей, посещающих Центр, наблюдаются такие нарушения, как: общее недоразвитие речи (ОНР), задержка психического развития (ЗПР), ранний детский аутизм (РДА).

Учитывая специфику нарушений детей с ОВЗ, деятельность Центра можно охарактеризовать как многопрофильную и разноплановую. Более детально остановимся на характеристике одного из приоритетных направлений деятельности Центра - коррекционно-педагогической работе с детьми с ОВЗ. Коррекционная работа осуществляется преимущественно на индивидуальных занятиях, а также на групповых с применением разнообразных методов.

Художественно-творческие методы, на наш взгляд, являются наиболее эффективными в работе с детьми с ОВЗ. Под художественно-творческими методами, вслед за В.В. Бондаревой, мы понимаем, прежде всего, использование художественно-творческой деятельности для решения социально-педагогических задач [2].

Следует отметить, что реализация художественно-творческих методов в работе с детьми с ОВЗ способствует их всестороннему развитию, неповторимой индивидуальности, преодолению у них страха, неуверенности, пассивности, а также помогает раскрыть и активизировать внутренние ресурсы таких детей, что, в свою очередь, позволяет стимулировать процесс социальной коммуникации, разрешения внутреннего конфликта, а следовательно, эмоционального оздоровления.

Практический опыт работы позволяет заключить, что дети с ОВЗ более предпочитают художественно-творческую деятельность, которая обеспечивает получение нового продукта, нового произведения [3]. Состояние творчества, в которое погружаются дети с ОВЗ, сопровождается активной работой всех сенсорных систем и психических функций.