

- для врачей. — СПб., 2011. — С. 592.
14. Чикуров Ю.В. Кранио-сакральная мануальная терапия. — М.: Триада-Х, 2003. — 154 с.
 15. Upledger JE, Vredevoogd JD. Craniosacral Therapy. Chicago: Eastland Press; 1983:11–12.
 16. Донова Н.А., Чеченин А.Г. Способ лечения отдаленных последствий черепно-мозговой травмы методом краниальной мануальной терапии // IX Всероссийский съезд неврологов. — Ярославль, 2006. — С. 570.
 17. Орехова Г.Г. Особенности краниальной мануальной терапии в лечении последствий закрытой черепно-мозговой травмы: Методи-

ческие рекомендации. — Новосибирск: СО РАМН, 2007. — 20 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Тимофей Александрович Шитиков — к.м.н., зав. кафедрой традиционной и нетрадиционной медицины Днепропетровского медицинского института традиционной и нетрадиционной медицины 49005, г. Днепропетровск, ул. Севастопольская, 17, корп. 4, комн. 36
E-mail: tshitikov@mail.ru

Поступила: 03.02.2014

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

УДК 615.036.8
Ч 96

Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина

Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Российской академии наук, Санкт-Петербург

MODERN APPROACHES TO TREATMENT AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

L.S Chutko, S.Y. Surushkina

Institute of the human brain named after N.P. Bechtereva of the Russian Academy of Sciences, St. Petersburg

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена рассмотрению основных принципов комплексного подхода к диагностике и лечению синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей и подростков. В статье представлены результаты исследования эффективности применения препарата «Кортексин®» в лечении СДВГ. Исследование проводилось врачами-неврологами детских поликлиник. В исследование были включены 200 детей в возрасте 7–9 лет с разными формами СДВГ. Оценка степени тяжести заболевания и эффективности терапии производилась с помощью шкалы SNAP-IV. При повторном анкетировании (день 30) улучшение отмечалось у 78,0% всех получавших лечение пациентов. Улучшение отмечено у всех пациентов с преобладанием нарушений внимания (100%), у пациентов с комбинированным типом заболевания – в 90 случаях (80,4%), у пациентов с преобладанием гиперактивности и импульсивности – в 14 случаях (38,9%). Таким образом, применение «Кортексина®» характеризуется достоверно более высокой эффективностью при лечении СДВГ комбинированного типа и типа заболевания с преобладанием невнимательности.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), «Кортексин®».

SUMMARY

The article discusses the basic principles of an integrated approach to diagnosis and treatment of attention deficit hyperac-

tivity disorder (ADHD) in children and adolescents. The article presents the results of research on the effectiveness of the drug cortexin in the treatment of ADHD. The study was conducted by doctors neurologists children's clinics. The study included 200 children aged 7-9 with different forms of ADHD. Assessing the severity of disease and the effectiveness of therapy was performed using a scale SNAP-IV. When re-survey (day 30) improvement was noted in 78.0% of all treated patients. Improvement was seen in all patients with a predominance of attention disorders (100%), in patients with combined type of disease – in 90 cases (80.4%), in patients with a predominance of hyperactivity and impulsivity – in 14 cases (38.9%). Thus, the application is characterized cortexin significantly higher efficacy in the treatment of ADHD combined type and to the type of disease prevalence inattention.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), cortexin .

Актуальность изучения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) определяется высокой распространенностью данного заболевания и высокой степенью социальной дезадаптации, возникающей на его фоне. Дети и подростки, страдающие СДВГ, отличаются неусидчивостью, отвлекаемостью, гиперактивностью, импульсивностью, низкой успеваемостью, утомляемостью. Средние оценки распространения СДВГ у детей лежат в пределах 4–16% [1, 2, 3].

Исследования Н.Н. Заваденко показывают, что из общего числа обследованных московских школьников признаки СДВГ отмечаются у 8% детей [4]. О.Р. Наговицина и Е.В. Левитина также при обследовании младших школьников Нефтеюганска нашли проявления СДВГ у 8% детей [5]. J. Venkata и A. Panicker (2013) отметили признаки СДВГ у 11 учащихся начальных школ в Индии [6]. СДВГ в 3-4 раза чаще встречается у лиц мужского пола [7, 8]. М. Skounti и соавт. (2010) находят признаки СДВГ у 8% обследованных школьников и лишь у 3,8% школьниц.

СДВГ относят к категории мультифакториальных расстройств развития, при этом, по мнению З. Тржесоглавы (1986), всегда следует иметь в виду возможность воздействия нескольких факторов, влияющих друг на друга [9]. Среди причинных факторов СДВГ в первую очередь выделяют генетические, низкую массу при рождении ребенка, внутриутробную экспозицию алкоголя и других токсических веществ, другие перинатальные факторы. Необходимо подчеркнуть, что в значительной части случаев истинная причина СДВГ остается неустановленной.

Клинические проявления СДВГ определяются тремя основными симптомами: невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью. У детей с СДВГ отмечается недостаток непрерывного (поддерживаемого) внимания, что проявляется в невозможности длительного

выполнения неинтересного задания. Под гиперактивностью у детей с СДВГ обычно понимают повышенную двигательную (моторную) активность. Под импульсивностью понимают невозможность контроля над своими импульсами. Выделяют когнитивную импульсивность (отражающую поспешное мышление) и поведенческую импульсивность (отражающую трудности при подавлении реакций) [10].

Появление основных жалоб при СДВГ относится к младшему школьному возрасту. Возраст похода ребенка в школу совпадает с четвертым возрастным кризисом — кризисом семи лет [11]. Кризис школьной адаптации заключается в утрате ребенком непосредственности, возникновении дифференциации внутренней и внешней жизни. Он в значительной мере обусловлен привнесением в жизнь ребенка интеллектуального начала, смыслового восприятия, формированием самооценки, самолюбия. Позитивным моментом этого кризиса служит возрастание самостоятельности ребенка [12]. Учителя и родители отмечают, что дети чрезвычайно подвижны, беспокойны, не могут усидеть на месте во время урока и выполнения домашних заданий. По данным Н.Н. Заваденко, СДВГ является одной из наиболее частых причин школьной дезадаптации [4, 13].

Согласно DSM-IV выделяют СДВГ с преобладанием гиперактивности (СДВГ-ГИ), СДВГ с преобладанием невнимательности (СДВГ-Н) и комбинированный тип заболевания. Последний тип является наиболее распространенным [14]. Пациенты с СДВГ-Н характеризуются выраженными проявлениями невнимательности и незначительными проявлениями гиперактивности. Показатели импульсивности сохраняются при этом в пределах возрастной нормы. Дети с данным типом заболевания производят впечатление заторможенных, «спящих на ходу». Они

медленнее своих сверстников воспринимают информацию, хуже запоминают. По мнению R. Barkley, такой тип отмечается у 30–50% детей с СДВГ [8]. Пациенты с этим типом СДВГ характеризуются выраженными проявлениями невнимательности и незначительными проявлениями гиперактивности. Показатели импульсивности сохраняются при этом в пределах возрастной нормы.

СДВГ является одной из основных причин нарушения школьной адаптации у детей младшего и среднего школьного возраста. Одним из ведущих механизмов развития нарушений внимания исследователи считают незрелость функции лобных долей головного мозга, вызванную минимальными морфологическими и функциональными изменениями вследствие перинатального поражения ЦНС.

Указанные особенности необходимо учитывать при оказании комплексной медико-психологической помощи для детей с СДВГ-патологией. Данная помощь должна носить этапный характер.

Важным принципом оказания лечебно-реабилитационной помощи детям является ее комплексный характер [15]. Комплексное лечение СДВГ включает в себя психотерапию, рациональную фармакотерапию, а также специальные психофизиологические методики (транскраниальная микрополяризация, биологическая обратная связь). На наш взгляд, широкое применение методик мануальной терапии в лечении СДВГ не имеет анатомо-физиологического обоснования.

Особым моментом в психокоррекции детей является изменение поведения взрослых (родителей и учителей) — замена неадаптивных подходов к своим детям на адаптивные — тренинг родительской компетентности (ТРК) [2, 10]. Необходимо ознакомить родителей с общими принципами воспитания детей с СДВГ — их обучают технике, позволяющей изменять поведение ребенка. Безусловным фактором улучшения является создание позитивной модели отношения к ребенку [16]. Для изменения (модификации) поведения детей используются методы поведенческой психотерапии, основанные на оперантном подходе (оперантном обусловливании). Главным принципом такой терапии является применение вознаграждения (матери-

ального подкрепления) ребенка за требуемое поведение и наказания — за неправильное [2].

В клинической практике для лечения СДВГ активно используется биологическая обратная связь для изменения функционального состояния центральной нервной системы на основе перестроек спектральных характеристик электроэнцефалограмм (ЭЭГ-БОС). Поскольку для ЭЭГ пациентов, страдающих СДВГ, характерно увеличение представленности тета-активности и уменьшение мощности бета-активности, БОС-тренинг обычно направлен на увеличение быстрой активности в диапазоне бета-1-ритма при одновременном подавлении тета-активности [17, 18]. В тех случаях, когда в клинической картине доминирует импульсивность, а также при наличии повышенного уровня тревоги, тиков, головных болей, возможно проведение процедур ЭЭГ-БОС с увеличением альфа-ритма (альфа-тренинг) [14]. Эффективное использование данной методики возможно уже с 8–9-летнего возраста.

Еще одной методикой, используемой для лечения СДВГ, является транскраниальная микрополяризация (ТКМП) — лечебное воздействие постоянного (гальванического) электрического тока небольшой силы на ткани головного мозга. В Институте мозга человека РАН усовершенствован метод ТКМП и разработана методика лечения СДВГ с помощью ТКМП [14]. Оценка состояния после курса ТКМП показала значительное снижение невнимательности (повышение внимания), снижение показателей гиперактивности, менее значительное снижение показателей импульсивности. Данный метод более эффективен для лечения детей дошкольного и младшего школьного возраста.

При использовании ТКМП и ЭЭГ-БОС необходим индивидуальный подбор оптимальных терапевтических режимов для каждого ребенка, в зависимости от клинико-психофизиологических показателей.

В настоящее время при медикаментозном лечении СДВГ в России наиболее часто используются препараты ноотропного ряда. Под ноотропными препаратами понимают лекарственные средства, положительно влияющие на высшие интегративные функции головного мозга, основным проявлением действия которых является улучшение процессов обучения

и памяти при их нарушениях [19]. Общим нейрофизиологическим коррелятом фармакологического действия ноотропов является их «облегчающее» действие на глутаматергическую передачу, усиление и удлинение долговременной потенциации.

К ноотропным препаратам относится и препарат пептидной структуры «Кортексин®», представляющий собой комплекс полипептидов, выделяемый из коры головного мозга телят и свиней не старше 12-месячного возраста методом уксуснокислой экстракции. «Кортексин®» улучшает показатели памяти и обучения в условиях действия амнестических агентов у животных, что свидетельствует о его ноотропной активности [20].

«Кортексин®» оказывает позитивное воздействие на психоэмоциональное состояние, улучшает внимание, память. Применение «Кортексина®» позволяет повысить работоспособность, уменьшить усталость и сонливость в дневное время. «Кортексин®» показал высокую эффективность при лечении черепно-мозговых травм, нарушений мозгового кровообращения, нейроинфекций, астенических состояний и другой неврологической патологии. В детской практике препарат применяется при реабилитации различных форм детского церебрального паралича, последствиях черепно-мозговых травм, задержках психомоторного развития и т.д. [21, 22].

Проведенные нами ранее исследования показали, что после курса «Кортексина®» клиническое улучшение наблюдалось примерно у 72% пациентов с СДВГ. Следует отметить, что эффективность использования «Кортексина®» оказалась выше эффективности использования другого ноотропного препарата — «Пирацетама®» [14]. Эти данные подтверждены объективным снижением невнимательности и снижением времени реакции, которые зарегистрированы с помощью психофизиологического исследования (тест TOVA).

Повторное нейропсихологическое исследование показало существенное улучшение выполнения нейропсихологических проб Озерцкого и пересчет пальцев. Кроме этого, положительная клиническая динамика сопровождалась улучшением электроэнцефалографических показателей.

Целью настоящего исследования являлась

оценка эффективности применения препарата «Кортексин®» в терапии различных типов СДВГ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Врачами-неврологами детских поликлиник нескольких городов РФ проведено анкетирование родителей 200 пациентов с СДВГ в возрасте 7–9 лет.

Критерии включения в исследование:

1. Возраст пациентов от 7 до 9 лет.
2. Соответствие клинических проявлений заболевания диагностическим критериям СДВГ — DSM-IV.

3. Сохранение имевшихся симптомов на протяжении как минимум шести месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптации ребенка.

4. Отсутствие умственной отсталости.

5. Согласие родителей и самого ребенка на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования:

1. Возраст пациентов младше 7 и старше 9 лет.
2. Наличие выраженных очаговых неврологических симптомов.
3. Значительное снижение зрения и слуха.
4. Возникновение клинических проявлений заболевания после черепно-мозговой травмы или нейроинфекции.
5. Наличие в анамнезе повторных эпилептических приступов.

6. Наличие симптомов хронических соматических заболеваний.

7. Умственная отсталость.

8. Применение на протяжении трех месяцев, предшествовавших настоящему исследованию, каких-либо ноотропных и психотропных препаратов (транквилизаторов, антидепрессантов, седативных и психостимулирующих средств).

Оценка степени тяжести заболевания и эффективности терапии производилась с помощью шкалы SNAP-IV, которая представляет собой опросник для родителей, состоящий из 43 вопросов, позволяющих в баллах оценить степень невнимательности, гиперактивности и импульсивности [23]. Данная шкала, название которой состоит из первых букв фамилий авторов (Swanson J., Nolan E., Palham W.), разработана в 1992 году.

При заполнении опросника родители отмечали частоту встречаемости каждого симптома,

используя четыре варианта ответа: «Никогда», «Нечасто», «Довольно часто», «Очень часто», которым присваивались соответственно 0, 1, 2, и 3 балла. На основании ответов родителей вычислялись индексы невнимательности, гиперактивности и импульсивности (на основе среднего арифметического суммы баллов по ответам на все вопросы, относящиеся к категориям невнимательности и гиперактивности/импульсивности, соответственно). Эти индексы затем сравниваются с нормативными данными.

Оценка степени тяжести заболевания с помощью шкалы SNAP-IV проводилась до начала лечения (день 0) и после курса лечения. Родители ребенка оценивали его поведение после окончания лечебного курса на 30-й день (20-й день после окончания лечебного курса). Критерием значительного улучшения являлось уменьшение показателей на 1,0 балл и более. Критерием незначительного улучшения являлось уменьшение показателей менее чем на 1,0 балл.

Для лечения детей использовали «Кортексин®» в виде внутримышечных инъекций в дозе 10 мг, производимый фирмой «Герофарм» (Российская Федерация, Санкт-Петербург). «Кортексин®» выпускается в виде стерильного лиофилизированного порошка во флаконах по 10 мг. Содержимое флакона перед инъекцией растворяли в 2,0 мл 0,5% раствора новокаина или изотонического раствора хлорида натрия. Лечебный курс состоял из 10 инъекций. Другой терапии пациенты из исследуемой группы не получали.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основными жалобами пациентов и/или их родителей были трудности с концентрацией внимания, контролем поведения, проявляющиеся в невозможности на длительное время включаться в какую-либо деятельность.

В таб. 1. представлены значения данных показателей по шкале SNAP-IV и возрастные нормативы.

В соответствии с общепринятой классификацией Американской психиатрической ассоциации DSM-IV, из наблюдаемой группы на основании результатов анализа показателей по шкале SNAP-IV выделены пациенты со следующими типами СДВГ:

1. С преобладанием невнимательности (СДВГ-Н) — 52 человека (26,0%);
2. С преобладанием гиперактивности и импульсивности (СДВГ-ГИ) — 36 человек (18,0%);
3. Комбинированный тип (СДВГ-К) — 112 человек (56,0%).

Таким образом, в исследуемой группе преобладали пациенты с сочетанным типом СДВГ.

При повторном анкетировании (день 30) улучшение отмечается у 156 детей, что составляет 78,0% всех получавших лечение пациентов. Положительная динамика не отмечалась у 44 пациентов (22%). Анализ результатов скринингового исследования показал, что дети стали усидчивее во время занятий в школе и при выполнении домашних заданий, меньше отвлекались во время уроков, быстрее справлялись с заданиями.

Значительное улучшение получено в 96 случаях (48,0%), незначительное улучшение — в 60 случаях — (30,0%). Улучшение отмечено у всех пациентов с преобладанием нарушений внимания (100%), у пациентов с преобладанием гиперактивности и импульсивности — лишь в 14 случаях (38,9%), у пациентов с комбинированным типом заболевания — в 90 случаях (80,4%).

Таким образом, применение «Кортексина®» характеризуется достоверно более высокой эффективностью при лечении СДВГ комбинированного типа и особенно типа заболевания с преобладанием невнимательности.

В 4 случаях (2,0%) регистрировалось незначительное повышение показателей импульсивности после курса лечения. Данные нежелательные эффекты встречались только у детей с преобладанием гиперактивности и импульсивности. Другие побочные эффекты не зарегистрированы.

Таблица 1

Средние значения показателей SNAP-IV в исследуемой группе

Показатель	Среднее значение	Норма (Swanson J., 1992)
Невнимательность	2,46 ± 0,58	менее 2,13
Гиперактивность	2,23 ± 0,42	менее 1,89
Импульсивность	2,18 ± 0,47	менее 1,95

Динамика показателей SNAP-IV до и после курса «Кортексина®»

Показатель	До лечения	После курса «Кортексина®»
Невнимательность	2,46 ± 0,58	0,66 ± 0,23**
Гиперактивность	2,23 ± 0,42	1,60 ± 0,38*
Импульсивность	2,18 ± 0,47	2,11 ± 0,54

Примечание:* — $p < 0,05$ достоверность различий по сравнению с показателем до лечения

** — $p < 0,01$ достоверность различий по сравнению с показателем до лечения

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Результаты проведенного скринингового исследования свидетельствуют о высокой эффективности «Кортексина®» при лечении СДВГ. Наиболее высокие результаты отмечены у детей с комбинированным (наиболее частым) типом заболевания и особенно у детей с преобладанием невнимательности.

Полученные результаты согласуются с нашими данными, свидетельствующими об эффективности «Кортексина®» при лечении СДВГ [14]. Результаты проведенных ранее и настоящего исследования позволяют рекомендовать препарат «Кортексин®» для лечения детей с СДВГ.

ЛИТЕРАТУРА:

- Faraone S.V., Sergeant J., Gillberg C., Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? // World Psychiatry. — 2003. — Vol. 2, N 2. — P. 104-113.
- Brown R.T., Freeman W.S., Perrin J.M., Stein M.T., Amler R.W., Feldman H.M., Pierce K., Wolraich M.L. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings // Pediatrics. — 2004. — Vol. 114, N 2. — P. 511-512
- Keen D., Hadjikhouri I. ADHD in children and adolescents / Clin. Evid (Online). 2011. — Feb. — 4. — PMID:21718557.
- Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте / Учеб. пособие. — М.: Академия, 2005. — 256 с.
- Наговицина О.Р., Левитина Е.В. Комплексное клиничко-нейрофизиологическое изучение синдрома дефицита внимания с гиперактивностью // Материалы Всероссийской конференции с международным участием. — Томск, 12–13 марта, 2003. — С. 141–142.
- Venkata J., Panicker A.S. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in primary school children / Indian J Psychiatry. — 2013. — V. 55(4). — P. 338–342.
- August, G.J. Diagnostic stability of ADHD in a community sample of school-aged children screened for disruptive behavior. / J. Abnorm. Child. Psychol. — 1998. — Vol. 26. — № 5. — P. 345–356.
- Barkley R.A. Attention deficit disorder with hyperactivity: A handbook for diagnosis and treatment. — N.Y., 1998. — 688 p.
- Тржесоголава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. — М.: Медицина, 1986. — 194 с.
- Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология: Нарушения психики ребенка: Пер. с англ. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. — 384 с.
- Выготский Л.С. Вопросы детской (возрастной) психологии // Собр. соч. Т. 6. — М.: Педагогика, 1984. — С. 243–403.
- Пальчик А.Б. Эволюционная неврология. / А.Б. Пальчик. — СПб.: Питер, 2002. — 384 с.
- Заваденко Н.Н. Нарушения формирования устной и письменной речи у детей. Возможности их медикаментозной коррекции // Методическое пособие для врачей. — М.: РКИ Соверо пресс, 2003. — 64 с.
- Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. — СПб.: Хока, 2007. — 136 с.
- Юрьева Р.Г. Научное обоснование организации восстановительного лечения детей с ограниченными возможностями: Автореф. канд. дисс. — СПб., 2007. — 25 с.
- Лютова Е.К., Моница Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. — СПб.: Речь, 2000. — 190 с.
- Lubar J.F. Discourse on the development of EEG diagnostics and biofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disorders //

- Biofeedback Self-Regulation. — 1991. — Vol. 16. — P. 201–203.
18. Serman M.B. Physiological origins and functional correlates of EEG rhythmic activities: implications for self-regulation // Biofeedback Self-Regulation. — 1996. — Vol. 21. — P. 3–33.
19. Харкевич Д.А. Фармакология. — М.: Медицина, 1993. — 544 с.
20. Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Пептидные биорегуляторы: (25-летний опыт экспериментального и клинического изучения). — СПб.: Наука, 1998. — 310 с.
21. Рыжак Г.А., Малинин В.В., Платонова Т.Н. Кортикостероиды и регуляция функций головного мозга. — СПб.: ИКФ «Фолиант», 2003. — 160 с.
22. Платонова Т.Н. Терапевтическая коррекция отдельных последствий приобретенных энцефалопатий у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1998. — 24 с.
23. Swanson J.M. School-based assessments and interventions for ADD students. — Irvine: K.C.

Publishing, 1992. — 184 p.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Леонид Семенович Чутко — профессор, д.м.н., руководитель Центра поведенческой неврологии Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук
Адрес: Г.Санкт-Петербург, ул. академика Павлова, д.9,
Тел. 8 (812)234-13-14
E-mail: chutko5@rambler.ru

Светлана Юрьевна Сурушкина — врач-невролог, к.м.н., научный сотрудник Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук
Адрес: Г.Санкт-Петербург, ул. академика Павлова, д.9,
Тел. 8 (812)234-13-14
E-mail: su.svetlana@mail.ru

Поступила: 10.04.2014

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ: ПРОБЛЕМЫ И ВАРИАНТЫ РЕШЕНИЯ

М.В. Садовски

ФГБОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород

УДК 159.9.019

С 14

SOCIAL ADAPTATION OF PERSONS WITH LIMITED OPPORTUNITIES OF HEALTH: PROBLEMS AND VERSIONS OF THE DECISION

M.V. Sadovski

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Professional Education «Belgorod State National Research University»

РЕЗЮМЕ

В статье рассматривается идея о том, что дети с двигательными нарушениями имеют достаточно большие потенциальные возможности для двигательного и психического развития. На основе экспериментальной работы выявлены методы социально-педагогического сопровождения, способствующего успешной социальной адаптации. Более под-