

дамуына және есту қабілеті бұзылған балалардың жалпы дамуына теріс әсер етеді. Екінші кезекте, нашар еститін балалардың есту қабілетін дамыту бойынша мақсатты жұмыс жеткіліксіз жүргізілгендігіне байланысты.

Арнайы ұйымдастырылған біртұтас оқыту ғана есту қабілеті бұзылған баланың бүтін талдағыштарын белсендіріп, оның сенсорлық кемшіліктерін толықтырып, тұлғаның жағымды қасиеттерін ашып, психикалық реттеу мен тұлғааралық қарым-қатынас саласындағы есту қызметінің бұзылуының жағымсыз салдарын әлсіретіп, жеңе алады [12, 13 б.]

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Обухова, Т.И. Основы дошкольной сурдопедагогике / Мн.: БГПУ, 2011. - 52 б;
2. Королева И.В., Янн П.А. Дети с нарушениями слуха. Книга для родителей и педагогов. — 2013, 24 б.
3. Феклистова С.Н. Основы работы над звуками речи в школе для детей с нарушением слуха. Мн.: БГПУ - 2007, 55 б.
4. Кулакова Е.В., Любимов М.Л. Создание специальных условий для детей с нарушениями слуха в общеобразовательных учреждениях: Методический сборник. – 2012, 56 с.
5. Карпова, Г. А. Основы сурдопедагогике: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Екатеринбург : Издатель Калинина Г.П., - 2008, 354 б.
6. Богданова, Т.Г. Сурдопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений - М.: Академия, 2012. - 203 б.
7. Методика развития слухового восприятия у детей с нарушениями слуха: Учеб. пособие для студ. пед. высш. учеб. заведений / Гуманит. изд. центр ВЛАДОС – 2013, 136 б.
8. Коррекционно-педагогическая работа с детьми до трёх лет с особенностями психофизического развития: пособие для педагогов-дефектологов, Минск – 2013, 24 б.
9. Репина, Т.А. Восприятие звуковысотных различий в зависимости от организации деятельности детей дошкольного возраста. // Развитие восприятия в раннем дошкольном детстве - 2006, 216 б.
10. Феклистова, С.Н., Михайловская Л.В., Обухова Т.И. Методика коррекционно-развивающей работы при нарушении слуха — Минск: БГПУ, 2011. - 35 б.
11. Королевская, Т.К. Развитие слухового восприятия слабослышащих детей в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях II вида - 2014, 56 б.
12. Молодцова И.А., Ярикова С.Г., Сливина Л.П.. Технологии диагностики, коррекции и профилактики нарушений слуха у детей разных возрастных групп /Волгоград, 2013. — 13 б.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ, КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Тебенова К.С., Салимжан Ж.Н.

Карагандинский университет им. академика Е.А. Букетова, Караганда

В существующие определения понятия «реабилитационный потенциал» закладывается разный смысл. Данный термин был предложен в 1973 г. В.П. Беловым и И.Н. Ефимовым По их определению, под реабилитационным потенциалом понимается «комплекс биологических, личностных и социально-средовых факторов, которые составляют основу ресоциализации больного» [1, 13 с].

По М. В. Коробову, реабилитационный потенциал – это возможности больного человека при определенных условиях в содействии реабилитационных служб и общества в целом приводить в действие биологические и социально-психологические резервы мобилизации реституционных, компенсаторных и адаптивных процессов и других механизмов, лежащих в основе восстановления его нарушенного здоровья, трудоспособности, личного статуса и положения в обществе [2].

Роль логопедов в реабилитации пациентов, пострадавших от нарушений мозгового кровообращения, переоценить сложно. И исключать их из процесса никак нельзя. «В связи с развитием науки и технологий реабилитации в мире, и в Казахстане в том числе, реабилитация не может быть нецелостной. Реабилитационный процесс един. И лечебная физкультура, и физиотерапевтические процедуры, и психологическая и нейропсихологическая помощь, и, конечно, медицинская помощь должны осуществляться вместе. Потому что головной мозг не работает отдельно, он работает целостно. При его поражении очень важно помнить, что всё начинается с движения, всё начинается с глубинных отделов головного мозга. Движение, лечебная физкультура являются пусковым механизмом для того, чтобы логопедическая работа шла более эффективно, чтобы восстановление пациента, восстановление его речевой функции, глотание были более эффективны.

Крайне важно, чтобы человек не просто научился говорить со специалистом, коммуникация также должна осуществляться в быту.

Необходимо использовать мультидисциплинарный подход, который обеспечивает кратчайший путь к реабилитации. И речевая функция, в том числе как важная часть функций головного мозга, как высшая психическая функция, которая является „зеркалом“ всех остальных функций, восстанавливалась значительно быстрее, значительно лучше и эффективнее», – говорит специалист.

Реабилитационный потенциал должен рассматриваться на биологическом, личностном и социальном уровне как трехуровневая система:

– *уровень 1-го порядка* – биологический (саногенетический) потенциал – возможности реституции, регенерации или компенсации анатомических, физиологических, функциональных и психических нарушений;

– *уровень 2-го порядка* – личностный (потенциал ресоциализации личности) – возможность восстановления или компенсации проявлений активной жизнедеятельности, т. е. адекватного поведения и ориентации, самообслуживания, передвижения, способности к обучению, общению, трудовой деятельности, рекреации и творчеству;

– *уровень 3-го порядка* – потенциал социальной интеграции (реинтеграции) в общество больного или инвалида – возможности индивидуума к возобновлению привычного для его (ее) пола, возраста, уровня и характера образования, социального положения и личных интересов образа жизни и восстановления доболезненного статуса в обществе, экономической и юридической самостоятельности, вместе и наравне со здоровыми людьми.

При заболеваниях нервной системы оценка уровня реабилитационного потенциала характеризуется следующими показателями [3, с.12, 4, с.277, 5, с.121]:

– *высокий уровень* – незначительные нарушения функций нервной системы (статодинамические, сенсорные, вегетативно-сосудистые, гипертензионно-ликворные и др.), течение заболеваний – стационарное, регрессирующее, рецидивирующее с редкими (с интервалом более года) и недлительными обострениями (10–15 дней); статодинамические функции верхних конечностей свидетельствуют о сохранности основной функции схвата и удержания предметов с возможностью выполнения различных видов захвата, нижних конечностей – о возможности самостоятельного передвижения; исследование координационных возможностей с изучением функционального состояния вестибулярного аппарата (вращательная, калорическая пробы), биомеханики ходьбы (темп ходьбы, длительность двойного шага, коэффициент ритмичности ходьбы и др.) указывают на сохранность самостоятельного передвижения;

– *средний уровень* – умеренные нарушения статодинамической, сенсорной и других функций нервной системы; рецидивирующее течение с обострениями средней частоты (1–2 раза в год) продолжительностью 1–2 мес., медленно прогрессирующее течение; статодинамические функции верхних конечностей – сохранность функции схвата и

удержания предметов при затруднении схвата мелких предметов, нижних конечностей – возможность самостоятельного передвижения при использовании дополнительных средств опоры при ходьбе; исследование координационных возможностей с изучением функционального состояния вестибулярного аппарата (вращательная, калорическая пробы), биомеханики ходьбы (темп ходьбы, длительность двойного шага, коэффициент ритмичности ходьбы и др.) указывают на сохранность самостоятельного передвижения с использованием дополнительной опоры при ходьбе.

– *низкий уровень* – выраженные или значительно выраженные нарушения статодинамической, сенсорной и других функций нервной системы; рецидивирующее течение с частыми обострениями (3– 4 раза в год и более), быстро прогрессирующее течение с нарастанием степени выраженности нарушений функций нервной системы; статодинамические функции верхних конечностей – сохранность функций схвата крупных предметов, но без длительного и прочного их удержания, либо невозможность схвата и удержания крупных и мелких предметов, иногда доступно поддержание, прижатие предмета, нижних конечностей – возможность самостоятельного передвижения при использовании дополнительных средств опоры при ходьбе, либо невозможность передвижения при значительно выраженном парезе или параличе; исследование координационных возможностей с изучением функционального состояния вестибулярного аппарата (вращательная, калорическая пробы), биомеханики ходьбы (темп ходьбы, длительность двойного шага, коэффициент ритмичности ходьбы и др.) указывают на возможность самостоятельного передвижения с использованием вспомогательных средств с опорой на костыли или невозможность самостоятельного передвижения при значительно выраженном парезе или параличе нижних конечностей, выраженных вестибулярных нарушениях.

Очень важно правильно выбрать индивидуальную программу для реабилитации. При этом речь идет и о нарушениях психофизического развития, в том числе и о расстройствах речи, при которых уровень реабилитационного потенциала играет очень важную роль в восстановительной работе. Восстановление речевых и вербальных функций, как одна из задач - составление индивидуальной программы восстановительного обучения, проведение коррекционных занятий, закрепление навыков пациентами.

. Очень важно помнить о том, что все начинается, с диагностики. Необходимо проводить полноценную логопедическую диагностику, выявление нарушения глотания на раннем этапе и остаточные явления нарушенного глотания, которые пациент может не замечать. Необходимо тщательное и глубокое, комплексное обследование, при сборе анамнеза выясняется, что пациент поперхнулся пищей жидкой консистенции, но не обращает на это внимания.

В работе с пациентами чаще всего практикуют варианты альтернативной коммуникации. Так, применяется специальная коммуникационная система, которая создает возможность сетевого общения людей, не имеющих сегодня возможности говорить и двигаться, людей с такими диагнозами, как Церебральный паралич (ЦП), боковой амиотрофический склероз (БАС), инсульт, рассеянный склероз, и различные перенесенными нейротравмами (черепно-мозговыми травмами, спинальными травмами и другими) с родными, медицинским персоналом, друзьями и всем миром. Основывается такая система на наличии гарнитуры, датчиков, снимающих ЭЭГ, а также блоке передачи информации.

Пациенты, находящиеся на реабилитационном лечении после нарушений мозгового кровообращения могут иметь разные речевые расстройства. Чаще всего, как афазия – системный распад речевой функции и дизартрия – нарушение иннервации артикуляционного аппарата [6, с.10, 7, с.25]. Чаще всего это пациенты, которые нуждаются в улучшении возможности речевой коммуникации.

Работа с тяжелыми пациентами является из сложных разделов восстановительной медицины. «Тяжелые пациенты – это те люди, которые не могли контактировать, у которых было нарушенное сознание и которые не могут выполнять простые инструкции. Это

пациенты, у которых были большие проблемы с поражением тканей головного мозга. И это пациенты, которые находились в длительной коме», – с ними проводятся долгая реабилитация.

При этом стоит понимать, что каждый человек индивидуален в своем реабилитационном потенциале. Этот потенциал можно оценить, только начав реабилитационный процесс. У каждого человека есть свой набор качеств, это называется преморбид – то, чем человек владел до случившегося. И в зависимости от своего уровня и навыков, которые он приобрел процесс восстановления у каждого человека происходит индивидуально. У каждого человека разная профессия. Они используют различную лексику. И каждый работает руками или головой, занимается физическим трудом или умственным, и очень важно понимать, что человек умел раньше.

Реабилитационный потенциал инвалидов выступает как интегральная характеристика их реабилитационных возможностей, отражающая диалектическое единство интернальных и экстернальных начал, т.е. имеющегося у инвалидов внутреннего ресурса реабилитации и средовых условий жизнедеятельности инвалидов [8, с.20, 9, с.64].

Рассмотрим коммуникационный комплекс, на основе интерфейса “мозг – компьютер”, неинвазивный для пациентов с тяжелыми нарушениями речи и движений. Это пациенты, у которых есть тяжелые речевые нарушения в виде дизартрии, анартрии, то есть отсутствует речевая функция из-за нарушения иннервации артикуляционного аппарата. Такие пациенты не могут правильно дышать, не могут правильно говорить, у которых меняется голос, появляется достаточно дискомфортное состояние гиперсаливации, когда слюноотделение повышено и они не могут это контролировать. Также это пациенты, которые не могут пользоваться речью, но при этом умственная функция речи, то есть интеллектуальные возможности сохранена, но нет речевой продукции. Для таких пациентов создается специальный комплекс, который может быть использован для осуществления коммуникации с пациентами в домашних условиях. Это создает людям возможности и условия, чтобы они могли общаться в социальных сетях, могли вернуть свою социальную жизнь не выходя из дома. Применение альтернативной коммуникации, показывает, что на определенных этапах работы с этой системой у пациента происходит тренировка внимания, улучшается концентрация внимания, совершенствуются когнитивные возможности.

Одним из приоритетных методов реабилитации после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), является биологическая обратная связь (БОС) - технология, включающая в себя комплекс исследовательских, немедицинских, физиологических, профилактических и лечебных процедур, в ходе которых человеку посредством внешней цепи обратной связи, организованной преимущественно с помощью микропроцессорной или компьютерной техники, предъявляется информация о состоянии и изменении тех или иных собственных физиологических процессов.

Используются зрительные, слуховые, тактильные и другие сигналы-стимулы, что позволяет развить навыки саморегуляции за счёт тренировки и повышения лабильности регуляторных механизмов.

БОС-процедура заключается в непрерывном мониторинге в режиме реального времени определённых физиологических показателей и сознательном управлении ими с помощью мультимедийных, игровых и других приёмов в заданной области значений. Другими словами, БОС-интерфейс представляет для человека своего рода «физиологическое зеркало», в котором отражаются его внутренние процессы. Научившись с помощью БОС-метода произвольно расслаблять мышцы, пациент, у которого присутствует так или иначе проявляющийся страх, психическое возбуждение, учится преодолевать их, поскольку страх, возбуждение и мышечное напряжение связаны друг с другом [10, с.27].

Использование данных методик в коррекционно-развивающей работе позволяет:

- Улучшить общее звучание речи
- Значительно устранить тревожные и невротические состояния;
- Устранить речевую неуверенность;

- Улучшить показатели нарушенных речевых функций;
- Сократить частоту нарушений темпоритмической организации речи, обусловленной судорожным состоянием мышц речевого аппарата;
- Расширить активный и пассивный словарь.

Таким образом, положительные результаты коррекционной работы практически подтверждают продуктивность применения метода биологической обратной связи в коррекционно-логопедической работе с людьми, имеющими тяжелые нарушения речи. Занятия с детьми проводятся по индивидуальному плану. Каждый сеанс биоуправления продолжается (от 5 мин. в начале курса – до 20 мин). Продолжительность цикла составляет 30-32 занятия в зависимости от серьезности нарушения.

Резюмируя вышесказанное, следует отметить, логопедическая коррекция нарушений речи после нарушения кровообращения в раннем и позднем восстановительном периоде, является одной из актуальных задач в комплексной реабилитации и социализации пациентов. Объективная оценка реабилитационного потенциала может быть отправной точкой для успешного восстановления потерянных функций. Индивидуализация подхода к лечению коррекции пациента и динамический контроль за его функциональным статусом, даст положительные результаты в большинстве случаев.

Роль логопеда в мультидисциплинарной команде реабилитации неоспоримо важна, особенно в плане восстановления социализации и коммуникативных интеграции пациента.

Список использованной литературы

- 1 Александр Романов Медицинская реабилитация: нормативно-правовое и организационное обеспечение. – Изд-во: Litres, 2018 – 106 с.
- 2 Теоритические основы социально-медицинской реабилитации различных групп населения: учебно методическое пособие. [Электронный ресурс]: - Режим доступа: http://window.edu.ru/catalog/pdf2txt/868/40868/18173?p_page=2 (дата обращения 02.01.2022).
- 3 Лаврова, Д. И. Оценка содержания и уровня реабилитационного потенциала при различных заболеваниях. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. № 93. С. 10-14.
- 4 А. И. Осадчих, С. Н. Пузин, Д. И. Лаврова Основы медико-социальной экспертизы. – М.: Медицина, 2005. – С.448.
- 5 Реабилитационный потенциал и его оценка при заболеваниях нервной системы. [Электронный ресурс]: - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/reabilitatsionnyu-potentsial-i-ego-otsenka-pri-zabolevaniyah-nervnoy-sistemy/viewer> (дата обращения 02.01.2022).
- 6 Шохор-Троцкая (Бурлакова) М. К Речь и афазия. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001.-416 с.
- 7 Карелина И.Б. Новые направления в коррекции минимальных дизартрических расстройств // Дефектология. — 2000. № 1. С. 24 — 26.
- 8 Андреева, О. С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000. № 4. С. 20-26.
- 9 Гольдблат, Ю. В. Медико-социальная реабилитация в неврологии. – СПб.: Политехника, 2006.- 607с.
10. Вовк О.Н., Павлова Л.Н., Теречева М.Н., Черемных Н.И. Учебно- методическое пособие по применению логотерапевтического компьютерного комплекса для коррекции речи методом БОС. –Изд-во НОУ «Институт биологической обратной связи», СПб, 2004.- 42 с.