

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ**

ИНОЯТОВА Ф.И., ШАМАНСУРОВ Ш.Ш., УСМАНОВА С.Б.

**СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
У ДЕТЕЙ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ**

(методические рекомендации)

Ташкент – 2024

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ**

«СОГЛАСОВАНО»

Заместитель директора
по науке, д.м.н.

Н.Х. Мирсалихова

« 7 » 03 2024 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Председатель Координационного
Экспертного Совета, д.м.н.

З.Е. Умарназарова

« 7 » 03 2024 г.

ИНОЯТОВА Ф.И., ШАМАНСУРОВ Ш.Ш., УСМАНОВА С.Б.

**СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
У ДЕТЕЙ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ**

(методические рекомендации)



МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ МЗ РУз

Иноятова Ф.И., Шамансуров Ш.Ш., Усманова С.Б. Способ диагностики психосоматических нарушений у детей с сенсоневральной тугоухостью: Методические рекомендации. – Ташкент: ООО «Tibbiyot nashriyoti matbaa uyi», 2024. – 42 с.

Аннотация. Методическая рекомендация посвящена вопросам оценки психического и психомоторного развития у детей с сенсоневральной тугоухостью различной степени тяжести в рамках подготовки к кохлеарной имплантации. Нарушение слуха в раннем детском возрасте представляет собой серьёзную медико-социальную проблему, связанную с рисками отставания в речевом, когнитивном и социальном развитии ребёнка.

В представленных рекомендациях обоснована целесообразность применения шкалы психомоторного развития Бэйли как эффективного инструмента для оценки комплексного развития детей младшего возраста. Отмечена важность раннего выявления задержки развития, когда компенсаторные возможности организма находятся на высоком уровне, что способствует своевременному началу коррекционно-реабилитационных мероприятий и повышению эффективности кохлеарной имплантации.

Настоящие методические рекомендации предназначены для врачей-педиатров, детских неврологов, сурдологов, а также магистрантов и клинических ординаторов, специализирующихся в области детской оториноларингологии, неврологии и реабилитационной медицины.

REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL MEDICAL CENTER OF PEDIATRICS MH RUz

Inoyatova F.I., Shamansurov Sh.Sh., Usmanova S.B. Method for Diagnosing Psychosomatic Disorders in Children with Sensorineural Hearing Loss: Methodological Recommendations. – Tashkent: LLC “Tibbiyot nashriyoti matbaa uyi”, 2024. – 42 pages.

Annotation. These methodological recommendations are dedicated to the assessment of mental and psychomotor development in children with varying degrees of sensorineural hearing loss as part of the preparation for cochlear implantation. Hearing impairment in early childhood presents a serious medical and social issue due to the risks of delays in speech, cognitive, and social development.

The recommendations justify the use of the Bayley Scales of Infant and Toddler Development as an effective tool for evaluating the overall development of young children. The importance of early detection of developmental delays—when the body's compensatory capacities are still high—is emphasized, as it enables timely initiation of corrective and rehabilitative interventions and enhances the effectiveness of cochlear implantation.

These methodological guidelines are intended for pediatricians, pediatric neurologists, audiologists, as well as master's students and clinical residents specializing in pediatric otorhinolaryngology, neurology, and rehabilitation medicine.

© Иноятова Ф. И., Шамансуров Ш.Ш., Усманова С.Б.

© ООО «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» - 2024

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в детской психологии, специальной педагогике сформировалась общая проблема, занимающая центральное положение, – психоречевое развитие детей с выраженным снижением слуха. Около 3 детей из 1000 рождаются с глубокой степенью сенсоневральной тугоухости.

Комплексное сочетание снижения слуха и задержки психического развития имеют широкое распространение и находится в пяти лидирующих причинах патологического развития. В детском возрасте очень часто встречаются соматические нарушения усугубляющие дальнейшее общее развитие ребёнка, в том числе имеющие психосоматическую природу. Сложно отследить психогенные причины соматических нарушений у детей и нарушения психического развития, которые являются основным фактором снижения стрессоустойчивости и риска развития психосоматических нарушений усугубляя дальнейшее общее развитие ребёнка.

У детей с сенсоневральной тугоухостью выявляются различные нарушения психического, соматического статуса, различные изменения других органов и систем, в частности психосоматического статуса. В связи с этим нами поставлена цель: определить критерии психосоматического статуса у детей с сенсоневральной тугоухостью.

Нарушения, которые влияют на отбор пациентов на операцию кохлеарной имплантации. Следовательно, определение уровня психического развития детей с сенсоневральной тугоухостью при отборе на кохлеарную имплантацию является весьма актуальной.

Мы для всех детей индивидуально проводим психосоматические тесты. Практической медицине для этой цели- определения уровня психического развития необходимы инструменты – определённые удобные шкалы, по которым чётко можно выявлять и определять уровень развития. Шкала Бэйли может служить таким необходимым, удобным инструментом.

Целью методической рекомендации является информирование врачей (педиатров, психиатров, психологов, неврологов, оториноларингологов,

врачей общей практики) о возможностях использования шкалы Бэйли для определения уровня психического развития детей - основного залога дальнейшего общего развития, включая риски развития дополнительных психосоматических нарушений.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Материалом исследования служили результаты обследований 2550 детей с сенсоневральной тугоухостью в возрасте от 0 до 5 лет (средний возраст $3,4 \pm 1,8$ года) и результаты анкетирования их родителей. Обследование проводилось в РСНПМЦП в отделении врожденных и приобретенных ЛОР-заболеваний.

Были обследованы 1081 девочек (42,4 %) и 1469 мальчиков (57,6%).

Возрастное и гендерное распределение исследованных детей с СНТ по обращаемости, %



Анализ возраста исследуемых больных проводили по общепринятой схеме периодизации биологического возраста детей и взрослых принятой в медицине и закреплённой ВОЗ (выпуск №3 от 2017г.), результаты показали, что детей до 1 года было 17,2%, детей от 1 до 3 лет было больше всего – 49,8%, а детей от 3 до 5 лет 33,0%. Исследование уровня нарушения слуха показал, что большинство больных были с СНТ 3 и 4 степени, 906 (36%) и 1612 (63%) соответственно. И менее всего СНТ I степени – 5 больных (0,2 %).

Нами были определены следующие критерии исследования:

- возраст 0 месяцев – 5 лет;
- установленный диагноз сенсоневральной тугоухости;
- согласие родителей или опекунов больных детей на проведение исследований.

Методы исследования. Оценка больных проводилась по следующим параметрам:

- общеклинические исследования (жалобы, сбор анамнеза);
- комплексные аудиологические исследования с консультацией аудиолога (определение уровня, формы и степени нарушения слуха);
- исследование психосоматического статуса.

Кроме того, всем пациентам выполнены гемограмма, урограмма, коагулограмма, биохимический анализ крови для определения других состояний, которые могли бы повлиять на течение основного заболевания.

Общеклинические исследования. Нами были тщательно изучены жалобы родителей и наличие сопутствующих заболеваний со стороны других органов и систем в течение всей жизни ребенка. С целью качественно-количественного анализа в возрастном аспекте предъявляемых жалоб, при сборе данных, мы пользовались ВАШ (Визуально Аналоговая Шкала) для определения в количественной форме интенсивности/выраженности предъявляемой жалобы и других особенностей состояния ребёнка родителями (рис.1). При записи каждой жалобы, предъявляемой родителями, предлагалась данная линейка, с её помощью просили родителя определить /оценить на их взгляд, на сколько интенсивно выражена данная жалоба.

При изучении анамнеза обращали внимание на наследственный фактор (наличие родственников, имеющих патологию слуха, психической и неврологической сфер, родственный брак – степень родства родителей, бабушек и дедушек), выявление пре-, нео- и постнатальных неблагоприятных факторов беременности и родов.



Рисунок 1. Визуально аналоговая шкала для определения интенсивности выраженности предъявляемых жалоб

При записи каждой жалобы, предъявляемой родителями, предлагалась данная линейка, с её помощью просили родителя определить /оценить на их взгляд, на сколько интенсивно выражена данная жалоба.

При изучении анамнеза обращали внимание на наследственный фактор (наличие родственников, имеющих патологию слуха, психической и неврологической сфер, родственный брак – степень родства родителей, бабушек и дедушек), выявление пре-, нео- и постнатальных неблагоприятных факторов беременности и родов. Также нами обращалось внимание на период проявления жалоб со стороны психомоторного статуса (с рождения или их появление было связано с болезнью, вакцинацией или иными факторами).

Нами были изучены карты больного с консультацией узких специалистов для определения наличия или отсутствия хронического соматического заболевания.

Комплексные аудиологические исследования проведены специалистами аудиологами и включали исследования:

- тимпанометрия, акустический рефлекс (АР);

- регистрация двух классов ото акустической эмиссии: задержанной вызванной ото акустической эмиссии (ЗВОАЭ) и эмиссии на частоте продукта искажения (ПИОАЭ); - записью электрической активности коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП).

Степень снижения слуха у пациентов определяли по классификации, принятой в сурдологии (таб.1).

Таблица 1.

Международная классификация тугоухости (по ВОЗ, 1997 г.)

Степень снижения слуха	Дб
I степень	26-40
II степень	41-55
III степень	56-70
IV степень	71-90
Глухота	>90

Метод импедансной аудиометрии применяется для объективной оценки функционального состояния звукопроводящего и звуковоспринимающего отделов слуховой системы для исключения кондуктивного компонента тугоухости. Кроме того, осуществляют ипси- и контралатеральную регистрацию акустического рефлекса. Оценивают наличие акустического рефлекса и его пороги при ипси- и контралатеральной стимуляции. Акустическая импедансометрия позволяет исключить патологию среднего уха и системы звукопроведения, а при наличии акустических рефлексов – получить дополнительную информацию о состоянии слуховой функции. Постановка диагноза проводилась на основании анализа параметров тимпанограммы: расположения пика максимальной подвижности, ее значений, формы тимпанограммы. В соответствии с классификацией Jerger (1971) выделяют 5 типов тимпанограмм: - тип А, тип As, тип Ad, тип В, тип С, тип D, - тип Е.

Регистрация двух классов отоакустической эмиссии: задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) и эмиссии на частоте продукта искажения (ПИОАЭ) проведена на аппарате Нейро-аудио (компьютерный комплекс) (Нейрософт, Иваново, РФ) для определения порогов восприятия звуков. Регистрация ОАЭ возможна в условии нормального или близкого к норме функционального состояния рецепторного аппарата внутреннего уха и сохранности звукопроводящей системы. ОАЭ не регистрируется если пороги слышимости превышают 25-30 дБ в частотном диапазоне 1-4кГц, что может быть обусловлено не только НСТ, но и кондуктивной тугоухостью. Запись ОАЭ имеет свои особенности: очень высока зависимость записи ОАЭ от состояния среднего уха и наружного слухового прохода (отрицательное давление в барабанной полости, послеродовых масс в наружном слуховом проходе и т.д.), что приводит к ложноотрицательным результатам.

Регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) проводилась с использованием системы Нейро-аудио (компьютерный комплекс) (Нейрософт, Иваново, РФ). Исследование проводили в состоянии естественного или медикаментозного сна детей с использованием высокой частоты модуляции стимула (от 70 до 100 Гц). Слуховую функцию оценивали по пороговым и амплитудно-временным характеристикам V пика КСВП (с построением функций «Латентный период пика/интенсивность» и «амплитуда пика/ интенсивность»). При проведении диагностики слуха у новорожденных и детей младшего возраста используются широкополосные щелчки с фиксированным уровнем 30 дБ. При нормальном ответе на звуковой раздражитель присутствует ответ в виде V-пиков. Отсутствие ответа при стимуляции щелчком на уровне 90 дБ свидетельствует о глубокой/тяжелой тугоухости или грубых нарушениях в работе центральных отделов слухового анализатора. С помощью КСВП устанавливаются формы нарушения слуха, степень нарушения слуха, состояние развития слуха и речи с наличием или без слухокорректирующих средств.

Исследование психосоматического статуса.

1. Шкала развития Бэйли.
2. Тест Люшера
3. Рисуночный тест
4. Тест родительского отношения – адаптированный опросник родительского отношения к ребенку с нарушением слуха (А.Я. Варги, В.В. Столина).

Шкала развития Бэйли- использовалась для оценки психомоторного развития - (Bayley Scales of Infant and Toddler Development), которая широко признана в качестве «золотого стандарта» для оценки комплексного развития детей в возрасте от 16 дней до 3,5 лет. Данную методику характеризуют строгие требования к следованию указаниям ее авторов, а также к условиям, в которых она проводится. Для детей младше 15 месяцев, процедура занимает 25-35 минут. Детей старше 15 месяцев тестировали до 60 минут. Следует, однако, помнить, что способность поддерживать внимание у детей значительно различается. Родители могли угощать ребенка во время перерыва, но полноценного кормления не проводили, так как после кормления ребенок становится вялым и медлительным, что могло повлиять на результаты исследования.

Данная шкала включает в себе отдельно три составляющие: ИПР (индекс психического развития), ИПМР (индекс психомоторного развития) и шкала поведения. Для определения ИПР и ИПМР проводятся ряд заданий теста Бэйли, которые варьируются в зависимости от возраста ребенка (Приложение 1)..

При исследовании недоношенных детей возраст определялся с поправкой на недоношенность. Выделили 22 групп заданий в зависимости от возраста. В каждом из них отмечено, какое задание должно быть первым и последним из перечня заданий отдельно определённых для оценки психомоторного развития. Задания подобраны таким образом чтобы унифицировать тестирование детей. При исследовании мы придерживались правила верхних и нижних пределов, чтобы получить достоверную

информацию о развитии ребенка. Так как группы заданий перекрываются, чтобы выполнить новую группу заданий полностью необходимо выполнить 5-10 дополнительных заданий в тесте психического развития и 4-8 заданий в тесте двигательного развития. Тестирование продолжается до тех пор, пока испытуемый не справится с достаточным количеством заданий или не совершит достаточного количества ошибок, чтобы удовлетворить критерии правила верхних и нижних пределов. Если в шкале психического развития ребенок справился меньше, чем с 5 заданиями, предложенной ему группы заданий, то предлагаются задания из предыдущей (меньшей по сложности) группы, после чего возможен переход на одну группу заданий, так до тех пор, пока ребенок не справится минимально с 5 заданиями в группе. Соответственно, если ребенок справился со всеми заданиями, предложенной ему группы, или допустил 2 ошибки, то ему предлагают задания следующей (более сложной) группы. Далее переходы к последующим группам заданий, пока ребенок не совершит минимально 3 ошибки в данной группе заданий. Грубый подсчет результатов в шкалах психического и моторного развития теста Бэйли выполняется суммированием количества тестов, с которыми ребенок справился, с общим количеством тестов в предшествующих группах.

Интерпретация результатов теста Бэйли начинается с вычисления индекса психического развития (ИПР) и индекса психомоторного развития (ИПМР). Для каждой возрастной группы средний показатель ИПР и ИПМР составляет 100, при стандартном отклонении (SD) – 15. Счет 100, полученный в любой из шкал указывает на то, что развитие ребенка, данного соответствует норме. Счет 85 или 115 соответствуют 1 SD ниже или выше среднего. Счет 70 или 130 означает 2 SD от среднего уровня. По определению в нормальной выборке две трети детей набирает от 85 до 115, результаты 95% распределяются между 70 и 130, показатели практически всех детей укладываются в пределах от 55 до 145 (3 SD).

Для интерпретации результатов тестирования предложены следующая терминологии (таб.2):

Таблица 2

**Классификация Индекса психического развития и Индекса
психомоторного развития**

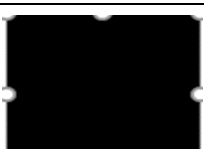
ИПР или ИПМР	Классификация	Распределение в теоретической стандартной модели %	Показатель в стандартной выборке %	
			Психическая шкала	Моторная шкала
115 и выше	Опережающее развитие	16,0	14,8	16,5
85-114	В пределах нормы	68,0	72,6	68,7
70-84	Отставание развития	13,5	11,1	12,5
69 и ниже	Значительное отставание развития	2,5	1,5	2,3

Исчерпывающее заключение по тестированию основывался на всех возможных источниках информации: числовых результатах тестирования, оценке поведения ребенка в ситуации тестирования со стороны специалиста, данных о поведении ребенка в различной обстановке (со слов родителей), сведениях из истории болезни.

Исследования эмоционального состояния по тесту Люшера. Цветовая методика теста Люшера позволяет определить уровень комфортности ребенка в различных местах его времяпровождения (дом, сад, школа) и выявить его возможное депрессивное состояние. Тест Люшера подходит для детей от 3-х лет.

Методика проведения: специалист предлагает ребенку выбирать по очереди цветные карточки (можно использовать мячики, кубики и т.д.) из 8 разноцветных карточек. Для получения достоверных результатов целесообразно использовать стандартные наборы карточек. Номера цветов,

представленные в методическом руководстве, записываются. Нами подобраны следующие номера цветов:

Цвет	Название цвета	Номер цвета
	серый	0
	темно-синий	1
	Зеленый	2
	оранжево-красный	3
	Желтый	4
	фиолетовый	5
	коричневый	6
	Черный	7

Цветовые карточки предъявляются испытуемому на белом фоне и раскладываются в случайном порядке на примерно равном расстоянии друг от друга и жестом предлагается взять карточки в произвольном порядке. Выбор

карточек повторяются до тех пор, пока перед испытуемым не останется одна последняя карточка. При этом ребенок сначала выбирает понравившиеся ему цвета, которые и характеризуют его эмоциональное состояние. На основе записей строится индивидуальная характеристика ребенка и даются рекомендации по способам, позволяющим избежать стресс и его симптомы. Все выборы испытуемого записываются.

Оценка результатов по баллам:

1 балл – черный и серый в начале ряда; ребенок отказывается от выполнения. Ребенок находится в кризисном состоянии, требуется помощь специалистов (психолога, психотерапевта).

2 балла – смещение черного в середину ряда. Синий желтый, фиолетовый – на последних позициях. Эмоциональное состояние ребенка неудовлетворительное – требуется помощь психолога, педагога.

3 балла – допускаются красный и зеленый цвета на первых позициях. Смещение серого и коричневого в середину ряда. Удовлетворительное эмоциональное состояние.

4 балла – в начале ряда синий, желтый, фиолетовый цвета. Черный, серый, коричневый – в конце ряда. Благоприятное эмоциональное состояние.

Исследования эмоционального состояния детей по рисуночному тесту: рисуночный тест проводился с 3-х лет. При проведении рисуночного теста необходимо всегда помнить, что это косвенный метод исследования, который относится к проективной категории. Рисуя, ребенок бессознательно показывает то, что он действительно чувствует. Внимательно наблюдая за рисующим ребенком, мы становимся ближе с ним и можем получить дополнительную информацию о нем. Главное, до рисуночного теста, беседуя с родителями и наблюдая за ребенком в ходе выполнения простых заданий, узнать об особенностях характера и поведения ребенка. Для лучшего результата теста имеет значение положительный контакт с ребенком, что даст возможность получить более достоверные результаты.

Оценка: здоровый уверенный ребенок использует все пространство листа. Большая часть детей с I степенью тугоухости рисуют как здоровые дети, так как проявлений заболевания как таковых нет, родители не предъявляют никаких жалоб. В редких случаях ребенок может рисовать с края, мелкие детали - это признаки неуверенности. Дети с II степенью тугоухости проявляют свои эмоции, мы видим некоторую радость, они рисуют с удовольствием, однако имеется частое стирание ластиком, иногда раздражение, что рисунок не получается, что свидетельствует о мыслительных проявлениях, при этом в рисунке проявляются назойливое повторение одних и тех же штрихов. Следует отметить, что дети с легкой степенью тугоухости в свои рисунках используют более яркие и светлые тона карандашей, их рисунки более красочные, чем у детей с тяжелой степенью тугоухости. При III-IV степени тугоухости дети с остаточным слухом и дети со слуховым аппаратом начинают рисовать нехотя или быстро стараются заполнить хоть как-то весь лист, не оставляя даже с края пустого места. Это чувство беспокойства. Страх перед пустотами говорит о «бедной» чувственной жизни ребенка. Отмечается, что чаще дети с тяжелой степенью тугоухости рисуют человечков без ушей и рта, что отождествляет их невозможность слышать и говорить. Также можно отметить, что эти дети выбирают более темные цвета во время рисования, что говорит о более депрессивном состоянии ребенка.

Однако, при анализе результатов тестов следует учитывать, что отношения в семье являются наиболее важными и значимыми для психологического состояния ребенка, особенно раннего возраста. Нарушение семейных отношений, частые скандалы родителей играют ведущую роль в формировании патогенных ситуаций и психологических нарушений. Психологические травмы семейной этиологии могут быть единичными, повторными, короткими и длительными. В нашей группе исследуемых, даже единичные, короткие психотравмирующие ситуации сильно влияли на ребенка с нарушениями слуха. При беседах с родителями мы старались

помочь, научить, повысить способность семьи организовать эмоционально щадящие отношения в семье ребенка с тугоухостью.

Исследование родительского отношения – адаптированный опросник родительского отношения к ребенку с нарушением слуха (А.Я. Варги, В.В. Столина).

Структура опросника - опросник состоит из 5 шкал:

«принятие-отвержение» - шкала отражает интегральное эмоциональное отношение к ребенку. Содержание одного полюса шкалы (8,16, 18): родителю нравится ребенок таким, какой он есть. Родитель уважает индивидуальность ребенка, симпатизирует ему. Родитель стремится проводить много времени вместе с ребенком, одобряет его интересы и планы. На другом полюсе шкалы; родитель воспринимает своего ребенка плохим, неприспособленным, неудачливым (3,6,9,10,11,13,23,24,25,26,30). Ему кажется, что ребенок не добьется успеха в жизни из-за низких способностей, небольшого ума, дурных склонностей. По большей части родитель испытывает к ребенку злость, досаду, раздражение, обиду. Он не доверяет ребенку и не уважает его;

«кооперация» – социально желательный образ родительского отношения. Содержательно эта шкала раскрывается так: родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается во всем помочь ребенку, сочувствует ему. Родитель высоко оценивает интеллектуальные и творческие способности ребенка, испытывает чувство гордости за него. Он поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, старается быть с ним на равных. Родитель доверяет ребенку, старается встать на его точку зрения и спорных вопросах;

«контроль/авторитарная гиперсоциализация» – отражает форму и направление контроля за поведением ребенка. При высоком балле по этой шкале в родительском отношении данного родителя отчетливо просматривается авторитаризм. Родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины. Он старается навязать ребенку во всем свою волю, не в состоянии встать на его точку зрения. За проявления своеволия ребенка

сурово наказывают. Родитель пристально следит за социальными достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями, привычками, мыслями, чувствами;

«инфантилизация/маленький неудачник»—отражает особенности восприятия и понимания ребенка родителем. При высоких значениях по этой шкале в родительском отношении данного родителя имеются стремления инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность. Родитель видит ребенка младшим по сравнению с реальным возрастом. Интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся родителю детскими, несерьезными. Ребенок представляется не приспособленным, не успешным, открытым для дурных влияний. Родитель не доверяет своему ребенку, досадует на его неуспешность и неумелость. В связи с этим родитель старается оградить ребенка от трудностей жизни и строго контролировать его действия. Следует учитывать, что дети с особенностями нарушения здоровья в силу ограничений, детерминированных их нарушениями, действительно нуждаются в повышенном внимании со стороны родителя, которое в обычной семье может быть интерпретировано как чрезмерная опека или контроль. Поэтому требуется анализ того, что такое контроль в данной ситуации, когда он становится чрезмерным, а когда, наоборот, то, что можно считать демократичным и либеральным отношением между родителями и детьми в обычной ситуации, становится недопустимым для детей данной категории;

шкала «симбиоз» - является отрицательной характеристикой детско-родительских отношений и сопровождается гиперопекой относительно здоровой группы детей. В адаптированном варианте предполагается, что симбиоз между родителем и ребенком с нарушениями в развитии может выступать как позитивная характеристика. В случае особых детей наличие тесной связи в диаде «родитель—ребенок» может служить показателем вовлеченности родителя, стремления понять и реализовать витальные

потребности ребенка в противоположность эмоциональной отстраненности, холодности в отношениях с ребенком.

Для заполнения опросника родителям предлагаются ряд вопросов, на которые им просто нужно ответить: согласны ли они с данным утверждением или нет (приложении №1).

Интерпретация результатов: За каждый ответ типа «да» испытуемый получает 1 балл, а за каждый ответ типа «нет» – 0 баллов. Высокие баллы свидетельствуют о значительной развитости указанных выше видов родительских отношений, а низкие баллы – о том, что они сравнительно слабо развиты.

Ключи к опроснику

1. Принятие-отвержение: 3,6,8,9,10,11,13,16,18,23,24,25,26,30 (всего 14 вопросов)
2. Кооперация: 5,14,17,22 (Всего 4 вопроса)
3. Симбиоз: 1,4,18,19, 21,29 (Всего 6 вопросов)
4. Контроль: 2,20,28 (Всего 3 вопроса)
5. Инфантилизация: 7,12,15,27 (Всего 4 вопроса)

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Результаты общеклинических исследований (жалобы, сбор анамнеза). Изучение жалоб больного со слов родителей или опекунов показали:

что наиболее частыми жалобами, помимо на нарушения слуха, были жалобы на поведенческие особенности ребёнка, в частности жалобы на капризность 55% (n=1404), гиперактивность/отвлекаемость 41% (n=1044) и признаки быстрой утомляемости 22% (n=562), при этом жалобы на «капризность» превалировали по частоте жалоб на «утомляемость» более чем в 2 раза. Были так же отмечены жалобы на нарушение сна 10% (n=255). Меньше всего жалоб было по отставанию в интеллектуальном и физическом развитии, что, скорее всего, связано с недостаточной субъективной оценкой

родителей психического и физического развития ребенка. При этом жалобы, касающиеся нарушений в развитии, не всегда соответствовали действительному состоянию развития ребёнка. Были случаи, когда тревожные родители предполагали, что их ребёнок значительно отстаёт от сверстников, или наоборот - родители не замечали задержку в развитии ребёнка. Анализ по различиям в жалобах в психическом и физическом (моторном) развитии показал, что чаще родители своевременно замечали отставание в физическом (моторном) развитии, чем объективно могли оценить уровень психического развития (отставания). Жалоб по неловкости в моторном развитии родители не замечали или недооценивали. Всего такого рода жалобы были у 7,8% (n=200).

Анализ частоты жалоб так же был сопоставлен с оценкой жалоб по шкале ВАШ: интенсивность выраженности жалоб на нарушения слуха варьировал от $8,4 \pm 0,45$ до $8,7 \pm 0,45$. При анализе жалоб «Гиперактивность /отвлекаемость» во всех возрастных группах по шкале ВАШ, была отмечена тенденция чем старше возрастная группа, тем более интенсивнее жалобы. Интенсивность жалобы нарушения сна была наиболее высокой в группе детей в возрасте 0-12 месяцев и составила $8,8 \pm 0,57$ баллов, в более старших же группах жалоба на нарушения сна была менее интенсивной, однако оценена выше 5 баллов, что считается выраженным симптомом, влияющим на качество жизни больного. Жалобы на отставание в интеллектуальном и физическом развитии, наблюдались меньше по частоте, но при этом было отмечена особенность: средняя интенсивность выраженности жалоб на отставание моторных навыков выше у детей младшего возраста с тенденцией уменьшения в более старших группах – от $7,8 \pm 0,45$ до $6,5 \pm 0,75$. А вот средняя интенсивность выраженности жалоб на отставание психического развития наоборот имел тенденцию роста чем старше были дети: от $5,6 \pm 0,65$ до $7,5 \pm 0,45$.

Для дальнейшего анализа встречаемости жалоб были сопоставлены их частоты в отдельных возрастных категориях с расчётом среднего значения

интенсивности предъявляемой жалобы по ВАШ по оценкам родителей (таб. 3,4). Анализируя таблицу, были отмечены тенденции уменьшения частот встречаемости жалоб по утомляемости (как в сочетании с капризностью, так и с вялостью), нарушению сна по возрасту. Так же отмечена тенденция уменьшения встречаемости жалоб по нарушению развития речи и моторного развития, при том что тенденция встречаемости жалоб по нарушению психического развития была обратной по увеличению возраста. Так как жалобы – субъективная оценка родителей, (и жалобы не всегда в полном объёме соответствовали объективным данным) можно предположить, что родители вероятно недооценивают имеющиеся нарушения в психическом развитии, но своевременно замечают отставания в развитии моторных и речевых навыков. По интенсивности предъявленных жалоб, были отмечены тенденции уменьшения показателя по жалобам на утомляемость с капризностью и вялостью, нарушению сна. На отставание речевого развития интенсивность жалоб увеличивалась в 1,2 раза (при том, что частот было меньше). Тенденции встречаемости жалоб по нарушению слуха детально проанализированы дополнительно, по степени тугоухости. Отмечалась тенденция нарастания встречаемости жалоб на нарушения развития по нарастанию степени тугоухости.

Изучение анамнеза развития заболевания со слов родителей, выявили следующие возможные особенности факторов риска, приводящих к тугоухости:

в 72% случаев в анамнезе были данные об отягощенности наследственности по тугоухости (тугоухость у одного или обеих родителей), близкородственный брак у 6%; недоношенность встречалась в 35% случаев; билирубиновая энцефалопатия была у 15%; острые кишечные инфекции в первом году жизни после которого были отмечены нарушения слуха в 12% случаев;

Таблица 3.

Частота встречаемости жалоб предъявленных родителями (опекунами) по возрастным группам

Жалобы		Случаи данной жалобы n / % (в отношении к количеству детей в определённой возрастной группе)				Оценка родителем интенсивности предъявляемой жалобы по ВАШ (M ± σ)		
Группы по возрастам		Всего	0- 12мес	1-3года	3-5лет	0- 12мес	1- 3года	3-5лет
Всего детей в группах		n=2550	n=438	n=1270	n=842			
1	Отсутствие реакции на обычные и громкие звуки	2550/100%	438/100%	1270/100%	842/100%	8,49±0,5	8,7±0,45	8,4±0,45
2	Капризность	1404/55%	175/40%	780/60%	449 / 53%	7,35±0,9	6,5±0,45	4,5±0,75
3	Утомляемость	562/22%	123/28%	285/22%	154/18%	8,35±0,7	6,8±0,75	5±0,75
4	Гиперактивность/отвлекаемость	1044/41%	70/16%	554 /44%	420 / 50%	4,3±0,75	5,6±0,5	6,7±0,72
5	Нарушения сна	255/10%	57/13%	140/11%	58/6,9%	8,8±0,57	6,5±0,85	6,5±0,45
6	Отставание в речевом (без ЗПМР) развитии	85/3,3%	25/5,7%	45/3,5%	15/ 1,8	4,5±0,75	7,5±0,45	7,5±0,85
7	Отставание в интеллектуальном развитии	200/7,8%	22/5%	105/8%	73/8,7%	5,6±0,65	8,3±0,75	7,5±0,45
8	Отставание в развитии двигательных навыков	128/5%	35/8%	70/5,5%	23/2,7%	7,8±0,45	8,5±0,45	6,5±0,75
9	Неловкость при движениях	200/7,8%	-	135/10%	65/7,8%	-	5,5±0,45	4,5±0,75
10	Другие	128/5%	26/6%	65/5%	37/4,3%	6,5±5,75	4,5±0,8	5,5±0,75

Таблица 4

Частота встречаемости жалоб предъявленных родителями (опекунами) в сопоставлении по степени тугоухости

	Всего Abs/ n (%)	I степень	II степень	III степень	IV степень
	n=2550	n=5	n=27	n=906	n=1612
и/или	2550 (100%)	5(100%)	27(100%)	906(100%)	1612 (100%)
	1404 (55%)	3 (60%)	10 (37%)	555(61%)	876 (54%)
	562 (22%)	-	1 (4%)	195 (22%)	366 (23%)
	1044 (41%)	3 (60%)	12 (44%)	407 (45%)	622 (39%)
	255 (10%)	2 (40%)	5 (18,5%)	110 (12%)	138 (8,6%)
	85 (3, 3%)	-	2 (7,4%)	31 (3,4%)	52 (3,2%)
ТИИ	200 (7, 8%)	-	1 (3,7%)	94 (10%)	105 (6,5%)
НЫХ	128 (5%)	-	1 (3,7%)	51 (5,6%)	76 (4,7%)
	200 (7, 8%)	-	1 (3,7%)	69 (7,6%)	130 (8%)
	128 (5%)	-	-	42 (4,6%)	86 (5,3%)

нарушения слуха были отмечены после судорог у 7% детей; у 5% после прививки АКДС; у 4% нарушения слуха отмечены после перенесенного менингита; инфекционные заболевания матери во время беременности отмечали у 17%, инфекционные заболевания ребёнка в раннем возрасте, после которого наблюдалось нарушение слуха встречалось у 4%; нарушение слуха после перенесённого ковидной инфекции матерью во время беременности или ребёнком в раннем возрасте было у 2% обследованных. Следует отметить, что в 18% случаев наблюдались сочетания 2х или более факторов, тогда как в 70% случаев отмечался один из выше перечисленных факторов, и в 12% случаев не было отмечено ни одного из факторов (таб. 5).

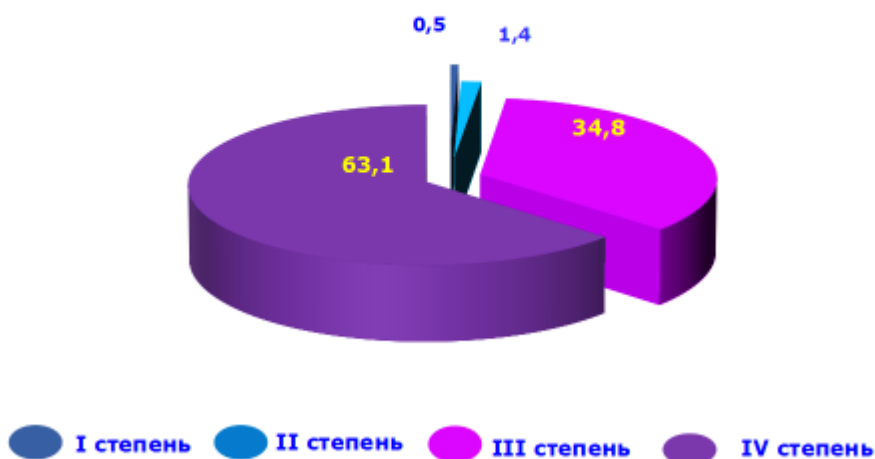
Таблица 5

Характеристика факторов, вызывающих нарушения слуха

Признаки факторов развития сенсоневральной тугоухости	Количество случаев	%
Отягощенности наследственности по тугоухости	1836	72
Недоношенность	893	35
Инфекционные заболевания матери во время беременности	434	17
Билирубиновая энцефалопатия	383	15
Предшествовавшие нарушению слуха острые кишечные инфекции в первом году жизни	306	12
Предшествовавшие нарушению слуха судороги	179	7
Близкородственный брак	153	6
Предшествовавшая прививка АКДС	128	5
Менингит	102	4
Предшествовавшие нарушению слуха другие инфекционные заболевания ребёнка в раннем возрасте	102	4
Нарушение слуха после перенесённого ковидной инфекции матерью во время беременности или ребёнком в раннем возрасте	51	2

Комплексные аудиологические исследования с консультацией аудиолога (определение уровня, формы и степени нарушения слуха) показали, что все больные были с сенсоневральной тугоухостью, 63,1% (n=1612) из обследованных больных была определена СНТ 4 степени, в 34,8% (n= 906) случаев – 3 степени, 1,4% (n=27) - второй и 0,5% (n=5) 1 степени тугоухости. Таким образом среди обследованных больных преобладали средней степени тяжести и тяжелые нарушения слуха.

Распределение исследованных детей по степени сенсоневральной тугоухости, %



Исследование психосоматического статуса. Оценка развития по шкале Бэйли. Оценка развития по шкале Бэйли складывается из двух составляющих: индекса психического развития (ИПР) и индекса психомоторного развития (ИПМР). Оценка психосоматического развития по шкале развития Бэйли при оценке индексе психического развития (ИПР) показало, что у 84,9% (n=2166) исследуемых был отмечен индекс психического развития, соответствующий «в пределах нормы» (от 85 до 114 баллов). Степень психического развития по Бэйли «отставание развития» наблюдалось у 14,4% (n=368) (индекс психического развития от 70 до 84 баллов), и степень психического развития по Бэйли «значительное отставание

развития» наблюдалось у 0,63% (n=16) (индекс психического развития от 69 баллов и ниже). Таким образом, у больных с нарушениями слуха показало превалирование степени ИПР «в пределах нормы» и меньше всего было ИПР «значительное отставание развития». Для определения степени тяжести тугоухости в степени нарушения ИПР нами проведено определение корреляции степени нарушения слуха с ИПР (рис.2). При 1 степени тугоухости у всех больных – исследование степени ИПР показало «в пределах нормы», при 2 степени тугоухости – в 1,0% случаев степень ИПР показало «в пределах нормы», а у 0,07% больных – степень ИПР «отставание развития». При средней степени тяжести тугоухости (3 степени) ИПР показало в 31,2% случаев степень ИПР «в пределах нормы». В 4,1% случаев выявлена степень ИПР «отставание развития» и в 0,2% случаев была определена степень ИПР «значительное отставание развития», при тяжелой степени тугоухости (4 степени и глухоты) – в 52,6% случаев степень ИПР показало «в пределах нормы», в 10,2% случаев степень ИПР «отставание развития» и в 0,4% случаев степень ИПР показало «значительное отставание развития». Таким образом, можно констатировать слабую корреляционную связь степень ИПР с тяжестью тугоухости (таб.6).

Таблица 6

Характеристика нарушений ИПР у больных с различной степенью тугоухости

Возраст	Развитие в пределах нормы	Отставание развития	Значительное отставание в развитии
I степень n=5	5	-	-
	0,2%	-	-
II степень n=27	25	2	-
	1,0%	0,07%	-
III степень	795	105	6

n=906	31,2%	4,1%	0,2%
IV степень	1341	261	10
n=1612	52,6%	10,2%	0,4%
Всего	2166	368	16
n=2550	85%	14.4 %	0,63%

Оценка психосоматического развития по шкале развития Бэйли по индексу психомоторного развития (ИПМР) показал, что картина встречаемости нарушения психомоторного развития по показателю ИПМР отличалась от встречаемости нарушений психического развития меньшим количеством встречаемости. Так нарушения ИПМР наблюдалось в 9,3% случаев (n=235), при этом по степени нарушений ИПМР - задержка этапов развития ИПМР наблюдалось в 8,8% случаев (n=224), а значительное отставание в развитии наблюдалось 0,4% случаев (n=11). Сопоставление степени тяжести нарушения ИПМР со степенью тяжести тугоухости показал, что при 1 и 2 степени тяжести тугоухости нарушений ИПМР не наблюдалось. При 3 степени тугоухости задержка этапов развития ИПМР наблюдалось в 2,5% случаев (n=63), значительное отставание в развитии наблюдалось 0,1% случаев (n=3). При 4 степени тугоухости задержка этапов развития ИПМР наблюдалось в 6,3% случаев (n=161), значительное отставание в развитии наблюдалось 0,3% случаев (n=8) (рис.1,2).

Процентная доля встречаемости различных уровней психического развития в зависимости от степени тяжести тугоухости

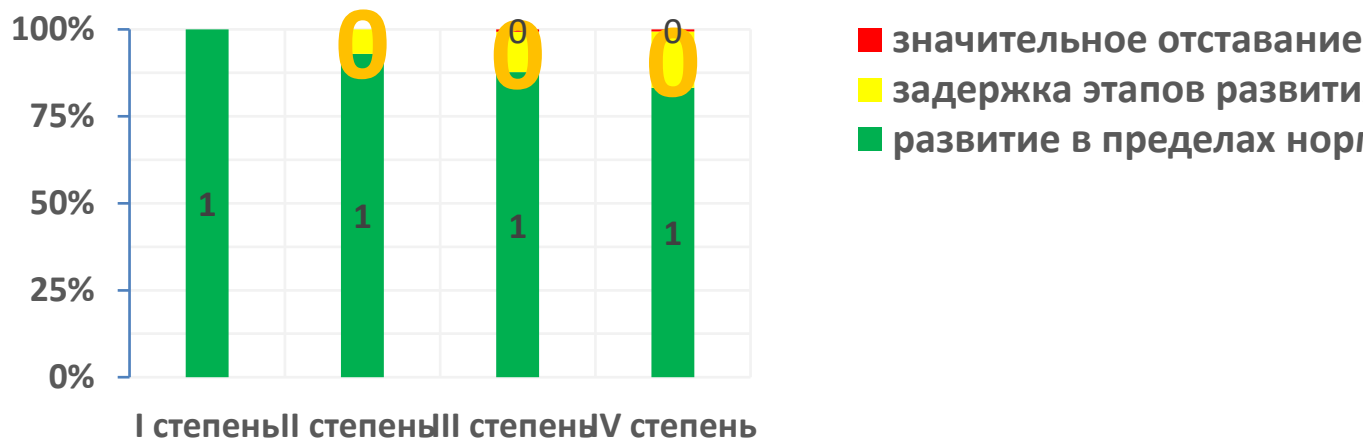


Рисунок 2. Характеристика индекса психического развития по шкале Бейли по степени тяжести тугоухости

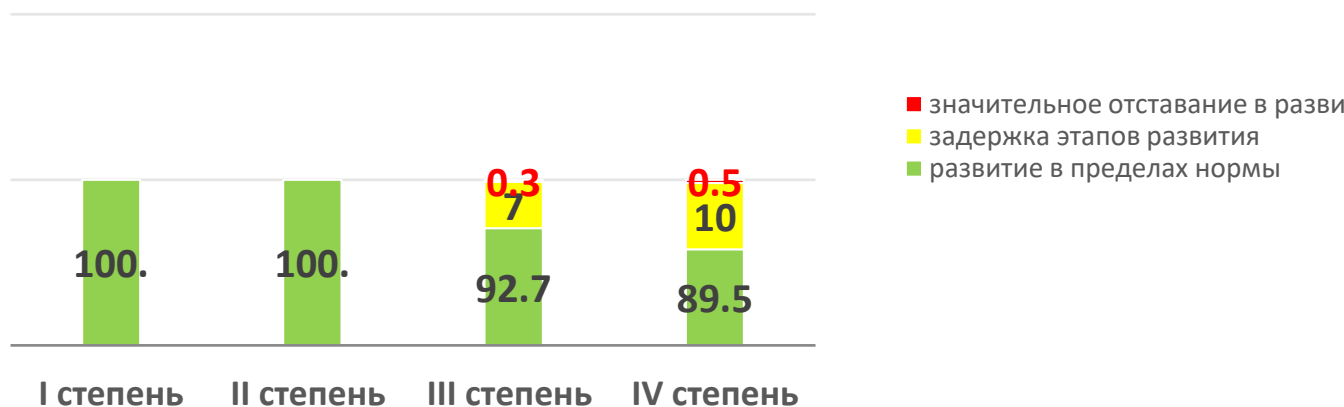


Рисунок 2. Процентные доли встречаемости различных уровней моторного развития в зависимости от степени тяжести тугоухости

Таким образом, можно констатировать, что с усилением тугоухости тяжесть нарушений индекса ИМППР по шкале Бейли растет.

Исследования эмоционального состояния по тесту Люшера проводили у детей старше 4 лет. Оценка проводилась при первичном обследовании и

повторно после слухокоррекции (слуховой аппарат – как подготовительный этап к кохлеарной имплантации) (таб. 7).

Таблица 7

**Характеристика эмоционального состояния детей с СНТ
по тесту Люшера**

Всего n=2250 детей	Благопри- ятное эмоц. состояние		Удовлетво- рительное эмоц.состояние		Неудовлетво- рительное эмоц.состояние		кризисное состояние	
Первичное обследование	10%	225	60%	1350	13,6%	306	20,4%	459
Повторное обследование	15%	338	73,6%	1657	9,1%	204	13,6%	306

При первичном обследовании благоприятное эмоциональное состояние отмечено у 10% больных (n=225), удовлетворительное 60% (n=1350), неудовлетворительное эмоциональное состояние наблюдалось в 13,6% случаев (n=306), а кризисное состояние у 20,4% больных (n=459). Повторное обследование больных через более 3 месяцев слухокоррекции слуховыми аппаратами показало изменение результатов теста Люшера. Так отмечено увеличение благоприятного эмоционального состояния на 5% что составило 15% больных (n=338), удовлетворительное состояние наблюдалось у 73,6% (n=1657) больных, что было больше на 13% чем при первичном обследовании. После слухокоррекции слуховыми аппаратами доля детей с неблагоприятными эмоциональными состояниями снизилась с 34% до 23% (неудовлетворительное — 9,1%, кризисное — 13,6%), что свидетельствует об улучшении эмоционального фона и увеличении доли позитивных состояний на 11%.

Исследования эмоционального состояния по рисуночному тесту. Данное обследование проведено у детей в возрастной категории от 1 до 5 лет. При этом данный тест состоит из двух частей: первая часть это анализ использованного цвета (проведен у детей от 1 до 5 лет – 2112 детей) и вторая

часть по анализу рисунка, при этом обращается внимание на расположение рисунка на листе, его размеры, пропорции, ориентации на листе (проведен у детей от 3 до 5 лет – 842 детей). В таблице 8 представлены результаты различных тестов.

Таблица 8.

Анализ рисуночного теста - использование различных оттенков детей с разными степенями СНТ в возрасте от 1 года до 5 лет

СНТ, степень	1 степень	2 степень	3 степень	4 степень	Всего
Использование ярких оттенков	4/100%	21/100%	190/25%	306/23%	521/25%
Использование холодных оттенков	-	-	568/75%	1023/77%	1591/75%
Всего детей в возрасте 1-5лет	4/100%	21/100%	758/100%	1329/100%	2112/100%

Анализ рисуночного теста в первой части показал, что данный тест содержит в себе две составляющие – одна эмоциональная и вторая психическая. Таблица 8 показывает первично эмоциональное состояние детей с СНТ – как снижение слуха влияет на эмоциональный статус. Так при 1 и 2 степени тугоухости дети использовали яркие оттенки в рисунке, при 3 и 4 степенях же 26,8% и 48,4% соответственно холодные оттенки цветов. Данный тест свидетельствует о том, что тем ниже уровень снижения слуха тем отрицательнее эмоциональный фон больных. Вторая часть цветового теста (рис.3) показала, что первично 63% больных использовали ограниченное количество цветов (до двух) при это после ношения слухового аппарата (СА) данный показатель уменьшился до 48%, что означает улучшение мыслительной деятельности (ментальности) у больных после слухокоррекции.

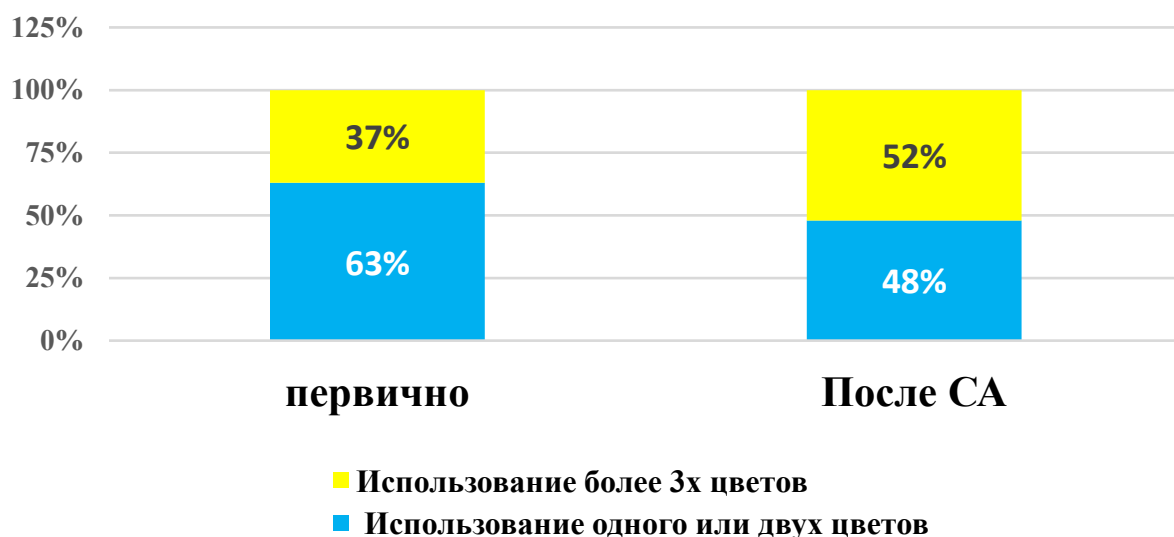


Рисунок 3. Использование различных цветов

При этом использование более 3-х цветов отмечено у 37% первичных (до ношения слухового аппарата) больных, что свидетельствует о хорошей первичной ментальности. После слухокоррекции количество больных с хорошей ментальностью увеличилось до 52%, что свидетельствует об аналитическом мышлении пациента. Кроме того, тест на количество используемых цветов является тестом на психический уровень развития. Так использование одного или 2-х цветов свидетельствует о его низком уровне, а использование более 3-х цветов – более высокий уровень развития.

Рисуночный тест имеет широкое распространение, поскольку он нацелен на выявление того, что испытуемый не осознает и в силу этого сообщить о себе не может. Кроме того, неосознаваемые характеристики поддаются искажению в меньшей степени, чем доступные контролю сознания. При использовании рисуночного теста предполагается, что свойства личности проявляются (проецируются) в продуктах деятельности исследуемых, в частности в наших исследованиях в анализе рисунков. Таким образом по рисуночному тесту мы можем судить о двух психосоматических составляющих – эмоциональный фон и психический уровень развития. Так в наших исследованиях об отрицательном эмоциональном фоне свидетельствовали использование холодных цветов с маленьким рисунком,

что выявлялось в 63,8-58% случаев. Кроме того ориентация листа, количество используемых цветов и сдвиг рисунка по вертикали образуют единый фактор, что может быть связано с определенной личностной характеристикой - эмоциональной стабильностью или нестабильностью. Так же сдвиг рисунка по вертикали тоже косвенно может быть связан с самооценкой: известно, что тревожные личности скорее склонны иметь заниженную самооценку (рис.4, 5).

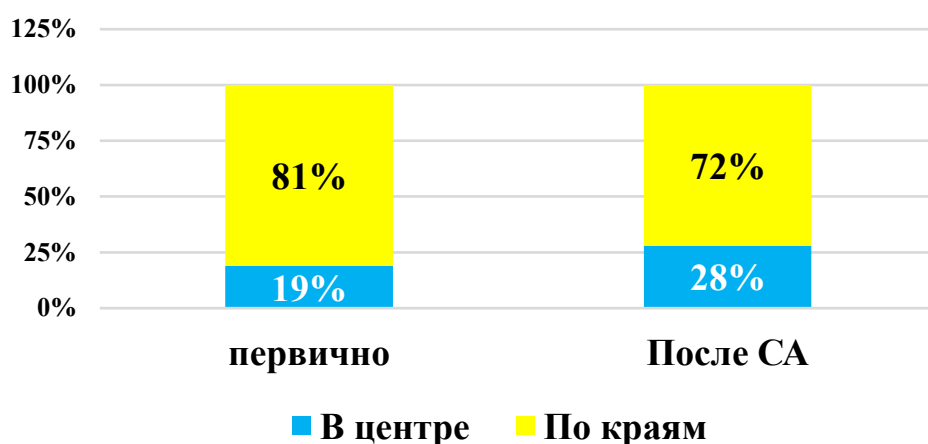


Рисунок 4. Ориентация листа

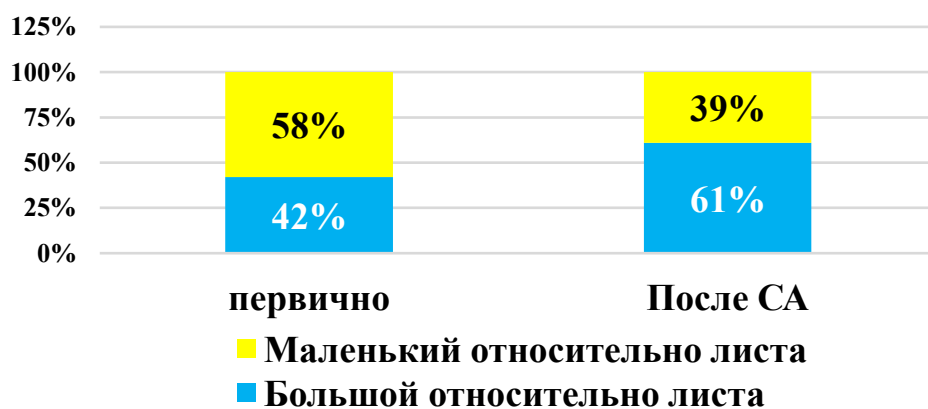


Рисунок 5. Размер рисунка

О степени психического развития свидетельствовало количество использованных цветов в рисунке и его размер, так чем больше используется цветов в рисунке и чем больший размер рисунка относительно размера листа, тем выше уровень психического развития. Так в наших исследованиях отмечен низкий уровень развития у 63-58% больных, количество которых уменьшилось после слухокоррекции слуховыми аппаратами до 48-39%

размера, что свидетельствовало о влиянии снижения слуха как на эмоциональный фон, так и на психический уровень развития ребенка. Кроме того по рисуночному тесту мы так же могли проанализировать уровень самооценки ребенка, так о низком уровне самооценки свидетельствовало расположение рисунка в нижней части листа и несоразмерно маленький рисунок на листе. Такое состояние нами выявлено в 81% случаев, данный показатель уменьшился после слухокоррекции слуховыми аппаратами до 72%, однако данный показатель все равно оставался достаточно высоким, что связано с тем что слуховые аппараты не обеспечивают полноценную коррекцию слуха не давая возможности полноценно слышать и взаимодействовать с окружающим миром. Таким образом, стоит отметить что уровень самооценки влияет и на возможности педагогического обучения, так при высоком уровне самооценки у ребенка будет способствовать хорошим возможностям при реабилитации что связано с высоким уровнем притязаний. А при низком уровне самооценки в связи с низким уровнем притязаний возможно реабилитация будет неэффективной. Это свидетельствует о том, что рисуночный тест возможно использовать у детей не только с целью диагностики психосоматического статуса ребенка с нарушением слуха, но и с целью прогнозирования эффективности реабилитации.

Результаты анализа по опроснику родительского отношения в семье с особым ребенком (модификация опросника родительского отношения (ОРО) А.Я. Варги и В.В. Столина) выявили, что у детей до 1 года относительно реже встречались негативные отношения в виде отвержения и приводящие к инфантилизации (рис.6). Положительный признак – кооперация указывающий на уровень поддержки ребёнка родителями так же был более выражен в этой возрастной категории



Рисунок 6. Анализ результатов родительского отношения к ребенку по адаптированному опроснику Варга- Столина для детей с нарушением слуха в зависимости от возраста

Анализ результатов теста родительского отношения показывает возможности семейной реабилитации детей с нарушениями слуха. В наших исследованиях в большинстве 35 % выявлен уровень отношений «кооперация» - это самый лучший оптимальный показатель, который даст возможность со стороны родителей полного включения в процесс реабилитации. В таких отношениях родители высоко оценивают способности своего ребенка (в некоторых случаях даже отрицают наличие дефекта слуха – отрицание наличия заболевания) и не относятся к нему как к больному неполноценному ребенку. С одной стороны это положительный знак – так как это дает веру в возможности реабилитации со стороны родителей и их усилия к реабилитации. С другой стороны – это эйфоричное отношение неадекватное недооцененное отношение к ребенку может привести к тому что родитель считающий своего ребенка здоровым не будет принимать сверх усилия для дополнительных мер к реабилитации. Такое отношение хорошо уже после периода реабилитации, когда ребенок с нарушением слуха имеет кохлеарный имплант с развитым слухом и речью.

Второе место занимает отношения «симбиоз» - 23%, по шкале данный показатель относится к отрицательному показателю – так как

сопровождается гиперопекой. Однако гиперопека в отношении ребенка с нарушением слуха которому предстоит длительный период реабилитации с усиленной программой – необходим – у таких детей рано происходит абилитация слуха и развитие речи.

На третьем месте отношение «контроль» - 17 % - данный показатель для реабилитации так же хороший, однако в таких случаях у детей часто развивались невротические расстройства, которые в свою очередь могут привести к отсрочке реабилитации.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ.

Эффективность рекомендованного метода заключается что применение: Шкалы Бэйли для оценки моторного и психического развития с точным расчётом индекса моторного и индекса психического развития даёт возможность оценки эффективности проводимых мероприятий в плане моторного и психического развития. Применение тестов Люшера и рисуночного теста даёт возможность оценки эффективности проводимых мероприятий в плане эмоционального состояния ребёнка, и в случаях выявления неблагоприятных результатов включение психотерапевтических методов: индивидуальных для ребёнка и семейной психотерапии. Определение родительского отношения к ребёнку по опроснику Варга Столина даёт возможность раннего выявления деструктивных позиций в отношении к ребёнку, для своевременной их коррекции, улучшая качество жизни ребёнка и уменьшая расходы на лечение дополнительных психосоматических заболеваний (в среднем 2 млн сум на одно стационарное лечение по соматической патологии), дополнительные расходы на неэффективные реабилитационные занятия с ребёнком (курс занятий 1 мес с сурдопедагогами и логопедами в среднем 36 занятий x по 120 000 = 4 320 000 сум. И это только на 1 месяц. Расходы на семейное медико - психологическое консультирование за месяц могло стоить не более 1 млн (4 занятия по 250 000), что составляет (5 000 000) экономической выгоды, более 0,8 экономической

эффективности (ЭЭ). Учитывая, что отношение «отвержение» встречается у более 10% случаев, предлагаемые методы помогут значительно сократить неэффективные государственные медико-социальные расходы.

Пример. Больной 3 года, Диагноз: Сенсоневральная тугоухость 3 степени, Обследование первичное до слуховой коррекции: индекс моторного и психического развития 84 и 80 соответственно. По тесту Люшера определено «кризисное» состояние, по рисуночному тесту: использование не более 2 цветов, холодные тона, расположение рисунка в нижней части листа (неблагоприятное эмоциональное состояние и признаки низкой самооценки). По опроснику родительского отношения Варга - Столина выявлены признаки «отвержение» более 7 баллов.

В динамике после использования слухового аппарата и 36 занятий с сурдо-педагогами и логопедами, через 1,5 месяца: индекс моторного и психического развития 84 и 78 соответственно, По тесту Люшера сохранялось «кризисное» состояние, по рисуночному тесту так же не было позитивных сдвигов. Кроме того, ребёнок за этот был госпитализирован на 4 дня с диагнозом Острый бронхит с последующим амбулаторным лечением.

После было повторно рекомендовано семейное психологическое консультирование (родители в первый раз отказались от семейного консультирования) и проведены 4 сессий: 2 консультации/2 терапевтических занятия с матерью ребёнка. через 1,5 месяца, в течении которого так же были проведены 36 занятий ребёнка с сурдо-педагогами и логопедами, индекс моторного и психического развития составили 85 и 86 соответственно. По тесту Люшера определено «удовлетворительное» состояние, по рисуночному тесту: использование более 2 цветов, в том числе ярких, расположение рисунка в центральной части листа (невылирование признаков неблагоприятного эмоционального состояния и признаков низкой самооценки). Ребёнок за этот период не болел другими соматическими заболеваниями. То есть, были отмечены: улучшение эмоционального,

соматического состояния, положительные сдвиги в психическом развитии. Затраты на реабилитационные мероприятия были эффективны.

Абилитационные расходы без учёта эмоционального состояния и родительского отношения к ребёнку:

$$2\,000\,000 + 4\,320\,000 + 1\,000\,000 + 4\,320\,000 = 11\,640\,000 \text{ сум.}$$

Абилитационные расходы с своевременным учётом эмоционального состояния и родительского отношения к ребёнку:

$$1\,000\,000 + 4\,320\,000 = 5\,320\,000 \text{ сум.}$$

Экономия на 1 больного 6 320 000 сум.

Экономия на 306 больных 1 933 920 000 сум.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для способствованию эффективности кохлеарной имплантации важно точное определение уровня психического развития в стадии отбора и в дальнейшем комплексе реабилитационных мероприятий. Шкала Бэйли может служить основным инструментом определения уровня развития для этой цели.

- шкала позволяет дифференцированно оценить уровни: психического развития, психомоторного развития и поведенческих особенностей.

- шкала удобно к использованию как для первичного определения уровней психического развития, так и оценки эффективности производимых реабилитационных мероприятий в динамике

- использование единой шкалы всеми специалистами позволяет вести достоверную статистику, отслеживать тенденции в развитии детей с сенсоневральной тугоухостью

- Слухокоррекция улучшает эмоциональное состояние детей с сенсоневральной тугоухостью.

- Для уточнения особенностей эмоционального состояния ребёнка и динамику её изменений в течении реабилитационных мероприятий удобны к использованию тесты Люшера и рисуночный тест.

- Эффективность реабилитационных мероприятий и качество жизни ребёнка зависит от особенностей родительского отношения к ребёнку.

Для этого удобно использование опросника родительского отношения в семье с особым ребенком (модификация опросника родительского отношения (ОРО) А.Я. Варги и В.В. Столина).

- У детей сенсоневральной тугоухостью чаще всего выявляются следующие типы отношений родителей (в порядке убываемости): «кооперация», «симбиоз» и «контроль».

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При исследовании психического развития детей с сенсоневральной тугоухостью для отбора на кохлеарную имплантацию использование шкалы Бэйли удобна к применению: имея количественную оценку с определением на его основе уровня развития.

2. В комплексе ведения реабилитации детей, для выявления и наблюдения динамики изменений особенностей эмоционального состояния, удобны к использованию тесты Люшера и рисуночный тест.

3. Для выявления и наблюдения динамики изменений особенностей родительского отношения к ребёнку удобно использование опросника родительского отношения в семье с особым ребенком (модификация опросника родительского отношения (ОРО) А.Я. Варги и В.В. Столина).

4. Использование рекомендуемых шкал, тестов и опросника всеми специалистами работающих с детьми с сенсоневральной тугоухостью позволяет вести достоверную статистику, отслеживать тенденции особенностей развития, улучшить качество жизни детей с сенсоневральной тугоухостью.

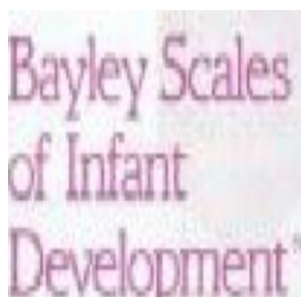
Предложения по внедрению. Методические рекомендации предназначены для врачей педиатров, неврологов, психиатров, магистров и клинических ординаторов региональных филиалов РСНМПМЦ Педиатрии. Данные методические рекомендации были внедрены в практическую деятельность РСНМПМЦ Педиатрии МЗ РУз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Alexandra L. Quittner Ivette Cruz, David H. Barker, Emily Tobey Effects of Maternal Sensitivity and Cognitive and Linguistic Stimulation on Cochlear Implant Users' Language Development over Four Years [Журнал]//Pediatr. - 2013г.
2. Andrea De Giacomo Francesco Craig, Alessandra D'Elia, Francesca Giagnotti, Emilia Matera, Nicola Quaranta Children with cochlear implants: cognitive skills, adaptive behaviors, social and emotional skills [Журнал]// Pediatr Otorhinolaryngol. - 2013 г.
3. Cejas I, Mitchell CM, Barker DH, Sarangoulis C, Eisenberg LS, Quittner AL. Parenting Stress, Self-Efficacy, and Involvement: Effects on Spoken Language Ability Three Years After Cochlear Implantation. Otol Neurotol. 2021 Dec 1;42(10S):S11-S18. doi: 10.1097/MAO.0000000000003374. PMID: 34766939; PMCID: PMC8597911.
4. De Giacomo A, Craig F, D'Elia A, Giagnotti F, Matera E, Quaranta N. Children with cochlear implants: cognitive skills, adaptive behaviors, social and emotional skills. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2013 Dec;77(12):1975-9. doi: 10.1016/j.ijporl.2013.09.015. PMID: 24466572.
5. Li MM, Tayoun AA, DiStefano M, Pandya A, Rehm HL, Robin NH, Schaefer AM, Yoshinaga-Itano C; ACMG Professional Practice and Guidelines Committee. Electronic address: documents@acmg.net. Clinical evaluation and etiologic diagnosis of hearing loss: A clinical practice resource of the American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG). Genet Med. 2022 Jul;24(7):1392-1406. doi: 10.1016/j.gim.2022.03.018. Epub 2022 May 10. PMID: 35802133.
6. Omidvar S, Jeddi Z, Doosti A, Hashemi SB. Cochlear implant outcomes in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Comparison with controls. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2020 Mar; 130:109782. doi: 10.1016/j.ijporl.2019.109782. Epub 2019 Nov 16. PMID: 31785496.

7. Павлова П.А., Бакушкина Н.И. Апробация методики «Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Third Edition»//Российский психологический журнал. - 2020г. № 4, стр. 49–64.
8. Тавакиладзе Г.А. Руководство по клинической аудиологии [Журнал]. - Москва: М.: Медицина, 2013 г - стр. 674.
9. Чибисова С. С. и Маркова Т. Г. Эпидемиология нарушений слуха среди детей первого года жизни // Вестник оториноларингологии. - 2018 г. - №4. - стр. 37-42.
10. Юрьева Д.С., Пальчик А.Б., Юлдашев З.А, Машевский Г.А. Закономерности психомоторного развития у детей с тугоухостью // ПЕДИАТР. - 2017 г. - стр. 67-73.

Приложение 1.



	Год	Месяц	День
Дата тестирования			
Дата рождения			
Календарный возраст			
Поправка на недоношенность			
Исправленный возраст			

Тест № _____

Фамилия Имя ребёнка _____

Пол _____ Организованность (Соц)/ (дома, ДДУ, др) _____

Семья (члены) _____, _____, _____

Фамилия Имя Родителя/опекуна _____

Кто ухаживает, проводит больше время с ребёнком _____

Особенности личности ухаживающего _____

Шкалы	Показатель	Предв результат	ИП Р	ИП МР	Довер Интер в (%)	Перцен тили	Классификация

Психическая							
Моторная							
Показатели поведения	Внимание/мобилизация						
	Ориентация/вовлечённость						
	Эмоцион.уравновешенность						
	Моторные функции						
	Дополнительные показатели						
	Всего: предварительный результат						

ПРИМЕЧАНИЯ _____

Возраст _____ мес								
Психическая			Моторная			Оценка поведения		
№ задания	=/-	Примечание	№ задания	=/-	Примечание	№ задания	=/-	Примечание

Опросник родительского отношения в семье с особым ребенком (модификация опросника родительского отношения (ОРО) А.Я. Варги и В.В. Столина)

Инструкция

Уважаемый родитель!

Перед Вами текст опросника, который содержит утверждения о родительском отношении к вопросам воспитания детей и общения с ними. Все утверждения пронумерованы. Прочтите по очереди утверждения опросника. Если Вы в принципе согласны с утверждением, то на бланке ответа обведите кружком номер утверждения. Если не согласны – зачеркните этот номер. В опроснике нет правильных или неправильных утверждений. Отвечайте так, как Вы сами думаете.

1. Я всегда сочувствую своему ребенку.
2. Я считаю своим долгом знать все, о чем может думать мой ребенок, что он чувствует.
3. Поведение моего ребенка часто вызывает во мне злость.
4. Все проблемы моего ребенка – это прежде всего мои проблемы.
5. Я испытываю к ребенку чувство расположения.
6. Мой ребенок часто неприятен мне.
7. Я испытываю досаду по отношению к своему ребенку.
8. Мой ребенок еще добьется чего-то в жизни.
9. Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые, кроме презрения, ничего не стоят.
10. Мой ребенок мог бы развиваться лучше и быстрее, если бы не его дурной характер.
11. Мой ребенок ведет себя плохо специально, чтобы досадить мне.
12. Мой ребенок впитывает в себя все дурное, как губка.
13. Моего ребенка трудно научить хорошим манерам при всем старании.
14. Мне трудно принимать участие в жизни ребенка.
15. К моему ребенку «липнет» все дурное.
16. Когда в компании говорят о детях, я не стыжусь говорить о своем ребенке.
17. Я жалею своего ребенка.

18. Я с удовольствием провожу с ребенком все свое свободное время.
19. Мой ребенок всегда нуждается в моей помощи и защите. *Галасюк И.Н., Митина О.В.*
20. Я активно участвую в обучении и воспитании моего ребенка.
21. Мой ребенок и я – это одно целое.
22. Я разделяю увлечения своего ребенка.
23. Мой ребенок может вывести из себя кого угодно.
24. Мой ребенок часто раздражает меня.
25. Воспитание ребенка – сплошная нервотрепка.
26. За непослушание ребенка следует строго наказывать.
27. Мой ребенок не в состоянии что-либо сделать самостоятельно, а если и сделает, то обязательно не так.
28. Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка.
29. Я хотел(а) бы, чтобы мой ребенок подольше оставался маленьким.
30. Я невысокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.