

Сьогодні музика – «вавілонське стовпотворіння» різних жанрів, стилів, напрямків, шкіл виконавства. Залишається тільки дивуватися, як справляється (чи справляється насправді?) з «регулюванням» такого «броуновського руху» музична культура, яка повинна зберігати, створювати і примножувати вічну цінність – музику – як слід людського буття і пізнання. При цьому слід відзначити, що комп'ютерний простір не формує, а демонструє можливість розуму втілюватися не тільки в людину, але і в її діяння, враховуючи культурні моделі. Таким чином, пізнавальні процеси « можна розглядати в антропомерному висловленні і одночас в інтелектуально-технічному формоутворенні цивілізації, а також у семантичному полі культури і в генетичних джерелах інформаційних посиляннь ноосфери». Це означає, що пізнавальний процес багаторівневий, і з позицій людської духовності безкінечний, перетворюючи у безкінечність культуру і творчість. Оголення художньої думки в музичному мистецтві, іншими словами – суть музики – може сприйматися лише через розуміння самої музики. Як стверджує відомий сучасний західний музикознавець Х. Еггебрехт, музичний зміст «можна реально описати лише музикальним способом», «музыка означает не что-то внемузыкальное; она означает самое себя». Завдання полягає в тому, щоб вивчити свідомість інтерпретатора: музична суть рівнозначна структурі твору, а музичний зміст (виступає в якості підсумку слухачів, (дослідницької) інтерпретації твору [1].

Література

1. Лі Цзінь Фортепіанне мистецтво як феномен культури // Мистецтвознавчі записки – Вип. 17. – Київ, 2010. – С. 239-244.

НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Мишанова М.К. (г. Харьков)

Результаты эпидемиологических мониторинговых исследований, проведенных отделом детской психоневрологии УНИИКЭНП, свидетельствуют о значительной распространенности (в пределах 75-90%) среди учащихся начальных классов общеобразовательных школ соматоневрологических и психических расстройств резидуально-органического генеза [Подкорытов В.С., 1998]. Следует отметить, что речь идет о детях, большинство из которых формально считаются здоровыми, их нарушения малозаметны в силу субклинической или легкой степени выраженности. Столь широкая распространенность у них нервно-психических заболеваний связана, по нашему мнению, с ухудшением экологической ситуации в стране, прежде всего с загрязнением окружающей среды радионуклидами и солями тяжелых металлов. Это является причиной формирования неполноценности головного мозга еще во внутриутробном периоде и проявляется неблагоприятным течением беременности. Последняя, как правило, завершается патологическими родами. По данным А.Ю. Ратнера [1990], подтвержденным клиническими исследованиями отдаленных последствий натальной патологии [Мишанова М.К., 1995; 1998], наиболее подвержен малозаметной натальной травматизации шейный отдел позвоночника (ШОП). Патология ШОП, через формирование у ребенка хронической недостаточности мозгового кровообращения (ХНМК), поддерживает существование и способствует развитию других резидуально-органических нарушений головного мозга и часто приводит к развитию церебрального синдрома [Ратнер А.Ю., 1990; Волошин П.В., Тайцлин В.И., 1991; Подкорытов В.С., Мишанова М.К., 1997, 1998, 1999; Богач Л., 1998].

Не последнюю роль в формировании психических заболеваний детского возраста имеет ухудшение социально-экономических условий жизни в нашей стране, в результате чего дети не получают ни достаточно сбалансированного питания, ни правильного воспитания со стороны родителей и детских учреждений [Романова Н.И., 1998]. Поэтому в сложившихся экологических условиях влияние психических травм целесообразно рассматривать не на здоровый, а на пато-логически измененный организм, который продолжает находиться под воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды.

Сказанное является справедливым не только для детей с субкли-ническими формами нервно-психических нарушений, но и в еще большей мере — для детей с клиническими формами психических заболеваний. К настоящему времени в литературе имеются работы [Перинатальная патология /Под ред. акад. М.Я. Студеникина и проф-ссора Н. Халлмана, 1984; Перинатальная патология /Под ред. акад. М.Я. Студеникина, проф. Ю. Кюльца и проф. Г. Эгерса, 1984], свиде-тельствующие о мультифакторном генезе психических заболеваний детского возраста. Так, например, описано формирование задержек психоречевого развития, олигофрении, синдромов аутизма, гиперди-намического, гиперкинетического, расстройств сна, стереотипии и др. вследствие генетического дефекта, инфекционных и соматических заболеваний матери периода беременности, несовместимости в системе мать—дита по резус-фактору, системе АВО, иммунного кон-фликта, алкоголизма или наркомании одного или обоих родителей, тяжелых заболеваний ребенка первых лет жизни. В большинстве случаев имеет место сочетание воздействия нескольких неблагоприятных факторов на одного индивида, что, как правило, приводит к тяжелым формам нервно-психической патологии, сопровождающейся инвалидизацией.

В основу настоящей работы был положен анализ результатов об-следования 150 больных в возрасте от 3 до 17 лет с затяжными, рези-стентными к традиционным методам лечения формами заикания, возникшими в период формирования речи. Большая часть больных наблюдалась на протяжении 3 — 5 лет. Они составили три возрастные группы по 50 больных в каждой: 1 — дошкольная (от 3 до 7 лет), 2 — младшая школьная (от 7 до 12 лет), 3 — старшая школьная (от 12 до 17 лет). Такое распределение было обусловлено физиологическими и социально-психологическими особенностями каждого возраста.

Обследование проводилось с использованием комплекса клини-ческих, нейрофизиологических и рентгенологических методов, что позволило получить картину общего состояния нервной системы и организма в целом. Систематизация результатов исследования была проведена по специально разработанным критериям, согласно кото-рым степени выраженности клинических синдромов и нейрофизио-логические показатели представлялись в одной и той же оценочной шкале:

- 0 - отсутствие патологических проявлений,
- 1 - доклинические проявления,
- 2 - легкие клинические проявления,
- 3 - клинические проявления средней тяжести,
- 4 - тяжелые клинические проявления.

Это позволило оценить как степень выраженности синдромакомплекса в целом, так и представленность в нем различных синдромов. Были учтены не только общепринятые представления о проявлениях клинических синдромов, но и выделены их новые ха-рактеристики, которые наблюдались у большинства обследованных и коррелировали с результатами нейрофизиологической диагностики. Использование критериев позволило оценивать проявления синдромов вне прямой зависимости от наличия характерных жалоб, что особенно важно при оценке состояния детей

дошкольного возраста и, в конечном счете, значительно повысило объективность оценки.

Для выделения наиболее важных факторов, определяющих пато-генез заболевания, был проведен факторный анализ внутри каждой возрастной группы и корреляционный анализ между данными для разных возрастных групп.

Несмотря на то, что многие больные обратились с единственной жалобой — заиканием, комплексное обследование позволило выявить множество и других патологических проявлений. Проявления, которые по результатам факторного анализа имели степень значимости выше $Z=1,96$ (доверительная вероятность $p > 95\%$), вошли в состав следующих сомато-нейро-вертебрологических и психопатологических синдромов и состояний: собственно заикание и сопутствующие ему речевые нарушения, ХНМК, синдромы ликворной гипертензии, пирамидной, экстрапирамидной, бульбарной, периферической цервикальной и вегетативной недостаточности, нарушения статики, координации и праксиса, невропатия, церебрастенический и гипер-динамический синдромы, задержки психоречевого развития, невро-тические и патохарактерологические реакции, неврозо- и исихопатоподобные нарушения, лимфоаденопатия (включая понятие хронического тонзиллита).

Поочередное "лидирование" в синдромокомплексе заболевания разных синдромов указывает на то, что новые синдромы не просто дополняют существовавшие ранее, а как бы смещают выраженность акцентов в клинической картине. Учитывая, что развитие новых синдромов, по данным наблюдений, начинается после неблагоприятных внешних воздействий (основные из них — простудные заболевания, физические и эмоциональные перегрузки), можно предположить, что последние приводят к напряжению адаптивно-компенсаторных механизмов (АКМ) и вовлечению в компенсаторный процесс детского организма дополнительных церебральных и экстрацеребральных его структур. Закрепление такого механизма компенсации нарушенных функций может способствовать, в условиях ограниченных возможностей головного мозга ребенка, формированию новых функциональных расстройств ЦНС.

Развитие указанных синдромов снижает возможности нормальной коммуникации больных детей с окружающими, вызывает у них чувство неудовлетворенности, а затем и неполноценности, что, в конечном счете, приводит к нарушению социальной адаптации. Ее закреплению в значительной степени способствует неправильная реакция на заболевание ребенка его микросоциального окружения. С течением времени в дальнейшем развитии его заболевания все большую роль играют психотравмирующие факторы. Их длительное воздействие становится причиной развития невроза или патохарактеро-логического формирования личности. У наших обследованных последние составили соответственно 38% и 56%. Вместе с тем в этом возрасте проявления ante- и перинатальной резидуально-органической симптоматики постепенно сглаживаются и не привлекают к себе внимания не только родителей, но и врачей, что приводит к недостаточному проведению биологической терапии и является причиной низкой эффективности лечения.

Таким образом, распределение степени выраженности представленных синдромов по возрастам не является случайным, а составляет единую картину развития заболевания, начиная от первичных нарушений ante- и перинатального генеза до формирования выраженных расстройств психической сферы.

Разработанная нами в процессе работы схема патогенетического лечения позволила получить положительные результаты практически у всех наблюдавшихся больных. Она включала биологическую терапию

синдромокомплекса резидуально-органического поражения головного мозга, нарушений гемо-ликвородинамики и стабилизацию шейного отдела позвоночника, которая на этапе улучшения вертебро-неврологического статуса дополнялась лого- и психотерапевтическими мероприятиями. Успешный результат лечения, в процессе которого наблюдалась поэтапная компенсация имеющихся клинических синдромов, явился подтверждением представленной выше схемы развития заболевания. Аналогичные результаты получены нами и при обследовании и лечении детей и подростков с другими психическими заболеваниями. По нашим представлениям, абсолютное большинство больных детей, обратившихся по поводу пограничного или тяжелого психического заболевания, должны получать дегидратационную, вазоактивную, общеукрепляющую, рассасывающую терапию, ноотропы (преимущественно мягкого действия), препараты, содержащие минералы, в ряде случаев — дезинтоксикационные, специфические и неспецифические противовоспалительные препараты, иммунокорректоры. Одним из обязательных этапов в лечении большинства психических заболеваний должна стать мануальная терапия и специфическая форма лечебной физкультуры — постизометрическая миорелаксация. Эти меры позволяют значительно сократить объем применяемой симптоматической терапии (нейролептики, корректоры поведения, седативные, противосудорожные препараты и др.), а также — помочь медико-социальной реабилитации ряда категорий психически больных детей, которые сегодня считаются безнадежными.

РОЗРОБКА УРОКУ «ПАРКИ-ПАМ'ЯТКИ САДОВО-ПАРКОВОГО МИСТЕЦТВА»

Мищенко В.П. (м. Полтава)

Мета: ознайомити учнів з пам'ятками садово-паркового мистецтва; виховати повагу до людей, що піклуються про озеленення міста; показати важливість зелених насаджень для здоров'я людей.

Тип уроку: нестандартний урок

Форма проведення: урок-мандрівка

Унаочнення: ілюстративний матеріал про парки м. Полтави

Хід уроку

1. Організаційний момент

Яка природа! Кращого нема,
як річка й поле лісом оповіті.
І кращого нема нічого в світі,
коли людина творить це сама.
Спасибі людям, що зростили ліс:
за всі дуби спасибі, за ялини,
і за красу березових тих кіс,
що милі серцю кожної людини.

М. Познанська

2. Актуалізація опорних знань

1. Бесіда за запитаннями:
 - Що ви розумієте під словом “рослини”? (Це все те, що росте – дерева, кущі, трави)
 - Які дерева, кущі, квіти і трави ви бачили під час екскурсій у парках? (Учні називають різні рослини)
 - Хто був у парку Перемоги, Ботанічному саду, Корпусному саду?
 - Що вам там найбільше запам'яталось? (Відповіді учнів)
 - Чому полтавчани щороку озеленяють своє місто? (Рослини – це фабрики по виготовленню кисню і споживання вуглекислого газу, який