

14. Protein phosphatase 1 and its complexes in carcinogenesis / J. Figueiredo, E. da Cruz, O. A. Silva, M. Fardilha // *Curr. Cancer Drug Targets.* – 2014. – 4 (1). – P. 2–9.
15. Matrix metalloproteinase-9 cooperates with transcription factor Snail to induce epithelial-mesenchymal transition / C. Y. Lin, P. H. Tsai, C. C. Kandaswami et al. // *Cancer Sci.* – 2011. – 102 (4). – P. 815–827.
16. Protease activated receptors: theme and variations / P. J. O'Brien, M. Molino, M. Kahn, L. F. Brass // *Oncogene.* – 2001. – Vol. 20. – P. 1570–1581.
17. Distinct roles for cysteine cathepsin genes in multistage tumorigenesis / V. Gocheva, W. Zeng, D. Ke et al. // *Genes. Dev.* – 2006. – 20. – P. 543–556.
18. Cathepsin cysteine proteases are effectors of invasive growth and angiogenesis during multistage tumorigenesis / J. A. Joyce, A. Baruch, K. Chehade et al. // *Cancer Cell.* – 2004. – 5 (5). – P. 443–453.
19. Trypsinogen expression in human ovarian carcinomas / F. Hirahara, Y. Miyagi, E. Miyagi et al. // *Int. J. Cancer.* – 1995. – Vol. 63. – P. 176–181.
20. Кухарчук О. Л. Вплив спленектомії на обмежений і необмежений протеоліз у плазмі крові і тканинах внутрішніх органів білих щурів / О. Л. Кухарчук, О. В. Кузнецова // *Вісник наук. досліджень.* – 2001. – № 1. – С. 96–98.
21. Effect of serine protease inhibitors on the radiation-induced apoptosis in thymocytes and lymphoma cells / T. Shimokawa, Y. Fukuda, H. Ohyama, T. Yamada // *Biochim.* – 1996. – Vol. 151, № 8. – P. 216–218.
22. Barnes P. J. *Managing Chronic Obstructive Pulmonary Disease* / P. J. Barnes. – London, Science press, 2000. – 80 p.
23. El-mezayen H. A. A novel discriminant score based on tumor-associated trypsin inhibitor for accurate diagnosis of metastasis in patients with breast cancer / H. A. El-mezayen, F. M. Metwally, H. Darwish // *Tumour Biol.* – 2014. – 35 (3). – P. 2759–2767.
24. Эндогенная интоксикация и биохимическая протекция у детей при целиакии: оценка состояния и корреляционно-регрессионный анализ / И. Д. Успенская, Е. И. Шабунина, Е. А. Жукова и др. // *Вестн. РАМН.* – 2014. – № 7. – С. 93–99.
25. Смолякова Р. М. Оценка связывающей способности и транспортной функции сывороточного альбумина у больных раком легкого / Р. М. Смолякова и соавт. // *Новости хирургии.* – 2005. – Т. 13., № 1 – С. 78–84.
26. Determination of oxygen derived free radicals producer (xanthine oxidase) and scavenger (paraoxonase1) enzymes and lipid parameters in different cancer patients / Z. G. Samra, S. Pervaiz, S. Shaheen et al. // *Clin Lab.* – 2011. – 57 (9–10). – P. 741–747.
27. Implications of free radicals and antioxidant levels in carcinoma of the breast: a never-ending battle for survival / R. J. Sinha, R. Singh, S. Mehrotra, R. K. Singh // *Indian J. Cancer.* – 2009. – 46 (2). – P. 146–150.
28. Lee W. L. Deoxyelephantopin impedes mammary adenocarcinoma cell motility by inhibiting calpain-mediated adhesion dynamics and inducing reactive oxygen species and aggresome formation / W. L. Lee, L. F. Shyur // *Free Radic. Biol. Med.* – 2012 – 15, 52(8). – P. 1423–1436.



УДК 616.82, 617.53

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ НЕЙРОКОМПРЕСІЙНИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ У ШИЙНОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА

О. М. Тарасенко, Л. В. Мирончук, Л. В. Кузьміна, К. В. Різник

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

Нейрокомпрессионные шейные болевые синдромы являются одной из наиболее частых причин госпитализации больных в неврологические стационары. Существует множество методов лечения данной патологии, однако проблема эффективного лечения больных с нейрокомпрессионными шейными болевыми синдромами далека от разрешения.

Цель: проанализировать ближайшие и отдаленные результаты комплексного лечения пациентов с использованием метода селективной блокады в сравнении с группой, получавшей стандартную терапию; определить наиболее быстрые и эффективные методы лечения и реабилитации больных с шейными нейрокомпресси-

онними болевими синдромами в случаях, когда нецелесообразно «открытое» оперативное нейрохирургическое вмешательство.

Проанализированы ближайшие (1-е и 3-и сутки) и отдаленные (6 месяцев) результаты лечения 30 больных с нейрокомпрессионными шейными болевими синдромами (отделение травматологии и ортопедии ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины»). Всем пациентам проведено стандартное общеклиническое обследование, СКТ и/или МРТ шейного отдела позвоночника. Неврологический статус оценивали, используя модифицированную шкалу Nurick. Больные разделены на две группы. В первую (основную) группу вошли больные, которым в ходе комплексного лечения (НПВП, миорелаксанты, витамины группы В, ЛФК, физиотерапия и т.д.) применен метод селективной блокады пораженного нервного корешка под рентген-контролем (15 наблюдений). Вторую (контрольную) группу наблюдений составили больные, которые получали стандартную схему консервативного лечения (15 больных).

Дана интерпретация ближайших (1-е и 3-и сутки) и отдаленных результатов (6 месяцев) терапии у пациентов обеих групп. В первые сутки процент больных, состояние которых соответствует 1-му уровню шкалы, составил в I группе 93 %, 2-му уровню шкалы – 7 %. Вторая группа показала меньшую эффективность лечения – 33 % и 67 % соответственно. На третьи сутки вышеописанная тенденция сохранилась: процент больных с положительным эффектом от лечения выше в I группе (1-й уровень ШН 87 %, 2-й – 13 %), II группа соответственно (40 % и 60 %).

Наблюдение за результатами лечения обеих групп через 6 месяцев выявило улучшение состояния больных до 1-го и 2-го уровней шкалы у 13 больных (87 %) первой группы и 12 (80 %) второй. Отсутствие изменений после лечения отмечено у 1 больного (7 %) в I группе, и у 1 больного (7 %) во II группе. Ухудшение состояния отмечено у 1 больного (6 %) в I группе, и у 2 больных (13 %) во II группе.

Ключевые слова: шея, остеохондроз, боль, лечение, блокада.

Summary

To investigate the outcome of patients with neurocompressive neck pain syndromes. Analyzed close (1st and 3rd day) and long term (6 months) outcomes 30 patients with neural compression neck pain syndromes (Department of Traumatology and Orthopedics SI «Ukrainian State Research Institute of Medical and Social Problems of Disability Ministry of Health of Ukraine»). Observations are divided into two groups. The first (primary) group consists of patients, who received the course of standard treatment (NSAIDs, muscle relaxants, vitamins, exercise, physical therapy, etc.) used the method of selective blockade of the affected nerve root under X-ray control (15 cases). The second (control) group consisted of patients observations which used the standard pattern of conservative treatment (NSAIDs, muscle relaxants, vitamins, exercise, physical therapy, etc.) (15 patients). Prior to the treatment of all patients was performed magnetic resonance (MRI) or computed tomography (CT).

Treatment of the two groups of patients were evaluated by a modified scale Nurick (SN) for 1, 3 day, 6 months after manipulation. At 1 day after manipulation in the first group of patients, whose condition corresponds to the first level by SN was 93 % in the second 7 %. In the second group, the figure was: Level 1 – 33 % – 67 % in the second. At 3 days after manipulation in the first group of patients, whose condition corresponds to the first level by SN was 87 % – 13 % in the second. In the second group, the figure was: Level 1 – 40–60 % in the second. Analysis of the outcomes of two groups of patients at 6 months suggests that improvement, which corresponds to the first and second levels for SN seen in 87% of Group I and 80% in-group II.

No changes after treatment was observed in 7 % of patients in the first group and in 7 % of patients in the second group. Deterioration was observed in 6 % and 13 % of patient's in-group II.

Keywords: neck, pain, treatment, blockade.

Вступ. Нейрокомпресійні шийні больові синдроми – це одна з найчастіших причин госпіталізації хворих у неврологічні стаціонари. Існує чимало методів лікування цієї патології. На даний час є багато прибічників як консервативних, так і оперативних методик. У нейрохірургічних протоколах лікування шийних больових нейрокомпресійних синдромів визначені стадії даної патології, коли доцільно застосовувати консервативні, пункційні, малоінвазивні та відкриті втручання [1–4]. Слід зазначити, що цією проблемою переймаються лікарі різних спеціальностей, щороку тисячі вчених працюють над поліпшенням результатів лікування таких хворих, але проблема ефективного лікування хворих з шийними нейрокомпресійними больовими синдромами все ще далека від вирішення.

Мета. Проаналізувати найближчі та віддалені результати лікування пацієнтів з шийними нейрокомпресійними больовими синдромами з викорис-

танням методу селективної блокади ураженого нервового корінця під СОП-рентген-контролем, порівняно з контрольною групою хворих, до яких застосовано стандартну схему консервативного лікування; визначити найбільш швидкі та ефективні методи лікування й реабілітації хворих з шийними нейрокомпресійними больовими синдромами у випадках, коли недоцільне «відкрите» оперативне нейрохірургічне втручання; впровадити в медичну практику нові рекомендації з лікування та реабілітації хворих з шийними нейрокомпресійними больовими синдромами.

Матеріали і методи. Дослідження проведено в нейрохірургічному центрі на базі відділення травматології та ортопедії ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України». До спостереження було залучено 30 хворих з нейрокомпресійними шийними больовими синдромами. Всі пацієнти надали стандартну інфо-

рмовану згоду на проведення обстеження, лікування та маніпуляції. Пацієнтам проведено стандартне загальноклінічне обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, електрокардіографія, збір скарг, анамнезу, об'єктивне, неврологічне та локальне дослідження). У всіх випадках проведена також магнітно-резонансна (МРТ) або комп'ютерна томографія (КТ). Неврологічний стан пацієнтів оцінювали за модифікованою шкалою Nurick (ШН). Модифікована шкала Nurick має 4 рівні ефективності: 1-й рівень – повний регрес неврологічної симптоматики; 2-й рівень – поліпшення; 3-й рівень – стан без змін; 4-й рівень – погіршення неврологічного статусу [6].

Медичними показаннями до проведення селективної корінцевої блокади в шийному відділі хребта під ЄОП-рентген-контролем були:

- іритативні корінцеві синдроми (больовий та/або чутливий), підтверджені морфологічними ознаками, такими як компресія корінця протрузією, грижею диска або остеофітами, за даними СКТ та/або МРТ, уперше виявлені, за умови, що вони не потребують «відкритого» оперативного нейрохірургічного втручання;

- комплексне лікування та реабілітація стійких іритативних корінцевих синдромів, резистентних до звичайного консервативного лікування, підтверджених морфологічними ознаками, такими як компресія корінця протрузією, грижею диска або остеофітами, за даними СКТ та/або МРТ, за умови, що вони не потребують «відкритого» оперативного нейрохірургічного втручання;

- комплексне лікування та реабілітація стійких іритативних корінцевих синдромів, резистентних до звичайного консервативного лікування, підтверджених морфологічними ознаками, такими як компресія корінця протрузією, грижею диска або остеофітами, за даними СКТ та/або МРТ, якщо вони потребують «відкритого» оперативного нейрохірургічного втручання, але пацієнт категорично відмовляється від проведення операції, та/або у випадках, коли проведення «відкритого» оперативного нейрохірургічного втручання неможливе через інші причини (наприклад, супутня важка соматична патологія).

Безумовно, можливість проведення в стаціонарі селективної корінцевої блокади в шийному відділі хребта визначається не тільки належною підготовкою хворого та доведеністю (за даними СКТ та/або МРТ) морфологічних ознак компресії спинального корінця, а також наявністю в умовах стаціонару необхідного технічного обладнання, відповідних медикаментів та спеціалізованого медичного персоналу.

Для проведення селективної корінцевої блокади під ЄОП-рентген-контролем нами використано апарат фірми «Villa Medical system» з електронно-оптичним перетворювачем у комплексі з комп'ютером і відповідним програмним забезпеченням,

у рентгеноскопичному режимі реального часу, при позиціонуванні індивідуально до кожного пацієнта.

Для введення в перидуральний парарадикулярний простір нами використано спинальні голки D=18–22 G (Spinocan, «Braun», Німеччина), анестетик «Лонгокаїн хеві» («Юріяфарм», Україна) в суміші з кортикостероїдом пролонгованої дії «Депо-Медрол» («Pfizer», США).

Техніка проведення блокади: блокада проводиться під місцевою регіонарною анестезією. Хворого вкладають на живіт, рівень втручання уточнюється під прямим рентген-контролем через електронно-оптичний перетворювач (ЕОП). Після стандартної обробки шкіри операційного поля розчином антисептика двічі, спинальною голкою проводиться пункція місця виходу компримованого нервового корінця з корінцевого каналу. Ідентифікацією «попадання» є поширення болю по ураженому нервовому корінцю або парестезія. Рівень пункції уточнюється рентгеноскопично. Після цього парарадикулярно вводиться 2–3 мл розчину анестетику «Лонгокаїн хеві» з 0,5–1,0 мл кортикостероїда пролонгованої дії «Депо-Медрол». Можливі ускладнення від анестезії контролює анестезіолог (рис. 1).

Результати дослідження та їх обговорення.

Пацієнти були розділені на дві групи. Першу (основну) групу склали хворі, де під час стандартного лікування (нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), міорелаксанти, вітаміни групи В, лікувальна фізкультура (ЛФК), фізіотерапія тощо) застосовано метод селективної блокади ураженого нервового корінця під ЄОП-рентген-контролем (15 спостережень). Чоловіків було 11, жінок – 4, вік хворих коливався від 24 до 72 років (у середньому 41,5 року), тривалість захворювання від 6 місяців до 20 років. Другу (контрольну) групу спостережень склали хворі, які отримували стандартну схему консервативного лікування (НПЗП, міорелаксанти, вітаміни групи В, ЛФК, фізіотерапія, тощо) (15 хворих). Чоловіків було 10, жінок – 5, вік хворих коливався від 26 до 67 років (у середньому 42 роки), тривалість захворювання – від 4 місяців до 15 років.

Рівень ураження міжхребцевих дисків у шийному відділі хребта розподілився так: грижі міжхребцевого диска C4-C5 – діагностовано у 2 хв. (7%), C5-C6 – у 7 хв. (23%), C6-C7 – у 11 хв. (37%), C7-Th1 – у 10 хворих (33%).

За локалізацією відносно середньої лінії та оточуючих анатомічних структур грижі міжхребцевих дисків у шийному відділі хребта, за нашими спостереженнями, розподілились так: серединні грижі виявлені у 2 хворих (7%), парамедіанні – у 13 хворих (43%), задньобоківі – у 11 хворих (37%), форамінальні – у 4 хворих (13%). За даними МРТ, у 20 хворих (68%) грижі були розміром до 4 мм, у 10 хворих (32%) їх розміри перевищували 5 мм.

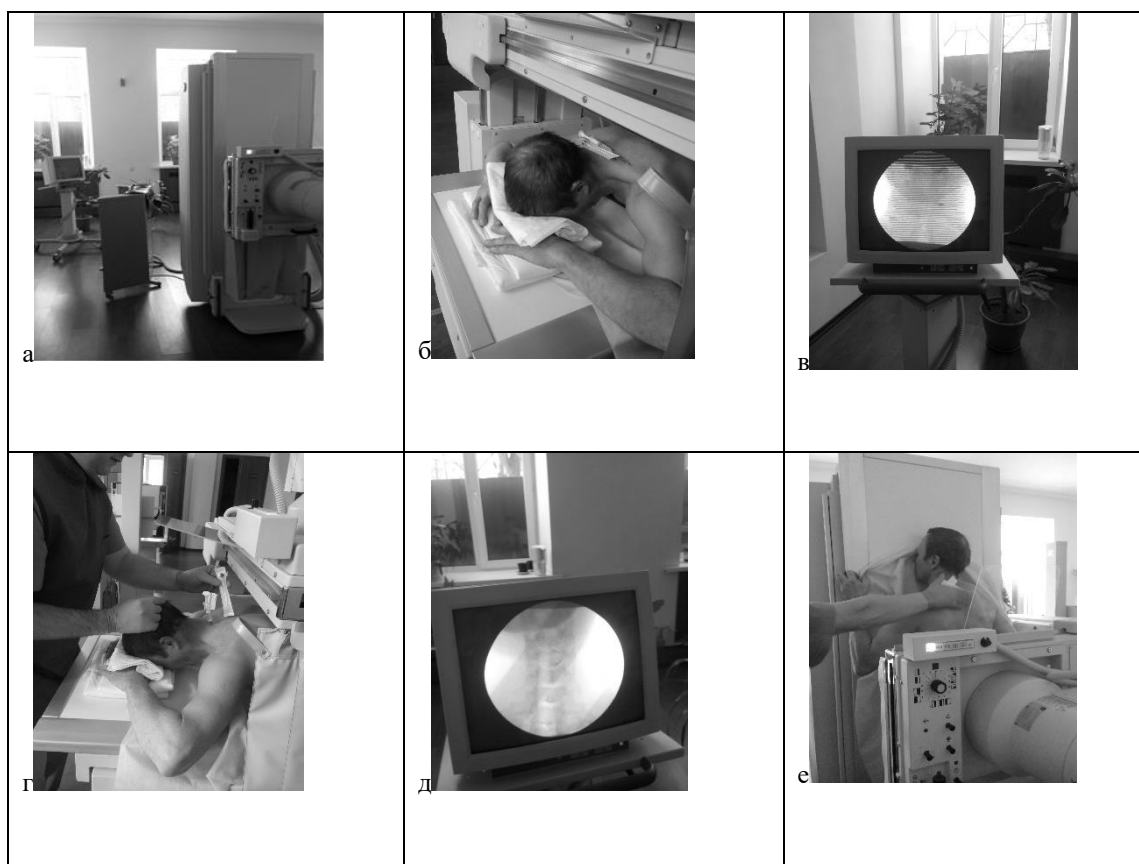


Рис. 1. Етапи проведення селективної корінцевої блокади:

а – загальний вигляд обладнання; б – укладання хворого, розмітка рівня втручання за допомогою рентген-контрастних міток; в – пункція місця виходу компресованого нервового корінця з корінцевого каналу, уточнення рівня пункції під ЕОП-рентген-контролем реального скопичного часу; г – парарадикулярне введення препаратів; д – рентген-контроль після пункційного введення препаратів; е – закінчення маніпуляції, повернення хворого у вертикальне положення, накладання асептичної пов'язки).

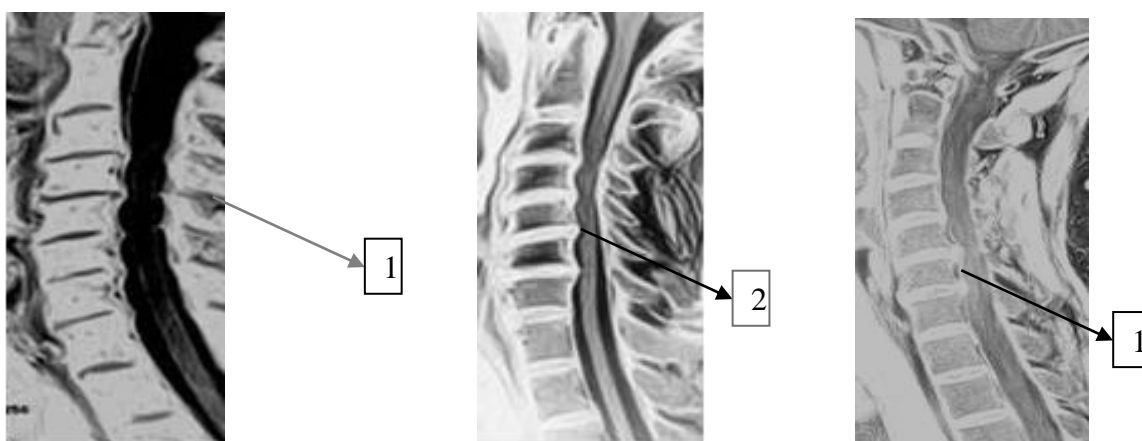


Рис. 2 а. Остеофіти (1, 2) на сканах МР-томографії в -Т1 та -Т2 режимі

Рис. 2 б

На рис. 2а представлено знімки МРТ пацієнтів до проведення маніпуляції: компресія спинального корінця в шийному відділі хребта остеофітом, поширення пульпозного ядра через фіброзне кільце в епідуральний простір (екструзія) з форамінальною пролябацією до 6 мм (рис. 2б); вигляд шийного відділу хребта за СКТ знімками

у фронтальній площині, представлено вид ззаду міжхребцевого отвору, обмеженого вентральним краєм фасеток та дуг С3-С4 хребців – місце виходу компресованого нервового корінця з корінцевого каналу – ціль для пункції та селективної блокади компресованого нервового корінця – представлено на рис. 2в.



Рис. 2в

Проналізовані найближчі (1-а та 3-я доба) та віддалені (6 місяців) результати лікування 30 хворих з нейрокомпресійними шийними больовими синдромами. Лікування двох груп пацієнтів ми оцінювали за модифікованою шкалою Nurick на 1-у–3-ю добу та через 6 місяців після маніпуляції.

На 1-у добу після маніпуляції в I групі відсоток пацієнтів, стан яких відповідає 1-му рівню за ШН (повний регрес неврологічної симптоматики), склав 93 % (14 хворих), 2-му рівню (поліпшення) – 7 % (1 хворий). У другій групі ця цифра складала: 1-й рівень – 33 % (5 хворих), 2-й рівень – 67 % (10 хворих).

На 1-у добу після маніпуляції в I групі відсоток пацієнтів, стан яких відповідає 1-му рівню за ШН, склав 87 % (13 хворих), 2-му рівню – 13 % (2 хворих). У другій групі ця кількість становила: 1-й рівень – 40 % (6 хворих), 2-й рівень – 60 % (9 хворих).

Аналіз результатів лікування двох груп пацієнтів через 6 місяців свідчить, що поліпшення стану, яке відповідає 1-му та 2-му рівням за ШН, помічено у 13 хворих (87 %) I групи та у 12 хворих (80 %) II групи. Відсутність змін після лікування спостережено у 1 хворого (7 %) в I групі та у 1 хворого (7 %) в II групі. Погіршення стану помічено у 1 хворого (6 %) в I групі та у 2 хворих (13 %) в II групі.

Наводимо спостереження пацієнта з грижею C5-C6 міжхребцевого диска, до якого в процесі лікування застосовано метод селективної корінцевої блокади під рентген-контролем.

Хворий Г., 48 років, шпиталізований до інституту 27.07.2012 р. з діагнозом: грижа C5-C6 міжхребцевого диска, компресійний рубцево-спайковий епідурит. Скарги при надходженні: інтенсивний біль у шийному відділі хребта з іррадіацією з шиї в надпліччя і по радіальному краю правого плеча та передпліччя, оніміння 1-го пальця правої кисті.

Хворіє 10 років, у 1999 р. прооперований – мікродиссектомія C5-C6 праворуч, за останні місяці больовий синдром значно посилювався, виникнення захворювання пов'язує з фізичним характером трудової діяльності. Лікувався консервативно, з використанням фізіотерапевтичних процедур, санаторно-курортного лікування, однак на фоні такого лікування за останні два тижні значно посилювався біль у шиї та в правій руці. Під час об'єктивного дослідження: відмічалась різка болючість при пальпації остистих відростків C5-C6 хребців, біль та гіпестезія по дерматому C6 праворуч, підвищення інтенсивності больового синдрому в разі активних рухів шиєю та в разі пасивного

нахилу голови та шиї в хворий бік – позитивний симптом «міжхребцевого отвору».

На МР-томограмі діагностована парамедіанна грижа міжхребцевого диска C5-C6 з форамінальним компонентом, ознаками перидурального фіброзу та грубою компресією корінця C6 праворуч та дурального мішка. Хворому виконана селективна корінцева блокада C6 праворуч під рентген-контролем, уведено 3 мл розчину анестетику з 0,5 мл кортикостероїда пролонгованої дії.

Безпосередньо після маніпуляції спостерігаємо повний регрес больового синдрому. До вечора того ж дня став більш активний. Наступної доби відчув часткове повернення больового синдрому (закінчилась дія анестетика), який регресував до вечора того ж дня (почалась дія пролонгованої форми кортикостероїда, завдяки чому почав зменшуватися набряк), виписаний на 3-ю добу в задовільному стані.

Таким чином, результати лікування пацієнтів першої групи (де були використані селективні блокади компресованих корінців) на 1-у та 3-ю добу значно ефективніші, порівняно з результатами лікування пацієнтів другої групи. У віддаленому періоді показники результатів лікування зрівнюються та стають майже однаковими.

Представлені результати проведеного нами дослідження співпадають з даними літератури щодо ефективності використання селективних корінцевих блокувань у комплексному лікуванні нейрокомпресійних шийних больових синдромів у гострому періоді [3–4].

Висновки

1. Селективні корінцеві блокади – це сучасний та результативний метод лікування нейрокомпресійних больових синдромів у шийному відділі хребта.

2. Результати лікування пацієнтів першої групи (де були використані селективні блокади компресованих корінців) на 1-у та 3-ю добу значно ефективніші, порівняно з результатами лікування пацієнтів другої групи. У віддаленому періоді показники результатів лікування зрівнюються та стають майже однаковими, і ця обставина потребує подальшого вивчення й аналізу.

Література

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим за спеціальностями «Нейрохірургія» та «Дитяча нейрохірургія» / Український нейрохірургічний журнал. – 2008. – № 3. – 224 с.

2. Попелянский Я. Ю., Штульман Д. Р. Боли в шее, спине и конечностях. Болезни нервной системы / под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульман. – М.: Медицина, 2001. – С. 293–316.

3. Левин О. С. Диагностика и лечение боли в шее и верхних конечностях // Русский медицинский журнал. – 2006. – № 9. – С. 713–718.

4. Левин О. С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника // Consilium medicum. – 2004. – № 6. – С. 547–554.

5. Launay F., Leet A., Sponseller P. A prospective study of health and risk of mortality after spinal cord injury / Arch Phys Med Rehabil. – 2008. – № 89 (8). – P. 1482–1491.

6. Nurick S. The pathogenesis of the spinal cord disorder associated with cervical spondylosis. Brain. 95:87–100 (1972).



УДК: 376.3.042.1.018.1–057.874–056.29

РІЗНІ ПІДХОДИ ЩОДО ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

Ю. О. Гончар

ORCID: orcid.org/0000-0001-5316-906X

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

Резюме

Стаття присвячена проблемі теоретичного обґрунтування поняття емоційного розвитку. Розглянуто актуальність досліджень особливостей емоційної сфери людини та особливо дитини. Описані основні типи емоційного реагування, роль емоцій, їх регуляції та диференціації в життєвій перспективі. Приділено увагу науковим концепціям емоційного розвитку різних авторів у межах та поза межами основних теоретичних підходів: поведінкового, діяльнісного та психодинамічного. Окреслено важливість емоційного розвитку дитини в системі виховання.

Ключові слова: емоції, теорії емоційного розвитку, емоційна регуляція.

Summary

The article is devoted to the problem of theoretical justification of the concept of emotional development. It was considered the relevance of studies on the features of the emotional sphere of personality, and especially of a child. There were described the basic types of emotional response, the role of emotions, their regulation and differentiation in a life term. Attention was also paid to the scientific concepts of emotional development of various authors within and outside the main theoretical approaches: behavioral, psychodynamic and activity-oriented. The importance of the emotional development of children in the system of education and bringing up was outlined.

Keywords: emotions, theories of emotional development, emotional regulation.

Актуальність досліджень з психології емоцій та емоційного розвитку дітей обумовлена багатьма факторами. В першу чергу, це посилення уваги з боку суспільства щодо свідомого батьківства та виховання дітей, з акцентом не лише на вдоволенні базових потреб, а й інтелектуальному та емоційному розвитку підростаючого покоління. Інтелектуальному розвитку приділяють досить багато часу та докладають чималого зусиль для його реалізації, тому що батьки прагнуть якісної адаптації дитини в рамках шкільної освіти, далі в вищих навчальних закладах та в життєвій перспективі. Емоційний розвиток не менш важливий, особливо якщо в системі виховання є особливий наголос на інтелект. Емоційна сфера дитини може не встигати за темпами розвитку мислення і тому можуть з'являтися проблеми зі здоров'ям дитини через нескоординованість різних сфер організму. Також розвиток емоційної сфери дає дитині більш якісне

розуміння себе та перебігу власних психічних процесів, їх механізмів та регуляції.

Емоції, за думкою К. Ізарда, – це дещо, що відчувається як почуття (feeling), та мотивує, організує та спрямовує сприйняття, мислення й дії [1]. Значно пізніше в теорії диференціальних емоцій він визначає емоції – як складний феномен, що охоплює нейрофізіологічний, рухово-експресивний та чуттєвий компоненти. Інтраіндивідуальний процес взаємодії цих компонентів, у результаті якого виникає емоція, є результатом еволюційно-біологічних процесів. К. Ізард вважав, що у людини особливості переживання й вираження емоцій гніву є вродженими, панкультурними та універсальними [1].

За думкою П. Лафренє, ще за часів античної Греції західні філософи дотримувались дуалістичних поглядів на досвід людства, протиставляючи душу й тіло, розум і пристрасті, когніції та емоції