
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЫ

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Архипова Е.Ф.,

д.п.н, профессор кафедры дефектологии МГПУ ИСОиКР,
профессор кафедры логопедии МГГУ им М.А.Шолохова
г. Москва

Демографический кризис в России заключается не только в низкой рождаемости детей по сравнению с высокой смертностью населения, но и в большом количестве рождения незрелых и больных новорожденных. . . Исходя из частотности рождения детей (5,0-6,0 на 1000) с признаками детского церебрального (ДЦП), можно предположить, что в России не менее 1,5 миллионов инвалидов с ДЦП. За последние пять лет число детей — инвалидов с детства увеличилось в 4 раза, среди которых 5% составляют больные с последствиями ДЦП. До последнего времени не проводилось учета детей с ДЦП. Точных данных о количестве инвалидов с последствиями ДЦП в России не было. И только с 2011 года начали собирать сведения о количестве детей с ДЦП разного возраста.

По данным К.А.Семеновой диагноз ДЦП можно и нужно ставить до конца первого года жизни и проводить в младенческом периоде интенсивную психолого-педагогическую абилитацию на фоне адекватного лечения. После первого года жизни уже диагностируются последствия ДЦП.

До недавнего времени перинатальный период исчислялся с 28 недели беременности до 7 дня жизни ребенка. Но по классификации Всемирной Организации Здравоохране-

ния (ВОЗ) перинатальный период начинается с 22 недели беременности. В связи с этим с 2012 года Россия перешла на международные нормативы. В современной классификации перинатальных поражений ЦНС выделяют четыре группы перинатальных поражений: гипоксические поражения ЦНС, травматические поражения ЦНС, дисметаболические и токсико-метаболические поражения ЦНС, поражение ЦНС при инфекционных заболеваниях перинатального периода. Наиболее распространены последствия перинатальных гипоксических поражений ЦНС у детей. Большая часть патологии нервной системы у детей (от задержки психомоторного развития до тяжелых форм ДЦП) связана с перенесенной гипоксией. Асфиксия новорожденного при рождении также в большинстве случаев является следствием гипоксии плода.

За последние годы в России открыты 22 перинатальных центра, которые оснащены высокотехнологичным (дорогостоящим) оборудованием. Планируются открытие перинатальных центров во всех 83 субъектах Федерации. Однако в них не предусмотрено психолого-педагогическое и коррекционное (недорогостоящее) сопровождение детей младенческого возраста. Выхаживание 500 граммовых новорожденных, предусмотрен-

ное с 2012 года, увеличит число детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), детей-инвалидов, в том числе инвалидов вследствие ДЦП. С 2012 года Россия полностью перешла на критерии регистрации новорожденных, рекомендованные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в соответствии с которыми регистрироваться будут новорожденные, появившиеся на свет после 22-й недели беременности с массой тела более 500 граммов.

Ранняя психолого-педагогическая помощь детям с ОВЗ и семьям во всех экономически развитых странах является одной из приоритетных областей деятельности разных служб: здравоохранения, образования и социальной защиты. Обоснование раннего психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ разработано отечественными и зарубежными исследованиями. Согласно экспериментальным исследованиям, мозг новорожденного ребенка в ответ на повреждение способен образовывать новые нейроны. Ранняя диагностика, своевременное лечение и психолого-педагогическое сопровождение является залогом восстановления функций пораженных органов и систем, так как патологические изменения у маленьких детей лучше поддаются обратному развитию и коррекции. Восстановление происходит полнее, чем при запущенных изменениях с необратимыми структурными изменениями. Способность детского мозга восстанавливать нарушенные функции, как и возможности всего организма в целом, очень значительны в первые месяцы жизни. Именно в этот период жизни еще возможно дозревание нервных клеток мозга взамен погибших после гипоксии, образование между ними новых связей, за счет которых в будущем и будет обусловлено нормальное развитие организма в целом.

Даже минимальные проявления перинатальных поражений ЦНС требуют соответствующего лечения и адекватных психолого-педагогических мероприятий для

предотвращения последствий гипоксии. Раннее вмешательство базируется на использовании особенностей формирования мозга, его пластичности и компенсаторном потенциале. Медико-психолого-педагогическое сопровождение ребенка в период бурного роста и развития мозга, который начинается у ребенка в двухмесячном возрасте, способствует профилактике ряда нарушений.

Создание в России системы ранней медико-психолого-педагогической помощи детям с ДЦП связано с именами К.А.Семеновской и Е.М.Мастюковой. Можно выделить этапы в реализации этой системы:

1 этап (1970 — 1990) — разработка и внедрение ранней помощи при ДЦП.

2 этап (1990 — 2005) — сокращение внедрения ранней помощи при ДЦП.

3 этап (2005 — 2013) — точечные внедрения ранней помощи при ДЦП.

Выделяют четыре фазы развития патологического процесса при перинатальном поражении нервной системы (ППЦНС) у детей в течение первого года жизни.

Первая фаза — острого периода. Эта фаза длится в течение первого месяца жизни. Острый период связан с гипоксией и нарушением кровообращения и проявляется в виде угнетения или синдрома возбуждения ЦНС

Вторая фаза — патологического процесса. Эта фаза длится в течение второго и третьего месяцев жизни. Отмечается уменьшение выраженности неврологических расстройств. Может улучшаться общее состояние, повышаться двигательная активность, происходит некоторая нормализация мышечного тонуса и рефлексов. Это объясняется тем, что пострадавший мозг не утрачивает способности к восстановлению, но к 3-му месяцу жизни может наступить нарастание спастических явлений.

Третья фаза — спастических явлений. Эта фаза наступает на третьем-шестом месяце жизни и характеризуется преобладанием мышечной гипертонии. В этом возрасте уже

можно определить две группы детей: Первая группа детей, у которых патологическая неврологическая симптоматика не исчезает, а нарастает. Ребенок может запрокидывать голову, сгибать в локтях руки и прижимать их к груди, перекрещивать ноги при опоре и ставить их на носки, может быть выражен тремор и нередко судороги. Вторая группа детей с гипоксическим поражением нервной системы, у которых наметившийся положительный прогресс во второй фазе болезни закрепляется, что обнаруживается в виде снижения неврологических расстройств.

Четвертая фаза — завершения болезни. Эта фаза наступает у детей с перинатальным поражением нервной системы на 7-9 месяце жизни. В этот период констатируют завершение болезни. Дети, перенесшие перинатальное поражение ЦНС, после седьмого-девятого месяца жизни разделяются на две группы: дети первой группы (20%) с психоневрологическими расстройствами и тяжелыми формами ДЦП, а вторая группа (80%) с нормализацией ранее наблюдавшихся изменений со стороны ЦНС.

На исход заболевания влияет своевременное, комплексное медико-психолого-педагогическое сопровождение не только ребенка с перинатальным поражением ЦНС, но и семьи. Одной из важнейших задач психолого-педагогического сопровождения является психологическая поддержка матери и повышение ее педагогической компетенции для вовлечения в процесс развития ребенка.

На всех четырех фазах развития патологического процесса и течения заболевания при перинатальном поражении нервной системы (ППЦНС) у детей в течение первого года жизни необходимо адекватное психолого-педагогическое сопровождение. Методическое обеспечение адекватного психолого-педагогического сопровождения разработано учеными России: Семеновой К.А., Мастюковой Е.М., Левченко И.Ю., Архиповой Е.Ф., Приходько О.Г. и другими.

Каков дальнейший путь ведения детей первой группы, с выраженными психоневрологическими расстройствами или тяжелыми формами ДЦП?

Выделяют три этапа восстановительного лечения и диспансерного наблюдения детей ППЦНС.

Первый этап — это отделение патологии новорожденных, неврологическое отделение детской больницы, перинатальные центры непосредственно из родильного дома направляют детей, перенесших внутриутробную гипоксию, асфиксию в родях.

Второй этап — послебольничный, который может осуществляться в реабилитационном отделении больницы, восстановительном центре или в домашних условиях.

Третий этап — диспансерный, восстановительный, амбулаторно-поликлинический, может проходить под наблюдением специалистов поликлиники, в состав которых входят психолог и логопед.

Начало логопедической работы зависит от состояния ребенка младенческого возраста, что определяется лечащим врачом. Оптимальные сроки назначения логопедической адаптивной физической культуры (ЛАФК), логопедической стимуляции и коррекции могут быть следующими: при легкой степени поражения нервной системы — на 14 день жизни, при средней тяжести — на 20 день жизни, при тяжелой — на 23 день жизни. Локальный (логопедический) массаж для стимуляции сосания можно начинать с 7 дня жизни. Педагог обучает мать правильному взаимодействию с ребенком с ППЦНС. Вопросы нагрузки и стимуляции развития ребенка с ППЦНС следует обсудить с лечащим врачом.

Первый этап — отделение патологии новорожденных. Психолого-педагогическое сопровождение должно быть строго дозированным и в присутствии матери для ее обучения. Ранняя диагностика ППЦНС позволяет сразу приступить к терапии и сопровождению. Терапевтическое вмешательство и психолого-

педагогическое сопровождение проходит на фазе обратимых нарушений. В зависимости от характера патологии ребенок находится в стационаре в течение 1-2 месяцев. Прием препаратов может сочетаться с массажем и психолого-педагогической стимуляцией.

Второй этап — реабилитационное отделение больницы. Этот этап проводится в отделении (центре) восстановительного лечения и способствует нормализации функций нервной системы, обменных процессов, иммунологической реактивности. В разработке индивидуальной программы реабилитации (ИПР) должны принимать участие все специалисты: педиатр, невролог, сотрудник функциональной диагностики, физиотерапевт, специалист ЛФК, психолог, ортопед, кардиолог, окулист, логопед, сурдолог. Существенное значение в уточнении степени нарушений функции ЦНС, зрения, слуха имеют специальные методы: реоэнцефалография, электроэнцефалография, эхоэнцефалография, аудиометрия, исследование полей зрения, глазного дна, рентгенография черепа. Назначается лечебная физическая культура и массаж, бальнео-, теплолечение, психолого-педагогическая и логопедическая диагностика и коррекция. Массаж и ЛФК проводятся в одни и те же утренние часы, ежедневно, через 40-60 минут- 1,5 часа после еды.

У большинства детей положительная клиническая динамика определяется уже после 4-5 занятий — при легком поражении ЦНС; после 7 занятий — при среднетяжелом; после 10 занятий — при тяжелом поражении. Психолого-педагогическая и логопедическая диагностика и коррекция проводятся по рекомендации врача до или после ЛФК с определением регламента. При синдроме нервно-мышечной возбудимости мероприятия направлены на снижение общей возбудимости и мышечного тонуса. Логопедическая адаптивная физическая культура (ЛАФК), логопедическая стимуляция и коррекция включают в себя покачивания в позе эмбриона или на мяче,

расслабляющий массаж оральной области и рук, точечный массаж для расслабления гипертонии мышц. При парезе конечностей и их порочном положении применяется расслабляющий массаж рук для выведения конечностей в правильное положение. При синдроме угнетения после общей вялости, мышечной гипотонии, гипорефлексии через период ложной нормализации может наступить период спастических явлений. Поэтому приемы психолого-педагогической стимуляции можно применять только при стойком угнетении нервной системы без динамики неврологического статуса в течение месяца. Применяются: логопедический активизирующий массаж, стимуляция рефлексов, моторики рук, стимуляция сенсорной и эмоциональной сфер. Повышение общей активности ребенка, подводный стимулирующий логопедический массаж. При гипертензионном синдроме начинать логопедические занятия можно при некоторой стабилизации внутричерепного давления и очень аккуратно подбирать коррекционные приемы. Содержание ППС зависит от ведущих симптомов: возбуждения и мышечного гипертонуса или вялости и мышечной гипотонии. Во время занятия следует избегать резких движений, резких перемен позы. При этом синдроме особенно эффективны упражнения в воде: упражнения в воде; подводный душ-массаж. Детям в ряде случаев назначают аппаратную физиотерапию, теплолечение, бальнеотерапию, иглорефлексотерапию. Назначают метод «сухой иммерсии» — новый метод используется в реабилитации детей до 3 месяцев жизни. Он особенно эффективен для недоношенных детей. Метод основан на частичной имитации внутриутробного состояния ребенка. Детям показана музыкотерапия. Психолого-педагогическая и стимуляция проводится по десяти направлениям. Ко всем приемам, применяемым в ходе психолого-педагогической стимуляции, подключается мать с тем, чтобы в течение дня повторять их в периоды бодрствования ребенка.

Третий этап — диспансерный, амбулаторно-поликлинический. Амбулаторно-поликлинический этап лечения осуществляется под наблюдением врача поликлиники в тесном контакте с родителями, психологами, педагогами-логопедами, чтобы обеспечить единство тактики, сохранение достигнутых результатов, улучшение параметров здоровья по мере роста ребенка. Такой подход обеспечивает профилактику возможных последствий перенесенной гипоксии. В настоящее время кроме амбулаторно-поликлинического ведения ребенка с ППЦНС предусмотрены и другие варианты помощи, где предполагается максимальная комплексная психолого-педагогическая помощь детям. К ним относятся служба ранней помощи для детей от двух месяцев до четырех лет с нарушениями развития или риском нарушения. Для более тяжелой категории детей созданы лекотеки. В них проводится психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ от двух месяцев до семи лет для социализации, формирования предпосылок учебной деятельности, поддержки развития личности детей и оказания психолого-педагогической помощи семье детей с ОВЗ и с ДЦП. Получили распространение центры игровой поддержки для детей от 6 месяцев до 3 лет, где ребенок получает дошкольное образование, а мать обучается приемам взаимодействия с ребенком

Эти варианты относятся к точечным внедрениям ранней помощи. К сожалению, информированность специалистов поликлиник, родителей о наличии такой службы недостаточная. Только единичные Центры ППМС оказывают помощь детям с ОВЗ и ДЦП с двух месяцев до трех лет.

Классическими подходами в коррекционной работе при ДЦП до недавнего времени были: дисциплинарный, междисциплинарный, мультидисциплинарный и трансдисциплинарный. Однако последние исследования, посвященные комплексной реабилитации

детей с ДЦП, показали, что наиболее эффективным является синергетический. Инновационным подходом при ДЦП признан синергетический, при котором осуществляется непрерывное совместное действие специалистов междисциплинарной направленности. Этот подход означает переход от индивидуальной работы в области своих профессиональных знаний к командно-профессиональной работе. Коррекция направлена не на устранение отдельных нарушений, а на формирование компетенций, например, коммуникативную, социальную адаптацию, функциональную независимость и другие.

С учетом того, что в младенческий период все дети, имеющие перинатальное поражение ЦНС, постепенно переходят в одну из двух групп, в зависимости от течения и завершения заболевания, были разработаны и дифференцированные методики логопедической работы.

Так для детей первой группы (20%), которые характеризуются психоневрологическими расстройствами и тяжелыми формами ДЦП, разработана методика коррекционно-логопедического воздействия, включающая четыре этапа работы. Задачами работы на каждом этапе являются:

На I этапе стимуляция голосовых реакций,

На II этапе стимуляция гуления,

На III этапе стимуляция интонированного голосового общения и лепета,

На IV этапе развитие общения с взрослым посредством интонационных звуков лепета и лепетных слов. Для детей второй группы (80%) с нормализацией ранее наблюдавшихся изменений со стороны ЦНС разработана система коррекционно-логопедической стимуляции детей первого года жизни, которая содержит 5 этапов:

1 этап — 0-3 мес.

2 этап — 3-4 мес.

3 этап — 4-6 мес.

4 этап — 6-9 мес.

5 этап — 9-12 мес.

На каждом возрастном этапе проводятся коррекционно-стимулирующие занятия, включающие десять направлений работы. Предусмотрены совместная деятельность с ребенком, направленная на развитие: общей моторики, мелкой моторики рук, зрительного восприятия, слухового восприятия, стимуляции доречевой активности, предпосылок понимания речи, эмоционально — коммуникативных функций, предпосылок самообслуживания, предпосылок формированию мышления, предпосылок предметной деятельности.

Постепенно на эту модель кооркционного обучения могут переводиться дети из первой группы, достигшие определенных успехов в совместных действиях с педагогом и матерью

Такая модель психолого-педагогического сопровождения позволяет в самый благоприятный период для раскрытия компенсаторных и потенциальных возможностей ребенка с ППЦНС оказать ему своевременную и адекватную поддержку, обеспечивающую шанс максимально уменьшить последствия ППЦНС.