

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

*Книга
для родителей
ребенка с ДЦП*



ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

*Книга
для родителей
ребенка с ДЦП*

2-издание, переработанное и дополненное.
Под редакцией В.А. Бронникова

Книга издана при участии
Министерства социального развития Пермского края,
Пермской краевой организации
общероссийской общественной организации
«Всероссийское общество инвалидов»

Пермь 2019

ББК 51.В + 60.99

УДК 364.65

Д 38 Рецензенты:

Кравцов Юрий Иванович, доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера», член-корреспондент РАЕН, заслуженный деятель науки Российской Федерации;

Калашникова Татьяна Павловна, доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера».

Авторы:

Бронников Владимир Анатольевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медико-социальной экспертизы и комплексной реабилитации ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»;

Залазева Екатерина Анатольевна, к.м.н., доцент кафедры детской стоматологии и ортодонтии ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, врач-ортодонт;

Зиновьев Александр Михайлович, к.м.н., врач-травматолог, ортопед ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»;

Надеева Нина Михайловна, ведущий логопед-афазиолог высшей квалификационной категории ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов», заведующий отделением медико-социально-психологической помощи ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. С.Н. Гринберга»;

Кротова Людмила Николаевна, врач ЛФК, ведущий специалист по лечебной физкультуре и кинезотерапии ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»;

Шилова Лариса Анатольевна, методист ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов».

Под редакцией д.м.н., профессора В.А. Бронникова

Детский церебральный паралич. Книга для родителей ребенка с ДЦП /

под ред. д.м.н. В.А. Бронникова. – Пермь: РИЦ «Здравствуй!», ООО «Спектр Пермь», 2019. – 361 с., ил.

© Коллектив авторов, 2019 г.

Министерство социального развития Пермского края, 2019 г.

ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов», 2019 г.



Книга, которую вы держите в руках, появилась на свет по инициативе и при непосредственном участии Дубниковой Галины Александровны – бессменного главного редактора редакционно-издательского центра «Здравствуй!», единственного в России издательства, занимающегося выпуском литературы для людей с инвалидностью.

Семьдесят девять лет жизни Галины Александровны – яркий пример того, как несмотря на тяжелейшую инвалидность (всю сознательную жизнь она страдала тяжелой формой заболевания опорно-двигательного аппарата, передвигалась на костылях и в инвалидной коляске) найти своё предназначение, стать Личностью творческой, активной и притягательной.

Г. А. Дубникова была страстным проводником идеи: одно из действенных средств реабилитации инвалидов – предоставление всеобъемлющей информации об их возможностях и правах – и служила этой идее последовательно, самоотверженно и верно. Галина Александровна руководила выпуском более 35 изданий, в том числе книг в помощь хроническим больным, а также родителям больных детей из циклов «В семье больной ребенок», «Летопись наших побед и печалей», «Как помочь себе, если...», «Права, оплаченные страданием» и др.

Первое издание книги «Детский церебральный паралич» РИЦ «Здравствуй!» выпустил в свет в 2000 году в серии книг «В семье больной ребёнок» тиражом 4000 экземпляров. Книга оказалась чрезвычайно востребованной. Прошло время. Развивалась медицина, совершенствовались и появлялись новые методы реабилитации и абилитации, менялась нормативная база. В 2014 году издательством «Здравствуй!» было принято решение о выпуске новой редакции книги. В 2016 году работа над книгой была закончена, но напечатать ее обновленную версию удалось только в 2019 году.

28 января 2019 года Галины Александровны не стало. Пусть выпуск данной книги станет, в том числе, и данью светлой памяти Галины Александровны Дубниковой, человека страдающего, но неуёмного, неизменно настроенного на поступок, страстно желающего помочь своими книгами всем, кто оказался в подобной ситуации, противостоящего жестокостям судьбы и благодарного ей за подаренные радости.

С уважением и благодарностью, коллектив авторов.

Дорогие родители, родные и близкие ребенка с церебральным параличом!

Диагноз, установленный вашему ребенку, вызывает лавину вопросов о причинах, механизмах возникновения заболевания, о методах лечения и реабилитации, а так же прогнозе дальнейшего развития малыша. В общедоступных сетях сегодня отыщется огромное количество противоречивой информации, которую неопытные родители могут трактовать по-разному, что иногда приводит к большим психологическим трудностям и запаздыванию необходимой медико-социальной помощи ребенку.

Практика показывает, что ранняя и систематическая коррекция двигательных нарушений у детей с церебральными параличами, осуществляемая в едином комплексе лечебно-педагогических мероприятий, позволяет предупреждать и преодолевать многие нарушения, а также развивать компенсаторные возможности детского мозга. Работа эта достаточно трудна, она требует специальных знаний и большой душевной щедрости.

Вы должны знать, насколько важен тесный контакт с ребенком начиная с рождения. Общение с близкими, в первую очередь с матерью, способствует его психическому развитию, приобретению опыта, познанию окружающего мира. При общении с другими детьми и взрослыми он учится подражать, устанавливать контакты. Ребенок с церебральным параличом, как и все дети, прежде всего, должен научиться правилам поведения. Доброе отношение близких в сочетании с требовательностью помогут ему в этом.

Необходимо также, чтобы он научился принимать себя таким, каков он есть, чтобы у него развивалось правильное отношение к своему состоянию, к своим возможностям. В зависимости от того, каким принимаете его вы, как ведете себя по отношению к нему, он будет рассматривать себя или как инвалида, не имеющего шансов занять активное место в жизни, или как человека, вполне способного достичь успехов. Следует понять самим и внушить ребенку, что у него есть много личностных качеств и достоинств, которые надо обязательно развивать, и тогда успех будет достигнут!

Об этом – наша книга. Она содержит ответы на все или почти все ваши вопросы.

– Моему ребенку поставили диагноз «детский церебральный паралич». Что это такое?

Слово «церебральный» означает «связанный с работой головного мозга», слово «паралич» – отсутствие или снижение двигательной активности мышц. Термином детский церебральный паралич (ДЦП) обозначают группу заболеваний центральной нервной системы, которые проявляются, прежде всего, двигательными расстройствами (нарушением мышечного тонуса, снижением мышечной силы, нарушением координации движений). Без двигательных расстройств церебрального паралича не бывает, однако у значительной части больных (75%) возникают еще и нарушения речи, задерживается развитие интеллекта (15–20%), возникают судороги (15–25%).

– В чем причина болезни?

Причиной заболевания является поражение отдельных областей головного мозга при острым и/или хроническом воздействии повреждающих факторов на центральную нервную систему плода во время беременности, младенца во время родов или сразу после рождения.

Среди наиболее известных сегодня причин ДЦП – а их более 400 – врачи выделяют:

– заболевания у будущей мамы (в том числе внутриутробные и вирусные инфекции, особенно в первом триместре беременности);

- воздействие на плод таких неблагоприятных факторов, как радиация, химические агенты, стрессовые ситуации;
- родовые травмы, асфиксия в родах, «обвитие пуповиной» и т. п.;
- конфликт по группам крови и резус-фактору у матери и будущего ребенка (в этих случаях в организме матери синтезируются антитела, разрушающие красные кровяные тельца в организме ребенка, продукты распада которых поражают нервную систему малыша);
- инфекционные заболевания, осложняющиеся менингитом или энцефалитом, т. е. затрагивающие головной мозг;
- повреждения мозга в раннем возрасте (травма, мозговое кровоизлияние, гипоксия и т. д.).

ДЦП не является наследственным заболеванием, оно не передается от родителей к детям, однако от родителей к детям могут передаваться предрасполагающие к церебральному параличу причины.

- Почему это случилось именно со мной, с нами?

Вы не единственная семья, которая столкнулась с этой проблемой. Сегодня на каждую 1000 новорожденных 3–4 человека (а в некоторых регионах от 5 до 9) страдают церебральным параличом. Вы не виноваты в болезни ребенка. ДЦП сегодня одна из самых распространенных форм детской инвалидности: во-первых, из-за ухудшения экологической обстановки, во-вторых, потому, что стали шире возможности реанимации, возвращающей к жизни детей с поражениями мозга.

И послушайте себя. Задавая вопрос: «Почему это случилось именно со мной», – вы расписываетесь в эгоизме, думаете исключительно о себе и жалеете только себя. Ребенок не виноват в своей болезни. Вы не виноваты в его болезни. Значит, нужно принять то, что случилось, и научиться жить в новой реальности.

- Как у детей с повреждением нервной системы проявляется детский церебральный паралич?

У всех детей, как здоровых, так и больных, развитие дви-

гательных функций происходит постепенно, с прохождением отдельных стадий. Этот процесс четко запрограммирован природой и зависит от степени зрелости нервной системы. Развитие же нервной системы, в свою очередь, стимулируется наличием определенных, уже приобретенных двигательных навыков. Таким образом, развитие двигательных функций — это непрерывный процесс обмена информацией между центральной нервной системой и ее исполнителями, т. е. мышцами конечностей, шеи и туловища.

Как, например, начинает ходить обыкновенный здоровый младенец? Сначала он учится удерживать в правильном положении голову. Это достигается за счет врожденных рефлексов (см. Приложение 1). Первым у ребенка появляется защитный рефлекс: если положить ребенка на живот, то он рефлекторно поворачивает голову вбок. Этот рефлекс формируется очень рано, на 2–3-й день жизни. К концу первого месяца жизни малыш в этом положении уже поднимает голову вверх, или держит голову, как говорят педиатры. Детские неврологи называют это «рефлекс с головы на шею».

Потом ребенок научается присаживанию и перевороту со спины на живот и с живота на спину. За присаживание отвечает так называемый симметричный шейный тонический рефлекс: если ребенку в положении на спине слегка пригнуть голову к груди, то у него повышается тонус в мышцах-сгибателях рук и мышцах-разгибателях ног. При этом если ребенок держится за что-то ручками, то он начинает подтягиваться и присаживаться — так малыш учится садиться из положения лежа.

Переворачиваться ребенку помогает асимметричный шейный тонический рефлекс: если в положении на спине повернуть голову ребенка в сторону, например вправо, то его правые конечности выпрямляются, а левые, наоборот, сгибаются, при этом активируются мышцы спины, ответственные за переворачивание тела, — так ребенок постепенно учится переворачиваться.

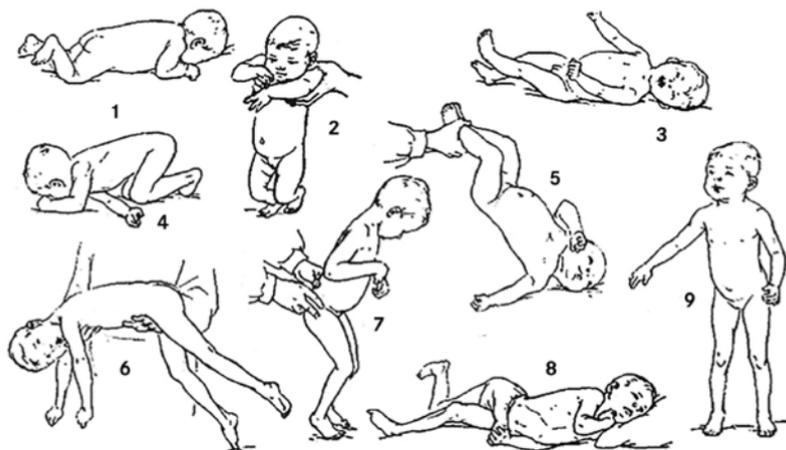


Рис. 1.

Некоторые виды патологических рефлексов при детских церебральных параличах:

- 1 – отсутствие защитного рефлекса (нет поворота головы в сторону, который бывает у здорового новорожденного в положении ничком);
- 2 – угнетение рефлекса опоры (нет рефлекторного выпрямления ног);
- 3 – 5—лабиринтный тонический рефлекс (3 – при положении на спине – напряжение мышц разгибателей шеи, туловища и конечностей, 4 – при положении на животе – напряжение мышц сгибателей туловища и конечностей, отсутствует физиологический лордоз, 5 – в сочетании с шейным асимметричным тоническим рефлексом – при подъеме за ноги из положения на спине появляются напряжение разгибателей шеи и спины, разгибание руки, к которой обращено лицо, и сгибание другой руки);
- 6 – отрицательный симптом Ландау (симптом «свешенного белья» – ребенок, поддерживаемый в положении на животе, не поднимает головы, не разгибает туловища);
- 7 – спастическая диплегия (синдром Литтла – нарушение опорной функции ног);
- 8 – двойная гениплегия (паралич всех конечностей, контрактуры);
- 9 – атонически-астатическая форма (туловищная атаксия – ребенок стоит на широко расставленных ногах, балансируя с помощью рук для удержания равновесия).

Так, благодаря ряду врожденных рефлексов, которые последовательно включаются и выключаются в определенном возрасте, этап за этапом происходит созревание двигательных функций грудного ребенка (см. Приложение 2). Задержка такого включения или выключения рефлекса приводит к искажению формирования двигательной функции или же к полному ее отсутствию, что и наблюдается у детей с детским церебральным параличом (рис. 1).

– Возможно ли родителям заметить признаки ДЦП на первом году жизни?

Определить болезнь на первом году жизни сложно, потому что ее симптомы нередко становятся очевидны позднее. Однако заподозрить у младенца тяжелое поражение центральной нервной системы с высоким риском ДЦП возможно уже к концу первого полугодия жизни. А вовремя поставить диагноз – означает вовремя приняться за лечение и существенно облегчить дальнейшую жизнь малыша.

Если ваша беременность протекала плохо, если вы знаете, что ваш ребенок перенес осложнения в период родов или в первые дни жизни, как можно раньше и чаще показывайте его педиатру и невропатологу. Нередко случается, что именно родители ориентируют участкового педиатра на более тщательное наблюдение и раннее начало абилитации (о том, что это такое, мы поговорим чуть ниже).

Естественно, самостоятельно установить диагноз вы не можете. Однако вы можете обратить внимание на некоторые симптомы, указывающие на неполадки в работе центральной нервной системы ребенка. Например, у ребенка опаздывают двигательные навыки, отстает речевое развитие. Это серьезный повод для тревоги. Так, в частности, к месяцу-полутора в позе лежа на животе доношенный ребенок обязан устойчиво держать поднятой голову, к шести месяцам – присаживаться. Если прошло 2 месяца, а он не удерживает голову лежа на животе и в вертикальном положении, прошло 7 месяцев, а он не сидит самостоятельно, прошло 15 месяцев, а он не ходит, – необходимо выяснить причину задержки развития малыша и начать необходимые реабилитационные мероприятия.

Крайне важно контролировать и психическое, а также речевое развитие ребенка: например, зрительное и слуховое сосредоточение, гуление и лепет, интерес к игрушкам. Для того чтобы не пропустить опасный симптом, всем родителям советуем вести дневник развития малыша и отмечать в нем его основные достижения, сравнивая их с критериями развития навыков ребенка в норме (см. Приложение 2,3).

С точки зрения неврологии, есть группа безусловных рефлексов, которые проявляются у ребенка после рождения, а потом понемногу угасают. Это, например, ладонно-ро-

товой рефлекс (при нажатии на ладони новорожденного он раскрывает рот), или рефлекс автоматической ходьбы (малыша, опирающегося на ножки, чуть наклоняют вперед, и он производит шаговые движения). Как правило, эти рефлекс пропадают в 2–3 месяца. Если они остаются до 4–6 месяцев, то можно заподозрить нарушение функционирования центральной нервной системы.

Родители могут обратить внимание и на то, что у малыша мышцы рук и ног вялые и слабые, или, наоборот, слишком напряжены (мышечная гипотония, гипертонус, спастичность), на дрожание головы, туловища, рук и ног, на трудности при глотании или сосании, на избыточное слюноотделение, на стереотипные и вычурные движения (ребенок застывает в какой-то позе или делает произвольные движения, кивки головой), на то, что при движении у него задействована только одна сторона тела (малыш пользуется только одной рукой, подволакивает ногу при ходьбе), что у него нарушены согласованность и точность движений.

Если вы обнаружили такие симптомы, надо незамедлительно обратиться к врачу!

– Может быть, диагноз ошибочен?

Этот вопрос – естественная реакция нашей психики на страшную информацию, отрицание плохих вестей. Подобный защитный механизм дает человеку время прийти в себя, оправиться после шока. Но отрицая реальность, человек теряет способность адекватно реагировать на происходящее.

Обычно диагноз ДЦП ставится к году жизни. Однако тяжелые формы могут выявляться и ранее, или, наоборот, более легкие формы – позже. Если у врача есть подозрение, что ребенок страдает церебральным параличом, то обычно с целью комплексной оценки его состояния проводится осмотр с участием различных специалистов: невролога, ортопеда, логопеда-дефектолога, врача лечебной физкультуры.

Диагноз определяется поэтапно. Сначала изучается подробная история болезни ребенка и его родителей. Для этого врач подробно расспрашивает мать о течении беременности, родов и послеродового периода, о состоянии

здоровья ее и членов ее семьи. Это помогает врачу оценить степень риска развития ДЦП. Тщательное изучение истории болезни позволяет не проводить лишних анализов, которые зачастую являются огромным стрессом для ребенка.

Далее врач оценивает динамику развития ребенка: в каком возрасте он начал держать голову, переворачиваться, сидеть, стоять, ходить, разговаривать. Таким образом, становится ясно, есть ли какие-либо признаки задержки формирования необходимых навыков, что весьма характерно для большинства форм ДЦП.

Следующая стадия – анализ моторного развития ребенка на данный момент. Врач проверяет, правильная ли у ребенка осанка, в норме ли мышечный тонус. Нестандартные позы, высокий или низкий мышечный тонус, патологические движения, высокие сухожильные рефлексы, патологические безусловные рефлексы, которые должны отсутствовать после 3–5 месяцев, – наиболее типичные симптомы ДЦП.

Результаты всех врачебных осмотров подробно фиксируются в медицинских документах: это даст возможность различным специалистам оценивать позитивные и негативные изменения в состоянии ребенка.

Особенно существенно оценить, не ухудшается ли самочувствие ребенка с течением времени. ДЦП условно считается непрогрессирующим заболеванием, и если некоторые его симптомы в процессе роста малыша могут изменяться, то исходное поражение мозга принципиально не изменяется в течение его жизни. Иными словами, если у ребенка проблемы с моторикой и психикой становятся все более серьезными, то, скорее всего, это не ДЦП, а другое заболевание, связанное с распадом структур и утратой функций центральной нервной системы.

Для подтверждения диагноза, для того, чтобы понять степень поражения головного мозга и исключить возможность других заболеваний, проводятся специальные обследования.

Одно из таких исследований – магнитно-резонансная томография (МРТ). В результате этой процедуры врачи получают снимки срезов головного мозга для дальнейшего

изучения. Трудность, однако, в том, что малыш должен довольно долго (от 20 минут и больше) неподвижно находиться в контуре, из-за чего самым маленьким и беспокойным процедуру проводят под наркозом.

Можно получить изображение структур головного мозга и с помощью компьютерной томографии (КТ), которая по времени сравнима с получением рентгеновского снимка, однако разрешающая способность этого метода меньше, чем у МРТ. Недостатком процедуры является рентгеновское излучение.

Наименее щадящим методом обследования на первом году жизни является нейросонография (НСГ), или УЗИ головного мозга. Она возможна при открытом большом родничке, однако ее разрешающая способность еще ниже, чем у КТ.

При назначении врача необходимо провести электроэнцефалограмму (ЭЭГ), которая показывает, есть ли у ребенка вероятность развития эпилепсии, т. к., к сожалению, риск развития судорожных приступов у детей с ДЦП составляет от 15% до 90% в зависимости от степени и локализации повреждения мозга.

После консультации медицинского генетика проводятся анализы крови для проверки на наличие генетических болезней и наследственных синдромов.

Далее ребенка консультируют логопед, дефектолог, психолог, психиатр. Для определения психического развития и речевых нарушений он проходит специальные психологические тесты. Помимо прочего, ребенка с подозрением на ДЦП должны осмотреть офтальмолог и сурдолог (особенно при речевых и психических нарушениях).

– Вы говорите, что детский церебральный паралич – это группа заболеваний. Какие формы ДЦП бывают? Какие из них самые сложные?

Согласно классификации детского церебрального паралича, разработанной К. А. Семеновой в 1973 году, а также в соответствии с международной классификацией, выделяют 5 основных форм ДЦП (см. Приложение 5).

1. Спастическая диплегия – нарушение работы мышц рук и ног. При этом в большей степени страдают ноги, и

ребенок испытывает различной степени выраженности проблемы с ходьбой. Поражение рук также проявляется по-разному – от неловкости при выполнении движений до выраженных ограничений движений.

Первые клинические проявления невролог может выявить с 4–6 месяцев, отметив задержку угасания врожденных рефлексов, а также нарастание мышечного тонуса. Речевые нарушения в виде дизартрии, дислалии и т. д. отмечаются в 80% случаев, снижение интеллекта – в 30–50% случаев.

Прогноз: при своевременно начатом и регулярном лечении самостоятельно ходят до 20–25% детей, с использованием костылей и других средств – до 40–50% пациентов.

2. Гемиплегическая форма – одностороннее поражение руки и ноги. Клинические проявления, в зависимости от степени выраженности, заметны в возрасте от нескольких недель до года. Родители очень рано обращают внимание на то, что их младенец по-разному использует руки, либо ближе к году, когда ребенок начинает ходить, отмечают, что он подволакивает одну ногу.

Прогноз при своевременно начатом лечении, как правило, благоприятный. Дети чаще ходят самостоятельно, а инвалидизация зависит от ограничений движений в руке. Речевые нарушения отмечаются у 40% больных, снижение познавательной деятельности – у 40%, судороги – у 30%. Это наиболее благоприятная форма для будущего прогноза развития ребенка.

3. Двойная гемиплегия (тетрапарез) – самая тяжелая форма ДЦП. Клинические проявления врач может увидеть уже в раннем младенческом возрасте. Поражены все конечности, но чаще руки, чем ноги. Интеллектуальный дефицит отмечается более чем у 90% детей, до 50–75% детей имеют микроцефалию, у 40% отмечаются различные поражения черепных нервов: атрофия зрительных нервов, нарушения слуха. Такие дети часто имеют нарушения глотания, жевания, что может приводить к поперхиваниям при еде и увеличивать риск хронической аспирационной пневмонии (воспаление в ткани легких вокруг вдыхаемых частичек пищи), которая является наиболее тяжелым осложнением, часто приводящим к гибели ребенка.

Прогноз неблагоприятный: дети, несмотря на лечение, очень плохо поддаются вертикализации, т. е. не могут самостоятельно сидеть, вставать. Даже в случае положительной динамики в двигательном развитии ребенка из-за выраженных интеллектуальных нарушений социализировать (интегрировать в общество) такого ребенка очень сложно.

4. Гиперкинетическая форма (дискинетическая) – различные произвольные движения в руках, ногах, лице, туловище. Они мешают поддержанию ровной позы, координированным манипуляциям конечностей. Патологические движения появляются ближе к году. Движения могут быть как медленными и вычурными, так и быстрыми, отрывистыми. До 75% детей могут ходить самостоятельно без поддержки, однако, как правило, не ранее чем с 5–6 лет. Очень часто отмечаются нарушение слуха (до 40–50% детей), повышенное слюноотечение, нарушение глотания и артикуляции, а вот снижение интеллекта при данной форме встречается редко.

Прогноз развития и социальной адаптации неплохой: многие дети могут обучаться в средних и высших учебных заведениях, получать профессию и работать по специальности.

5. Атонически-астатическая форма – нарушение координации и равновесия, характерна выраженная общая мышечная слабость («вялый ребенок»). Самостоятельная ходьба у части детей возможна, однако достаточно поздно. Походка неустойчивая, с широко расставленными ногами. Высокая частота интеллектуального дефицита и речевых нарушений (до 90% случаев), что затрудняет социальную адаптацию. Считается, что под маской атонически-астатической формы ДЦП могут скрываться многие наследственные болезни и синдромы, плохо поддающиеся диагностике.

6. Смешанная форма – сочетание у ребенка двух и более форм.

Прогноз зависит от степени выраженности двигательных, психических нарушений, а также своевременно начатого лечения.

Симптомы церебрального паралича и их выраженность могут варьировать в течение жизни, несмотря на то, что

повреждение мозга остается неизменным.

- Значит, будущее моего ребенка зависит от формы ДЦП?

Не только. Сегодня современные клиники и реабилитационные центры проводят диагностику ребенка с ДЦП, определяют его реабилитационный потенциал и прогноз, планируют программу комплексной коррекции и абилитации используя Шкалу глобальных моторных функций (GMFCS), Классификацию нарушений функции руки (MACS) и Функциональную шкалу двигательной активности (FMS).

Шкала глобальных моторных функций (GMFCS) это описательная система классификации крупных моторных функций при ДЦП. Она основана на оценке двигательных навыков ребенка, с акцентом на умении самостоятельно сидеть, менять положение тела, перемещаться, ходить, подниматься по ступенькам, бегать.

Всего выделяют 5 уровней развития моторных функций. В зависимости от возраста ребенка каждому уровню соответствуют определенные умения ребенка, описанные в таблице 1 и Приложении 6

Табл. 1

Шкала глобальных моторных функций (GMFCS) с двигательными характеристиками в зависимости от возраста ребенка

Уровень	Возраст			
	до 2 лет	2-4 года	4-6 лет	6-12 лет
GMFCS 1	- Ребенок самостоятельно садится и выходит из позы сидя на полу без помощи рук, которые свободны для манипуляции объектами Ползает на четвереньках, встает у опоры, ходит,	- Может сидеть самостоятельно - Ходит без вспомогательных приспособлений - Удерживает баланс во время сидения, если задействует обе руки при манипуляциях - Может сесть и встать без	- Может ходить без использования вспомогательных приспособлений на большие расстояния, на открытых пространствах и по неровной поверхности - Может самостоятельно сесть на стул и встать с	- Может ходить без использования вспомогательных приспособлений, поднимается и спускается по лестнице, не держась за поручни - Может ходить самостоятельно, в том числе по неровной

	<p>держась за опору</p> <ul style="list-style-type: none"> - Самостоятельная ходьба без посторонней помощи и использования приспособлений сформирована в период с 18 до 24 месяцев 	<p>помощи взрослых</p> <ul style="list-style-type: none"> - Предпочитает передвигаться посредством ходьбы - Не нуждается в использовании приспособлений для самостоятельной ходьбы 	<p>него без помощи рук</p> <ul style="list-style-type: none"> - Может встать самостоятельно с пола или со стула без посторонней помощи, ни за что не держась - Поднимается и спускается по лестнице, не держась за поручни - Начинает бегать и прыгать 	<p>поверхности</p> <ul style="list-style-type: none"> - Может прыгать и бегать с незначительным ограничением в скорости и удерживает баланс - Может принимать участие в занятиях спортом
<p>GMFCS 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ребенок может сидеть на полу, но вынужден использовать руки для поддержания баланса - Ползает на животе или на четвереньках. - Может стоять у опоры и делать шаги, держась за мебель 	<ul style="list-style-type: none"> - Может сидеть самостоятельно на полу - Обычно передвигается посредством ходьбы с использованием вспомогательных приспособлений - Испытывает трудности с удержанием баланса во время сидения, если задействует обе руки при манипуляциях - Может самостоятельно сесть и встать - Может опосредованно встать на ровной стабильной поверхности - Ползает на четвереньках 	<ul style="list-style-type: none"> - Может ходить без использования вспомогательных приспособлений в помещении и на небольшие расстояния на улице по ровной поверхности - Может сидеть на стуле с удержанием баланса во время сидения, даже если задействует обе руки при манипуляциях - Может встать с пола или встать со стула самостоятельно, но зачастую ему необходима стабильная опора, от которой он может 	<ul style="list-style-type: none"> - Может ходить без использования вспомогательных приспособлений - При подъеме по лестнице и спуске с нее обязательно держится за поручни - Испытывает трудности при ходьбе на большие расстояния, по неровной поверхности и в многолюдных местах - Может нуждаться в помощи, чтобы встать с пола или сесть на пол - Бег и прыжки ограничены - Нуждается в помощи, чтобы встать с пола

О БОЛЕЗНИ

		<p>с реципрокным компонентом (сокращение одной группы мышц сопровождается расслаблением других)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ходит по помещению, придерживаясь за мебель, или использует вспомогательные приспособления - Ходьба – наиболее предпочтительный способ передвижения 	<p>оттолкнуться или за которую есть возможность держаться</p> <ul style="list-style-type: none"> - Обязательно держится за поручни, когда поднимается и спускается по лестнице - Не может бегать и прыгать 	<p>или сесть на пол</p> <ul style="list-style-type: none"> - Бег и прыжки ограничены - Нуждается в определенной адаптации для занятий спортом
<p>GMFCS 3</p>	<p>- Ребенок может сидеть на полу при наличии поддержки, опоры для спины</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ползает на животе и переворачивается 	<ul style="list-style-type: none"> - Может сидеть самостоятельно и ходить на небольшие расстояния, используя вспомогательные приспособления (ходунки, костыли, трость и т.д.) и значимую стороннюю помощь - предпочитает сидеть по-турецки и нуждается в помощи взрослого, чтобы принять позу сидя - ползает на животе или с опорой на локти и колени, но 	<ul style="list-style-type: none"> - Может ходить, используя вспомогательные приспособления (ходунки, костыли, трость и т.д.), сидеть на обычном стуле, но при манипуляциях предметами нуждается в поддержке туловища и таза - Может сесть на стул и встать с него, придерживаясь или подтягиваясь руками (использует зафиксированную поверхность) - Ходит по 	<ul style="list-style-type: none"> - Может стоять самостоятельно - Ходит, используя вспомогательные приспособления (ходунки, костыли, трость и т.д.) - С трудом поднимается по ступенькам и ходит по неровной поверхности - Использует инвалидное механическое кресло передвигаясь на большие расстояния и в многолюдных местах - Чаше

		<p>без реципрочно-го компонента</p> <ul style="list-style-type: none"> - может встать, держась за опору, сделать несколько шагов, ходить на небольшие дистанции в помещении, используя вспомогательное оборудование для ходьбы - для поворотов и изменения направления движения необходима помощь взрослого 	<p>ровной поверхности с использованием вспомогательных приспособлений, поднимается по лестнице с помощью взрослого.</p> <ul style="list-style-type: none"> - При передвижении на большие расстояния ребенка чаще всего переносят на руках или используют коляску 	<p>наблюдается билатеральное (двустороннее) поражение с вовлечением верхних конечностей</p>
<p>GMFCS 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - У ребенка сформирован контроль за положением головы, но для сидения на полу необходима опора под спину - Может переворачиваться на полу со спины на живот и обратно 	<ul style="list-style-type: none"> - Может, если будет посажен, сидеть самостоятельно на полу - Самостоятельное сохранение позы сидя возможно только при использовании рук для опоры и поддержания баланса - Передвигается самостоятельно в пределах комнаты по полу путем перекаtywаний, ползания на животе и на четвереньках 	<ul style="list-style-type: none"> - Ребенок может сидеть на обычном стуле, но при манипуляциях предметами нуждается в поддержке туловища и таза - Может сесть на стул и встать с него при помощи взрослого, придерживаясь или подтягиваясь руками (использует зафиксированную поверхность) - В лучшем случае может ходить на короткие 	<ul style="list-style-type: none"> - Может сидеть самостоятельно, но не стоит и не ходит без основательной поддержки - Дома больше передвигается по полу - Может использовать ходунки с поддержкой туловища для ходьбы дома и в школе - Зачастую нуждается в фиксации тела или туловища для манипуляции руками - Самостоятельное

О БОЛЕЗНИ

		без реципрок-ного компонента	расстояния, используя ходунки, и под наблюдением взрослого	передвижение возможно с использованием инвалидного кресла
GMFCS 5	<ul style="list-style-type: none"> - Физический дефект ограничивает произвольный контроль движений - Ребенок не может преодолеть гравитацию, из-за чего контроль головы и туловища в позиции лежа на спине и сидя невозможен - Нуждается в помощи постороннего, чтобы повернуться со спины на живот и обратно 	<ul style="list-style-type: none"> - Испытывает трудности в контроле над положением туловища и головы в большинстве позиций. - Степень выраженности нарушений такова, что гравитация препятствует удержанию позиции головы и туловища. - Все уровни движения ограничены. - Даже использование адаптивного оборудования и вспомогательных приспособлений не позволяет сформировать физиологичные позы сидя и стоя. - Ребенок не имеет никакой возможности самостоятельного передвижения. - Некоторые дети могут передвигаться, используя электроприводное инвалидное кресло-коляску 		

Если у вашего ребенка определяют 1,2,3 уровень развития глобальных моторных функций, его реабилитационный прогноз благоприятен, и ребенок сможет достигнуть максимально для него возможной самостоятельности и независимости. Если же уровень его развития по шкале GMFCS 4 или 5, он, скорее всего, всегда будет зависеть от помощи окружающих лиц, нуждаясь в терапевтическом уходе и в паллиативной помощи.

Оценка нарушений движений рук и навыков мелкой моторики осуществляется с помощью шкалы **MACS - Классификация нарушений функции руки** (*Manual Ability Classification System for children with Cerebral Palsy 4-18 years*). Это шкала позволяет оценивать способности опе-

раций с предметами у детей с ДЦП в повседневной жизни. Каждый уровень шкалы MACS дает описание повседневных действий ребенка дома и вне дома (например, в школе), что позволяет с точностью оценить уровень деятельности не одной из рук, а обеих рук в повседневной жизни. Согласно данной системе классификации первый уровень определяют у тех детей, кто использует руки легко и успешно, последний - пятый уровень, у тех, кто практически не может действовать руками.

Уровень I - ребенок захватывает объекты успешно и с легкостью. Проблемы в манипуляции объектами проявляются в незначительном ограничении скорости и неаккуратности. Имеющиеся незначительные ограничения не влияют на самостоятельную повседневную активность.

Уровень II - ребенок захватывает большинство предметов с незначительным ограничением качества и/или скорости. Определенные виды манипуляций недоступны или вызывают некоторые затруднения; ребенок может использовать альтернативные пути выполнения манипуляций, но возможный объем моторики рук не влияет на степень независимости в повседневной активности.

Уровень III - ребенок удерживает объект с трудом, нуждается в помощи со стороны, чтобы подготовиться к захвату объекта и/или к приспособлению для этого окружающей обстановки. Манипуляции замедлены, качество действия и возможное число повторений ограничены. Манипуляцию проводит самостоятельно только при предварительной тренировке или подготовке окружающей среды.

Уровень IV - ребенок может захватывать ограниченное число объектов, простых для манипуляции, в адаптированной ситуации. Может выполнять действия лишь частично с приложением больших усилий. Нуждается в постоянной помощи и адаптирующем оборудовании даже для частичного выполнения задания.

Уровень V - ребенок не захватывает объекты и имеет тяжелое стойкое ограничение даже в простых движениях. Нуждается в тотальной помощи со стороны.

Двигательная активность ребенка определяется с помощью **Функциональной шкалы двигательной активности (FMS)**. Здесь предлагается оценить наиболее распро-

страненные функциональные движения ребенка на трех дистанциях (5 метров, 50 метров, 500 метров). N = не применимо, С = человек ползет по комнате (5 м).

1. Использует инвалидную коляску, может сделать несколько шагов с помощью другого лица.

2. Использование ходунков или поддержки без помощи другого человека.

3. Использование костылей без помощи другого человека.

4. Использование палочек (один или два), без помощи другого человека.

5. Независимая ходьба на ровных поверхностях без использования костылей или помощи другого человека (если мебель, стены, заборы, окна используются в качестве поддержки).

6. Независимая ходьба по любой поверхности без использования костылей или помощи другого лица, включая ходьбу по бордюрам и в толпе.

Родителям ребенка с ДЦП знание этих классификаций поможет определить цели развития своего ребенка, задачи обучения его определенным навыкам и, как важнейшее достижение, переход к более высокой степени функциональных возможностей и независимости.

– Какими осложнениями чреват детский церебральный паралич? Какие заболевания ему сопутствуют?

У части детей с ДЦП состояние может с течением времени ухудшаться за счет осложнений заболевания. Чем тяжелее форма болезни, тем больше риск получить осложнения. Среди таких осложнений можно выделить следующие.

Эпилепсия. Возможность появления судорожных приступов у ребенка с ДЦП составляет от 15% (при спастической диплегии) до 70–90% при двойной гемиплегии (тетрапарез). Даже если эпилептических приступов не было, у ребенка могут появиться эпилептические изменения на ЭЭГ. За этим должны вести наблюдение невролог и эпилептолог. Дело в том, что при несоблюдении режима реабилитации и злоупотреблении агрессивными методиками эпилептические приступы могут трансформироваться в клинические припадки. Эпилептические приступы опасны

не только прямой угрозой для жизни ребенка, но и губительным воздействием на его интеллект и психику.

Умственная отсталость. Около 50% детей, страдающих ДЦП, имеют интеллектуальную недостаточность, что сказывается на результатах восстановительного лечения и на социальном прогнозе. Дефицит познавательной деятельности необходимо не только рано выявить, но и установить его степень, чтобы затем разработать адекватную программу обучения ребенка.

Ортопедические осложнения. Нарушение согласованной работы мышц, спастический тонус в пораженных мышцах, нарушение нормального их кровоснабжения – все это приводит к отставанию роста больных конечностей, к формированию патологических позовых установок и к дальнейшим деформациям скелета растущего ребенка. Искривление позвоночника, вывихи бедер, контрактуры в суставах – типичные проблемы больных церебральным параличом. Ортопедические осложнения ДЦП формируются в процессе роста ребенка и прогрессируют по мере увеличения нагрузок на скелет. Часто скелетные и суставные деформации сопровождаются болями, из-за которых двигательная активность становится невозможной.

Ортопедические осложнения желательно не допускать изначально, проводя их профилактику массажами, физическими нагрузками и ортезированием. Если деформации скелета сформировались, их коррекция проводится хирургическим путем.

Дыхательные нарушения. У детей с тяжелыми формами ДЦП, которые большую часть времени проводят лежа, часто отмечаются хронические дыхательные нарушения, которые приводят к воспалению в бронхах и легких. Более того, в этих случаях характерно снижение иммунной защиты организма от инфекций. Таких больных должен наблюдать врач-пульмонолог.

Нарушения пищеварения. Из-за недостаточной подвижности тела, невозможности удерживать голову и положение сидя, гиперкинезов, бульбарного и псевдобульбарного синдромов у детей с церебральным параличом возникают проблемы с глотанием и пережевыванием пищи. Ребенок может кашлять и захлебываться во время кормления, не

ощущать вкуса и температуры пищи. Могут быть и другие проблемы с пищеварением, а также хронические запоры. Дети, прикованные к инвалидному креслу, имеют риск ожирения. Физиологическое питание, здоровая диета и регулярные физические упражнения снижают риск подобных состояний. Если ваш ребенок имеет проблемы с пищеварением, он должен наблюдаться гастроэнтерологом.

Нарушения речи. В зависимости от повреждений определенных структур мозга, развития отделов коры головного мозга, двигательной патологии, нарушения тонуса мышц артикуляционного аппарата у детей с церебральным параличом развиваются такие речевые нарушения как дизартрия¹, задержка речевого развития², алалия³. Нарушения речи наблюдаются у 80% детей с ДЦП, и если в случае задержки доречевого и речевого развития педагогическая и логопедическая коррекция способны справиться нарушениями, то при системных расстройствах всех сторон речи нужно учить ребенка пользоваться методами альтернативной коммуникации.

Другие проблемы. У детей с ДЦП могут быть проблемы со зрением и слухом. Кроме того, при неправильном использовании инвалидного кресла либо другого коррекционного оборудования у ребенка могут появиться трофические раны или пролежни.

Многих из вышеперечисленных осложнений можно избежать либо свести до минимума риск их развития за счет грамотной работы команды специалистов (врачей, кинезотерапевтов, логопедов, педагогов, психологов и др.), за счет упражнений, использования специального оборудования и терапевтических процедур. Ваш ребенок должен находиться под постоянным наблюдением врачей: если появляются признаки того или иного осложнения, следует незамедлительно принять необходимые меры.

1 Дизартрия – это расстройство речи, которое выражается в затрудненном произношении некоторых слов, отдельных звуков, слогов или в их искаженном произношении.

2 Задержка речевого развития – более позднее в сравнении с возрастной нормой овладение устной речью детьми младше 3-х лет когда нарушены сроки появления речи, имеется скудный словарный запас, дефекты произношения, страдает грамматическое оформление речи и образование звуков.

3 Алалия – отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте, вызванное органическими поражениями корковых речевых центров головного мозга.

– Можно ли вылечить ДЦП?

Нет. Нельзя заменить поврежденные клетки головного мозга. Не ждите чуда – полного излечения не произойдет.

Но это не означает, что ребенку с церебральным параличом нельзя помочь. Головной мозг малыша первого года жизни обладает огромным потенциалом для компенсации приобретенного повреждения (почему и важно заподозрить или установить диагноз как раз в этот период его жизни). При подходящих условиях функцию умерших клеток берут на себя клетки неповрежденных отделов головного мозга. Мозг ребенка очень пластичен, даже дети с тяжелыми формами заболевания при упорной реабилитационной и реабилитационной работе могут демонстрировать хорошие, а иногда и удивительные результаты.

Слово «абилитация» происходит от латинского «habilis», что означает «быть способным». То есть абилитация – это процесс, цель которого помочь приобрести или развить еще не сформированные функции и навыки, в отличие от реабилитации, которая предлагает восстановление функций, утраченных в результате травмы или заболевания.

– Что же теперь делать?

Принять ситуацию. Обратит внимание не на ограничения, а на возможности. Изучить предлагаемые сегодня варианты абилитации. Не ждать чуда, но и не сдаваться. Не превращать свое общение с ребенком в обязанность, принять его таким, какой он есть, и научиться в новых условиях жить полноценной жизнью.

– Как принять то, что случилось?

Любое горе не может длиться вечно. Многое зависит от характера и личных особенностей человека, но в среднем срок адаптации составляет около двух лет. Чтобы сократить этот период воспользуйтесь следующими советами (они адресованы в первую очередь к матерям детей с ДЦП).

Совет 1. Выпустите наружу свои переживания. Если человек длительное время отрицает или подавляет свои чувства, непережитое горе затаится внутри и впоследствии неоднократно напомнит о себе. Плачьте, рвите на себе во-

лосы, причитайте – в общем, вволю отдайтесь своим эмоциям. Только сами не ложитесь в могилу.

Совет 2. Вспомните о малыше, который вас ждет. Разве он виноват, что родился больным и не оправдал ваших надежд? Ведь именно этот малыш был вашей частью. Это ваш ребенок, и он очень нуждается в материнской любви и ласке. А вместо этого видит ваши слезы и отчаяние. Представьте, как обидно и горько ребенку, что он не радует свою маму, а причиняет лишь боль и страдания. Он понимает, что не оправдал ваших надежд, и считает себя виноватым. Сможет ли он нормально развиваться и радоваться жизни в такой гнетущей атмосфере? Разве вы желаете ему жизни с постоянным ощущением вины? Ведь он не виноват.

Совет 3. Посмотрите на ребенка, отринув призму болезни. И вы заметите, как он кривит рожицу, как хмурятся его бровки, как следят за вами его глазки. Вы – центр его мира. Каждый человек по-своему талантлив. Если вы внимательно присмотритесь к своему ребенку, то увидите его сильные стороны. У детей с ДЦП часто нарушение одних функций приводит к ускоренному развитию других. Увидьте в вашем ребенке личность, человека, способности которого вы можете открыть миру.

Совет 4. Поймите, дети с ДЦП могут радовать своих родителей ничуть не меньше здоровых сверстников. Они могут научить радоваться жизни и ценить то, что мы имеем. А еще такие дети открывают родителям новый, неведомый, глубокий, богатый духовный мир. Они помогают лично расти, совершенствоваться, духовно развиваться. Дети, как лакмусовая бумажка, показывают, каков человек на самом деле.

Совет 5. Улыбнитесь своему ребенку и скажите: «А знаешь, у нас с тобой все будет хорошо!»

– Что сказать родным и знакомым?

Не стоит скрывать проблемы малыша. Тайное всегда становится явным. Лучше сразу рассказать правду. Во-первых, вам не придется потом возвращаться к тяжелому разговору. Во-вторых, у ваших друзей будет время переварить информацию и построить новые отношения с вами. В-тре-

тых, рядом с вами останутся только настоящие друзья, на которых действительно можно положиться.

– Как вести себя с окружающими?

Во-первых, не отстраняться от общения с людьми, иначе можно оказаться в изоляции. У ваших друзей и знакомых своя жизнь, свои проблемы, и постоянно идти на контакт первыми, поддерживая общение с вами, они не будут. Это вам и вашему ребенку нужны полноценное общение и социальные контакты.

Во-вторых, не обижайтесь на некоторую натянутость в поведении ваших друзей – они просто не знают, как себя вести, чтобы вас не обидеть. Вы должны им показать, что состояние ребенка не делает хуже ни его, ни вас. Демонстрируйте своим поведением уверенность, отвечайте спокойно и честно: «Да, у моего малыша есть проблемы со здоровьем, но мы будем жить и постараемся сделать все, что в наших силах».

В-третьих, если кто-то предложит помощь, не отказывайтесь – значит, друзьям не безразличны ваши проблемы.

– Что делать, если вы оказались в изоляции?

Чужая беда многих отталкивает. Одни люди словно боятся заразиться несчастьем. Другие, боясь неосторожно вас обидеть, не зная, как себя вести в такой ситуации, стараются минимизировать общение с вами. Постарайтесь определить, в чем причина отстранения ваших знакомых. Если речь идет о суеверном страхе, вам с ними не по пути. Если причина в неловкости, сделайте шаг первым. Покажите, что вы не замыкаетесь в жалости к себе, что не требуете к себе особого отношения, что вы с благодарностью примете поддержку и помощь от друзей, не настаивая на ее обязательности.

– Как отвечать на бестактные вопросы?

Поймите, что вас не хотят обидеть. Люди просто мало знают о ДЦП и уверены, что любая болезнь излечима при желании и необходимых усилиях. Отвечайте им спокойно, вы ничем не хуже и не лучше других. Ваш ребенок не наказание и не обуза. Вы его любите и делаете все для его

счастья.

– Что делать, если вас обвиняют в проблемах ребенка?

Для начала уясните, что подобные обвинения основываются на стереотипах, многие до сих пор думают, что лишь у алкоголиков и наркоманов может родиться ребенок с нарушениями в развитии. Подобная уверенность дает им возможность убедить себя, что с ними такой беды никогда не случится. Как уже говорилось, причинами ДЦП могут стать 400 факторов, и на алкоголизм из них приходится всего 4%. Ребенок-инвалид может родиться у любой женщины, независимо от ее возраста, состояния здоровья, национальности, религии, социального и материального положения. Поэтому не стоит принимать близко к сердцу подобные обвинения. Лучше спокойно объясните этим людям механизм возникновения болезни и роль внешних факторов в ее развитии.

– Как справиться с реакцией бабушки и дедушки на болезнь ребенка?

Острота их реакции на состояние малыша связана с тем, что они переживают не только за ребенка, но и за вас. Вашим родителям приходится оплакивать двойную потерю: потерю внука (внучки) своей мечты и потерю желанной судьбы для своей дочери. (Кстати, то же можно сказать и в том случае, если ребенок с ДЦП родился у их сына, – так же они будут переживать за него.) Ваша задача – поддержать их, убедить, что ребенок с ДЦП не помеха для счастливой жизни. Да, трудностей больше, чем ожидалось, но вместе вы справитесь. Постарайтесь при них не показывать, как сильно вы расстроены, как переживаете из-за того, что ребенок не такой, как все. От вас во многом зависит, какими будут отношения ребенка с бабушками и дедушками.

– Почему часто отец бросает семью с ребенком, пораженным ДЦП?

Отец видит в ребенке свое продолжение и любит ребенка за его достижения. Он принимает малыша лишь в том случае, если тот способен оправдать его ожидания. Конеч-

но, маленький ребенок в любом случае ничего не может, однако здоровый малыш подает надежды, а больной, по мнению мужчины, нет. Вот поэтому отцу гораздо легче отказаться от ребенка с ДЦП, попытавшись реализовать свои мечты об успешном потомке в другой семье. Только мать может любить ребенка по-настоящему, несмотря ни на что. И только мать может своей безусловной любовью дать ребенку возможность быть счастливым, несмотря на проблемы со здоровьем.

– Как правильно выбрать методику лечения?

Прежде всего, ответьте себе на вопрос: «Зачем вы лечите ребенка? Что движет вами?» Если вы хотите хоть как-то облегчить его страдания, при этом не надеясь на чудо, – вы на правильном пути. А если вы кидаетесь от врача к врачу, лишь для того, чтобы вас не упрекали в равнодушии или потому, что не можете смириться с болезнью, скажите себе: «Стоп».

Сейчас нигде в мире нет метода, препарата или другого способа лечения, который полностью вылечил бы человека с церебральным параличом, сделал его движения абсолютно такими же, как у других людей, и избавил от сопутствующих нарушений. Не стоит слепо верить рекламе или отзывам других родителей (они очень субъективно оценивают возможности своего ребенка). Вас должно насторожить, если кто-то обещает излечение от ДЦП в обозримые сроки: универсального метода, помогающего всем, не существует, а реабилитация и адаптация длятся всю жизнь.

У вас, родители, должен быть здравый смысл, чтобы критично оценивать всё, что вам рекомендуют врачи, целители и пр. Чтобы сделать правильный выбор, узнайте как можно больше о заинтересовавшей вас методике и, самое главное, постарайтесь найти ее научное обоснование. Ребенка можно доверять только профессионалам.

Вам не добиться допустимых результатов без знаний и опыта врачей, а труд врачей не будет результативен без вашей ежедневной кропотливой работы и постоянных занятий с ребенком.

Вот мы и подошли к самому главному.

Как только установлен диагноз, нужно браться за лечеб-

О БОЛЕЗНИ

ные и реабилитационные мероприятия. При условии своевременно начатого, постоянного и правильного лечения и реабилитации, многие люди с ДЦП могут жить самостоятельно, качественно и социально активно.

Лучшая стратегия для лечения ДЦП – работа в команде. Врачи, воспитатели и родители должны наблюдать ребенка вместе: именно так достигается наилучший результат.

Как показывает практика, наиболее эффективно лечение и реабилитация в многопрофильной или специализированной клинике, где с ребенком работают специалисты из разных областей медицины и не только (мультидисциплинарная бригада специалистов).

Какова роль каждого из специалистов в лечении и реабилитации вашего ребенка?

Табл. 2. Мультидисциплинарная бригада специалистов

Специалист	Роль в лечении ДЦП
Детский невролог	<ul style="list-style-type: none">– возглавляет команду врачей, решает системные проблемы, контролирует и координирует выполнение плана реабилитации;– диагностирует и осуществляет лечение нарушений работы головного мозга и нервной системы;– консультируется с профильными специалистами по поводу лечения;– определяет задачи профильных специалистов в процессе лечения
Детский ортопед	<ul style="list-style-type: none">– диагностирует и осуществляет лечение специфических ортопедических проблем;– осуществляет хирургическое лечение по показаниям;
Медицинский генетик	<ul style="list-style-type: none">– оценивает риск генетических заболеваний, помогает уточнить диагноз и составляет прогноз рождения у вас и вашего ребенка здорового потомства
Физиотерапевт	<ul style="list-style-type: none">– разрабатывает и применяет на практике курс индивидуального электро-, гидро- и бальнеолечения в зависимости от особенностей ребенка
Эпилептолог (по показаниям)	<ul style="list-style-type: none">– диагностирует и назначает лечение эпилепсии;– определяет возможности и границы реабилитационного лечения ребенка с эпилепсией

Специалист	Роль в лечении ДЦП
Врач лечебной физкультуры	– разрабатывает и применяет на практике курс упражнений для развития и поддержания мышечного тонуса
Инструктор-методист по лечебной физической культуре (ЛФК), адаптивной физической культуре (АФК)	– обучает ребенка правильному стереотипу движений; – формирует навыки крупной (ходить, сидеть и сохранять равновесие) и мелкой моторики; – выполняет с ребенком курс упражнений лечебной физической культуры и адаптивной физической культуры; – рекомендует ребенку подходящие ему виды адаптивного спорта
Логопед	– работает с детьми, испытывающими трудности при глотании и страдающими нарушениями речи
Психолог	– диагностирует наличие и степень интеллектуального дефицита у ребенка и проводит коррекцию выявленных нарушений; – проводит терапию, призванную минимизировать стрессы, сопряженные с лечением ДЦП; – работает с семьей (ближайшим окружением) ребенка с ДЦП.
Педагог	– консультирует по образовательным вопросам, связанным с ДЦП; – определяет в составе медико-педагогической комиссии программу обучения ребенка
Эрготерапевт	– обучает ребенка моторным навыкам, необходимым для выполнения ежедневных действий, помогает достичь максимального уровня функционирования и независимости во всех аспектах жизни несмотря на имеющиеся ограничения

– Какие существуют системы абилитации детей с церебральным параличом?

Вот краткие характеристики наиболее эффективных и распространенных сегодня методов работы с детьми, страдающими ДЦП (подробнее в главе «Методы лечения и абилитации»).

Кондуктивная педагогика А. Пето (Венгрия, 1950). Главный ее принцип – выработка самостоятельной активности и независимости ребенка. В ходе занятий осваиваются различные виды деятельности, необходимой в повседневной жизни.

Нейроразвивающая система Б. и К. Бобат (1959). Создает систему положений и действий для формирования

у ребенка с церебральным параличом правильных поз и движений. Терапия проходит в игровой форме, при этом техники лечения дают возможность ребенку самому осуществить новое движение, активируя свои потенциальные возможности.

Войта-терапия (В.Войта, 1950). В основе лежит рефлекторная локомоция (совокупность согласованных движений) путем активации двигательных рефлексов (ползания и поворота). При соблюдении заданных исходных положений и точек раздражения формируются двигательные навыки, соответствующие возрасту ребенка.

Метод динамической проприоцептивной коррекции (Барер А.С., Семенова К.А., 1994). Проприоцепторы – чувствительные нервные окончания, расположенные в мышечно-суставном аппарате. Метод основан на применении лечебно-нагрузочного костюма (модификации космического костюма «Пингвин»), способствующего усилению и коррекции нарушенного проприоцептивного потока.

Система комплексной психолого-медико-социальной реабилитации (Маслова О.И., 1992) включает лечебную физкультуру, массаж, физиотерапию, медикаментозное лечение, психолого-педагогическую и логопедическую коррекцию, трудотерапию.

Система комплексной нейродинамической (нейросенсорной) коррекции (КНДК) (Немкова С.А., 2000–2012) способствует компенсации двигательных, постуральных (позных), сенсорных и когнитивных (познавательных) нарушений при ДЦП. Основана на комплексном применении новых, патогенетически направленных методов восстановительной терапии (в том числе использовании лечебно-нагрузочных костюмов) в сочетании на различных этапах лечения с другими способами медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации. Показана высокая эффективность применения системы КНДК у больных ДЦП с нарушениями интеллектуального развития – задержкой психического развития и умственной отсталостью.

Система интенсивной нейрофизиологической реабилитации (Козьявкин В.И., 1995). В основе системы лежит биомеханическая коррекция позвоночника и крупных суставов в сочетании с комплексом лечебных мероприятий: рефлек-

сотерапией, лечебной гимнастикой, системой массажа, ритмической гимнастикой, механотерапией и апитерапией.

Метод комплексной стимуляции (метамерной терапии) (Скворцов И.А., 1992). Метамерная терапия – методы лечения, в которых используется одна из закономерностей строения тела человека – метамерия, заключающаяся в делении его на участки (метамеры, или сегменты), расположенные последовательно вдоль продольной оси. При использовании лекарственных препаратов для метамерной терапии предполагается, что вводимое вещество оказывает прямое воздействие на нервные клетки. В качестве медикаментозных агентов применяют различные препараты, действующие преимущественно на центральную нервную систему, периферические нейромедиаторные процессы и на область чувствительных нервных окончаний. Метод основан на метамерном обкалывании аминокислотными препаратами в микродозах околоневральных областей нервных стволов.

Система Монтессори (Монтессори М., 1922). Принципы системы исходят из индивидуальных социально-эмоциональных потребностей ребенка, при этом большое внимание уделяется развитию сенсорной сферы, моторики, соединенных с впечатлениями и чувствами, которые в этом сочетании способствуют духовному становлению ребенка, развитию самостоятельности, активности, координации поведения в целом. При развитии моторной активности используются целенаправленные упражнения, связанные с повседневной жизнью ребенка, наполненные понятным ему смыслом и вызывающие интерес. Большое внимание уделяется развитию чувств (осознание, вкус, обоняние, слух), формированию таких понятий, как цвет, форма, величина, а также освоению норм социального поведения.

Кроме вышеперечисленных систем в работе с детьми, пораженными ДЦП, используют физиотерапевтическое лечение (электролечение, магнитотерапию, лазеролечение, светолечение, тепловые, водные процедуры); иглорефлексотерапию; логопедическую терапию (помогает решить проблемы с глотанием и справиться с речевыми проблемами); ортопедические уклады (тутора, лонгеты) с целью

О БОЛЕЗНИ

профилактики формирования патологических поз и контрактур); медикаментозную терапию (назначается с целью нормализации мышечного тонуса, лечения эпилепсии, психических нарушений); хирургические операции (для исправления деформаций в суставах, костях, связочном аппарате); нейрохирургические операции с целью ликвидации спастичности.

Выбор систем абилитации и медицинских средств для лечения вашего малыша, естественно, будут делать врачи. Но мы уже говорили, что их знания и умения – только часть лечения. Вы уже поняли, что для формирования физических и психических возможностей вашего особенного ребенка нужны, прежде всего, ваше сотрудничество с лечащими врачами и следование их рекомендациям.

Поймите и другое: неизлечима болезнь, но можно и нужно научить ребенка жить по мере сил самостоятельно и качественно. Его лечение и абилитация – это каждый миг его жизни рядом с вами, каждое ваше прикосновение, каждое ваше усилие, направленное на формирование у него необходимых навыков. Уход за таким ребенком – уже терапия, он помогает уже сам по себе, учите ли вы малыша держать ложку или укладываете спать. Но он станет действительно терапевтическим, лечебным, если вы всё делаете правильно.

Этому мы и постараемся вас научить.

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

– Как обращаться с ребенком, чтобы уход за ним был лечебным, терапевтическим?

На развитие ребенка с ДЦП влияет всё, что его окружает, и всё, чем окружаем его мы. Лечебно – терапевтично – само наше пребывание рядом с ним, наша о нем забота. Этот особенный малыш требует особого с собой обращения. Здесь – если правильно! – лечебно всё: какой у него режим дня, как мы поднимаем его, как носим, какую позу выбираем для бодрствования, для кормления и сна, как кормим и как укладываем спать, как ухаживаем за его телом.

Каким должен быть режим дня

У ребенка с церебральным параличом в первые годы жизни бывают недостаточно сформированы биологические ритмы сна и бодрствования: он может быть сонлив днем и чрезмерно бодр ночью. Это плохо влияет на его психическое развитие, затрудняет проведение коррекционно-восстановительных мероприятий.

Постарайтесь постепенно приучать ребенка к определенному распорядку дня, чтобы нормализовать его биологические ритмы.

Каков режим кормления?

В один – два месяца ребенка кормят 7 раз в сутки, от двух с половиной до 9 месяцев – 6–5 раз, более старших детей – 4 раза в сутки.

Сколько должен спать ребенок с ДЦП?

В первые два месяца жизни – не менее 20 часов в сутки.

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

В возрасте от 2 до 5 месяцев сон должен занимать 17–18 часов, в 5–7 месяцев – 16–15, в 7–10 – до 15 часов, после 10 месяцев и до 3–4 лет – 14–15 часов в сутки. От 4 до 7 лет продолжительность сна составляет примерно 12–14 часов. Иногда, особенно при тяжелых формах заболевания, осложненных физической ослабленностью, гидроцефалией, эпилептическими припадками, общая продолжительность сна может удлиняться. Решать этот вопрос следует только вместе с врачом.

Детей с церебральным параличом так же, как и здоровых, рекомендуется укладывать спать не позже 9 часов вечера. Режим дневного сна устанавливается в зависимости от возраста ребенка. С 9–10 месяцев ребенок переводится на двухразовый дневной сон (2–2,5 и 1–1,5 часа).

После полутора – двух лет по согласованию с врачом ребенка постепенно переводят на режим с одноразовым дневным сном. Его длительность лишь незначительно меньше общего дневного сна при прежнем режиме. Двухразовый дневной сон детей от полутора – двух лет длится около 4 часов, длительность одноразового сна в возрасте от 2 до 3 лет – 3 часа, в возрасте 3–4 лет – 2,5–3 часа, в среднем и старшем дошкольном возрасте – 1,5–2 часа.

Для ребенка с ДЦП крайне важно, чтобы все промежутки между кормлениями, сном, гигиеническими и лечебными процедурами были заняты доступной и интересной для него деятельностью.

Как поднимать и носить ребенка

Первое, что мы делаем, – берем своего малыша на руки, носим его, нежно прижимаем к себе, ласкаем. Но у ребенка с церебральным параличом может быть повышенный или пониженный мышечный тонус. И то, как мы берем его на руки, несем, переворачиваем, может позитивно влиять на изменение мышечного тонуса. Это является частью абилитации, т. к. способствует развитию правильного стереотипа движений.

Правильное ношение – часть программы физической абилитации для каждого ребенка, т. к. при этом:

- у него укрепляются мышцы спины и улучшается осанка;
- ребенок более спокоен и испытывает положительные эмоции;

- улучшается контроль произвольных движений;
- ребенок может поворачивать голову и следить за окружающим миром;
- вы можете с ним общаться;
- уменьшается нагрузка на ваш позвоночник.

Как правильно поднимать и носить ребенка с пониженным мышечным тонусом и произвольными движениями?

Прежде всего: как его поднимать?

В первую очередь, подумайте о том, что может повысить тонус в мышцах. Это могут быть внезапные, неожиданные и быстрые движения, которые пугают ребенка. Если мы будем внятно и спокойно рассказывать ему, что собираемся делать, затем поворачивать его так же медленно и спокойно, то избежим излишней напряженности. Тогда и поднимать ребенка будет легче, да и самому ребенку будет удобнее. При этом вы не должны просто переверачивать, поднимать ребенка – необходимо, чтобы он помогал вам, а не был пассивен и безучастен.

Сначала помогите ребенку сесть из положения лежа:

- сгруппируйте его – соедините его руки и ноги над животом;
- помогите ему сесть, подтягивая к себе за руки или через сторону с опорой на локоть;
- когда поднимаете ребенка, держите его ближе к себе.

Не тяните ребенка за руки (рис. 2). Его голова и ноги не зафиксированы, и при неправильных действиях это может травмировать суставы шеи и плеч.

Рис. 2



Как носить такого ребенка?

Старайтесь вообще носить ребенка лишь в случае крайней необходимости. Используйте любую возможность, чтобы он активно двигался сам.

Поощряйте его держать голову.

Когда носите ребенка, не упускайте случая заняться его физическим и интеллектуальным развитием. Заинтересуйте его

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

Рис. 3



**НЕ НОСИТЕ РЕБЁНКА СТАРШЕГО
ВОЗРАСТА КАК МЛАДЕНЦА**

окружающими предметами и звуками. Разговаривайте с ним, показывайте предметы, называйте цвета, считайте двери и ступеньки.

Не носите ребенка старшего возраста как младенца (рис. 3). В этом положении ему трудно участвовать в происходящем и изучать окружающие предметы.

Ребенку с очень низким мышечным тонусом необходима дополнительная поддержка:



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

- для большей устойчивости поддерживайте его таз на уровне вашей талии (рис. 4);
- поддерживайте ребенка за грудь, чтобы он сам держал голову.

Ребенка со средней степенью поражения можно носить так, как показано на рисунке 5. Это позволяет ему развернуть туловище и самому держаться за вас.

Дополнительный вариант: ребенок сидит на вашем бедре лицом вперед как на рисунке 6. Это положение особенно рекомендуется для детей с пониженным тонусом туловища и повышенным тонусом ног. Ребенку приходится держать голову и выпрямлять спину. Вес ребенка приходится на бедро родителя, при этом уменьшается нагрузка на руки. Одна рука родителя остается свободной.

Дайте ребенку нести игрушку или бытовой предмет.

Это положение не подходит детям с гиперкинезами или очень низким мышечным тонусом.

Как правильно носить ребенка с повышенным мышечным тонусом?

Что мы должны сделать, если тонус мышцы сгибателя слишком высок? Необходимо снизить мышечный тонус и предотвратить его повышение, а также повысить тонус противоположных мышц. Представьте себе сильно напряженного ребенка, которого мама несет с перекрещенными и прижатыми друг к другу ногами, прижатыми к телу руками.

Что можно сделать для ребенка, используя метод терапевтического ухода? Если мы уменьшим напряженность тела, меняя положение одной части тела, все остальные части тела также расслабятся. Если вы согнете и разведете в стороны ноги ребенка, вам будет легче поворачивать его голову и руки (рис. 7). Посадите ребенка на бедро лицом к себе – так вы расслабите напряженные мышцы его спины и простимулируете работу слабых мышц живота (рис. 8). В таком положении также можно говорить с ребенком, показывать различные предметы, учить ребенка считать, различать цвета.



Рис. 7



Рис. 8

Как выбрать позу для сна и бодрствования?

У здорового ребенка длительность одного периода бодрствования на протяжении первого года жизни увеличивается от нескольких минут до 2,5–3 часов, на втором году – до 5, на третьем году – до 6 часов.

У детей с церебральным параличом по сравнению с их здоровыми сверстниками центральная нервная система

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

ослаблена, работоспособность нервных клеток значительно снижена. Эти дети быстро устают, и периоды активного бодрствования у них могут быть значительно короче, причем у каждого ребенка свой предел работоспособности нервных клеток. Поэтому режим сна и бодрствования для своего ребенка вы должны подбирать индивидуально по совету врача.

Врач поможет вам добиваться и нормализации его позы. С первых дней жизни приучайте ребенка в период бодрствования лежать в кровати в различных положениях, не обязательно комфортабельных.

Бывает, что в положении на спине ребенок часто не удерживает голову по средней линии, откидывает ее назад на подушку. В некоторых случаях голова повернута все время в одну сторону, чаще вправо, что приводит к искривлению спины, неправильному положению бедер. Учитывая это, важно правильно разместить его кровать. Дверь не должна находиться позади него: чтобы видеть входящих, он будет еще больше откидывать голову назад. Если у ребенка имеется тенденция к повороту головы вправо, то кровать лучше расположить так, чтобы справа находилась стена, а слева дверь: он будет вынужден чаще поворачивать голову в эту сторону.

Во время сна также важна правильная поза. Если в положении на спине преобладает экстензорный (разгибательный) тонус, под голову подкладывают подушку. Это уменьшает разгибание бедер и стоп.

Голова лежит на подушке и немного наклонена вперед. Колени и бедра согнуты, ноги разведены.

Рис. 9



Могут понадобиться подушки для выведения вперед плечевого пояса.

При выраженном флексорном (сгибательном) тонусе ребенка лучше класть в кровать без подушки. Если приведение головы и верхней части туловища сопровождается

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

запрокидыванием рук, пояс верхних конечностей следует обернуть пленкой так, чтобы руки были приведены и находились немного спереди от туловища. В течение дня таких детей укладывают в гамак, надувной круг, на губчатые поверхности, которые придают ребенку легкое полусогнутое положение.



Рис. 10

В положении на боку значительно снижается тоническая активность, поэтому ребенок может согнуть голову, повернуть ее, приблизить руки к средней линии, манипулировать с предметами. Если поза асимметрична, больного кладут на тот бок, где больше выражена внутренняя ротация ноги.



Рис. 11

С самого периода новорожденности ребенка следует приучать лежать на животе, поскольку именно это положение оптимально для развития реакций выпрямления и равновесия.

Многочисленное изменение позы ребенка в течение дня положительно влияет на формирование психомоторных функций.

Полезно укладывать ребенка на живот и во время короткого (дневного) сна. Из этого положения до того, как он заснет, и сразу, как пробудился, ребенку полезно несколько

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

раз самостоятельно или с помощью взрослого поднять голову с опорой на разогнутые руки.

Иногда ребенок не может удерживаться в положении на животе, так как у него резко повышен сгибательный мышечный тонус. В таких случаях полезно вытянуть руки вперед над головой. Ребенку станет удобнее, если под руки и голову ему положить небольшой валик или жесткую подушку. Важно проследить, чтобы валик или подушка были небольшими и не провоцировали искривление позвоночника. Конкретные размеры этих приспособлений для каждого ребенка должны устанавливать врач или методист лечебной физкультуры.

Рис. 12



Для некоторых детей со средней и тяжелой степенями ДЦП полезной позой во время сна может быть положение на боку: голова находится на одной линии со спиной, руки вытянуты вперед, бедра разогнуты, колени слегка согнуты. Такая поза препятствует фиксированной сгибательной установке туловища и бедер.

При очень тяжелой степени ДЦП ребенок обычно может спать только в положении на спине: эту позу необходимо исправлять, корригировать, помещая небольшие твердые подушки под голову, под верхнюю часть туловища и под колени.

Скажем здесь и о том, как укладывать ребенка спать.

Укладывайте малыша спокойно, не торопясь, не возбуждая его резкими движениями и неприятными процедурами. Не следует приучать малыша к укачиванию, брать его в постель взрослых. Если он спит днем, а ночью бодрствует, все равно ночью кладите его в его кровать, гасите свет и не спешите к нему по малейшему требованию. Днем же его следует держать поблизости от себя, развлекать играми, беседой, создавать условия, препятствующие несвоевременному засыпанию.

Как кормить ребенка

Как преодолеть трудности кормления детей с ДЦП в первые месяцы жизни?

Правильное кормление малыша имеет очень большое значение не только для его роста, физического развития и здоровья, но и для дальнейшего развития речи, поскольку в процессе кормления у ребенка формируются необходимые для произнесения звуков движения языка, губ и нижней челюсти. Если возникают сложности при кормлении, вскоре они скажутся и на развитии речи.

Вспомним еще и о том, что при грудном вскармливании усиливается эмоциональный контакт между ребенком и матерью. Если при кормлении возникают трудности, мать ребенка волнуется и беспокоится, в результате эмоциональная связь между ними нарушается.

Трудности при кормлении детей с ДЦП связаны с недостаточным развитием сосательного и глотательного рефлексов, с нарушением мышечного тонуса в языке и ограничением его подвижности, со слабостью мускулатуры губ и недостаточной функцией мягкого нёба.

Когда вы даете сосок или соску здоровому ребенку первых месяцев жизни, он захватывает ее и производит сосательные и глотательные движения, позволяющие ему питаться жидкой пищей (молоком, водой, чаем, соком). При попытке отнять у ребенка соску отчетливо ощущается сопротивление. В процессе кормления ребенок делает подряд несколько сосательных движений, затем наступает короткий перерыв, который опять сменяется сосанием. По мере того как ребенок наедается, перерывы в его движениях становятся все длиннее, а фаза сосания все короче – и так до полного насыщения. Здоровый ребенок обычно высасывает необходимое количество молока за 10–15 минут. Молоко не выливается изо рта, сосательные движения ритмичные, на каждые два сосательных движения приходится два глотательных.

У малыша, пораженного ДЦП, все это происходит несколько иначе. Он неплотно захватывает соску, сосет вяло, быстро утомляется, закашливается, подолгу держит

молоко во рту, нередко засыпает при кормлении, кричит при попытке присосаться. У некоторых детей с выраженным гипертонусом наблюдается запрокидывание головы, что еще больше затрудняет процесс кормления.

Как кормить вашего особенного грудничка?

Прежде всего, выберите удобное место (и пусть оно будет постоянным), заранее приготовьте все необходимое. И не торопитесь, будьте спокойны, ласковы и терпеливы.

У таких детей, как ваш, ослаблен сосательный рефлекс. Чтобы его усилить, перед кормлением нежно погладьте уголки губ ребенка ваткой, смоченной в теплом молоке, а затем слегка похлопайте его по середине верхней губы. Эта несложная процедура активизирует врожденные безусловные рефлексы, способствующие захвату соска или соски. Если ребенок не может плотно сомкнуть губы при захвате соска и молоко вытекает, необходимо их придерживать.

Случается, что ребенок не может произвольно закрыть рот или, наоборот, делает это с чрезмерным усилием и прикусывает сосок. Поначалу сами помогайте ребенку закрывать рот, а затем постепенно учите его делать это самостоятельно.

Заставить ребенка ощущать свои губы можно так: поглаживая по внутренней поверхности губ или легко равномерно ударя кончиком указательного пальца по направлению от щек, подбородка и носа к губам.

Многие дети при сосании быстро устают, им необходимы перерывы, во время которых следует нежно поглаживать губы и щеки ребенка. Сделайте кормления более частыми и менее продолжительными. Иной ребенок может быстро устать, едва начав сосать, но довольно скоро начинает беспокоиться, испытывая голод. И в этом случае тоже необходимо уменьшить промежутки между кормлениями.

Если ребенок излишне возбудим, то перед кормлением он может заглатывать воздух, а это вызывает у него еще большее беспокойство из-за чувства распираания в животе. Чтобы выпустить воздух из желудка малыша, можно положить его себе на плечо и, поддерживая головку за подбородок, слегка похлопать по спине. Если ребенок заглатывает

ваит много воздуха во время кормления, эту процедуру полезно сделать и после еды.

В тех случаях, когда ребенок плотно смыкает губы и не берет сосок в рот, для расслабления мускулатуры губ могут быть полезны следующие упражнения. Поместите свои указательные пальцы на точки, расположенные между серединой верхней губы и уголками рта ребенка, и производите движения к средней линии так, чтобы верхняя губа собиралась в вертикальную складку. Такое же упражнение продлевается с нижней губой, а затем с обеими губами одновременно.

В следующем упражнении указательные пальцы помещаются в такое же положение, как и в предыдущем случае, но передвигаются не горизонтально, а вертикально. При движении пальцев по верхней губе ребенка обнажаются верхние десны, а при движении по нижней — нижние. Можно проделать подобное упражнение таким образом, чтобы губы ребенка растягивались в улыбку, а при обратном движении собирались в складку.

Что делать, если ребенок из-за слабого сосательного рефлекса начинает сосать, открывая и закрывая рот? Некоторые прибегают к такому пассивному приему: увеличивают отверстие в соске, откидывают голову ребенка назад, чтобы жидкая пища стекала в глотку. Такой способ кормления нельзя одобрить, поскольку при этом бездействуют мышцы рта, которые в дальнейшем отвечают за произнесение звуков. Более того, пассивное «заливание» пищи в рот при отсутствии активного глотания может привести к попаданию частичек пищи в дыхательные пути (аспирации), вокруг которых в бронхах и легких формируется воспалительный процесс (аспирационный бронхит, пневмония).

Как кормить малыша из бутылочки?

Чтобы уменьшить спазм и напряжение:

- наклоните голову ребенка слегка вперед и выведите его руки вперед;
- разведите ноги ребенка;
- не отклоняйте его голову назад, т. к. ребенок может подавиться;



Рис. 13

- чтобы ребенку было легче пить, увеличьте отверстие в соске и сделайте смесь в бутылочке гуще;
- надавливайте на грудь малыша, чтобы ему было легче глотать;
- если ребенок плохо сосет, придерживайте его за щеки и подбородок;
- во время игры и занятий с малышом учите его подносить руки ко рту. Тем самым вы подготовите ребенка к самостоятельному кормлению.

Какое положение ребенка наиболее удобно для кормления?

При кормлении грудного малыша нужно следить за тем, чтобы он не запрокидывал голову во избежание разгибания туловища еще до того, как соску или ложку поднесут ко рту. Не следует насильно исправлять положение головы, кладя руку ему на затылок. Это усилит разгибательную позу. Чтобы не давать малышу запрокидывать голову, надо одной рукой обнять его за плечи, выдвигая их вперед и внутрь.

Удобное для кормления подросткового ребенка положение – посадить его перед собой лицом к лицу. Располагают его на специальном сиденье либо под спину подкладывают подушку. Ребенка с достаточным контролем головы можно кормить, держа на коленях, при этом мать одну ногу ставит на подставку, чтобы согнуть бедра ребенка и тем самым предупредить разгибание ног. Если ребенок во время еды сидит на стуле, следите, чтобы спина его была выпрямлена. При «круглой» спине подбородок выдвигается вперед, затрудняя глотание. В положении сидя бедра и колени

должны быть под прямым углом, ноги слегка разведены.

Во время кормления дополнительно контролируют область рта. Руку располагают таким образом, чтобы подбородок малыша находился между указательным и средним пальцами, большой палец – на челюстно-лицевом суставе (рис. 14). Давление указательного пальца способствует открыванию рта, давление среднего пальца на диафрагму рта облегчает глотание. При другом расположении пальцев давление на подбородок облегчает глотание и предотвращает разгибание головы.



Чтобы заставить ребенка принимать полутвердую пищу с ложки, нужно легонько давить ложкой на язык. Это не дает ему вытолкнуть ложку и помогает захватить пищу верхней губой. Как только ложка вынута из рта, следите, чтобы ребенок закрыл рот.

При обучении питью из чашки ребенок должен сидеть с небольшим наклоном головы и туловища вперед; кружку подносят спереди и чуть снизу. Чтобы избежать запрокидывания головы в конце питья, в пластмассовой кружке вырезают треугольник, в который во время наклона кружки входит нос. Удобно пользоваться чашкой с двумя ручками.

У детей с церебральными параличами часто открыт рот, слюна вытекает из рта. Если в течение дня время от времени надавливать пальцем между носом и верхней губой, ребенок постепенно научится закрывать рот и проглатывать слюну.

Чтобы облегчить кормление, надо развивать у ребенка движения губ, языка, нижней челюсти, формировать контроль над функционированием мышц рта. Для этого полезные следующие упражнения:

- побуждайте ребенка губами тянуться к соске, пище;
- стимулируйте движения языка, надавливая на его кон-

чик ложкой в момент кормления;

- надавливайте на язык шпателем с вареньем;
- обучайте ребенка жевать, подталкивая своими пальцами нижнюю челюсть вверх-вниз в ритме жевания.

И еще несколько советов:

- создайте необходимую позу и окружающую среду;
- кормите ребенка маленькими порциями (не более ½ чайной ложки на прием);
- дайте ребенку полностью справиться со всей пищей во рту, увеличьте время приема пищи;
- можно увеличить количество кормлений, снизив продолжительность каждого до 30 минут, т. к. ребенок может сильно утомляться при продолжительном кормлении;
- взаимодействуйте с ребенком во время кормления – это хорошая возможность для развития коммуникативных навыков.

Как купать ребенка с ДЦП

Купание малыша, пораженного ДЦП, всегда представляет определенные трудности, и по мере роста ребенка затруднения часто не уменьшаются, а, напротив, увеличиваются. У таких детей во время купания возможны дистонические атаки, резкое разведение рук в момент погружения в воду, нарушение равновесия.

Малыша моют над ванной, держа ладонью под живот лицом вниз, или медленно опускают в воду в позе сидя, с легким наклоном вперед. При купании детей постарше применяют приспособления (рис. 15), которые удерживают ребенка в полулежачем положении или стабилизируют позу сидя.

Ребенок с церебральным параличом обычно слабо представляет схему своего тела, поэтому во время мытья, а также растирания старайтесь проводить специальную игру, фиксируя внимание ребенка на той части тела, которую моете или растираете. Когда ребенок находится в ванне, полезно повторять с ним те упражнения по лечебной физкультуре, которые разучивались в течение последних дней (активное разведение ног, толкание ногами в положении лежа на спине, сгибание и разгибание кисти, дифференцированные движения пальцами рук и др.). Можно созда-



Рис. 15

вать различные обучающие ситуации, чтобы ребенок понял разницу между сухим и мокрым, горячим и холодным и т. п. Покажите ребенку, как стирать белье, как мыть куклу. Поощряйте ребенка, если он, испытывая удовольствие от купания, произносит различные звуки, пытается петь, ободряйте его, стимулируйте к произнесению новых слов, а также предлагайте различные игры, где действия сочетаются с произнесением слов.

Одним словом, во время купания мы можем создавать различные «учебные ситуации».

Для формирования навыков самостоятельного купания и умывания помогите ребенку овладеть серией последовательных операций: открыть кран, закрыть ванну пробкой, закрыть кран, достать мыло, вытираться полотенцем, повесить полотенце на место, открыть пробку у ванны.

Как ухаживать за полостью рта

Заметьте, сейчас мы будем говорить о том, как ухаживать за зубами любого, всякого ребенка. Это общие правила, которые можно применить к малышу, пораженному ДЦП, исходя из его состояния, его возможностей. Но без знания этих общих положений невозможно выстроить усвоение ребенком с ДЦП такого крайне важного навыка, как гигиеническая чистка зубов.

Когда начинать ухаживать за полостью рта?

Этот вопрос возникает с появлением первых зубов. Более того, сегодня стоматологи рекомендуют начинать ухаживать за полостью рта малыша заранее, еще до первого

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

прорезавшегося зуба, то есть с 3–4 месяцев. Чем это обусловлено?

Во-первых, необходимостью профилактики кариеса. Скажете: если нет зубов, о какой профилактике может идти речь!? Однако смысл и логика в этом есть. Малыш рождается с практически стерильной полостью рта, но после, при сосании, плаче, засовывании предметов в рот, он может инфицироваться микроорганизмами, которые и вызывают кариес, к таким микроорганизмам относится, например, *St. Mutans*. Микроб передается от матери к ребенку, когда она, например, перед тем как дать ему пустышку, начинает ее облизывать. Возможна передача через общую посуду, поэтому у малыша должны быть свои чашки-ложки, из которых родители есть не должны. Возможна передача через поцелуй в губы, поэтому ограничьтесь поцелуями в щечки. Конечно, во всем нужна разумность, нет необходимости ограничить малыша от всего: достаточно правильно ухаживать за ребенком и соблюдать элементарные правила – это снизит риск возникновения кариеса в несколько раз.

Во-вторых, очень важен психологический аспект. Необходимо с раннего детства прививать малышу привычку к уходу за полостью рта и любовь к гигиене в целом. Чем раньше вы начнете это делать, тем лучше для него. Научить вашего крошку правильно заботиться о полости рта нетрудно: современная стоматология делает все для облегчения процесса ухода за полостью рта ребенка, да и вы послужите для малыша первым положительным примером!

Для малышей 4–5 месяцев обработку полости рта начинайте с применения специальных дентальных салфеток. Они обладают приятным запахом и вкусом различных фруктов, что также стимулирует интерес малыша, доставляя ему приятные ощущения. Салфетки сделаны из специального нетканого материала и пропитаны специальным раствором.

Методика применения этих средств проста. Оберните указательный палец салфеткой, берете малыша на руки и в полулежачем положении обрабатываете всю полость рта. Особый акцент необходимо сделать на обработке щек и, по возможности, языка ребенка. В момент прорезывания зу-

бов, когда десны малыша воспалены, особенно аккуратно, легкими массажными движениями обрабатывайте десны. Это облегчит состояние ребенка, снизит неприятные ощущения и воспалительные явления в деснах. Помните, что слюна тоже обладает противовоспалительным действием, поэтому для уменьшения воспаления и зуда необходимо стимулировать выработку слюны в полости рта.

Сколько раз чистить полость рта? Как и взрослым, два раза в день.

Отметим особо: после ночного кормления просто необходимо почистить полость рта. Ночью слюнные железы выделяют меньше слюны, и поэтому собственный организм не способен в полную силу бороться с микроорганизмами. После механического удаления скопившихся микробов то количество слюны, которое выделяется, уже может нейтрализовать продукты жизнедеятельности оставшихся микроорганизмов, вызывающих кариес.

На начальных этапах при уходе за полостью рта лучшей позой для многих детей является положение сидя: оно нормализует положение головы, облегчает ее свободные движения. Малыша можно держать на коленях перед раковиной, ребенка постарше сажают на табурет или стул со специальным упором для рук.

Необходимо научить ребенка сплевывать при полоскании рта, что представляет определенную сложность. Прежде всего, он должен уметь полуоткрыть рот, чтобы дать возможность вытечь воде наружу. Внимательно следите за тем, чтобы он не откидывал голову назад, т. к. жидкость может попасть в дыхательные пути, и это вызовет рвоту. Страх, возникающий при этом у ребенка, затруднит формирование навыка.

Для детишек постарше с момента прорезывания зубов заведите зубную щетку-напальчник. Она выполнена из силикона и бывает двух видов: с ворсистой рабочей поверхностью и с ребристой. Ребристая поверхность хорошо удаляет зубной налет с зубов, но не годится для массажа десен, так необходимого малышу, у которого прорезываются зубки. Щетка с ворсистой поверхностью не только отлично очищает зубки от налета, но и способна провести массаж. Для начала ее необходимо обработать – хо-

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

рошенько промыть под проточной водой. После этого вы надеваете щетку на палец и легкими массирующими движениями, без давления, начинаете обрабатывать десны, на которых еще не прорезались зубки, затем переходите на прорезавшиеся зубки. Первоначально обрабатывается передняя поверхность зубика, затем боковые. Не забывайте и про язычную поверхность. Такую процедуру необходимо выполнять два раза в день – утром после завтрака и вечером перед сном. Обращайте особое внимание на чистку пришеечной части зуба (ближе к десне). После чистки щетку вымойте с мылом и тщательно прополощите под струей теплой воды. Хранят щетку-напальчник в отдельном открытом стаканчике, чтобы конец с ворсинками располагался вверх и «дышал». В отличие от обычной зубной щетки пальчиковую можно менять по мере ее износа. Не стоит забывать и про дентальные салфетки, которые необходимо применять после ночного кормления.

В год ребенок начинает более осознанно познавать мир, и лучшие его учителя в этом – мама с папой. Малыш такого возраста старается во всем подражать своим родителям. Хорошо, если вы будете чистить в это время зубы и себе: личный пример будет формировать позитивные эмоции у малыша. Именно сейчас необходимо дать малышу его первую щетку. Для начала – в качестве игрушки. Однако до 1,5–2 лет продолжайте пользоваться зубной щеткой-напальчником в комбинации с дентальными салфетками. Почему? Ворс обычной щетки может повредить пока еще незрелую эмаль. Ребенок еще неловок в обращении со щеткой, а отсюда нежелательные травмы, из-за которых может сформироваться негативное отношение к чистке зубов и гигиене в целом.

Не стоит пресекать попытки малыша чистить зубки самостоятельно, лучше предоставьте ему такую возможность и после похвалите. А уж затем проверьте, хорошо ли у него получилось, и исправьте недостатки. Лучше всего – в форме игры, и самой актуальной тут будет игра на время: побеждает тот, кто чистит зубки дольше всех. Конечно, не стоит и затягивать, оптимальная чистка зубов должна занимать не менее трех и не более семи минут.

Вообще самый простой способ приучить ребенка чистить

зубы – сделать этот процесс увлекательным. Делайте это весело! Ребенок не должен воспринимать чистку зубов как ежедневную обязанность. И игра тут – первый помощник. У современных зубных щеток разработан интересный дизайн, включения в форме мультипликационных героев. С помощью этих привлекательных включений можно избрести много полезных развлечений. Например, для девочек можно придумать игру, связанную с красотой, провести конкурс на самые красивые, то есть чистые зубки. Для мальчиков это игра в супермена, который вступает в борьбу с кариозными монстрами. А для детей младшего возраста, которые не способны оценить обстановку, чистку проводить лучше под чтение веселых стишков. Игра затянется на долгое время, и ребенок не заметит ее перехода в привычку.

Как выбрать зубную щетку?

В двухлетнем возрасте у малыша должна появиться первая настоящая детская щетка. Все детские щетки отвечают определенным требованиям:

- щетина должна быть очень мягкой;
- размеры рабочей части должны составлять 18 мм.

Ручка должна быть толстой, удобной для руки малыша, потому что суставы кисти еще слабо развиты, и ему трудно удерживать тонкую зубную щетку в руке.

Как часто менять зубную щетку?

Каждые два месяца. В особых случаях щетку следует менять независимо от сроков ее использования. К таким случаям относятся воспалительные заболевания полости рта, например стоматиты. Пролечив болезнь, незамедлительно смените зубную щетку и ни в коем случае не пользуйтесь старой, т. к. существует риск повторного инфицирования.

Как выбрать пасту?

В раннем возрасте, до 3 лет, применять дополнительные средства гигиены – эликсиры, ополаскиватели – запреще-

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

но, главное для них – зубная паста.

В каждом возрасте требования к зубной пасте строго индивидуальны. До двух лет зубная паста для малыша должна быть особенная. В состав таких паст входят молочные ферменты, ксилит, он и придает зубной пасте приятный вкус, который так нравится малышам. В качестве связующих компонентов и загустителей используются составляющие, которые легко и безвредно выводятся из организма малыша. В составе этих паст допустимо наличие растительных компонентов, которые способствуют снижению воспаления в тканях десен: например, экстракт липы уменьшает воспаление при прорезывании зубов.

В ее составе недопустимы ароматизаторы, консерванты, красители, абразивные компоненты, в ней не должно быть фтора!

Применение фторсодержащих паст, которые относятся к лечебным, рекомендовано не ранее трех лет. Избыток фтора вызывает необратимые последствия не только для зубов, но и для всего организма. Однако существуют адаптированные детские пасты с минимальным содержанием солей фтора. Их стоит применять раньше 3 лет лишь в том случае, если малыш уже умеет сплевывать и не будет глотать зубную пасту.

Количество зубной пасты на раз берется с горошину. Иначе избыточное пенообразование затруднит чистку зубов, особенно если ребенок еще не научился хорошо сплевывать.

Табл. 3.

Основные и дополнительные предметы и средства гигиены полости рта в зависимости от возраста

6 месяцев – 2,5 (3) года		2,5 (3) года – 6 лет	
Предметы гигиены полости рта		Предметы гигиены полости рта	
основные	дополнительные	основные	дополнительные
1. Две зубные щетки (очень мягкие): - для ребенка; - для родителей		1. Две зубные щетки (мягкие): - для ребенка; - для родителей	1. Щетка для чистки языка

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

Средства гигиены полости рта		Средства гигиены полости рта	
основные	дополнительные	основные	дополнительные
1.Лечебно-профилактическая паста со фтором: - до года – 1 раз в день (100-250 ppm); - после года – 2 раза в день (250 ppm)	1.Реминерализующие гели с кальцием (дважды в день, 2 раза в неделю)	1.Лечебно-профилактическая паста со фтором (500 ppm) – 2 раза в день.	1.Реминерализующие гели с кальцием (дважды в день, 2 раза в неделю). 2.Жевательные резинки без сахара (с 4-5 лет).
6 – 14 (15) лет		14 (15) - 18 лет	
Предметы гигиены полости рта		Предметы гигиены полости рта	
основные	дополнительные	основные	дополнительные
1.Мануальная зубная щетка (средняя жесткость). 2.Электрическая зубная щетка (при сформированном устойчивом навыке чистки зубов).	1.Щетка для чистки языка. 2.Флоссы с пропиткой фтором.	1.Мануальная зубная щетка (средняя жесткость). 2.Электрическая зубная щетка 3.Звуковая зубная щетка.	1.Щетка для чистки языка. 2.Флоссы с пропиткой фтором. 3.Ершики. 4.Ирригатор
Средства гигиены полости рта		Средства гигиены полости рта	
основные	дополнительные	основные	дополнительные
1.Лечебно-профилактическая паста со фтором – 2 раза в день (1450-1500 ppm).	1.Реминерализующие гели с кальцием (дважды в день, 2 раза в неделю). 2.Ополаскиватели на водной основе со фтором (230-250 ppm). 3.Жевательные резинки без сахара (с ксилитом).	1.Лечебно-профилактическая паста с кальцием.	1.Ополаскиватели на водной основе со фтором (230-250 ppm). 2.Жевательные резинки без сахара (с ксилитом). 3.Пенки для полости рта противокариозного действия. 4.Спреи для полости рта.

Какие существуют методики чистки зубов?

Их много, и они очень разнообразны, однако достаточно хорошо владеть всего одной – стандартной.

Зубной ряд (то есть все зубки малыша) делят на 4 сегмента во временном прикусе и на 6 - в постоянном. Начинать чистку следует с вестибулярной поверхности зубов верхней челюсти справа выметающими движениями от десны к коронке зуба. Постепенно нужно двигаться к центральной группе зубов, а от центральной группы – к жевательной группе зубов слева. Затем переходят к чистке нёбной поверхности, т.е. поверхности обращенной к нёбу. Движения аналогичны предыдущим, но делать их надо очень аккуратно, чистка именно этой поверхности вызывает особое недовольство ребенка. При чистке вестибулярных и оральных поверхностей зубов головку щетки направляют под

углом 45° к оси зуба, движения должны быть направлены от десны к жевательной поверхности/режущему краю зуба. При чистке оральной поверхности верхних резцов ручку щетки располагают параллельно оси зубов, при этом 2-3 ряда щетинок должны захватывать десну. После этого переходят к чистке жевательной поверхности, возвратно-поступательными движениями чистят весь зубной ряд, но не стоит прикладывать много усилий. Переходя на нижнюю челюсть, чистку следует начинать слева, по той же методике, что и при чистке зубов верхней челюсти. Особое внимание уделите чистке поверхности языка. Чистить эту зону нужно крайне деликатно. Процедура может не нравиться малышу, а чрезмерная активность может спровоцировать рвотный рефлекс, это испугает ребенка и сформирует негативное отношение к гигиене. По окончании всей манипуляции следует провести «массаж» круговыми движениями щетки с захватом зубов и десен при полусомкнутых зубных рядах.

Такая методика применима не только для детей, но и для взрослых, и при соблюдении всех правил риск возникновения кариеса значительно снижается!

Как приспособить жилище к возможностям ребенка с ДЦП

Терапевтический уход за ребенком с ограниченными возможностями предполагает тщательно продуманное обустройство его жизненного пространства.

Для всех людей квартира является первостепенной средой обитания, поэтому планировка и оборудование квартиры для ребенка с нарушением двигательных функций требует тщательно продуманной организации всех без исключения помещений. Комфортные условия жизнедеятельности позволят изменить жизнь ребенка и повысят его активность и независимость. Самостоятельность в быту сохранит наработанные тренировками двигательные возможности, не даст усилиться спастике и развиваться контрактурам.

Организация пространства в квартире и её оборудование техническими средствами реабилитации должно полностью отвечать специфике патологии, соответствовать воз-

расту, росту и весу ребенка. Необходимо создать условия для соблюдения безопасности и обеспечения физического и психологического комфорта при осуществлении им бытовых и социальных действий максимально без посторонней помощи.

Адаптация жилого помещения к потребностям ребенка с двигательными нарушениями:

Во всей квартире рекомендуется убрать все ковры, коврики и половички, не закрепленные по периметру комнаты. Наиболее пригодное покрытие пола – деревянное, покрытое специальным лаком с высокой силой трения или нескользкий линолеум.

Углы на поворотах должны быть максимально закруглены. Все переходы в квартире, по возможности, не должны иметь пороги, ступеньки и другие перепады высоты. В случае необходимости устройства порогов, высота их не должна превышать 25 мм.

1. Прихожая

Входную дверь в квартиру рекомендуется оборудовать специальной ручкой, замком и дверной пружиной-толкателем. Пружина-толкатель, установленная в дверной проем, облегчает открывание двери. Механические и электронные (сенсорные, кодовые, голосовые и прочие) замки должны иметь специальные приспособления для улавливания ключа и магнитной карты.

Ключи должны быть прочными и оборудованы рычагами для облегчения поворота, проталкивания и т.д. При умеренном нарушении функции кисти можно самостоятельно пользоваться специальными насадками для ключей (рис. 16).



Рис. 16

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

Входная дверь должна плавно открываться и автоматически плавно закрываться после определенной временной задержки. Отечественной промышленностью выпускается также и специальный электронный замок с тяговым электромагнитным механизмом защелки. Электронный кодовый замок имеет также реле времени, позволяющее удерживать дверь в открытом состоянии в течение времени, необходимого для прохода человека через дверь (рис. 17).



Рис. 17



Рис. 18

В квартире рекомендуется установить увеличенные размеры звонка, дверных ручек (рис. 18).

Электрические розетки должны быть оборудованы ограничивающими бортиками.

Включение и выключение освещения в квартире рекомендуется производить при помощи специальных клавишных выключателей, установленных на определенном уровне, удобном для включения/выключения максимальной сохранной конечностью.

Рекомендуется установить в прихожей удобный стул, приспособление для снятия и надевания верхней одежды, приспособление для снятия обуви без помощи рук (площадка с углублением, в которое вставляется и тем самым закрепляется задник обуви, и при движении ноги вверх обувь снимается).

2. Кухня

Газовые плиты рекомендуется оборудовать автоподжигом. Газовая и электроплита должна иметь специальную ручку. Ручка для такой плиты выполняется в виде усеченного конуса, на боковой поверхности которого имеются четыре вогнутых углубления. Наружное основание ручки имеет вогнутую форму. Такие ручки устанавливаются на плите вертикально в ряд. Для дискретного переключения человек нажимает на углубление ручки, при этом она по-

ворачивается на 90 градусов вправо, что соответствует определенному режиму нагрева.

На крапе мойки необходимо установить специальную ручку, которая поможет пользоваться краном. Наиболее удобен кран-сенсорный смеситель (рис. 19).



Рис. 19

В раковине можно установить измельчитель отходов. Установив такой измельчитель вместо сифона на кухонную раковину, и подключив его к сливной системе, можно решить проблему выноса бытовых отходов.

При работе на кухне, когда возникают трудности при нарезке продуктов, можно использовать специальные прокладки, удерживающие кухонную утварь – кастрюли, тарелки, кухонные доски (прокладки изготавливаются из нескользящих материалов и обеспечивают хорошее сцепление со стоящими на них предметами) (рис.20).



Рис. 20



На кухонной доске можно установить шипы, удерживающие продукты, и ограничительные планки. Такая доска становится универсальным прибором – закрепив в зажиме терку можно натереть продукты (под доску можно установить тарелку для натертых продуктов); закрепив консервную банку – открыть ее; закрепив пиалу – взбить яйцо

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

и т.д. На доску можно надеть специальную металлическую стойку для ножа. Такая стойка сдерживает неверные движения ножа, т.е. возможность травмы сведена к минимуму.



Рис. 21

При нарушении функции захвата целесообразно применение специальных столовых приборов с крепежом либо на кисти, либо на предплечье, либо с утолщенной ручкой, а также кружек, прикрепляющихся к руке или имеющих особую форму с двумя ручками. Также можно использовать бытовые предметы со специальными ручками (рис.22).



Рис. 22

При нарушении функции захвата многие бытовые операции значительно облегчаются, если использовать следующие технические средства: держатель чайника (рис.23), специальный бортик у тарелок (наличие бортика облегчает процесс еды и предотвращает разбрасывание пищи) (рис.24).



Рис. 23



Рис. 24

3. Ванная комната и туалет

Для независимого пользования ванной и туалетом для детей с нарушением двигательных функции существует разнообразное оборудование. Все санитарно-технические приспособления можно условно разделить на три категории:

- устройства для отправления естественных потребностей,
- устройства для гигиенических процедур (чистка зубов, умывание лица, причесывание, и т. д.),
- устройства для самостоятельного мытья в душе или ванной.

В ванной комнате все устройства должны давать ребенку возможность самостоятельно проводить гигиенические процедуры. Так, зубная щетка или расческа укрепляются на стене (рис.25) или при помощи ремешка (или других способов) прикрепляются к ладони. Предпочтительнее электрическая зубная щетка.



Рис. 25

Рекомендуется установить электрическую сушилку для рук.

Рекомендуются устройства для самостоятельного мытья в душе или ванной удобны с наличием сенсорных включателей на кране и душе. Обязательно наличие в ванне или душе противоскользящих ковриков и специальных сидений.



Рис. 26

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

Для самостоятельного мытья имеются также различные устройства (например, валик для мытья тела на длинной ручке, варежка-держатель мыла и т. д.). Щетка для мытья рук может быть укреплена непосредственно на стене.



Рис. 27

Специальный клавишный выключатель света, установленный на удобном уровне, даст возможность включать и выключать свет без затруднений.

Туалет необходимо оборудовать автоматическим устройством для смыва унитаза, автоматическим устройством для подачи бумаги.

Специальные накладки на унитаз или санитарный стул для ребенка с ДЦП имеют специальные фиксаторы и могут быть отрегулированы по высоте удобной для ребенка (рис.28).



Рис. 28

4. Жилая комната

Основным техническим требованием к бытовым предметам в жилой комнате является возможность управления без помощи рук. В настоящее время имеется ряд технических средств, которые управляют бытовыми приборами дистанционно, с помощью голоса. Пользуясь этими устройствами, ребенок сможет включать и выключать освещение, телевизор, радиоприемник и другую необходимую технику.

В комнате ребенка должны находиться устройства, позволяющие ему самостоятельно одеваться и раздеваться,

застегивать и расстегивать пуговицы, молнии на одежде. В качестве застежек на одежде предпочтительнее липучки.

Должны быть специальные приспособления для удержания книг, перелистывания страниц, для удержания бумаги при письме, для письма.

Адаптация жилого помещения к потребностям ребенка, пользующегося инвалидной коляской:

1. Вход в квартиру

Идеальный вход в здание для человека, пользующегося инвалидной коляской – вход в одном уровне с тротуаром.

При необходимости требуется установить пандус, ширина которого должна быть не менее 0,9 м, угол наклона не более 1:12. По внешним (не примыкающим к стене) боковым краям пандуса и горизонтальных площадок должны быть предусмотрены бортики, высотой не менее 0,05 м. для предотвращения соскальзывания коляски. Покрытие пандуса не должно быть скользким.

По обеим сторонам пандуса должны устанавливаться ограждения с поручнями. Поручни должны быть двойными. Длина поручней пандуса должна быть больше длины пандуса с каждой стороны не менее, чем на 300 мм. Поручни должны быть круглого сечения диаметром не менее 30 мм. и не более 50 мм. Расстояние между поручнями и стеной должно быть не менее 40-50 мм. Поверхность поручней пандуса должна быть непрерывной по всей длине и строго параллельна поверхности самого пандуса. Поручни должны быть надежно закреплены. Концы поручней должны быть либо скруглены, либо прочно прикреплены к поверхности, стене или стойкам, а при парном их расположении – соединены между собой.

Для передвижения на коляске ребенку пригодятся перчатки без пальцев для предохранения рук от мозолей.

Ширина горизонтальной площадки перед входом должна обеспечить возможность поворота кресла-коляски для удобного входа в помещение. Глубина пространства для маневрирования коляски перед дверью при открывании «от себя» должна быть не менее 1200 мм, а при открывании «к себе» – не менее 1500 мм. Глубина площадки перед входной дверью и глубина тамбура не может быть меньше 1200 мм.

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

Входная дверь должна открываться в сторону, противоположную от пандуса. Дверь должна иметь ширину не менее 900 мм и высоту минимум 2100 мм.

2. Прихожая и коридор

Достаточным пространством для размещения человека на коляске является зона 0,85 x 1,2 м. комфортное пространство – 900 x 1500 мм.

Дверные проемы должны быть не менее 900 мм. Основные функциональные элементы (вешалка, выключатель, зеркало и т.п.) расположены на доступной для ребенка на коляске высоте.

Если в прихожей имеется встроенная мебель, то дверцы мебели должны удерживаться магнитными защелками.

Ширина коридора должна быть достаточна для свободного передвижения ребенка на коляске. Минимальная ширина коридора, в котором сможет повернуться или развернуться коляска составляет 1200 мм. При местном сужении прохода возможно уменьшение его ширины до 0,85 м.

В малогабаритных квартирах рекомендуется убрать лишние двери в квартире.

3. Кухня

Площадь кухни должна быть не менее 9 кв. м., а ее ширина – не менее 2.2 м.

Встроенная мебель на кухне должна предусматривать возможность подъезда на коляске ко всем столам. При расстановки мебели необходимо руководствоваться размерами «функциональных зон» - необходимого пространства для перемещения на коляске.

Подходы к оборудованию и мебели должны иметь ширину не менее 900 мм, а при необходимости поворота коляски на 90 градусов – не менее 1200 мм. Кухонные столы, мойка, плита должны находиться на одинаковой высоте, подобранной индивидуально (рис.29).



Рис. 29

Все кухонные полки, сушилка для посуды должны находиться на такой высоте, чтобы предметы с них ребенок мог достать самостоятельно (возможно, при помощи специального оборудования для доставания предметов).

4. Ванная и туалет

Лучше, если туалет будет совмещен с ванной – в этом случае увеличивается пространство для маневрирования коляски.

Удобнее не ванна, а душевая кабина, в которой необходимо установить стул, укрепив его, чтобы не двигался при пересаживании. Возможно, стоит убрать ванну, чтобы можно было мыться прямо в коляске. В душевой кабине необходимо установить поручни (рис.30).



Рис. 30

Если вместо душевой кабины все-таки стоит ванна, то в нее следует установить специальное сиденье для ванной, на которое можно пересесть из коляски при помощи досок для пересаживания.

Водопроводные краны следует выбирать легко регулируемые одной рукой и не требующие больших усилий.

Зеркало повесить на удобной для ребенка высоте.

Около унитаза и возле раковины необходимо установить поручни. При необходимости поручни могут быть установлены вдоль стен по периметру всего туалета.

Напольное покрытие должно быть из шероховатых материалов, чтобы избежать поскользывания. По возможности убрать пороги или они не должны быть выше 2,5 сантиметров.

Дверь из туалета должна открываться наружу, а широкая ручка должна располагаться на удобной для ребенка высоте.

5. Жилая комната

ОБ УХОДЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

Выключатели и розетки должны быть на удобной для ребенка высоте, также как и функциональные элементы.

В комнате желательно не ставить малогабаритную мебель (например, тумбочки), так как это мешает проезду коляски.

Телевизор, музыкальный центр и другую аппаратуру желательно установить во встроенную мебель. Оптимальное управление аппаратурой – дистанционное, голосовое.

Кондиционер позволит регулировать влажность и температуру воздуха в комнате (профилактика болезней).

Кровать должна быть высокой (при застилании позволит ставить под кровать ноги, находящиеся на подножке коляски). На спинке кровати можно установить поручень, при помощи которого ребенок может приподниматься. На стене у кровати также установить поручень. Поручни помогают не упасть с кровати и пересесть на коляску. Если высота кровати ниже уровня сиденья коляски, то под ножки кровати необходимо положить бруски, увеличивающие высоту кровати.

Поставить рядом прикроватный туалет при необходимости.

Около кровати поставить прикроватный столик, одна из поверхностей которого может легко менять положение. Столик имеет колеса и должен легко передвигаться (рис.31).



Рис. 31

6. Балкон и лоджия

Глубина балкона должна быть не менее 1400 мм.

Напольное покрытие должно быть плотное рифленое.

Максимальная высота перепадов уровней между балконом и внутренними помещениями дома должна быть в пределах 25 мм.

Парапеты необходимо делать, принимая во внимание угол зрения сидячего человека. При этом парапет не должен побуждать детей влезать на них.

Избежать травматизма поможет знание правил безопасного поведения в быту:

Удобная квартира должна быть в первую очередь безопасной. Проблемы домашнего травматизма актуальны для всех. Наибольший процент несчастных случаев относится к падениям, затем отравления и ожоги, поражения электрическим током, ранения и т.д.

Необходимо научить ребенка навыкам безопасного падения и вставания.

У ребенка с ДЦП может быть нарушена термочувствительность и, как следствие – велик риск ожогов и обморожений. Многие по незнанию, не придают этому должного значения. Часто бывают открытыми трубы горячей воды умывальника. Трубы должны быть хорошо изолированы. Дома это нетрудно, но, находясь в незнакомом месте, не сразу можно догадаться, где труба с горячей водой. Из предосторожности не следует вообще касаться ногами труб. Эти замечания также справедливы в отношении радиаторов отопительных батарей: не опираться на них и садиться так, чтобы не касаться их.

Другая частая причина ожогов – сидение у огня. В холодный день люди стремятся сесть к огню поближе, однако потерявшие чувствительность ноги могут оказаться очень близко от костра, и, не ощущая жара, ребенок с инвалидностью рискует сильно обжечься. Лучше сесть в стороне – на таком расстоянии, которое позволяло бы быть уверенными, что ожогов не будет. Сидя у огня, не нужно накрывать ноги пледом или шкурой – риск внезапного возгорания в этом случае высок.

Не следует держать тарелку с едой или чашку с горячим напитком на коленях, даже если они кажутся не очень горячими.

Никогда нельзя ставить себе на колени только что вынутые из духовки блюда, когда нужно закрыть ее дверцу. Если у духовки нет откидной дверцы, на которую ставится посуда, следует позаботиться о том, чтобы рядом была полка или скамейка соответствующей высоты, и ставить

горячие блюда на нее.

Необходимо приобрести посуду с изоляцией (термического типа). Она не нагревается снаружи и долгое время сохраняет содержимое теплым.

Около плиты на столе надо предусмотреть ручку для упора, чтобы те, кто будет готовить стоя, при резком спазме или слабости в коленях не попали рукой в огонь.

Никогда не ложиться в постель, где находится включенная электрогрелка (что уже само по себе опасно). Также не включать ее ночью. Есть электрические одеяла, вполне надежные для того, чтобы оставлять их включенными на всю ночь. Не оставлять ночью включенные обогреватели рядом с кроватью. Никогда не пользоваться резиновой грелкой: в постели она может соскользнуть, всю ночь пролежать на нечувствительной части тела, и дело кончится тяжелым ожогом.

Не допускать, чтобы ноги касались крана горячей воды, когда ребенок моется в ванне, или чтобы на них текла горячая вода. Наиболее надежна и удобна ванна, в которой кран помещается сбоку.

Чтобы избежать обморожений, в холодную погоду следует теплее одеваться. Надо надевать свободные сапоги, подбитые мехом, чулки или носки из тонкой шерсти, плотные меховые перчатки. Когда температура воздуха очень низкая, не нужно долго находиться на улице или в салоне автомашины, где нет обогрева.

Кухня — весьма небезопасное место, но можно полностью обезопасить себя от неприятностей, если уделить ей достаточно внимания: сделать так, чтобы было удобно и просто зажигать и выключать плиту, например, с авторозжигом. На плиту нужно установить специальный ограничитель, чтобы избежать опрокидывания посуды на ребенка. Ставить кастрюли и ковшики на плиту нужно ручками внутрь.

Ребенка нужно научить правилам пользования огнем, электричеством и другой технике безопасности (если ребенок мал, чтобы понять — выявить места, опасные для его жизни, и сделать их недоступными).

Общие требования: вся мебель должна быть достаточно громоздкой и устойчивой, чтобы ребенок не смог ее опро-

кинуть. Двери должны иметь возможность открываться снаружи, даже если заперты изнутри. Стеклопакеты и окна должны быть выполнены из небьющегося стекла или хорошо защищены. При выборе отделочных материалов и декоративных тканей для отделки комнат следует избегать легковоспламеняющихся изделий.

Ребенка нужно научить путям эвакуации при пожаре и стихийном бедствии. Он должен знать, в каких случаях, и каким образом вызвать милицию, службу спасения, скорую помощь, пожарную бригаду и т.д.

При оборудовании квартиры рекомендуется установить сигнализацию с переговорным устройством экстренной помощи. При устройстве такой сигнализации все помещения квартиры снабжаются устройствами, воспринимающими звук. Включение «тревожной кнопки» поступает на центральный пост диспетчера, который и включает переговорное устройство и помогает – вызывает врача или оказывает другую необходимую помощь.

Это общие требования для создания ребенку с двигательными нарушениями идеальных условий быта, однако, когда речь идет о ребенке, страдающем ДЦП, не стоит забывать и о других действиях, направленных на абилитацию и лечение ребенка.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И АБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА С ДЦП

Медикаментозное лечение ДЦП¹

В медикаментозном лечении церебрального паралича традиционно применяют множество препаратов нейропротективного и нейротрофического действия (защита и питание нервной системы), антиоксидантных и сосудистого (улучшение кровообращения и снабжения кислородом нервной системы) действия и т. п.

Тем не менее, несмотря на многообещающие названия групп этих лекарственных средств, только небольшой их перечень обладает эффективностью и, особенно, безопасностью, подтвержденной в специальных клинических исследованиях при применении у пациентов с ДЦП. Необоснованное применение лекарственных препаратов у детей с церебральным параличом может привести к серьезным осложнениям.

Медикаментозное лечение пациентов с церебральным параличом бывает только симптоматическим, то есть нацеленным на уменьшение неблагоприятных симптомов заболевания. Если эти симптомы условно подразделить на группы, то можно выделить три основные большие категории нарушений, на которые врач-невролог может воздействовать с помощью медикаментозных препаратов. Важно отметить, что за исключением противосудорожных препаратов, которые назначаются на длительный срок для непрерывного приема, лекарственные средства больному церебральным параличом назначаются курсами и обязательно сочетаются с немедикаментозными методами реабилитации.

¹ О детском церебральном параличе для родителей пациентов. Методические рекомендации № 41. – М.: Департамент здравоохранения г. Москвы, 2012. – с. 20

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И АБИЛИТАЦИИ

Табл. 4. Препараты, используемые при лечении симптомов ДЦП

Синдром (группа симптомов заболевания)	Группа препаратов	Цель назначения	Наиболее распространенные побочные реакции
Патологическое изменение мышечного тонуса (спастичность, гипотония, дистония)	Антиспастические препараты	Снижение мышечного тонуса	Действуют не избирательно (повышают или понижают тонус всех мышечных групп, что не всегда желательно) Сонливость, мышечная слабость, иногда снижение порога судорожной готовности Гиперсаливация ¹ или сухость во рту, тошнота, усиление или снижение перистальтики кишечника
	Препараты, корригирующие мышечную гипотонию	Повышение мышечного тонуса	
	Препараты против мышечной дистонии	Уменьшение патологических (избыточных и неправильных) движений	
Нарушение темпов психомоторного и физического развития	Нейропротекторы и ноотропы	Стимуляция высшей нервной деятельности, улучшение проведения нервных импульсов, защита нервной системы от вредных воздействий	Возбуждение, нарушение сна, эпилептические приступы, усиление аппетита, опережение полового развития, усиление гиперкинезов Снижение (иногда повышение) артериального давления, изменение вязкости крови, аллергические реакции
	Метаболические препараты, сосудистые препараты и антиоксиданты	Улучшение метаболизма в органах и тканях, улучшение их кровоснабжения и снабжения кислородом	

¹ Гиперсаливация – избыточное слюноотечение.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И АБИЛИТАЦИИ

Пароксизмальные состояния (эпилептические и неэпилептические)	Антиконвульсанты	Противосудорожный эффект	Сонливость, снижение темпов познавательной деятельности, нарушение клеточного состава крови, задержка желчевыведения и активизация печеночных ферментов, снижение (повышение) аппетита, аллергические реакции
	Успокаивающие (седативные) препараты, нейролептики	Улучшение сна, настроения и поведения	

Домашняя компьютерная игротерапия

Заинтересовать пациента в правильном выполнении движений и обеспечить положительный эмоциональный фон во время восстановительного лечения можно, объединив упражнения лечебной гимнастики со специализированными компьютерными играми. Ведь какой ребенок не любит поиграть на компьютере?

С этой целью уже более 12 лет в Международной клинике восстановительного лечения разработаны и применяются специализированные игровые устройства и соответствующее программное обеспечение для компьютерной игровой реабилитации. Выполняя определенное упражнение лечебной гимнастики, пациент одновременно играет в интересную компьютерную игру.

Для продолжения лечения в домашних условиях разработана Интернет-система домашней игровой реабилитации. Для тренировки функции равновесия необходимо иметь компьютер с доступом в Интернет и балансировочную доску Nintendo WiiFit. Эта доска является стандартным игровым контроллером, ее можно приобрести в магазинах компьютерной техники или взять напрокат. Доска имеет четыре сенсора давления, расположенные в опорах, которые определяют перемещение центра массы тела пациента. Пациент выполняет упражнения для развития равновесия и одновременно, наклоняясь вперед-назад или в стороны, управляет действиями персонажа специализированной компьютерной игры.

Для тренировки равновесия разработаны шесть специализированных игр, которые имеют 4–5 уровней сложности. Первые уровни игры довольно просты, их могут выполнить

даже пациенты со значительным нарушением равновесия. Каждый последующий уровень требует более точной и быстрой реакции и более скоординированного перемещения центра массы тела.

Инструктор оценивает двигательные возможности пациента, регистрирует его в системе и готовит для него домашнюю тренировочную программу, в которой указывает рекомендованные игры, тренировочные положения, частоту и продолжительность занятий. Оптимальная продолжительность занятия составляет 30 минут.

Тренировки, направленные на развитие навыка переноса веса тела проводятся в разных исходных положениях: а) стоя на доске с переносом веса тела влево-вправо, б) стоя с переносом веса вперед-назад, в) стоя с поддержкой, г) сидя на доске, д) стоя, одна нога перед другой, е) на коленях.

Интернет-система домашней игровой реабилитации свободно доступна в сети Интернет и может применяться пациентом для продолжения восстановительного лечения в домашних условиях под дистанционным контролем инструктора.

Костюмы проприоцептивной¹ коррекции

Детский церебральный паралич препятствует формированию и удержанию вертикальной установки тела. Так, дети с тяжелыми проявлениями заболевания не могут поднимать голову, садиться и устойчиво сидеть, вставать, либо при переходе в вертикальное положение у них резко увеличивается спастичность, что делает выполнение любого движения дефектным.

Исследованиями отечественных авторов под руководством профессора Семеновой К. А. было доказано что использование нагрузочного комбинезона «Пингвин» у космонавтов в условиях невесомости значительно уменьшает негативные последствия космического полета (остеопороз костей таза и нижних конечностей, туловищная атаксия, апраксия ходьбы, гипотония и гипотрофия мышц). Было высказано предположение, что при помощи подобного устройства, основанного на рефлекторно-нагрузочном

¹ Проприоцепторы – чувствительные нервные окончания, расположенные в мышечном аппарате.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И АБИЛИТАЦИИ

принципе, можно осуществлять воздействие и на измененные патологическим процессом структуры функциональной системы антигравитации у больных ДЦП.

Лечебные костюмы проприоцептивной коррекции (Адели, Гравистат, Фаэтон) – современное эффективное средство реабилитации для больных с двигательными нарушениями церебрального происхождения (детский церебральный паралич, инсульт, черепно-мозговая травма).

Принцип действия костюмов проприоцептивной коррекции заключается в формировании мощного нормализованного потока афферентной импульсации за счет направленной коррекции позы и движений больного с помощью опорных и регулируемых элементов и воздействия на двигательный центр головного мозга с целью восстановления его нарушенных функций.

Это приводит к разрушению сложившихся патологических синергий (содружественных движений) и становлению новых нормализованных рефлекторных связей, что и оказывает соответствующее лечебное воздействие на структуры центральной нервной системы, контролирующие движения и речь.

Противопоказаниями к использованию лечебных костюмов являются: деструктивные изменения и грубые деформации позвоночника, вывихи тазобедренных суставов, эпилепсия в приступном периоде, выраженное снижение интеллекта или грубые нарушения психоэмоциональной сферы.

Ортезирование

Одним из важнейших компонентов комплексной медицинской реабилитации детей при детском церебральном параличе и других поражениях опорно-двигательной системы является ортезирование – обеспечение правильной ортопедической поддержки всего скелета или отдельных его компонентов.

Применение ортезов позволяет разгружать отдельные сегменты конечностей, участки туловища, корригировать и фиксировать положение сегментов тела, предотвращать вторичные деформации, закреплять результаты, достигнутые с помощью хирургического, медикаментозного, физи-

отерапевтического лечения.

По способу и целям применения ортезы подразделяют:

- на ортезы после хирургических вмешательств и травм;
- ортезы восстановительно-лечебные;
- ортезы профилактические;
- ортезы постоянные.

При поэтапной вертикализации (приучению тела пациента к вертикальному положению), при наиболее тяжелых поражениях вначале применяются специальные корсеты-ложементы.

Однако длительное нахождение в лежачем положении вызывает у ребенка ряд осложнений. Поэтому вторым шагом является применение корсета-сиденья с последующим переводом на использование корсета-вертикализатора. Корсет-сиденье и корсет-вертикализатор учитывают индивидуальные медико-биомеханические характеристики ребенка, позволяют проводить ортопедическую коррекцию, дозированную фиксацию и разгрузку, не позволяя развиваться вторичным деформациям.

Следующим этапом вертикализации является ортезирование ортопедическими аппаратами с корсетом. Они позволяют наряду с вертикализацией и ортопедической коррекцией приучать ребенка к передвижению. По мере достижения положительных результатов восстановительного лечения осуществляется переход к ортопедическим аппаратам на всю ногу с поясом, замена тазобедренных шарниров на гибкий вертлуг, отказ от поясничного крепления.

Следующий этап – ортезирование ортопедическими аппаратами на голеностопный сустав, лучше с гильзами из углепластов, вначале с металлическими шарнирами, а затем с полимерными упругими, имеющими дополнительные функции. При наличии незначительных поражений дистальных отделов нижних конечностей при ходьбе назначают туторы из углепластов. При поражении верхних конечностей, в том числе при тетрапарезах, применяют ортопедические аппараты с упругими шарнирами и туторы, а при поражении позвоночника – корсеты, реклинаторы, головодержатели. Для профилактики возникновения вторичных деформаций назначают туторы на отдельные

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И АБИЛИТАЦИИ

сегменты конечностей, использующиеся во время сна, часто их назначают одновременно с аппаратами, используемыми днем при ходьбе.

Рациональное сочетание ортезов с другими компонентами комплексной реабилитации детей позволяет значительно улучшить эффективность восстановительного лечения, снизить его сроки, улучшить самообслуживание ребенка.

Метод опорной стимуляции

Метод опорной стимуляции пришел в клиническую практику реабилитации детей с церебральными параличами из области космической медицины. Исследования, проведенные в невесомости, позволили выявить существование в нашем организме особой системы восприятия опоры.

Когда человек стоит, идет или бежит, на него действует сила реакции опоры. Это механическое воздействие передается через воспринимающие и проводящие структуры нервной системы определенным клеткам спинного и головного мозга. В результате, в зависимости от силы реакции опоры, включаются или выключаются сложные системы контроля, управляющие двигательной активностью и мышечно-суставным аппаратом, нормализующие мышечный тонус и корректирующие работу позо-тонической системы, которая противостоит силе тяжести. Если стояние и ходьба невозможны или осуществляются неправильно, то и реакции опоры нет или она изменена. Далее, в свою очередь, нарушаются процессы контроля и управления мышечным тонусом и движениями.

Исправить эту ситуацию в определенной мере может воздействие, которое имитирует правильную ходьбу. Ученые из Института медико-биологических проблем РАН и Центра авиакосмической медицины создали для этого специальный прибор – имитатор опорной нагрузки подошвенный (модель «Корвит»). Он позволяет воспроизвести показатели физического воздействия на стопу при ходьбе (величину давления, длительность импульса, интервалы между воздействиями на пяточную и плюсневую опорные зоны и интервалы между воздействиями на правую и левую ноги).

Это приводит к уменьшению выраженности рефлексор-

ного дисбаланса, спастичности мышц, развитию функциональных связей в головном мозге, способствующих становлению движений или коррекции их патологии.

Оператор задает один из 3 режимов стимуляции (ходьба в медленном, среднем или быстром темпе), время проведения процедуры и величину давления в пневмокамерах.

При проведении процедуры пациент находится в горизонтальном положении, лежа на спине. Ноги должны быть выпрямлены в легком упоре для предотвращения ротации стоп. Обычно процедура проводится в течение 20 минут 1 раз в день. Курс лечения состоит из 10–15 процедур, которые проводятся ежедневно. Следует особо подчеркнуть, что дети должны быть готовы к проведению процедуры в этапах физического развития.

Существуют показания и противопоказания к применению этой методики.

Процедура проводится: при отсутствии шаговых движений у детей, умеющих самостоятельно ползать и стоять на коленях; при эквинусной установке стоп у детей, умеющих или начинающих ходить; после проведения ботулинотерапии для формирования правильного стереотипа ходьбы.

Процедура не проводится: при отсутствии готовности ребёнка к ней в этапах физического развития; при наличии контрактур в голеностопном суставе, а также ортопедической патологии, требующей хирургической коррекции; при наличии текущих эпилептических приступов или отрицательной динамики по данным ЭЭГ, указывающей на снижение порога судорожной готовности.

Ботулинотерапия

Все мышцы нашего организма связаны с центральной нервной системой с помощью большого количества нервных волокон, по которым постоянно происходит передача различных сигналов. Под действием этих сигналов мышцы в нужный момент сокращаются или расслабляются. При повреждении этого механизма головной мозг начинает посылать мышцам «неправильные команды», в результате чего может возникнуть чрезмерное напряжение – повышение мышечного тонуса, или спастичность. В этом случае для облегчения состояния возникает необходимость вре-

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И АБИЛИТАЦИИ

менно отключить спазмированную мышцу от потока «неправильных импульсов».

В настоящее время одним из эффективных методов лечения спастичности у детей является ботулинотерапия – введение в спастичные мышцы препарата ботулотоксина А. Ботулинический токсин способен на молекулярном уровне блокировать передачу таких сигналов от нерва к мышце, благодаря чему спастичность мышцы снижается.

Эффект от введения препарата в мышцу начинает проявляться через некоторое время после инъекции (от нескольких часов до нескольких дней – чаще через 5–7 суток). Продолжительность действия препарата индивидуальна и составляет от нескольких месяцев до 1 года, после чего патологический мышечный тонус частично возвращается. Весь период действия препарата должен быть максимально использован для проведения активной реабилитации. В это время происходит увеличение подвижности в суставах, укрепляются соседние ослабленные мышцы, в результате чего ребенок может обучиться новым двигательным навыкам. В случае тяжелого поражения двигательной сферы периодическое введение препарата приведет к снижению мышечного тонуса, уменьшению боли и облегчению ухода за ребенком.

Если специалист, к которому вы обратились, считает, что вашему ребенку необходимо проведение ботулинотерапии, он должен подробно разъяснить вам все обстоятельства введения препарата, ожидаемый результат и возможные побочные эффекты от лечения. Если после этого вы примете положительное решение о лечении данным методом, специалист по ведению препарата определит количество точек для инъекций и рассчитает необходимую для лечения дозу. Перед введением препарата вам будет предложено подписать информированное согласие на лечение, где будут указаны возможные временные побочные эффекты от введения ботулинического токсина, предполагаемый срок действия препарата, общая доза и протокол инъекций.

После введения препарата в течение часа ребенок находится под наблюдением специалиста. В день инъекции у ребенка может немного повыситься температура тела (до

37 – 37,5), что не требует специального лечения. После проведения процедуры при хорошем самочувствии ребенка нет необходимости ограничивать его двигательную активность. Следует воздержаться от проведения тепловых процедур (горячие ванны, сауна, аппликации парафина) на протяжении месяца после проведения инъекции.

В России ботулотоксин типа А включен в стандарт лечения ДЦП, поэтому даже если ранее по месту жительства вам было отказано в применении данного метода лечения, постарайтесь получить квалифицированную консультацию в тех центрах, где имеется опыт по его применению. Введение препарата проводится специально обученными специалистами-неврологами на базе поликлиники или в специализированном реабилитационном центре в амбулаторном режиме. Если в вашей поликлинике таких специалистов на данный момент нет, то ребенок может быть направлен к окружному или областному неврологу для решения вопроса о том, где при наличии показаний возможно проведение данного лечения.

Будьте готовы к тому, что эффект, достигнутый с помощью применения ботулинотерапии, необходимо будет поддерживать на протяжении нескольких лет. В течение этого времени вы постоянно будете заниматься развитием двигательных навыков и интеллекта ребенка, используя комплексные методы воздействия – кондуктивную терапию, игровые тренажеры, развивающие игры и т. д.

Кондуктивная педагогика (кондуктивная терапия)

Концепция и методика кондуктивной терапии принадлежит неординарному венгерскому педагогу Андрашу Петё, именем которого назван Институт кондуктивной педагогики в городе Будапеште, Венгрия.

Методы кондуктивной терапии направлены на всестороннее развитие ребенка с целью его максимальной адаптации к окружающему миру и раскрытие всех доступных на данном этапе моторных и интеллектуальных возможностей. Многие реабилитационные центры в нашей стране и за рубежом успешно используют в своей работе эти методики, однако не менее эффективным является проведение кондуктивной терапии в домашних условиях.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И АБИЛИТАЦИИ

Важным компонентом для проведения такой работы является создание вокруг ребенка развивающей среды. Для ее создания вам необходимо мысленно выделить несколько сфер жизнедеятельности вашего ребенка – сон, гигиенические мероприятия, прием пищи, отдых, игра, обучение. Для каждой из этих сфер важно подобрать специальные приспособления – например, валики для придания правильного положения во сне, столик с поручнями и бортиками для приема пищи и развивающих игр, стул для придания правильной позы, поручни на стенах для активизации самостоятельной вертикализации и передвижения. Многие из вышеперечисленного вы можете увидеть в специализированных центрах, какое-то оборудование вам может рекомендовать врач или кинезотерапевт, что-то вы можете придумать сами, исходя из особенностей своего ребенка. Не забывайте о таких небольших приспособлениях, как специальные ложки, поильники, карандаши и ручки с муфтой – это оборудование стало появляться в продаже, кроме того, многое можно изготовить своими руками. Развивающим оборудованием может стать все, что привлекает ребенка и побуждает его к целенаправленной двигательной активности!

Однако не злоупотребляйте такими «современными методами стимуляции», как телевизор, мобильный телефон, дисплей компьютера – дети охотно реагируют на эти сильные стимулы, но на фоне этого часто начинают игнорировать обычные игрушки и предметы. Старайтесь по возможности вовлекать ребенка во все, что делаете дома: уборку, стирку, мытье посуды, обуви, приготовление пищи. В каждой деятельности старайтесь сначала давать ребенку возможность попытаться что-то сделать самому, если это не удастся, доделайте начатое вместе. Важно в каждом маленьком деле достигать поставленной цели – хорошо, если эта цель станет понятной и желанной и для ребенка.

Не забывайте о поощрениях! Приступая к ежедневным занятиям под руководством специалиста или по его рекомендациям, помните основные принципы кондуктивной терапии, которые актуальны для всех направлений комплексной реабилитационной работы. Они помогут вам правильно организовать взаимодействие с ребенком и

сделать занятия с ним полезными и интересными.

Это возможно только в том случае, когда кондуктивная терапия станет образом жизни семьи, воспитывающей ребенка с особыми потребностями.

– Постоянная упорная тренировка каждый день: ни одного перерыва! Каждая остановка – это шаг назад, к слабости и беспомощности. Каждая уступка лени – это отступление и бегство.

– Активность и самостоятельность ребенка.

– Сознательная беспомощность родителя: если вы поймали себя на мысли, что не можете больше смотреть на неудачные попытки ребенка и готовы что-то сделать за него – вы жалеете не его, а себя. Если вы сделали что-то за ребенка, вы отняли у него шанс научиться чему-то новому!

И обучение новому начинается, в первую очередь, с физической (двигательной) абилитации. Правильное позиционирование, массаж, лечебная физкультура – вот три кита физического развития ребенка с ДЦП, подробно описанные в следующей части нашей книги.

ФИЗИЧЕСКАЯ (ДВИГАТЕЛЬНАЯ) АБИЛИТАЦИЯ РЕБЕНКА С ДЦП

Постоянное и ведущее звено комплексного лечения и абилитации при ДЦП – физическая (двигательная) абилитация. Именно физические упражнения в наибольшей мере определяют конечный результат лечения двигательных нарушений.

Дети с ДЦП могут обладать различным уровнем навыков. Некоторые хорошо говорят, но не могут самостоятельно сидеть. Другие могут ходить, но не могут говорить.

Развитие ребенка идет в нескольких направлениях:

- крупная моторика (держат голову, сидеть, ходить);
- мелкая моторика (умение действовать руками);
- зрение;
- слух и речь;
- общение и игра.

Все эти пять направлений должны совершенствоваться одновременно, мы должны рассматривать их в комплексе, чтобы ребенок максимально развил все свои способности. С крупной и мелкой моторикой всё очевидно, но и зрение, слух, речь тесно связаны с двигательными возможностями малыша. Ведь язык, губы – это мышцы. Чтобы научиться разговаривать, надо научиться владеть этими мышцами. Перемещение взгляда возможно только при нормальной работе глазодвигательных мышц. Слух у ребенка в положении лежа – хуже, чем в положении сидя или стоя. Общаться и играть в положении лежа тоже неудобно, так как затруднены движения рук, а зрением охватывать можно лишь небольшое пространство вокруг себя.

Таким образом, с двигательными навыками тесно связа-

но общее развитие ребенка.

Очень важно помнить, что развитие ребенка с ДЦП или иными двигательными нарушениями идет теми же этапами, что и у здорового ребенка.

Задача физической абилитации и ухода – развитие правильного стереотипа движений. Правильный стереотип движений – это то, что мы видим у нормально развивающихся детей. К четырехмесячному возрасту ребенок начинает переворачиваться – сначала с живота на спину, позже со спины на живот. К 6–8 месяцам он должен научиться сидеть на полу и поворачиваться. По мере того, как ребенок учится держать равновесие, появляются такие движения, как наклоны вперед, в стороны, потом назад. До того, как ребенок учится ползать, он из положения сидя начнет переходить в положение на четвереньки. К 9 месяцам малыш должен уметь вставать, опираясь на предметы. Между 14–18 месяцами, прежде чем научиться ходить самостоятельно, он учится ходить в стороны. Всё это и составляет правильный стереотип движений.

При этом в своем развитии ребенок должен пройти все этапы последовательно: он не научится ходить, пока не научится сидеть, и не научится сидеть, пока не научится переворачиваться. Как уже говорилось, для развития слуха и зрения ребенок должен находиться в положении сидя. Попробуйте-ка лежа на полу увидеть как можно больше предметов – это очень непросто. Так же трудно определить в положении лежа, откуда доносятся звуки.

Для развития зрения и слуха ребенка надо научить сидеть самостоятельно. А развитые зрение и слух обеспечат ему более эффективное общение с людьми. Для развития мелкой моторики руки и для игр, где задействованы обе руки, также необходимо находиться в положении сидя. Для развития нижних конечностей и тазобедренного сустава необходимо, чтобы ребенок мог стоять. Если его бедра, ноги, ступни никогда не чувствовали вес тела, они не будут развиваться.

Существуют два основных правила.

Во-первых, физические тренировки будут бесполезны и

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

бессмысленны без поддержания **активного стиля жизни и активности в повседневной жизни**. Как для пирога необходимы и тесто, и начинка, без любого из этих составляющих никакого пирога не выйдет – так и тут: одно без другого результата не даст.

Во-вторых, любая программа занятий, которую вы используете, не должна противоречить основному принципу тренировок, проверенному исследованиями и опытом: **вы всегда должны понимать, что делаете в конкретный момент** – тренируете силу мышц, делаете растяжку, обучаете ребенка удерживать равновесие или укрепляете его выносливость. Правила конкретных видов тренировок – общие для всех, потому что мы имеем сходное строение тела и обучаемся движениям по одинаковым законам.

Занятия следует проводить в чистом проветренном помещении, в одни и те же часы, не раньше чем через 30 минут после еды, желательно 2–3 раза в день. Длительность одного занятия 25–30 минут. В зависимости от возраста ребенка время занятий можно увеличивать до 1 часа.

С малышом удобнее заниматься на столе высотой 72–75 см, шириной 70–80 см, покрытом гимнастическим матрасом. С детьми старше полутора-двух лет можно заниматься на полу на матах или специальных ковриках. Это вариант коврика Домана или коврик-пазлы, которые легко моются и укладываются в сумку, чтоб взять с собой, когда идете с ребенком в гости или на природу (рис.32).



Рис. 32

Во время занятий обращайтесь внимание на эмоциональное состояние ребенка. При положительном эмоциональном настрое двигательные навыки быстрее вырабатываются и лучше закрепляются.

Советуем обязательно использовать детские песенки, стихи, музыку. При спастических формах параличей уместна плавная, мелодичная, «медиативная» музыка, при сниженном мышечном тоне – ритмичная.

Побуждайте ребенка выполнять физические упражнения самостоятельно, активно – результат будет значительно лучше, чем от пассивных упражнений, т. е. упражнений с чьей-то помощью.

Оборудование для занятий лечебной физкультурой

Для ребенка, пораженного детским церебральным параличом, необходимо оборудовать дома уголок для занятий. Перечислим то, что должно в нем находиться:

- шведская стенка или поручень у стены на уровне груди. За поручнем желательно укрепить большое зеркало, чтобы ребенок мог контролировать правильность выполняемых им упражнений;
- вертикализатор, если ребенок старше 10 месяцев не ходит самостоятельно;
- набор небольших валиков, подушечек, мешочков, утяжеленных песком, для лечебных ортопедических укладок;
- пляжный надувной мяч для малыша до одного года или фитболы диаметром 35 и 60 сантиметров для ребенка постарше;
- валики для опоры под грудь для тренировки позы на четвереньках и коленях;
- круг для плавания (для позиционной терапии) (рис.33);



Рис.33

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

- ортопедический стул-стол с регулируемыми фиксаторами для головы, тела и конечностей. Подлокотники и стол должны находиться на уровне груди ребенка (на два пальца ниже сосковой линии); ноги ребенка должны полностью стоять на опоре под углом 90° ;

- несколько ящиков различной величины для имитации ходьбы по лестнице;

- набор тугоров для рук, ног, которые подберет методист центра реабилитации.

При необходимости добавляется и другое оборудование:

- «сухой» бассейн – манеж с шариками (мячиками) разного цвета;

- гимнастический матрас;

- мат напольный;

- противопролежневые подушка и матрас;

- ходунки, опора для ползания;

- утяжелители для рук и ног разного веса.

Массаж

Прежде чем приступить к занятиям лечебной физкультурой, следует сделать ребенку массаж. Он необходим в качестве подготовительной процедуры для того, чтобы ослабить повышенный тонус мышц, для торможения гиперкинезов, для стимулирования работы ослабленных мышц, а также для содействия улучшению обмена веществ, снижению вегетативных и трофических расстройств. Массаж не является основным методом физической реабилитации и абилитации. Он не формирует новые движения, а применяется с целью подготовки к основным занятиям.

Общий массаж для расслабления мышц

1. *Поверхностное непрерывное поглаживание.* Массирующие движения ладонью и пальцами выполняем без давления, с легким скольжением, без перемещения кожи. Движения должны быть легкие, плавные, в медленном темпе. Этот прием может выполняться на частях тела, отдельных мышцах и группах мышц.

2. *Потряхивание.* Одной рукой фиксируем выпрямленную часть конечности, а другой производим потряхивание нижележащей свободной части тела.

3. *Валяние*. Применяется для расслабления крупных мышц. Массируемая часть тела должна находиться в выгодных для расслабления мышц условиях, с хорошей опорой для всего тела. При массаже как бы переваливаем мышечные массы с одной руки на другую.

4. *Катание*. Применяется для расслабления мышц конечностей, суставов (в первую очередь тазобедренного и плечевого). Лежащую на опоре конечность «катаем» двумя руками в направлении от себя и к себе, как скалку на тесте.

Применяются и такие приемы:

- *встряхивание* – на конечности при захвате ее дистального отдела (кость, стопа);
- *вибрация* – выполняется на отдельных точках пальцем и на широких мышцах ладонью.

Для расслабления мышц полезен также *нисходящий массаж с втиранием анестезиновой мази* (ланолин – 45,0, подсолнечное масло – 45,0, анестезин – 10,0). Втирание мази производится охватывающим мышцу движением сверху вниз, не затрагивая сухожилий. Массируем досуха, до появления ощущения тепла.

Общий массаж для стимуляции ослабленных мышц

1. Глубокое непрерывное и прерывистое поглаживание, растирание, выполняемое одним или несколькими пальцами, гребнеобразное растирание, когда кисть сжата в кулак, а массажные действия производятся тыльной поверхностью двух фаланг пальцев с опорой на большой палец, углубленное растирание с давлением другой кистью на кисть, производящую массаж. Эти приемы используются на крупных мышцах (спина, ягодицы).

2. Поколачивание, пощипывание и короткие частые прикосновения концом щетки (щеточный массаж). Применяется также на крупных мышцах.

Широко применяется в лечении и реабилитации больных церебральным параличом **точечный массаж**. На рисунках 34, 35, 36, 37 показаны основные биологически активные точки, применяемые при массаже людей, страдающих ДЦП.

Для расслабления спастичных мышц используется **тормозной метод**: подушечкой пальца делаем постепенно усиливающееся надавливание на точку вращательным дви-

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

жением по часовой стрелке, задерживаем палец на глубине и плавно возвращаем в исходное положение. Движения производятся в течение 2–3 минут без отрыва пальца от точки, до наступления расслабления.

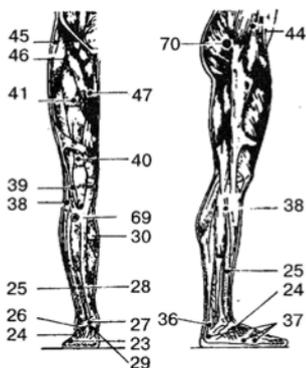


Рис. 34

Расположение точек относительно мышц передней и наружной поверхности ног

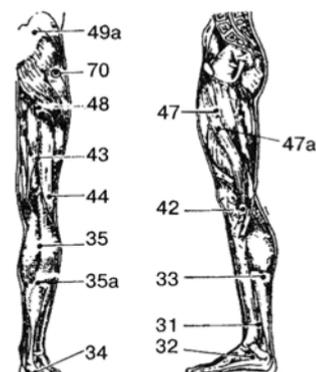


Рис. 35

Расположение точек относительно мышц задней и внутренней поверхности ног

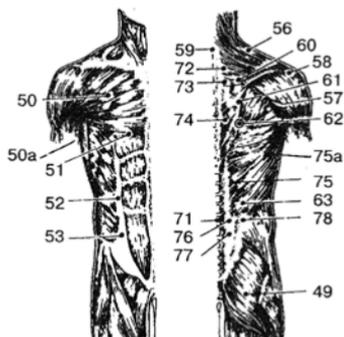


Рис. 36

Расположение точек относительно мышц туловища спереди и сзади

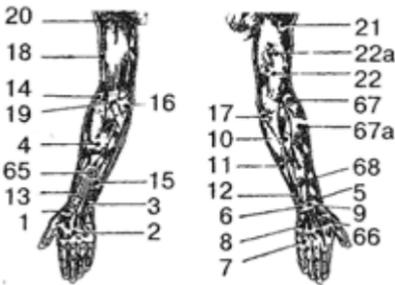


Рис. 37

Расположение точек относительно мышц рук

Стимулирующий метод для ослабленных мышц: ряд коротких, быстрых, резких ударов пальцем или несколькими пальцами по определенной точке или зоне, а также штрихование. Специальные приемы точечного стимулирующего массажа включают и сильные, короткие, резкие надавливания или резкое, короткое «ввинчивание» пальца с отрывом после каждого движения.

Очень часто в лечении и реабилитации детей с поражением нервной системы применяется **сегментарный массаж**⁴. Он опосредованно, через элементы спинного мозга, воздействует на центральные нервные структуры головного мозга. При этом улучшаются кровообращение и питание сегментов спинного мозга в массируемых участках. Особенно эффективен при гиперкинетической форме ДЦП. Массаж проводится вдоль позвоночника, массируются также воротниковая зона, лопатки и кости таза. Применяются приемы поглаживания, растирания, разминания, перемещения, сверления, пиления и вытяжения. Все приемы повторяются по 3–5 раз, без болевых ощущений, до покраснения кожи.

При отставании пораженных конечностей в росте применяется **круговой трофический массаж** трубчатых конечностей. Он наиболее эффективен для детей до трех – пяти лет. Двумя или тремя пальцами производим глубокое кольцевидное растирание, разминание, вибрацию, пунктацию (поколачивание) в зонах роста костей (в областях около суставов) с медленным перемещением вокруг всей кости. Существует специальный прием – массаж пяточной кости

⁴ Сегмент (от лат. segmentum – отрезок) – здесь: участок какого-либо органа у человека.

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

с последующим поколачиванием вдоль оси выпрямленной ноги, специфически воздействующий на костную систему организма.

Для улучшения дыхательной функции применяется **массаж грудной клетки и живота** с акцентом на область под-реберий.

Массаж диафрагмы. Ребенок лежит на спине. Заводим свои ладони под ребра ребенка и производим глубокие поглаживающие движения по направлению от спины к животу на выдохе ребенка, как-бы выдавливая воздух из нижних отделов легких.

Для **снижения повышенного тонуса мышц** применяются приемы расслабления:

1. *Катание, валиние пораженной конечности на плоскости.*

2. *Потряхивание.* Если необходимо расслабить плечо или бедро, захват производится за кисть или стопу. Если необходимо расслабить кисть или стопу – за плечи или бедро.

3. *Сгибательно-разгибательные движения по суставам* в медленном темпе, не менее 10 раз каждое движение, до ощущения расслабления конечности.

4. При задержавшихся тонических рефлексах необходимо многократно в течение дня применять методы гашения тонических рефлексов.

Методы гашения тонических рефлексов

Перед занятием проведите с ребенком ряд приемов на расслабление (рис. 38, 39, 40):



Рис. 38

Расслабление покачиванием в «позе эмбриона» в различных направлениях



Рис. 39

Расслабление на валике, мяче

Рис. 40

Расслабление покачиванием
на весу на руках



Если у ребенка несколько тонических рефлексов, работать начинают сначала с менее выраженным, а затем с более ярко проявляющимися.

Гашение симметричного шейно-тонического рефлекса

Пассивная укладка: положение ребенка лежа на спине, ноги ниже коленных суставов спущены с кушетки, подогнуты под нее, руки вытянуты вверх вдоль головы ладонями кверху. Необходимо при этом следить, чтобы не увеличивался поясничный изгиб позвоночника. Можно прижать живот ребенка к опоре рукой или мешочком с песком.

1. Исходное положение – лежа на спине. Руки выпрямлены вдоль туловища. Наклонять вперед голову, одновременно сгибая ноги в коленных и тазобедренных суставах и приводя их к животу. Вернуться в исходное положение. Делаем поочередно одной и другой ногами.

2. Исходное положение – лежа на спине. Руки обхватывают одно колено. Наклонить голову и подтянуть колено к животу (можно из этого положения сесть).

3. Исходное положение – лежа на спине. Руки опущены вдоль туловища ладонями вверх. Согнуть голову, согнуть ноги в коленных суставах, подняться на «мостик», вернуться в исходное положение.

4. Исходное положение – лежа на спине. «Ролик»: обхватить руками колени, ноги подтянуть к животу, голову наклонить вперед, покачаться на спине.

5. Исходное положение – лежа на животе. Поднять голову, отжаться на прямых руках (пальцы должны быть выпрямлены), выполнять сгибание и разгибание головы и стараться, чтобы руки и пальцы не сгибались.

6. Исходное положение – лежа на животе. Одной рукой

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

фиксируем голову ребенка, другой помогаем ему подняться на четвереньки, начиная со сгибания одной ноги, подъема таза и переноса его веса на ногу, подтягивая и сгибая другую ногу. Затем опускаем голову ребенка и даем ему возможность подняться и опереться на разогнутые руки.

7. Исходное положение – стоя на четвереньках с выпрямленными руками, опора на раскрытые ладони (можно на валике). Нагибать и выпрямлять голову (следить, чтобы руки не сгибались, пальцы были выпрямлены (рис. 41).

8. Исходное положение – стоя спиной к шведской стенке. Поясница прижата, голова чуть наклонена вперед. Сгибать поочередно и подтягивать к животу правую и левую ноги.



Рис. 41

Гашение асимметричного шейно-тонического рефлекса

1. Пассивно достать рукой ребенка нос, рот, глаза, уши.
2. То же самое попросить его сделать активно.
3. Просим ребенка отвести выпрямленную руку в сторону. Следите, чтобы одновременно не поворачивалась в ту же сторону голова.

Только после того, как ребенок отведет руку, пусть повернет голову в ту же сторону. Следите, чтобы другая рука в это же время не сгибалась в локтевом суставе, чтобы не сгибались пальцы.

4. Просим ребенка повернуть голову в правую сторону, а затем сгибать и разгибать правую руку. Следите, чтобы левая рука лежала неподвижно. То же повторить с левой рукой.

5. То же, что и в предыдущем упражнении, только сгибать и разгибать сначала правую ногу, затем левую.

6. Руки согнуты в локтях. Повороты головы вправо-влево. Следите, чтобы руки не разгибались.

7. То же, что и в предыдущем упражнении, только с разогнутыми руками. Следите, чтобы руки не сгибались.

8. Исходное положение – лежа на спине с выпрямленными ногами. Повороты головы вправо-влево. Следите, чтобы ноги не сгибались.

Гашение лабиринтного тонического рефлекса

1. Расслабление в позе «эмбриона».
2. Пассивная укладка на животе с подложенным под грудь валиком. Руки вытянуты вперед. Валик (маленький) подкладывается также и под нижнюю треть голени, груз на область таза, или стопы свешиваются с опоры (рис. 42).



Рис. 42

3. Подъем головы из положения лежа на животе с отведением назад плечевого пояса (рис. 43).

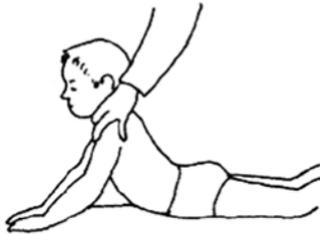


Рис. 43

4. Подъем головы из положения лежа животом на мяче. Ребенок лежит животом на мяче. Выталкивать его с мяча вперед, удерживая за ноги. Он должен поднять голову, разогнуть позвоночник и опереться вытянутыми руками на мяч (рис. 44).



Рис. 44

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

5. Ребенок лежит животом на мяче. Делаем точечную стимуляцию шейного и верхнегрудного отделов позвоночника (точки с обеих сторон от позвоночника), одновременно поднимая головку ребенка.

6. То же, что и в предыдущем упражнении, только на этот раз добиваемся, чтобы ребенок поднимал голову самостоятельно.

7. Ребенок лежит на спине. Фиксируем своими предплечьями его плечи, а головку укладываем на свои ладони и производим ее пассивный наклон вперед (рис. 45).



Рис. 45

8. То же, что и в предыдущем упражнении, но побуждаем ребенка активно поднять голову: плечевой пояс должен лежать на опоре, а подбородок доставать грудную клетку (рис. 46).



Рис. 46

Будем считать, что мы подготовили ребенка к основному лечению двигательных нарушений, каким и является при детских церебральных параличах лечебная физкультура. Но прежде чем перейдем непосредственно к ее приемам, рассмотрим еще один тип лечения и абилитации детей с ДЦП – это лечение положением, или *позиционная терапия*. Она применяется при формировании патологических поз и установок.

Позиционная терапия

Цели позиционной терапии:

- регуляция тонуса;
- развитие физиологических поз и движений;
- формирование реакций сохранения позы, реакций опоры и реакций поддержания равновесия.

Достичь этих целей позволяют специальные средства и вспомогательные приспособления физиотерапевтического воздействия.

Самая важная задача использования вспомогательных приспособлений и специального оборудования – удовлетворить желание ребенка двигаться **самостоятельно**. Для этого, во-первых, такое средство должно облегчать движения, а не препятствовать им. Во-вторых, ребенок со своим вспомогательным приспособлением должен быть включен в повседневную жизнь семьи.

Только проявляя самостоятельную активность, ребенок получает:

- ощущение собственного тела;
- двигательные навыки;
- ощущение движений;
- познает окружающий мир.

Приспособления для позиционной терапии⁵

1. Мяч для лечебной гимнастики (фитбол).

Это большой круглый гимнастический мяч диаметром 1,2 м, надутый не до конца, что позволяет продавить в нем руками достаточно большое углубление (рис. 47, 48, 49).

Углубление в мяче улучшает терапевтический эффект. Не до конца надутый мяч применяется для побуждения к движению, для расслабления и улучшения восприятия собственного тела.

Терапевтическая задача: удерживая мяч в устойчивом положении, позволить ребенку двигаться в его собственном темпе. Если не прикасаться к ребенку, то он будет воспринимать самого себя (удары сердца, дыхание и т.д.). Так он

⁵ В данной главе использованы материалы и иллюстрации из книги: Хольц Ренате «Помощь детям с церебральным параличом.» – М.: Теревинф, 2007. – с. 70 - 115

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

сам может стать активнее и начнет лучше себя регулировать.

Наряду с восприятием собственного тела ребенок испытывает:

- ощущение, что его держат;
- ощущение, что он в центре внимания;
- уверенность;
- безопасность;
- движение и энергию, приносящие удовольствие.

При этом положение ребенка тормозит асимметричные спастические движения и позы. Углубленное состояние расслабления и покоя уменьшает мышечное напряжение. Полное одновременное расслабление позитивно влияет и на внутренние (вегетативные) процессы, т. е. способствует их регуляции и самоорганизации. Мы видим:

- расслабленную мимику;
- положение головы по средней линии;
- расслабление мышц шеи;
- слегка опущенную голову;
- прослеживание глазами вверх и вниз.

Степень внутренней концентрации ребенка высокая.



Рис. 47



Рис. 48



Рис. 49

2. Ортопедическая подушка

Ортопедическая подушка – вспомогательное приспособление универсального применения. С ее помощью можно поддерживать позу лежа на животе, на спине, на боку, а также положение сидя (рис. 50, 51, 52).

Ортопедическую подушку можно купить в специальном магазине медицинских товаров. Она имеет форму подковы и наполнена маленькими шариками из пенополистирола.

Такая подушка позволяет:

- поддерживать симметричное положение всего тела;
- сгибать плечевой пояс и ноги в тазобедренных суставах;
- отвести ноги в тазобедренных суставах.

Это очень важно для формирования правильной позы во время питья, для развития игры руками.

Ортопедическая подушка подходит практически всем детям, которым необходимо помогать поддерживать правильное положение тела.

Ее недостатки:

– если ребенок слишком чувствителен к шорохам, то использовать подушку трудно или невозможно (наполняющие подушку шарики шуршат при малейших его движениях):

– шарики из пенополистирола греют ребенка, поэтому многие дети, особенно дети с атетозом, начинают на ней сильно потеть.



Рис. 50



Рис. 51



Рис. 52

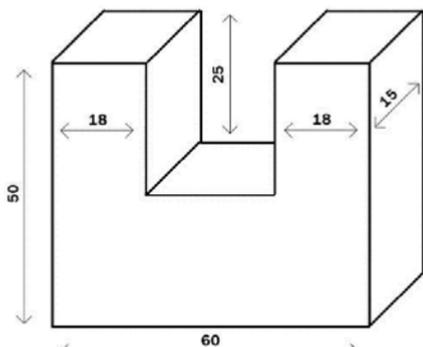


Рис. 53

3. U-образная ортопедическая подушка. Изготовлена из плотного пеноматериала и обтянута искусственной кожей.

Размеры обозначены на чертеже (рис. 53).

Использовать подушку можно для поддержания определенной позы ребенка, особенно для контроля за положением головы. Подушка дает ребенку возможность в таком положении играть, проявляя самостоятельную активность. С помощью подушки, поставленной на бок, можно тренировать выпрямительные реакции и реакции поддержания равновесия: ребенка, сидящего в углублении буквы U, можно перемещать в любых направлениях (рис. 54, 55, 56).



Рис. 54



Рис. 55



Рис. 56



4. Цилиндр (валик). Полезно иметь цилиндры разной высоты.

Крепкие стенки позволяют сидеть верхом на цилиндре вместе с ребенком. Реакции поддержания равновесия тренируются независимо от того, сидит ребенок на округлой

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

поверхности или лежит на ней. Игра на цилиндре имеет для ребенка также значительный мотивирующий характер (рис. 57, 58, 59, 60). Заползая на цилиндр, раскачиваясь на нем и т. д., дети тренируют реакции поддержания равновесия и баланс. Половинка цилиндра служит также для создания и поддержания правильного положения тела у детей с тяжелыми и множественными нарушениями (рис. 61, 62, 63).



Рис. 57



Рис. 58



Рис. 59



Рис. 60



Рис. 61



Рис. 62



Рис. 63⁶

Если приоритет отдан дыхательной терапии (с целью улучшить отхождение секрета), можно разместить ребенка так, чтобы голова его немного опустилась. Кроме того, если ребенок лежит на цилиндре, то для совершения им простого движения вперед (изменяющегося в зависимости от терапевтических целей) вам не нужно удерживать все тело ребенка на весу, и это значительно облегчает занятие.

С цилиндром можно:

- тренировать выпрямительные реакции и реакции поддержания равновесия;
- облегчать движения ребенка;
- улучшать подвижность в суставах;
- регулировать приложение силы.

5. Клин для позиционирования

Клин для позиционирования можно купить в специализированных магазинах медицинских товаров. Его составные части скрепляются друг с другом липучкой. Их можно по-разному соединять, приспособив клин к индивидуальным потребностям ребенка, и накрывать покрывалом или шерстяным одеялом, чтобы ребенок не лежал на кожном заменителе.



Рис. 64



Рис. 65

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

Клин помогает ребенку проявлять активность и формирует правильные позы (рис. 64, 65). Часто он становится вспомогательным приспособлением, которое используется во время ночного сна (возможно во всех позах), при этом детям, лежащим на клине, доступны некоторые движения.



Рис. 66

Положение лежа на боку (рис. 66) позволяет ребенку поднести руки ко рту, играть игрушкой.

Цель физической терапии – помочь детям с церебральными параличами в освоении физиологических движений. Патологические движения и позы не должны преобладать, чтобы дальнейшее двигательное развитие было возможно без болезненных элементов движений или хотя бы не только с ними. Некоторые дети с церебральным параличом никогда не освоят самостоятельно положение стоя или освоят эту позу намного позже, чем другие. В этом случае полезно применение такого приспособления, как **вертикализатор (стендер)** (рис. 67).

5. Вертикализатор

Вертикализатор облегчает контроль за положением головы, т. к. становится возможным выпрямление тела по вертикали, ограничиваются ее патологические движения и облегчаются изолированные, целенаправленные.

Требования к вертикализатору:

- при использовании вертикализатора положение ребенка в окружающем его пространстве значительно изменяется, поэтому необходимо предусмотреть возможность дополнительной коррекции для выпрямления его тела в

тазобедренных суставах;

- при асимметричном положении таза пользуйтесь специальным дополнительным ремнем или жестким фиксатором таза;

- вертикализатор должен позволять скорректировать различную длину ног ребенка;

- должна быть возможность изменять степени отведения в тазобедренных суставах. Фиксатор коленей должен устанавливаться в зависимости от желаемого разведения нижних конечностей;

- степень выпрямления ног в коленных суставах нужно подбирать таким образом, чтобы не возникало чрезмерного давления на коленную чашечку;

- вертикализатор должен иметь фиксатор стоп или направляющие для них, обеспечивающие их правильное положение; необходимо надевать ребенку ортопедическую обувь.

У детей с недостаточным контролем за положением тела к вертикализатору следует добавить:

- устройство, позволяющее разгибать позвоночник (фиксатор для туловища);

- крепления для рук и приспособления для фиксации рук на столике;

- ограничитель для головы для предотвращения чрезмерного разгибания в шейном отделе позвоночника.

После того как ребенок немного постоит в вертикализаторе, положение таза и суставов нижних конечностей должно быть вновь скорректировано. Если с самого начала поместить ребенка в положение максимальной коррекции, это может привести к чрезмерному напряжению и повышению мышечного тонуса. Когда через некоторое время мышечное напряжение понизится, возможна последующая коррекция. Главное – ни в коем случае не допускать болезненного чрезмерного растяжения мышц.

Если мы используем вертикализатор для профилактики возникновения контрактур (ребенку нужно будет стоять ежедневно и подолгу), он должен отвечать таким требованиям:

- должен быть портативным (даже вместе со стоящим в нем ребенком);

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

- обязательно должен быть оснащен столом, который варьируется по высоте и углу наклона и имеет ограничительный бортик (чтобы с него не падали игрушки).
- в случае эпилепсии нужно обдумать возможность дополнительной мягкой обивки жестких элементов стендера.



Рис. 67

При использовании вертикализатора можно избежать возникновения контрактур.

Вертикализатор помогает ребенку со значительными двигательными нарушениями видеть большую часть окружающего пространства, способствует улучшению функционирования рук: ребенок получает возможность лучше хватать, опираться на руки и т. д.

Физиологическое положение в тазобедренных суставах способствует формированию крыши вертлужной впадины. Для образования крыши вертлужной впадины тазобедренного сустава необходимо, чтобы ребенок как можно раньше начал ощущать вес своего тела в физиологическом положении и испытывать соответствующую нагрузку на ноги. Это относится и к детям с тяжелыми множественными нарушениями. Рекомендуется относительно рано ставить таких детей в вертикализатор, чтобы постепенно приучать их к непривычному положению. Поэтому возможно при первом использовании установить стендер в более горизонтальное положение, чем это будет делаться в дальнейшем.

Ко всему прочему активная позиция стоя оказывает позитивное воздействие на кровообращение, дыхание и пищеварение.

Кроме специальных, «профессионально» изготовленных

приспособлений для позиционной терапии существуют такие, которые можно просто, быстро и недорого сделать самому. Их стоит иметь в каждом доме.

Что это за приспособления?

Чтобы уменьшить специфические трудности, связанные с ежедневным уходом за ребенком и домашними занятиями с ним, будем использовать простейшие вспомогательные приспособления.

В чем их польза?

- Они помогут сменить неправильные положения тела на физиологические;
- ребенок накапливает опыт, который получает от собственного тела;
- облегчаются дыхание и прием пищи;
- обеспечивается самостоятельная активность ребенка;
- облегчается контакт с ребенком;
- предотвращается возникновение контрактур и деформаций.

Важно, что эти приспособления могут применяться независимо от жилищных условий и конкретных обстоятельств жизни семьи (например, в отпуске или в гостях). И, значит, улучшаются связи и общение с ним, ребенок включается в семью и круг друзей.

«Малые» вспомогательные приспособления приносят облегчение еще и потому, что их использование основано на более индивидуальном учете потребностей ребенка. С их помощью разрешается извечный конфликт: родители, как правило, с одной стороны, признают необходимость предоставить ребенку двигательную свободу, с другой – изо всех сил стремятся ему помочь и в итоге лишают его инициативы, возможности выполнять намеренные, целенаправленные движения.

Одно из таких «малых» вспомогательных приспособлений – **наплечный платок**, обыкновенный большой квадратный платок. Использование его имеет следующие преимущества: ребенок приобретает менее «специфический» внешний вид; платок можно быстро надеть или снять; он прост в обращении и уходе.

Большой квадратный платок может:

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

- стать подходящим аксессуаром туалета (матери или ребенка);
- использоваться при приеме пищи;
- поддерживать туловище при езде на велосипеде;
- стать «брючками» (см. ниже) для поддержания положения сидя;
- фиксировать ноги ребенка (для поддержания его самостоятельной активности).

Вот так можно складывать платок (рис. 68).

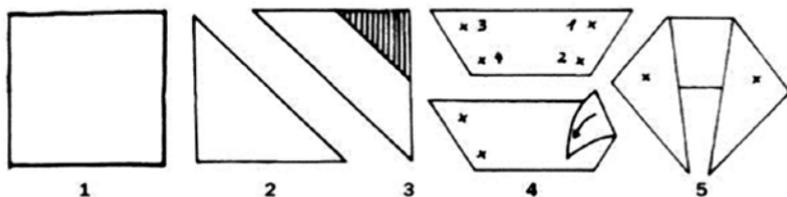


Рис. 68

Дети с церебральным параличом часто не могут самостоятельно поднести обе руки к лицу. У этой проблемы могут быть три причины.

1) Плечи из-за спазма мышц, вызванного повышенным тонусом, фиксированы в положении ретракции – мышечного напряжения, и ребенок не может самостоятельно преодолеть спастичность.

2) В движениях господствуют тонические реакции (например, при гиперкинезах), т. е. дети всегда лежат в асимметричном положении и не способны самостоятельно поднести руку ко рту.

3) Ребенок настолько слаб, что, поднимая руку, не может преодолеть действие силы тяжести – это типичная картина у детей со сниженным тонусом.

Во всех этих случаях поможет наплечный платок. Он также помогает чрезмерно возбудимому ребенку чаще находиться в спокойном состоянии.



Рис. 69



Рис. 70



Рис. 71

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

На наших снимках (рис. 69, 70, 71) ребенок с выраженным атетозом, при котором движения практически всегда сопровождаются патологическими реакциями. Поворот головы сопровождается шаблонными движениями: на стороне, куда повернута голова, рука полностью выпрямляется. Это мешает ребенку подносить что-либо ко рту и т. п.

Наплечный платок препятствует возникновению мышечного напряжения. В таком расслабленном положении ребенку можно предложить игрушку, а снижение общего напряжения позволит ему засунуть ее себе в рот. О том, насколько тяжело дается ребенку это начальное проявление активности, свидетельствует сжатая рука, находящаяся снизу. Заметна и тенденция к перенапряжению головы при попытке укусить игрушку. Игрушка прижата ко рту, но зрение ребенка не «вовлечено» в изучение этого предмета.

Заметно, что ребенок нормально переносит использование наплечного платка (рис. 72). Рука, лежащая снизу, немного смещается вниз за счет собственного веса ребенка. Она уже более расслаблена, кулак сжат не так сильно.

Благодаря длительному расслаблению, достигнутому с помощью наплечного платка, для мальчика создается совершенно новая ситуация. Он лучше воспринимает свое тело. Это впервые дает ему возможность получать опыт и наверстывать упущенное, т. е. делать то, что он ранее не мог делать самостоятельно (или мог, но в недостаточной степени). Прикасаясь к игрушке, поднося ее ко рту, ребенок становится внимательным. Глаза «включаются» в активную деятельность, и возникает контроль глаз за руками и игрушкой.

Большее выведение плеч в нейтральное положение позволяет сильнее снизить тонус мышц разгибателей шеи. Для мальчика это означает уменьшение вынужденного переразгибания положения головы. Применение платка постепенно приводит ребенка (в подходящем ему темпе и с учетом его способностей) к расслаблению и дает ему возможность нового восприятия собственного тела.



Рис. 72

Игра с конкретным предметом позволяет ему самостоятельно менять действия рук – схватить предмет, а затем бросить его. Так у ребенка формируется цепочка контроля глаз–рука–рот. Другая рука, в это время бездействующая, остается расслабленной. Расслабление мышц, позволившее ребенку самостоятельно играть, открывает возможность обмена информацией с окружающим миром.

Наплечный платок помогает ребенку поддерживать положение в вертикализаторе.

Затылочный валик.

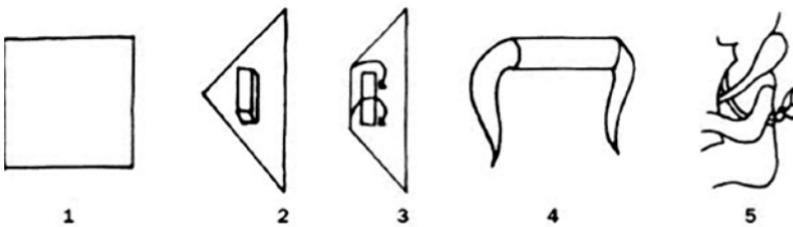


Рис. 73

Длина затылочного валика определяется размерами ребенка. Валик накладывается на затылочную область и захватывает область от уха до уха ребенка, но сами уши закрывать не должен.

Толщина затылочного валика определяется размерами шейного лордоза ребенка.

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

Концы платка, свисающие справа и слева от валика, перекрещивают впереди, на груди ребенка. С помощью таких направляющих голова ребенка приводится вперед.

1) Шейный валик хорошо помогает контролировать положение головы.

2) Для ребенка с гиперкинезами впервые становится возможной симметричная установка головы по средней линии тела.

3) Используя затылочный валик, можно достичь выпрямления всего шейного отдела позвоночника.

4) Мягкий материал, давление вперед и вниз по направлению к груди, по нашему опыту, не дают детям запрокидывать голову назад (такая патологическая реакция наблюдается, когда мы пытаемся надавить на затылочную область рукой, чтобы скорректировать положение головы).

5) Использование валика способствует значительному расслаблению ребенка, а также:

- достигается симметричное положение головы;
- благодаря выпрямлению облегчается дыхание ребенка;
- прием пищи значительно упрощается и становится более приятным и родителям, и детям. Особенно это характерно для детей с гиперкинезами;
- легче становится проводить логопедические занятия.

6) Применение валика способствует усилиям физического терапевта и эрготерапевта. Голова ребенка поддерживается в симметричном выпрямленном положении, что дает возможность вырабатывать регуляцию тонуса в области туловища.

Толщина, объем и твердость затылочного валика определяются в соответствии с картиной двигательных нарушений:

- для ребенка со спастичностью и запрокидыванием головы лучше всего подходит валик, соответствующий по размеру задней поверхности шеи;
- для ребенка с гиперкинезами, для которых характерны общая реакция переразгибания и асимметричные положения, лучше подойдет большой и мягкий валик;
- ребенку со сниженным тонусом поможет большой, туго обмотанный валик.



Рис. 74

Благодаря подавлению патологических движений и поз ребенку становятся доступны изолированные движения головой. Если он только пытается приподнять голову, то это не вызывает появления поз, обусловленных запрокидыванием головы. Поднимая голову, ребенок самостоятельно способствует переносу веса к тазу. Перенос веса полностью инициируется ребенком, поэтому можно снова убрать подушку.

Перенос веса высвободил верхние конечности. Оба плеча сейчас находятся в хорошем выпрямленном и симметричном положении на U-образной подушке. Как следствие, у ребенка заметно расслабляется лицо. Голова опирается на затылочный валик. Нижняя челюсть уже не так сильно смещается в сторону. Рот больше прикрыт.

Шейный валик не позволяет любому движению вызывать полное разгибание тела, а это дает ребенку возможность их совершать (рис. 75, 76).



Рис. 75



Рис. 76

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

Эластичный бинт. Купив в аптеке эластичный бинт шириной около 25 см, обмотайте им ребенка. Если он хорошо это перенесет и вы увидите положительные результаты, приобретите в ортопедическом центре специальный **корсет из ткани с эластичными вставками**. Корсет можно быстро надеть и снять, он удобен, однако довольно дорог, так что прежде чем заказывать, убедитесь в его полезности.

Бинт (рис. 77) и корсет с эластичными вставками (рис. 78) успешно применяются:

- у детей с двигательными нарушениями, вызванными пониженным или повышенным мышечным тонусом;
- у детей, проявляющих двигательное беспокойство.



Рис. 77



Рис. 78

В корсет можно вшить гибкие упругие узкие пластины. Они не затрудняют движений, но не дают материалу сминаться.

Корсет часто используется вместе с другими вспомогательными приспособлениями – такими, как детский автомобиль, вертикализатор или велосипед, – заменяя в них дополнительные ремни или специальные фиксаторы. Не следует путать его с поддерживающим корсетом, применяемым при лечении сколиоза.

На корсете впереди есть специальные резиновые вставки. Они вшиты по диагонали и поэтому могут растягиваться во все стороны, а затем сжиматься. Это имеет важное терапевтическое значение. Благодаря растягиванию и сжатию при каждом вдохе и выдохе предотвращается угроза привыкания. В этом нейрофизиологическое объяснение того, почему дети так хорошо переносят корсет. При его использовании происходит длительная стимуляция тела (как и в случае с эластичным бинтом), что способствует концентрации ребенка на собственном теле, в особенности на туловище.

Перенос внимания на ощущения от туловища чрезвычайно важен для лечения нашего больного. Вот каков его терапевтический эффект.

1) *Активация дыхания.* Дети с церебральным параличом без посторонней помощи не могут спокойно и правильно выдыхать, поэтому у ребенка постоянно присутствует повышенное физическое напряжение. Применяя вспомогательные приспособления, стимулирующие дыхание, мы часто слышим усиленный выдох или тяжелый вдох, ребенок может даже сильно закашляться. Благодаря стимуляции поверхности туловища мы создаем на дуге напряжения между расслабленным и напряженным состоянием адекватный уровень возбуждения. Физическое напряжение уменьшается, ребенок воспринимает собственный ритм. Это дает ему уверенность в себе, т. е. ощущение комфорта.

2) *Активация кровоснабжения.* Мышечное напряжение тесно связано с расслаблением сосудов. У ребенка изменяется цвет лица, а иногда спустя некоторое время его ноги, стопы и кисти становятся теплее.

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

3) *Активация процесса приема пищи.* Облегчаются и активизируются движения языка и губ. Часто дети начинают самостоятельно глотать.

4) *Активация пищеварения.* Благодаря достигнутому таким путем расслаблению наступает расслабление кишечника (облегчается дефекация).

Платок для туловища. Рекомендуем использовать большие хлопчатобумажные платки, которые легко купить.

Если использование такого платка себя оправдывает и он будет применяться часто, можно его усовершенствовать: концы платка должны далеко заходить друг на друга; соответственно, на одной стороне нашивается застежка-липучка, а на другой – широкая полоса мягкой основы для ее прилипания. Тогда можно будет по-разному обматывать им ребенка – и посвободней, и потуже.

Платок для туловища помогает ребенку лучше ощущать свое тело (рис. 79). Применение платка для туловища оправдано:

- для детей с атаксией, которые не могут спокойно удерживать положение тела. В качестве компенсации они пытаются «прикрепиться» к поверхности опоры или зафиксировать свою позу. Тонус таких детей настолько снижен, что для повышения напряжения своих мышц они скрипят зубами, кусают себе пальцы и т. п. Поэтому платок для туловища должен быть обмотан плотно и хорошо зафиксирован – только так будет достигнута необходимая ребенку стабильность;

- для детей с тяжелой формой спастичности и атетозом. Это дети, которые часто лежат в позах, вызванных общим рефлекторным разгибанием туловища и асимметричным шейным тоническим рефлексом, и без коррекции у них снова и снова возникают патологические позы и движения;

- для детей со сниженным зрением, у которых незначительно снижен мышечный тонус. Зафиксированное платком туловище помогает слабовидящему ребенку более целенаправленно использовать руки для прикосновений и изучения предметов.



Рис. 79

Грудная клетка плотно обматывается платком. Неизменяющаяся тяга помогает ребенку ощущать свое тело. Это снова активизирует мышцы его туловища. Теперь он может самостоятельно выйти из своей асимметричной позы.

Платок для ног.

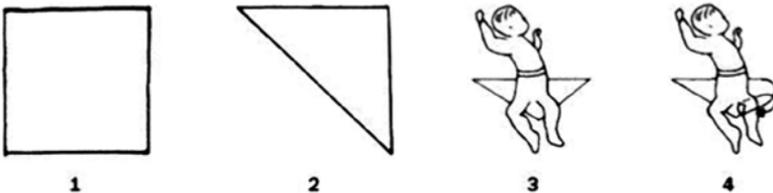


Рис. 80

На рисунке 80 изображено, как им пользоваться.

Квадратный платок складывается треугольником и кладется под ягодицы ребенка, как пеленка. Оба боковых конца треугольника заворачиваются вовнутрь, обматывая бедра, а затем совершается еще один оборот на уровне коленей так, чтобы нога была полностью обернута; концы на этом уровне снова соединяются и завязываются.

Ноги приводятся в благоприятное исходное положение, что вызывает выпрямление таза (иногда это происходит впервые для ребенка).

Применение платка для ног оправдано:

- для детей с вялым параличом (например, со спинно-

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

мозговыми грыжами);

– для детей с гипотонией, ноги которых так сильно ротированы наружу, что колени просто лежат на поверхности опоры («поза лягушки»). Обычно плечи таких детей (детей с гиперкинезами) находятся в состоянии напряжения, а голова запрокинута назад;

– для детей с гиперкинезами, лежащих в асимметричной позе или с наклоном в сторону (платок помогает выправлению позы).

Степень приведения и внутренней ротации, т. е. насколько ноги ребенка выйдут из положения отведения и наружной ротации, зависит от того, что он позволит нам сделать. При сильных спастике или выраженных асимметричных рефлексах рекомендуем начинать исправлять положение осторожно, постепенно усиливая коррекцию.

Ноги, обернутые платком, могут выполнять любые движения. Становится возможным попеременное сгибание и разгибание ног, дети могут переворачиваться и выпрямляться, лежа на животе (рис. 81, 82) и на спине (рис. 83).

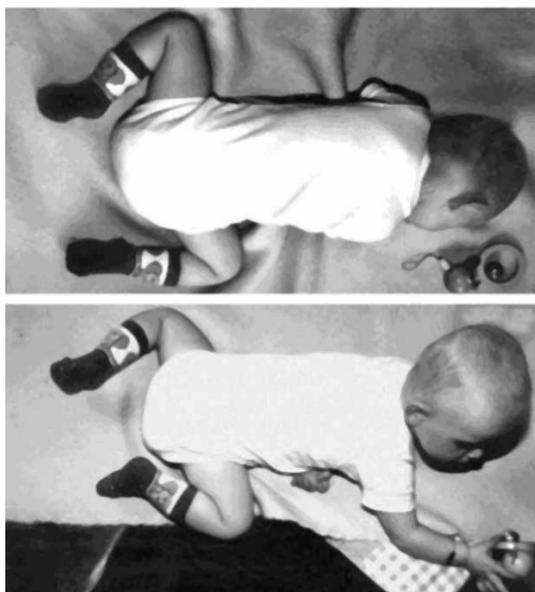


Рис. 81

Платок не дает ногам уходить в положение сильного отведения и наружной ротации. Вместо этого ребенку удастся немного выпрямить таз. Позвоночник располагается симметрично, другая рука освобождается, ребенок может играть с ориентацией по средней линии, при этом играть обеими руками.



Рис. 82



Рис. 83

«Брючки» для сидения.

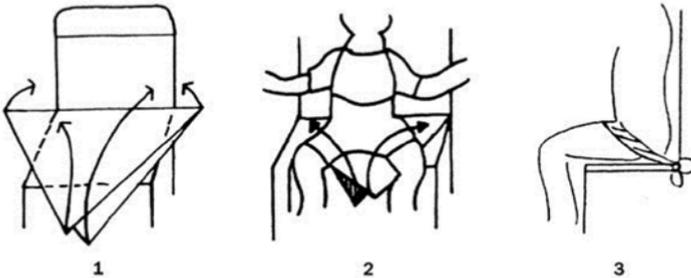


Рис. 84

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

Для изготовления таких брючек (рис. 84) достаточно матерчатого платка средних размеров. Он сворачивается треугольником и в таком виде кладется на стул. Когда ребенок уже сидит на стуле, конец, находящийся между его ног, поднимается вверх. Созданный таким образом бандаж подтягивают поверх бедра наружу, чтобы связать его с боковым концом платка. Так же поступают со вторым концом платка с другого края стула.

Мальчик на рис. 85 не может самостоятельно сидеть без помощи платка. Каждое активное действие, например попытка схватить мяч, вызывает выпрямление в тазобедренных суставах, внутреннюю ротацию и приведение ног.



Рис. 85

Чем удобны «брючки»?

- Они не бросаются в глаза, поэтому их можно использовать в публичных местах (например, в кафе);
- ребенок во время прогулки может сидеть в коляске в более удобной и правильной позе;
- ребенок переносит более длительные прогулки в обычной коляске, что очень важно для многих родителей.

Применение «брючек» оправдано для детей, которые уже могут недолго сидеть сами, но не в состоянии уверенно удерживать это положение (например, при самостоятельном приеме пищи).

Жилет с утяжеляющими вставками. На спине и с двух сторон на полочках жилета нашиваются небольшие карманчики. В эти карманы в зависимости от походки ребенка и в соответствии с терапевтическими целями можно вкладывать грузы разного веса. Изменение (впоследствии – постепенное снижение) веса замедляет привыкание.

По бокам задняя часть жилета соединяется с передней с помощью липучек. Это позволяет надевать жилет поверх и летней, и зимней одежды. Кроме того, такой жилет может «расти» вместе с ребенком. Спереди жилет застегивается.

Применение жилета оправдано для детей со сниженным мышечным тонусом в туловище и сильными колебаниями тонуса; или с недостаточностью координации движений конечностей, например, при гиперкинезах или атаксии.

Используя такой жилет, дети могут лучше контролировать мышечное напряжение. Давление от надплечий вниз по направлению к стопам провоцирует развитие нормального мышечного тонуса (совершается работа против сопротивления). Благодаря этому детям часто удается добиться формирования устойчивой осанки, они получают возможность совершать конечностями целенаправленные движения.

Утяжеляющие вставки могут выполнять разные функции в зависимости от того, куда они вставлены:

- в карманы на плечах (эполеты);
- в карманы в виде ремня на бедрах;
- в манжеты на запястьях и голеностопных суставах;
- «прокладками» в подошвы ботинок.

Если жилет со свинцовыми вставками используется при ходьбе, то надо постараться в первое время (5–12 недель) хотя бы немного уменьшить вес грузов. Речь идет о дозированном уменьшении нагрузки, а не о попеременном использовании тяжелого и легкого груза.

Мальчик, изображенный на рис. 86, может ползать, широко расставляя ноги, но он стремится ходить и может это делать с помощью ходунков. Ему тяжело удерживать вертикальное положение – он практически «висит на собственных связках». Ему не хватает способности выполнять изолированные движения без возникновения ассоциативных. Отчетливо видно, как его левая нога, на которую

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

падает вес тела, все больше опирается на наружный край и подворачивается. Его левая рука тоже должна помогать ему выпрямлять тело, чтобы он мог свободно передвинуть вперед ногу, несущую меньшую нагрузку. У него также нарушено правильное положение в суставах конечностей по осям этих суставов.

Благодаря применению жилета со вставками (рис. 87) ребенок значительно лучше выпрямляется. У него намного улучшилось выпрямление головы, плечевого пояса и шеи (обратите внимание на расстояние между плечами и головой). Походка стала более плавной. Стопы, таз и позвонки находятся в более правильном физиологическом положении по отношению друг к другу. Мимика уже не выглядит такой напряженной, как раньше.



Рис. 86



Рис. 87

Это относится и к поясу на бедрах, и к «прокладке» в ботинках.

Таким образом, «малые» вспомогательные приспособления помогают ребенку в освоении новых положений тела. Применяя их, обязательно нужно проследить, не приносят ли они еще большие неудобства ребенку, в какой момент ребенку становится легче. Вспомогательное приспособление должно позволять укладывать ребенка и на спину, и на живот, и на бок, а не только в одно какое-то положение. Имейте в виду, что в условиях созданного правильного

положения тела и ребенок, и родители должны сохранить мобильность.

Непреренно попробуйте несколько вариантов применения того или иного приспособления, чтобы решить, в чем именно и какая помощь необходима ребенку; как и когда можно ослаблять использование вспомогательного приспособления или вообще от него отказаться.

Наконец, есть еще ряд вспомогательных приспособлений, используемых для укладывания ребенка. Они также обладают лечебным эффектом.

Вспомогательные приспособления из мягких материалов для укладывания⁷

1. *Вспомогательные приспособления для улучшения контроля за положением головы.*

Недостаток контроля за положением головы мешает ребенку совершать какие-либо намеренные движения (рис. 88) – он не может зафиксировать взгляд, его рот открыт. В таком состоянии невозможно общение.

Скорректировать зрительную фиксацию и движения глаз дает возможность большая поддержка головы (в этом случае – с помощью свернутого покрывала) (рис. 89). В результате активной становится мимика, богаче общение.



Рис. 88



Рис. 89

⁷ В данной главе используются материалы и иллюстрации из книги: Хольц Ренате. Помощь детям с церебральным параличом. – М.: Теревинф, 2007. – с. 119-162

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

Каждый из нас включен в коммуникацию, т. е. социальное взаимодействие с окружающими людьми. Контроль за положением головы у мальчика на рисунке имеет определяющее значение для его общения с окружающими. Голова, которую удерживает покрывало, повернута к собеседнику (рис. 90). Мы видим, что ребенок смеется, – значит, взаимодействие было успешным.



Рис. 90

У мальчика на рисунке 91 тяжелая форма тетраплегии, тонические рефлексy все время «тянут» его в неестественную позу. С помощью этой *треугольной подушки* (иногда ее называют «подушкой-дыней») мы можем обеспечить ребенку исходное положение, в котором он расслаблен. Давление на скрещенные ноги, создаваемое весом подушки, и хорошее управление движениями и положением рук мальчика обеспечивают расслабление.



Рис. 91

2. *Вспомогательные приспособления для создания правильного положения тела с помощью свернутого полотенца.*

У детей с ДЦП часто имеются колебания мышечного тонуса, при которых голова преимущественно повернута в сторону. Этому можно препятствовать, создавая правильное симметричное положение головы. У них нередко наблюдается повышенный мышечный тонус. Их внимание перескакивает с одного предмета на другой, они пугливы, их трудно успокоить. В этих случаях помогает свернутое полотенце, которое фиксирует голову в положении по средней линии тела (рис. 92). Симметричное положение головы одновременно с ограничением ее движений позволяет ребенку достигнуть состояния покоя (рис. 93).

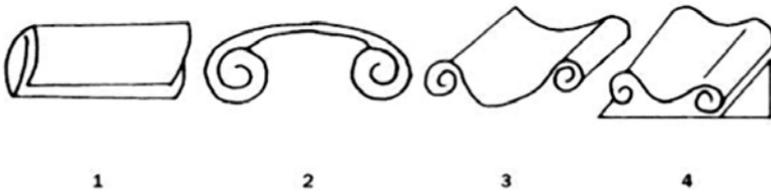


Рис. 92

Положите свернутое полотенце на подушку, и тогда углубление для затылка можно будет сделать еще больше.

Если у ребенка есть склонность к асимметричному положению всего тела, то один боковой валик будет выдавливаться в сторону. В этом случае укрепите валики с наружной стороны. Само собой разумеется, что с помощью второго платка можно создать стабильное симметричное положение для туловища (рис.94).



Рис. 93



Рис. 94

3. Создание правильного положения с помощью шерстяного одеяла

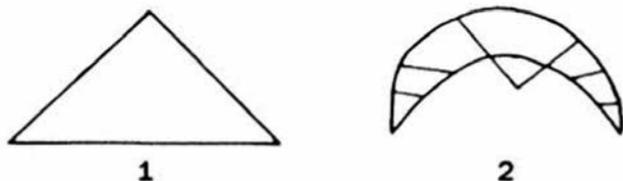


Рис. 95

Шерстяное одеяло складывают треугольником (как платок), который, в свою очередь, сворачивают в валик (рис. 95). Чем он хорош?

- Такое «гнездышко» можно легко вложить в коляску;
- в зависимости от размеров ребенка материал меняется – от тонкого полотенца для рук до большого банного полотенца;
- такое вспомогательное приспособление дает возможность подолгу использовать обычную детскую коляску;
- если проявляется тенденция к чрезмерному выпрямлению ног, наряду с одеялом можно использовать небольшие платки, чтобы лучше сгибать и фиксировать ноги.

С помощью «гнездышка», свернутого из шерстяного одеяла, достигается симметричное положение тела. В нем можно индивидуально для каждого ребенка регулировать степень сгибания позвоночника. Обратите внимание на то, как ребенок переносит сгибание позвоночника и другие правильные позы. Можно постепенно подготовить ребенка к такой позе, сгибая сначала только шейный отдел позвоночника с помощью подушки, подложенной сзади.

Свернутое шерстяное одеяло создает также ограничение для проявляющейся тенденции к переразгибанию тела, причем это ограничение мягкое, и ребенок не испытывает давления или тяги. Кроме этого, положение в таком «гнезде» способствует правильному положению нижних конечностей – сгибанию ног и отведению в тазобедренных суставах с наружной ротацией.

Особенно полезно использовать свернутое одеяло, чтобы напоить ребенка. Ребенку со сниженным тонусом эта поза

помогает приобретать опыт, связанный с собственным телом и с игрой. Шерстяное одеяло также очень полезно детям с повышенной возбудимостью, т. к. препятствует внешнему воздействию: оно ограждает ребенка от внешнего мира и уменьшает поток раздражителей.

Применение одеяла оправдано:

- для детей, положение тела которых обусловлено тоническими рефлексамии (например, для детей с постоянно асимметричной позой);
- для детей со сниженным тонусом, которые не могут преодолеть силу тяжести, чтобы протянуть руку к игрушке или ко рту;
- для детей с повышенной возбудимостью, для которых шерстяное одеяло становится своеобразным укрытием. В этом случае, возможно, сначала стоит укладывать вокруг еще одно одеяло для создания дополнительного «ограждающего барьера».

Шерстяное одеяло, свернутое вокруг ребенка, помогает ему удерживать голову в срединном положении. А одеяло, подложенное под плечи, позволяет подносить руки ко рту, т. е. поддерживает координацию «глаз–рука–рот» (рис. 96). Для ребенка с тяжелыми нарушениями становится доступным положение лежа на боку, а это дополнительные возможности проявления самостоятельной активности (например, для получения опыта игры). Формируя правильную позу с помощью шерстяного одеяла, можно обеспечить дополнительную опору для руки, находящейся сверху, и она не будет за счет силы тяжести заставлять ребенка перевернуться на живот (рис. 97).



Рис. 96



Рис. 97

4. *Создание правильного положения тела с помощью плавательного круга или автомобильной камеры.*

Автомобильную камеру любого диаметра и высоты можно купить в магазине автозапчастей, плавательный круг – в спортивном магазине. Выбор диктуется размерами ребенка.

С помощью автомобильной камеры можно создать такое положение тела, при котором оно будет согнуто и при этом симметрично. Часто так ребенок получает возможность свести руки вместе по средней линии. Он может поднести их ко рту или приблизить к ногам – а это опыт, получаемый от собственного тела. При такой игре руками не возникает общая выпрямительная реакция.

Наклон, обеспечиваемый камерой, полезен при выраженной тенденции к выпрямлению ног или в ситуации, когда ноги ребенка постоянно ротированы вовнутрь (головка бедренной кости при этом смещена вперед, и возникает опасность развития вывиха бедра). Для предотвращения приведения и внутренней ротации в тазобедренных суставах между ног кладется шерстяное одеяло.

Ребенок с повышенным тонусом остается «в себе» и может достичь покоя и концентрации. Дополнительное одеяло можно использовать в качестве преграды, «защищающей» его от внешнего мира.

В автомобильную камеру, диаметр которой определяется ростом ребенка, кладется шерстяное одеяло.

Этому младенцу с повышенной возбудимостью (рис. 98, 99) требуется много ограничений для тела, поэтому одеяло прижато к его телу с обеих сторон. Таким образом, с правой и с левой стороны туловище поддерживается в симметричном положении относительно средней линии тела и имеет устойчивую опору. Благодаря высоте автомобильной камеры тело ребенка в достаточной степени наклонено вперед.

Шерстяное одеяло целиком прижато к телу ребенка и одновременно приводит его плечи вперед, а ноги, благодаря поддержке одеяла, находятся в правильном положении отведения и сгибания в тазобедренных суставах. Так как одеяло мягкое, то не происходит активации противодействующих движений в нижних конечностях. Такое охваты-

вающее тело ограничение, наклон вперед, обеспечиваемый камерой, и соска позволяют ребенку расположиться в удобной позе, избавиться от мышечного напряжения и ощутить самого себя.



Рис. 98



Рис. 99

Каковы преимущества и недостатки применения камеры?

Дети с повышенным мышечным тонусом могут переносить корригирующие позы лишь потому, что им не нужно терпеть фиксацию в правильном симметричном положении с наклоном вперед. Если им хочется, они могут вернуться в прежнее положение разгибания, чтобы затем, выдохнув и расслабившись, снова занять правильное исходное положение. Давление на тело в автомобильной камере распределено равномерно, что дополнительно способствует снятию растущего напряжения.

Однако если выпрямительный спазм начинается с разгибания головы, то ребенок выпадает из камеры, т. к. его тело переразгибается. Иногда в таких случаях достаточно положить камеру под наклоном, приподняв край, на котором находятся плечи ребенка.

При необходимости автомобильную камеру можно использовать и для поддержания позы «сидя по-турецки». Положив две камеры одну на другую, можно их использовать в игровых ситуациях, чтобы дети безопасно выполняли упражнения на равновесие.

Лечебная физическая культура

Движение формируется в процессе самого движения, поэтому и лечебные уклады, и массаж, и методы расслабления, и гашение тонических рефлексов – всего лишь подготовительный этап к нелегкой работе, которую должны проделать родители вместе со своим ребенком, чтобы научить его сидеть, ползать, стоять и, наконец, ходить. От вашего терпения и вашей настойчивости во многом будут зависеть успехи вашего малыша.

В лечении движением (кинезиотерапия) важно соблюдать принцип «от простого к сложному» и этапность развития двигательных навыков здорового ребенка (подъем головы, повороты, присаживание, сидение, ползание, вставание, ходьба). Но если малыш после года еще не ходит, желательно тренировать все навыки одновременно и проводить вертикализацию чтобы он привыкал к вертикальному положению тела.

Перед началом упражнений, как уже говорилось, ребенка следует расслабить (можно провести массаж на расслабление спастичных и укрепление ослабленных мышц), провести дыхательную гимнастику, поработать с гашением тонических рефлексов, гиперкинезов (если они есть). И только теперь мы приступим к обучению двигательным навыкам.

Тренировка активного подъема головы из положения лежа на животе

1. Пассивный подъем головы. Берем малыша за подбородок и делаем легкие качательные движения вверх-вниз. При движении вашей руки вниз ребенок должен пытаться удержать голову (рис. 100).

2. Подкладываем валик (свернутую пеленку, полотенце) под грудь ребенка и вытягиваем его руки вперед, пытаясь разогнуть их в плечевых, локтевых суставах, разжать кулачки. Ребенок пытается поднять и удержать головку. Можно ему помочь, слегка поддерживая под подбородок.

3. Яркой игрушкой, подвешенной в поле зрения ребенка, привлекаем его внимание и заставляем поднимать головку (рис. 101).



Рис. 100



Рис. 101

Тренировка активного подъема головы из положения лежа на спине

1. Своими предплечьями фиксируем плечи ребенка. Его голова лежит на ваших раскрытых ладонях. Производим легкие качательные движения ладоней вверх-вниз. При движении вниз ребенок должен пытаться удержать голову.
2. Стимулируем подъем головы ребенка яркой игрушкой, подвешенной над грудью.
3. Более старших детей просят наклонить голову и достать подбородком грудь (можно помочь, как в упражнении 1). Следите, чтобы плечи по возможности не отрывались от опоры.

Тренировка опорности рук

Необходимо научить ребенка в положении лежа на животе опираться на выпрямленные в локтевых суставах руки. Пальцы рук должны быть выпрямлены, голова приподнята.

1. У лежащего на животе ребенка пассивно выпрямляем согнутые в локтях руки, опора – на раскрытую ладонь (рис. 102).



Рис. 102

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

Старших детей просим выполнить упражнение самостоятельно.

2. Держим ребенка на руках лицом вниз над опорой. При приближении к опоре он выпрямляет руки и ставит их на поверхность (рис. 103).

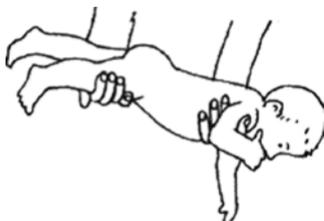


Рис. 103

3. Ребенок животом лежит на мяче (или валике). Удерживая его за ноги, подталкиваем вперед. Ребенок должен выпрямить руки и опереться ими о поверхность.

4. То же, что и в предыдущем упражнении, только подталкиваем ребенка вперед еще дальше. Он делает несколько шагов вперед на руках.

5. Ребенок стоит на четвереньках, руки выпрямлены. Покачиваясь вперед-назад, он переносит вес тела с рук на область таза и обратно. Если ребенок не может выполнить это упражнение самостоятельно, поддерживайте его под грудь и помогайте его движениям (рис. 104, 105).



Рис. 104

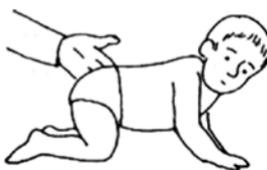


Рис. 105



Рис. 106

Обучаем поворотам

1. Ребенок лежит на спине. Встав у его изголовья, кладем свои ладони с двух сторон на уши ребенка, наклоняем его голову слегка вперед, к груди, и поворачиваем набок. Поворот ребенок должен закончить самостоятельно (рис. 106).

2. Исходное положение – то же. Захватываем ребенка за плечо противоположной повороту рукой (при повороте вправо – за левое плечо, и наоборот), поворот ребенок заканчивает сам (рис. 107).



Рис. 107



Рис. 108

3. Исходное положение – ребенок на спине. Стоя у ног ребенка, одной рукой фиксируем его выпрямленные ноги в области коленных суставов, а другой подтягиваем ребенка за руку с противоположной повороту стороны (при повороте вправо – за левую руку, и наоборот). Ребенок должен согнуть голову, плечи, слегка развернуть грудную клетку в сторону поворота. Только после этого отпускаем его ноги, и ребенок заканчивает поворот.

4. Исходное положение – то же. Поворот за две согнутые в коленных и тазобедренных суставах ноги (рис. 108).

5. Исходное положение – то же. Сгибаем ногу ребенка с противоположной повороту стороны в коленном и тазобедренном суставах, слегка придерживая «нижнюю» ногу, и резким движением как бы «забрасываем» согнутую ногу за выпрямленную, отпуская при этом последнюю (рис. 109).



Рис. 109

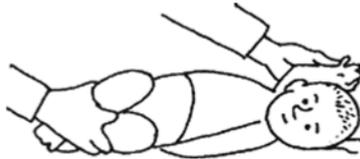


Рис. 110

6. Исходное положение – как в предыдущем упражнении, только фиксируем руку ребенка со стороны, противоположной повороту, выпрямленной вдоль головы рукой для

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

усиления эффекта ротации между тазом и плечевым поясом (рис. 110).

7. Старших детей упражнения 3, 4, 5, 6 просим выполнить самостоятельно.

Обучаем присаживанию

1. Ребенок лежит на спине. Фиксируем его за ноги и подтягиваем за одну руку, слегка разворачивая туловище в сторону противоположной руки. Ребенок разворачивается и при присаживании опирается на противоположную руку. Необходимо добиваться, чтобы опора была на выпрямленную руку с раскрытой ладонью и выпрямленными пальцами.

2. То же, что и в предыдущем упражнении, только ноги ребенка сложены «по-турецки».

3. Лежащего на спине ребенка за руки подтягиваем к себе толчкообразными движениями, вынуждая его приподнять голову, наклонить ее вперед и сесть.

4. При высоком мышечном тонусе укладываем (или пытаемся уложить) ноги ребенка «по-турецки» и фиксируем их (мешочки с песком, груз), затем подтягиваем ребенка за руки к себе. Если при этом он голову не удерживает (она запрокидывается), то кладем свои предплечья на плечи ребенка, а ладони – ему под голову и присаживаем его не за руки, а за голову легкими качательными движениями вперед, слегка наклоняя вперед его голову и плечевой пояс.

5. Исходное положение – то же. Ноги – «по-турецки», ребенок лежит на спине. Разводим согнутые в коленях ноги в стороны, одной рукой соединяем кисть правой руки ребенка с внутренней лодыжкой правой ноги и тянем ребенка вправо и на себя (как бы по кругу), слегка придерживая другой рукой его согнутую в колене левую ногу. Ребенок опирается на левую руку и садится. То же – с другой стороны.

6. То же, что и в предыдущем упражнении, только теперь соединяем обе ноги ребенка с руками, захватываем это соединение своими руками и резкими движениями подтягиваем ребенка по направлению к себе (рис. 111).



Рис. 111



Рис. 112

7. Ребенок лежит спиной на большом надувном мяче. Дальше – все как в упражнении 1 (рис. 112).

8. Сгибаем ноги ребенка в коленных и тазобедренных суставах, кладем их вправо и фиксируем в таком положении своей рукой. Другой рукой тянем ребенка за правую руку влево, заставляя его «скрутиться» и сесть с опорой на левую руку.

Обучаем сидению

При обучении сидению важно, чтобы не было деформации позвоночника, поэтому нельзя ребенка, не умеющего садиться и сидеть самостоятельно, усаживать в подушки, но можно посадить ребенка старше одного года в ортопедический стул с высокими подлокотниками и со столиком. Ноги должны быть разведены (можно вкладывать просто валик, свернутый из пеленки, между бедер) и полной ступней стоять на опоре (при необходимости фиксировать голени и стопы). Для того чтобы в области поясницы формировался физиологический изгиб позвоночника и не было «горбатой» спины, под поясницу подкладывают маленький валик (свернутую пеленку). Спиной ребенок должен плотно прижиматься к спинке кресла.

Для приобретения навыков самостоятельного сидения следует делать такие упражнения.

1. Ребенок сидит верхом на коленях взрослого, лицом к нему. Взрослый разводит его выпрямленные руки в стороны (рис. 113).



Рис. 113

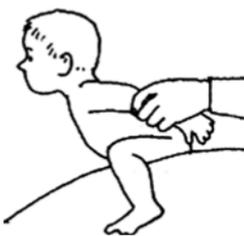


Рис. 114



Рис. 115

2. То же, что и в предыдущем упражнении, только ребенок сидит спиной к взрослому. Тот отводит выпрямленные руки малыша в стороны и назад и возвращает в исходное положение. Захват за кисти. Если ребенок плохо держит спину («горбится»), рекомендуется захват за плечи (рис. 114).

3. Самостоятельное сидение «по-турецки». Можно фиксировать ноги утяжелителями 0,5–0,8 кг в зависимости от возраста и выраженных двигательных нарушений ребенка. Если ребенок плохо удерживает спину, опрокидывается назад, подталкиваем его сзади короткими резкими движениями пальцев в область грудного отдела позвоночника. Если ребенок валится вперед, пассивно отводим его плечи назад и фиксируем своими руками в таком положении (с. 115).

4. Самостоятельное сидение. Ребенок ставит руки на опору между разведенными и разогнутыми в коленных суставах ногами (рис. 116).

5. Сидение при поддержке за палочку, опору (рис. 117).



Рис. 116



Рис. 117



Рис. 118



Рис. 119

6. Сидение с незначительной поддержкой ребенка за руки (можно слегка подталкивать его из стороны в сторо-

ну)(рис. 118).

7. То же, что и в предыдущем упражнении, только без поддержки. При подталкивании ребенок должен отвести выпрямленную руку на стороне падения и поставить ее на опору, чтобы не упасть.

8. Можно использовать большую автомобильную надувную камеру в качестве маленького манежа. Ребенка усаживают внутрь камеры «по-турецки», дают ему игрушки, книжки и т. п.

9. Ребенок сидит на полу, держится руками за гимнастическую палку. Поворачиваем палку вправо-влево, вызывая соответствующий поворот туловища ребенка (рис. 119).

Обучаем рефлексорному ползанию

Тренировка рефлексорного (непроизвольного) ползания. В положении ребенка лежа на животе (руки вдоль туловища) удерживаем стопу его согнутой в колене ноги и большим пальцем руки надавливаем на пятку. Другой рукой (I и IV пальцами одновременно) наносим толчкообразные раздражения в области плечевого и локтевого суставов противоположной руки ребенка, подталкивая его руку через сторону вверх. Ребенок должен одновременно подтянуть ногу через сторону к животу, оттолкнуться ею от руки взрослого и вынести руку вверх с противоположной стороны. То же самое повторяют с другой стороны. Если нет возможности захватывать на руке обе точки одновременно (большой ребенок), можно просто подталкивать руку вверх.

Если упражнение не получается одновременно с рукой или ногой, тренируют действия по отдельности – сначала с руками, потом с ногами, а потом пытаются соединить все движения в одно упражнение (рис. 120).



Рис. 120

Тренировка вставания на четвереньки и колени

1. Если ребенок плохо удерживает голову, вставая на четвереньки, поднимает сначала таз, а потом голову, обучение надо начинать с головы. Одной рукой поддерживаем ребенка под подбородок и помогаем ему поднять голову, а другой фиксируем таз, препятствуя его преждевременному подъему. Когда ребенок поднимает голову, тогда помогаем ему приподняться на руках, по возможности выпрямляя их в локтевых суставах. Желательно, чтобы ребенок не подгибал пальцы рук и опирался на раскрытые ладони. После этого отпускаем таз ребенка и помогаем ему (если это необходимо) согнуть ноги и встать на четвереньки (рис. 121).



Рис. 121

2. Если ребенок хорошо поднимает голову, даже слегка запрокидывая ее, и хорошо опирается на вытянутые руки, но не может при этом согнуть ноги, обучение начинают с подъема таза. Одной рукой фиксируем плечевой пояс ребенка, прижимая его к опоре, а другой захватываем ребенка за голень и сгибаем его ногу в коленном и тазобедренном суставах, подтягивая ее к животу. То же повторяем с другой стороны, перенося вес тела ребенка на ранее согнутую ногу. Затем отпускаем плечи ребенка и помогаем ему поднять голову и встать на четвереньки.

3. Ребенок лежит животом на столе, стопы свешиваются. Встав у его ног, прижимаем своим телом стопы ребенка к столу, руками захватываем его руки в нижней трети предплечья и тянем их к себе. Ребенок приподнимает голову (или она свисает вниз), сгибает ноги в тазобедренных и

коленных суставах, «проползает» на животе в вашем направлении. Разводим его руки в стороны, помогаем подняться на колени и выпрямиться. Затем подхватываем одной рукой под грудь, а другой захватываем ногу стоящего на коленях ребенка, выносим ее вперед и ставим стопой на опору, приподнимая первой рукой ребенка под грудь вверх. Затем ставим на опору его вторую ногу (или ребенок это делает сам), помогая ему выпрямиться.

4. Самостоятельное стояние на четвереньках с легкой фиксацией взрослым под подбородок или грудь и в области таза. Добивайтесь, чтобы руки ребенка были выпрямлены, опора была на раскрытую ладонь.

5. То же, что и в предыдущем упражнении, только с легкой фиксацией под подбородок.

6. То же, что и в упражнении 4, только с фиксацией в области таза или под коленями.

7. Самостоятельное стояние на четвереньках.

8. Ставим ребенка на колени у опоры (шведская стенка, поручень), ребенок держится руками за опору и стоит на коленях самостоятельно (рис. 122). Если он при этом сгибает ноги в тазобедренных суставах и «подседает», надо резкими толчкообразными движениями в область таза заставить его выпрямиться или жестко зафиксировать, прижимая область таза к шведской стенке.



Рис. 122



Рис. 123

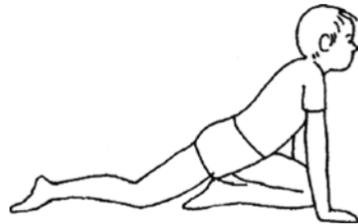


Рис. 124

9. Из положения стоя на четвереньках захватываем руки ребенка ниже плечевого сустава и отводим их в стороны и назад, побуждая его поднять голову, разогнуть туловище и встать на колени.

10. Самостоятельное стояние на коленях (рис. 123).

11. Самостоятельное сидение на коленях (очень недол-

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

го!). Следите, чтобы ребенок при этом не садился на пол между бедер, отбрасывая голени в стороны. Это положение очень характерно для больных ДЦП и должно всегда пресекаться родителями, т. к. оно усиливает патологическую позу.

11. Ребенок стоит на коленях. Придерживая его одной рукой за туловище, отводим вторую ногу назад, разгибая ее и усаживая ребенка на полушпагат.

12. Самостоятельное или с поддержкой руками за шведскую стенку сидение в полушпагате (рис. 124).

Тренировка ползания с помощью трека

Впервые в реабилитационном центре Глена Домана попробовали наклонный пол для ползания еще в конце 1940-х годов, когда решали проблему ускоренного двигательного развития полностью парализованных детей.

Если ребенок вообще не способен ползти, это значит, что сила гравитации оказывается для него непреодолимой преградой. Данная сила действует на нас постоянно, притягивая к земной поверхности и создавая вес и силу трения. Наклонная поверхность трека будет способствовать тому, что сила гравитации начнет не столько препятствовать, сколько помогать вашему ребенку.

В качестве такой поверхности мы можем использовать наклонный трек – специальный желоб (рис. 125).

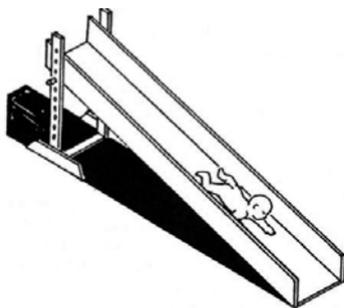


Рис. 125

Теперь гравитация будет толкать вашего ребенка вниз. Даже легкие движения рук и ног заметно ускоряют перемещение, становясь двигательными и целенаправленными.

ми. В результате ребенок учится ползать намного быстрее.

Цель наклонного пола – дать ребенку шанс узнать, что между его руками, ногами и движением есть связь. (В противоположность тому, чему научил его собственный неправильный опыт.)

Трек для ползания достаточно широкий, для того, чтобы малыш мог беспрепятственно двигать руками и ногами, но и, достаточно узкий для того, чтобы дать ему возможность отталкиваться ножками от стенок (рис. 126). Это значительно облегчает движения малыша. Поскольку трек прямой, малыш и вынужден двигаться по прямой линии, это не дает ему потерять ориентацию, пятиться назад или крутиться вокруг своей оси при первых попытках двигаться. Это очень важно, т. к. изначально малыш целится на движение вперед, а в итоге его еще непослушное тело двигается совершенно в другом направлении.



Рис. 126

Весьма важно установить правильный угол наклона. Очевидно, если один конец поднят слишком высоко, ребенок будет просто скатываться вниз. Это лишь испугает его и ничему не научит. Поэтому наклон должен быть достаточно большим, чтобы облегчить движение, но достаточно пологим, чтобы служить в качестве небольшого толчка, который поможет ребенку двинуться вперед, как только он заработает руками и ногами.

Родители должны найти точную идеальную высоту этого подъема для ребенка. То есть точную высоту (в основном между 90 см и 120 см от пола до поднятого конца), на которой ребенок, лежа неподвижно, не сдвинется с места, но при малейшем случайном движении руки или ноги чуть-чуть съедет вперед. Под этим углом он снова остановится и больше не продвинется, пока еще раз не пошевелит рукой

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

или ногой. Не потребуется слишком много времени для того, чтобы ребенок обнаружил четкую связь между движениями рук и ног и перемещением тела от одного места к другому. В этот момент мы достигнем очень важной цели: ребенок узнает тайну ползания.

Обращаем ваше внимание, что трек для ползания вы можете изготовить сами. Он строится из двухсантиметровой клееной фанеры, которая оклеивается поролоном (губчатой резиной), толщиной в 2,5 см и покрывается гладким и ровным материалом. Ширина трека составляет примерно 35,5 см, высота сторон-бортиков около 15 см. Трек состоит из трех частей, которые можно соединять под углом в 90° и разъединять.

Наклейте поролон на фанеру, как показано на рисунке (рис. 127), а затем наклейте сверху покрытие так, чтобы концы его подворачивались под низ трека. Это покрытие необходимо, чтобы создать ровную поверхность и облегчить мытье трека.

Фанерный желоб имеет ширину в 40,5 см без учета оклейки поролоном. Внутренний слой поролона толщиной в 2,5 см несколько сокращает ширину трека.

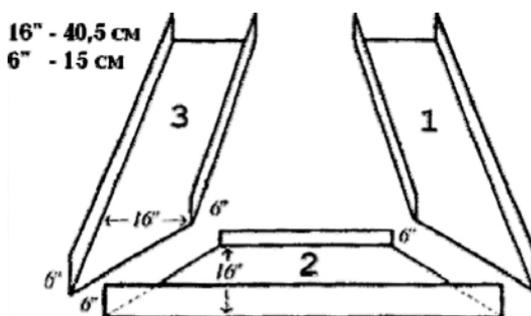


Рис. 127

Бортики трека исключают возможность падения. Поверхность трека легко моется, для этого лучше использовать мягкое мыло и воду, а также периодически протирать спиртом в целях дезинфекции. Перед последующим применением обязательно дайте треку высохнуть.

Трек следует поставить в хорошо освещенной комнате.

Температура в комнате должна быть такой, чтобы ребенку было комфортно при минимальном количестве одежды. Выбирая одежду, обратите внимание, чтобы ручки и ножки ребенка были открытыми. Подойдет либо сочетание подгузника и майки, либо ползунки. А еще лучше короткие штанишки и рубашка с короткими рукавами, имеющая форму буквы Т. Если он будет носить только эти вещи, это позволит ему всей своей кожей ощущать сцепление с поверхностью пола. Однако слишком большое сцепление нежелательно, и такая одежда защитит грудь и живот во время ползания. Главное достоинство ползания – в упирании ступнями и коленями в пол и толкательных движениях, поэтому ступни ног и колени должны оставаться обнаженными.

Повторим порядок и последовательность тренировки.

Положите ребенка на животик на верхней части трека. Затем сядьте у нижней части трека так, чтобы ребенок мог видеть, слышать и чувствовать, что вы находитесь у противоположного конца. Целью вашего малыша станете вы сами, и с каждым днем он будет видеть, слышать и чувствовать вас все четче и яснее.

Тело малыша должно лежать ровно, насколько это возможно, при этом желательно, чтобы руки находились перед ним. И мы не трогаем его, пока он не доберется до нижнего края. Теперь гравитация будет толкать вашего ребенка вниз. Даже легкие движения рук и ног заметно ускоряют перемещение, становясь двигательными и целенаправленными. В результате ребенок учится ползать.

Наша роль здесь пассивна, а роль ребенка активна, но мы помогли ему стать активным.

Пожалуйста, обратите внимание: Если при попытках продвинуться вперед ваш малыш заплакал, не волнуйтесь, это вполне нормально. Иногда малышам необходимо немного покричать для того, чтобы выдохнуть и совершить движение. Нет сомнений, что каждая мать способна различить, когда ее ребенок кричит, помогая себе двигаться, а когда плачет, если что-то с ним не так.

У нас также должна быть еще одна цель: надо, чтобы ребенку *понравилось* передвигаться, чтобы он нашел перемещение занятием приятным и полезным. Для этого по-

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

старайтесь выполнять следующие инструкции:

1. Наклонный пол должен всегда быть под таким углом, который делает движение легким и приятным для ребенка. Он может быть меньше в то время дня, когда ребенок двигается лучше, и больше, когда ребенок утомлен. Более низкое положение устанавливается на одно или два отверстия ниже, чем более высокое.

2. Как только ребенок попадает на наклонный пол, он должен знать, что единственный выход находится на другом конце и что это неизбежно, а также и то, что если он будет капризничать, то эта суета не поможет ему выбраться отсюда.

3. Если ему потребуется больше, чем две минуты, чтобы добраться до подножия, значит, горка слишком полого и должна быть поднята.

4. Когда ребенок добирается до подножия, его нужно немедленно поднять и похвалить искренне и щедро за большое достижение. Мама должна показать ребенку радость, которую она испытывает, когда видит, что ее малыш начал передвигаться. Ребенок должен быть вознагражден любовью, похвалой, объятиями и поцелуями. Ни у кого не должно быть ни малейшего сомнения, что это особенное и крайне удивительное событие.

5. Когда ребенку уже явно нравится наклонный пол и он начинает сползать вниз постоянно, не следует делать трек более крутым. Иначе у ребенка будет причина почувствовать: «Я только-только научился этому, и мне нравилось, но теперь это трудно». Надо держать наклонный пол на одной высоте, чтобы ребенок каждый раз сползал лучше и быстрее и получал при этом удовольствие.

6. Как только он достиг подножия и получил похвалу, не следует снова помещать его в трек в течение, по крайней мере, пяти минут, чтобы малыш не решил, что в награду за хорошо выполненную работу он должен делать ее снова.

Обращаясь так с ребенком, мы подводим его к тому, чтобы он мог сказать себе: «Каждый раз, когда мама кладет меня сюда, и я двигаю руками и ногами, я продвигаюсь сам легко и быстро. А еще, когда я заканчиваю это захватывающее дело, она думает, что я молодец, и меня любят и хвалят, и я буду очень рад, когда она снова положит меня

назад, потому что я люблю двигаться». Может быть, это не совсем те слова, которые ребенок будет использовать, но смысл – тот самый.

7. Ребенок должен начать с одного – пяти путешествий вниз по наклонной плоскости в день. Медленно и постепенно, в течение нескольких месяцев, родители должны увеличивать число его ежедневных спусков, в конечном счете, стремясь к 30–60 путешествиям в день. Как всегда, радость от движения и успеха должна быть во главе всего.

8. Как только ребенок начинает тратить в среднем менее половины минуты на одно путешествие, родители должны позволить ему сползать с наклонного пола на горизонтальный. Сначала только его голова попадет на обычный пол, но постепенно он будет продвигаться с наклонного пола на горизонтальный дальше и дальше.

Тренировка опорности ног

1. Ставим ребенка на корточки, одной рукой фиксируя его под грудь, другой ритмично надавливаем ему на колени, покачивая вперед-назад. Ребенок совершает перекатывающие движения стопой с пятки на носок и обратно (рис. 128).



Рис. 128



Рис. 129



Рис. 130



Рис. 131

2. Ставим ребенка одной ногой, согнутой в колене, на край стола, другой рукой поддерживаем под грудь. Подтягивая ребенка за грудь вверх и совершая легкое вращательное движение в сторону согнутой ноги туловищем ребенка, добиваемся, чтобы ребенок выпрямил согнутую ногу, а другую подтянул вверх и поставил на опору рядом с первой (рис. 129).

3. Ребенок стоит на опоре. Одной рукой фиксируем его

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

в области коленных суставов, не давая сгибаться ногам, другой рукой поддерживаем под грудь. Движения ребенка вниз-вверх (наклоны). Ноги должны оставаться прямыми. Стопы полностью стоят на опоре (рис. 130).

4. Стопы ребенка стоят полностью на опоре. Фиксируем его одной рукой под грудь, другой – в области голени или коленей. Выполнять приседания (рис. 131).

5. Ребенок приседает самостоятельно у закрепленной опоры (поручень, шведская стенка). Следите, чтобы в момент выполнения он сохранял правильную осанку (ноги разогнуты в коленных и тазобедренных суставах, плечи на одном уровне).

6. Самостоятельные приседания.

7. Приседания у подвижной опоры (канат, веревка).

8. «Балетные» приседания с широким разведением коленей. Руками помогаем разводить ноги ребенка. Следите, чтобы таз не отклонялся назад.

9. Тренировка опорности ног на большом мяче. Ребенок лежит животом на большом мяче. Захватываете его одной рукой в области плечевого пояса, второй поддерживаете мяч, покачивая его вперед-назад. При движении мяча назад ребенок ставит ноги на опору. Приобретая определенный навык, мяч можно не удерживать, а ребенка достаточно фиксировать одной рукой в области плечевого пояса, другой – в нижней трети голени, чтобы он опирался на полную стопу. При покачивании мяча в сторону стоящего на опоре ребенка выпрямляются колени и растягиваются икроножные мышцы, усиливая эффект упражнения (рис. 132).

10. То же, что и в упражнении 9, только ребенок лежит спиной на мяче (рис. 133).

11. Ребенок сидит на стуле, стопы стоят на полу. Сядьте напротив, поставьте свои стопы на стопы ребенка, плотно фиксируя их к полу. Руками придерживайте ребенка за талию или за руки. Ребенок приподнимается со стула и встает.

12. То же, что и в предыдущем упражнении, только фиксируйте ребенка ногами, руками его не поддерживаете. Ребенок встает (рис. 134).



Рис. 132

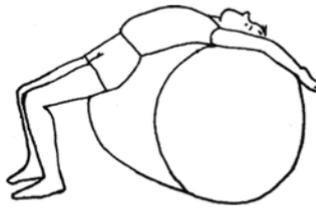


Рис. 133



Рис. 134

13. Стояние у шведской стенки, у поручня.

14. Самостоятельное стояние.

15. Если ребенок не может стоять даже с поддержкой, у него плохая опора на стопы, необходимо его вертикализовать – ставить на вертикализатор, фиксируя к нему ребенка в области груди и коленных суставов, добиваясь полного разгибания туловища. Колени также должны быть разогнуты. Ноги ребенка должны стоять на подставке под углом 90° . При неправильной установке стоп необходима ортопедическая обувь.

16. Сядьте с ребенком верхом на большой валик лицом друг к другу. Бедрa ребенка разведены, опора на полную стопу. Держите ребенка за руки. Отталкиваясь поочередно то правой, то левой ногой, раскачивайте валик из стороны в сторону, добиваясь того, чтобы это повторял и ребенок.

17. Езда на трехколесном велосипеде (педали для усиления эффекта можно фиксировать неподвижно параллельно полу). Не увлекайтесь, т. к. может сформироваться сгибательная установка в тазобедренных суставах. Следите, чтобы при движении ребенок не сводил колени внутрь.

Тренировка ходьбы на коленях

1. Сбоку поддерживаем стоящего на коленях ребенка одной рукой под грудь, другой – за ноги или в области таза, помогая ему поочередно передвигать колени.

2. Ребенок стоит на коленях. Сзади поддерживаем ребенка в области таза, побуждая самостоятельно передвигать колени.

3. Ребенок стоит на коленях. Встаньте перед ним и держите его за руки. Ребенок идет на коленях. Следите, чтобы

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

он не сводил вместе колени, не отбрасывал голени в стороны и не вставал на ноги.

4. Ходьба на коленях около неподвижной опоры.
5. Самостоятельная ходьба на коленях.

Учимся ходить

У детей с атетоидным церебральным параличом ходьба очень затруднительна вследствие недостаточного контроля положения тела. У ребенка так много бесконтрольных движений, что он не может обеспечить себе стабильное положение тела. Лучший способ помощи такому больному – поддерживать его за бедра, но при этом как бы прижимая его к полу. Это обеспечит лучшую стабильность положения тела и шагов. При этом ребенку будет легче, если он будет держать впереди себя небольшую игрушку или сцепит руки в замок, контролируя, таким образом, движения рук.

Вначале ребенка учат просто самостоятельно передвигаться, не обращая внимания на патологичность его движений.

1. Поддерживаем ребенка сзади в области таза. Он пытается идти (рис. 135).



Рис. 135



Рис. 136

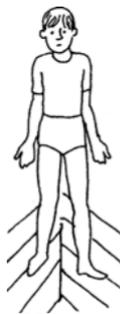


Рис. 137

2. Сзади поддерживаем ребенка за плечи, отводя их назад. Ребенок идет (рис. 136).

3. Идем лицом к ребенку, держа его за руки.

4. Идем позади ребенка и поддерживаем его за голову (подстраховываем).

5. Держим одной рукой конец пояса, другой конец дер-

жит ребенок и пытается идти самостоятельно.

Затем ребенка учат ходить правильно:

- с одинаковой длиной шага;
- с переносом веса тела с одной ноги на другую;
- с перекатом стопы с пятки на носок;
- с координированными движениями рук (при шаге правой ногой ребенок должен выносить вперед левую руку, и наоборот, – «марширование»).

6. Ходьба по нарисованным следам.

7. Ходьба «по елочке» (рис. 137).

8. Ходьба по невысокой скамеечке.

9. Ходьба вдоль веревочного круга.

10. Ходьба по наклонной плоскости.

11. Ходьба с перешагиванием через предметы (рис. 138).

12. Ребенка раскачивают на коленях, затем просят его пройти по следовой дорожке или невысокой скамеечке. Во время всех упражнений необходимо тренировать контроль головы. Голова не должна падать на грудь, запрокидываться назад, наклоняться набок. Она должна устанавливаться таким образом, чтобы линия рта была параллельна полу.



Рис. 138

Когда ребенок стоит, сидит, стоит на четвереньках, целесообразно выполнять следующие упражнения:

- движение головы вперед-назад;
- наклоны головы вправо-влево;
- вращательные движения головы.

Непреренно следите во время этих упражнений, чтобы движения головы выполнялись изолированно, т. е. ребенок не должен «заваливаться», терять равновесие, совершать

ФИЗИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ

движения руками, «подсесть», сгибать ноги в коленных и тазобедренных суставах, сгибать руки в локтях, сгибать пальцы рук при стоянии на четвереньках. Двигаться должна только голова. Если какая-то часть тела начинает совершать движения вместе с головой, зафиксируйте ее.

Тренировка равновесия

Во время выполнения всех упражнений необходимо выработать у ребенка реакции равновесия.

1. Ребенок лежит на животе. Голова поднята, опора на руки. Подталкиваем его поочередно справа и слева в области плеч, таза, следя за тем, чтобы ребенок не опрокидывался на бок.

2. То же при стоянии на четвереньках, сидении «по-турецки», на стуле, стоянии на коленках, стоянии на ногах, ползании, ходьбе. Ребенка необходимо подстраховывать, не давая ему упасть.

3. Раскачивание на качелях, на качающейся плоскости (рис. 139, 140).

4. Вращение ребенка на вращающемся стуле, в тазике, поставленном на диск «Здоровье». Вращают сидящего там ребенка вначале медленно, затем быстрее, в одну и другую стороны (рис. 141).

5. Стоя на четвереньках, ребенок вытягивает вперед поочередно одну и другую руки.

6. То же, что и в упражнении 5, только теперь пусть ребенок вытягивает назад одну и другую ноги.



Рис. 139



Рис. 140



Рис. 141

7. Стоя на четвереньках, ребенок вытягивает вперед правую руку и назад левую ногу одновременно. Затем руку и ногу следует поменять. Ребенок не должен падать (рис. 142).

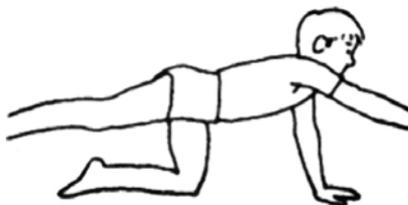


Рис. 142

8. Ребенок стоит и отводит в сторону правую руку и левую ногу под счет, постепенно увеличивая количество счетов. Он должен стоять на одной ноге.

9. Сидя «по-турецки», ребенок ловит мяч, перебрасывает его из руки в руку, следя взором за движениями рук.

Часто у детей с поражением центральной нервной системы возникают нарушения координации движений.

Упражнения на развитие координации движений

Лучше всего эти упражнения проводить после водных процедур.

1. Сидя на стуле или стоя, взять с пола мяч, поднять его над головой и опустить точно на то же место.

2. Лежа на спине, поднимать одноименные руку и ногу.

3. Лежа на спине с поднятой рукой (руками), опуская руку, поднимать разноименную ногу (например: правая рука, левая нога). Легче выполнять это упражнение при поднимании одноименной ноги (правая рука, правая нога).

4. Стоя. В руках – гимнастическая палка. Перевод палки из горизонтального положения в вертикальное, и наоборот.

5. Поднимание одной руки вверх и одновременное отведение другой в сторону.

6. Одновременное сгибание и разгибание пальцев рук и ног.

7. Одновременное сгибание пальцев рук и разгибание

пальцев ног.

8. Все упражнения, рекомендованные для тренировки равновесия.

У детей с ДЦП, как правило, нарушена дыхательная функция, поэтому все гимнастические упражнения необходимо чередовать с дыхательными.

Дыхательные упражнения

1. Исходное положение – лежа на спине с прямыми или несколько согнутыми (для расслабления мышц живота) ногами, руки вдоль туловища. Глубокий вдох с выпячиванием живота и глубокий выдох с втягиванием живота. Если ребенку трудно сделать это самостоятельно, помогайте ему своими руками, положив их на живот ребенка.

2. Стоя, сидя или лежа выполняется ритмичное носовое дыхание с закрытым ртом в привычном для больного темпе, 30–60 сек.

3. Выдох через резиновую трубку, один конец которой опущен в воду.

4. Равномерное дыхание с вдохом через нос и удлиненным выдохом через рот, имитирующим задувание свечи.

5. Вдох через нос, на выдохе – произношение звуков а-о-у-жи, словосочетаний «ах», «ух».

6. Упражнения с надуванием шариков, мыльных пузырей, надувных игрушек.

7. Лежа на спине, сидя или стоя. Руки опущены, ноги вместе. Поднимание рук через стороны вверх – вдох, возвращение в исходное положение – выдох.

8. Лежа на спине. Поднимание рук вверх и опускание их вдоль головы – вдох, возвращение в исходное положение – выдох.

9. То же с поочередным подниманием ноги (или ног) – выдох, при опускании ног – вдох.

10. Сидя или стоя, ноги вместе, руки на поясе. Повороты туловища в стороны. При выполнении упражнения – выдох, возвращение в исходное положение – вдох.

Физической (двигательной) абилитации ребёнка, страдающего ДЦП при наличии ортопедических осложнений, могут способствовать протезно-ортопедические изделия.

О ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Под техническим средством реабилитации (ТСР) понимается любое изделие, инструмент, оборудование, устройство, прибор, приспособление или техническая система, используемые человеком для компенсации ограничений жизнедеятельности, вызванных болезнью. В зависимости от назначения все ТСР обычно подразделяют на четыре группы:

- *протезно-ортопедические изделия;*
- *средства передвижения;*
- *средства для развития;*
- *средства, облегчающие жизнь (средства для ухода, быта и досуга).*

Предлагаем вам краткую характеристику технических средств реабилитации, наиболее применяемых при детском церебральном параличе.

Протезно-ортопедические изделия

Протезно-ортопедические изделия – это технические средства для лечения больных с заболеваниями и деформациями опорно-двигательного аппарата, черепа, грудной или брюшной стенки, органов слуха и зрения, а также для возмещения косметических и функциональных дефектов различных областей и органов человека.

Ортезы

Характерный признак ДЦП – нарушение двигательной активности, сопровождаемое деформацией крупных суставов конечностей и позвоночника. Поэтому важным, если не определяющим, условием для успешной реабилитации и абилитации людей, страдающих ДЦП, является использование *ортезов*. Термином «ортез» (греч. orthos – прямой) называют техническое средство, применяемое для фиксации, разгрузки, коррекции, активизации функций, для косметики при патологических состояниях сегментов конечностей и туловища. Метод лечения с применением ортезов называется *ортезированием*.

Мы уже говорили о том, что в своем развитии ребенок с ДЦП должен последовательно пройти все этапы, присущие ребенку здоровому, а именно: сидеть (с опорой на руки и без нее), вставать и садиться, стоять с опорой и только после этого ходить – сначала с опорой, а потом и без нее. Недопустимо пропускать какой-либо из этих этапов, и нельзя проводить связанные с ними реабилитационные мероприятия без ортопедического сопровождения. Это приводит к нарастанию ортопедических деформаций. Ортезирование на всех этапах развития вашего ребенка не только предохранит его от формирования или прогрессирования порочных установок и обеспечит сохранность крупных суставов, но и будет способствовать более быстрому и качественному прохождению каждого этапа.

Головодержатели на шейный отдел позвоночника

Шейный отдел – вследствие особенностей строения наиболее сложный отдел позвоночника, поскольку через него

осуществляется кровоснабжение головного мозга. При избыточной подвижности в шейном отделе позвоночника возникает смещение шейных позвонков, что может привести к серьезным последствиям, в том числе к нарушению кровоснабжения мозга, энцефалопатиям, головокружениям, расстройствам зрения и слуха и т. д. Этому должен воспрепятствовать головодержатель.

В зависимости от степени фиксации головодержатели делятся на мягкие (бандажи), полужесткие и жесткие (рис. 143). Конкретно о том, какой понадобится, вам, посоветуйтесь с врачом.

Бандаж на шейный отдел позвоночника (рис. 144) – разновидность мягкого головодержателя. Обеспечивает: умеренную фиксацию шейного отдела позвоночника и головы; разгрузку тел шейных позвонков и мышечно-связочного аппарата шеи; нормализацию кровообращения головы и шеи; ограничение движения в шейном отделе позвоночника.

Более жесткие головодержатели, применяемые при патологии шейного отдела, могут фактически выполнять функцию корсета, обеспечивающего разгрузку и фиксацию пораженного отдела позвоночника в положении необходимой коррекции.



Рис. 143

Жесткие головодержатели позвоночника



Рис. 144

Бандажи на шейный отдел

Корсеты

Корсеты – это ортезы, назначаемые как при заболеваниях, так и при искривлении позвоночника. Цель корсета – фиксация позвоночника в нормальном физиологическом состоянии и частичная его разгрузка, а также исправле-

О ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

ние различных деформаций (коррекция). В зависимости от степени фиксации корсеты делятся на полужесткие и жесткие.

К полужестким корсетам, которые часто рекомендуют детям с ДЦП, относится полужесткий груднопоясничный корсет «ленинградского типа» (рис. 145). Этот корсет надежно фиксирует поясничный и грудной отделы позвоночника, поддерживает плечевой пояс в правильном положении.



Рис. 145

Полужесткий груднопоясничный корсет

У некоторых больных ДЦП чувство равновесия бывает настолько нарушено, что даже сидя или лежа они судорожно держатся за края стула или кровати. Им рекомендуется использовать корсет-сиденье (рис. 146) и корсет-вертикализатор (рис. 147).



Рис. 146

Корсет-сиденье



Рис. 147

Корсет-вертикализатор

Реклинаторы

Это вид ортезов из эластичной ткани на верхнегрудной отдел позвоночника, предназначенных для разведения плеч и выработки правильного стереотипа осанки. Рекли-

наторы (рис. 148) обеспечивают разведение верхнего плечевого пояса с прижатием лопаток; создают мягкую или полужесткую фиксацию грудного отдела позвоночника, что приводит к разгрузке его груднопоясничного отдела; устраняют избыточный тонус мышц спины, способствуют формированию правильной осанки.



Рис. 148 Реклинаторы

Ортопедический аппарат

Ортопедический аппарат – ортез с шарнирами, устройство, надеваемое на сегменты или всю конечность человека для восстановления двигательных функций и (или) предупреждения развития деформаций путем разгрузки или фиксации в положении достигаемой коррекции.

На верхние конечности при их поражении большим ДЦП рекомендуется использовать аппарат на кисть – он формирует физиологически выгодное положение лучезапястного сустава и большого пальца кисти, позволяет независимо нагружать пальцы кисти руки (рис. 149).

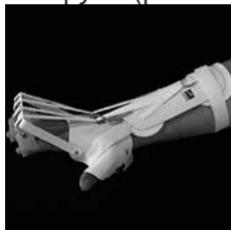


Рис. 149 Аппарат на кисть

Аппарат на голеностопный сустав назначается при параличе мышц голени, замедленном сращении переломов костей, при ложных суставах, при заболеваниях и деформациях голеностопного сустава и стопы (рис. 150). При

О ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

спастическом параличе с деформацией стоп назначают аппарат с зарессоренной подвижностью в шарнирах. При необходимости разгрузки стопы изготавливают аппарат на голеностопный сустав со стремянем, в котором опора на стопу заметно снижается. Основная нагрузка в аппарате воспринимается на уровне голени и в области коленного сустава.

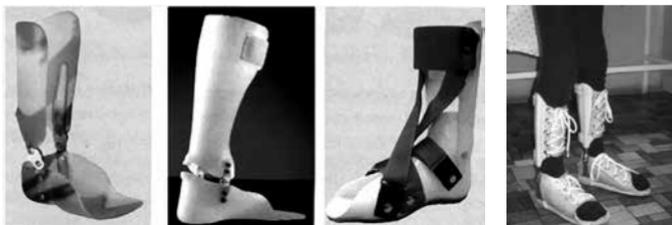


Рис. 150 Различные модификации аппарата на голеностопный сустав

При необходимости фиксации коленного сустава больным ДЦП рекомендуют использовать аппарат на коленный сустав.

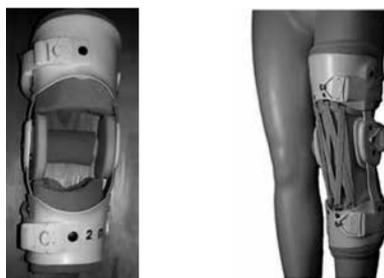


Рис. 151 Аппараты на коленный сустав

Аппараты на коленные суставы (рис. 151) позволяют стабилизировать связочный аппарат, уменьшить деформацию и риски ее прогрессирования.

У детей с ДЦП часто существует повышенный тонус приводящих мышц бедра. Это вызывает внутренний поворот бедра и голени, сгибание коленного сустава, разворот стопы кнутри, наклон туловища вперед. Аппарат (ортез) СВОШ (рис. 152) позволяет устранить эти неправильные положения конечностей и туловища – в результате восстанавливается походка, восстанавливается самостоятельное положение стоя и сидя.

Для реабилитации больных с вялыми и спастическими

парезами и параличом при спинальной патологии и ДЦП рекомендуется *модульный аппарат на нижние конечности* (рис. 153).



Рис. 152 Аппарат на нижние конечности и туловище (swash)

Используется такой аппарат для вертикализации ребенка, а также для формирования физиологически правильного рисунка ходьбы. По медицинским показаниям он может изготавливаться с замковыми и беззамковыми шарнирами.



Рис. 153 Модульные аппараты на нижние конечности

Туторы

Тутор предназначен для жесткой фиксации сустава(ов) или сегмента конечности и их частичной разгрузки в приданном положении коррекции. В этом ортопедическом изделии отсутствуют шарнирные соединения.



Рис. 154

Туторы на лучезапястный сустав



Рис. 155

Тутор на локтевой сустав

О ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Тутор на лучезапястный сустав (рис. 154) с отведением большого пальца формирует физиологически выгодное положение лучезапястного сустава и большого пальца кисти.

Тутор на локтевой сустав (рис. 155) назначается при сгибательных установках и тугоподвижности локтевых суставов. Он фиксирует локтевой сустав в правильном положении.

Для коррекции патологических установок нижних конечностей также назначают туторы на суставы. В зависимости от уровня и количества вовлеченных суставов это могут быть туторы на всю нижнюю конечность (рис. 156), туторы на коленный и голеностопный суставы (рис. 157). Такие туторы используются в основном в период, когда ребенок отдыхает между занятиями лечебной физкультурой, а также в ночное время с целью придания конечностям физиологически правильного положения (лечение положением).



Рис. 156 Тутор на всю ногу



Рис. 157 Туторы на голеностопный сустав

Ортопедическая обувь

Ортопедическая обувь – это обувь специальной формы и конструкции, которую изготавливают для больных и инвалидов с деформациями, дефектами или функциональной недостаточностью стоп с целью компенсации утраченных функций нижних конечностей.

Для детей с ДЦП ортопедическая обувь (рис. 158) является жизненной необходимостью. Обычно первые ортопедические ботинки ребенку с ДЦП назначают примерно в год, и он должен находиться в них постоянно во время бодрствования. Детальные рекомендации дает врач, учитывая особенности каждого конкретного случая.

К ортопедической обуви при ДЦП предъявляются определенные требования:

- для обеспечения стабилизации заднего отдела стопы и голеностопного сустава обувь должна иметь увеличенный по высоте до средней трети голени уплотненный задник (жесткий берц). Высокий жесткий задник в комплексе со стабилизирующим элементом подошвы, уменьшающим ее гибкость, позволяет удержать стопу от патологической установки на пальцы, сделать пяточный отдел опорным и сформировать правильный стереотип ходьбы – перекал с пятки на носок;

- ортопедическая обувь должна быть изготовлена из жесткой кожи, которая может быть усилена металлическим или пробковым каркасом, придающим обуви жесткость для исправления деформации стопы;

- ношение обуви высокой стабилизации формирует правильный стереотип ходьбы, подавляет гиперкинезы, устраняет контрактуры, предупреждает и устраняет развитие сопутствующих деформаций стопы (эквино-варусной или эквино-вальгусной), развивает двигательные навыки.



Рис. 158

Ортопедическая обувь

Средства передвижения

К группе средств передвижения среди ТСР относятся приспособления, помогающие человеку преодолеть ограничения жизнедеятельности, связанные с нарушениями опорно-двигательного аппарата. К данной группе принадлежат опоры (ходунки, манежи, опоры для ползания, рамы, ролляторы), поручни (ручки-опоры, стойки), кресла-коляски.

Как известно, детский церебральный паралич чаще всего диагностируется в первый год жизни ребенка, когда развитие двигательных функций начинает заметно отставать от нормы. На этом этапе отработка правильного стереотипа движения и стимуляция деятельности мышц осуществляется с помощью различного вида опор. Модель многофункциональной опоры для ползания (рис. 159, 160) позволяет равномерно распределить вес ребенка и обеспечить возможность передвижения (на коленях и руках).



Рис. 159

Пример модели многофункциональной опоры для ползания ребенка с ДЦП



Рис. 160 Пример опоры

При выборе опоры для ползания рекомендуется выбирать модель, где можно менять высоту и угол наклона, что позволяет подстраивать ее под индивидуальные потребности ребенка.

Ходунки – это техническое средство реабилитации, предназначенное для облегчения ходьбы, с четырьмя опорами и двумя рукоятками, управляемое обеими руками, возможно в комбинации с верхней частью тела. Ходунки выполняют две основные функции: снижение веса на нижние конечности и облегчение равновесия. Использование ходунков для детей, страдающих ДЦП, позволяет создать условия для выработки правильной походки; тренировать равновесие при ходьбе и стоянии.

Конструкция ходунков (рис. 161) включает: опорную раму с колесами; приспособления для правильного стояния (жесткая рамка); корсет, фиксирующий тело ребенка в физиологически правильном положении; направляющие упоры для рук.

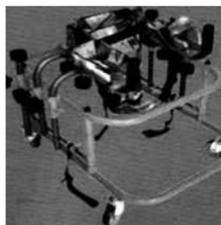


Рис. 161 Примеры ходунков для детей с ДЦП

Кресла-коляски

Конструкция и оснащение кресла-коляски для детей, пораженных детски церебральным параличом, предусматривают:

- регулируемую спинку;
- регулируемые размеры сиденья и спинки (возможность увеличения по мере роста ребенка);
- регулируемую опору для головы;
- регулируемый угол наклона сиденья (от вертикального положения спинки до положения, при котором ребенок сможет лежать);
- регулируемую высоту подставки для ног;
- боковые фиксаторы;
- дополнительную систему фиксации с помощью ремней.

Такие кресла-коляски должны обеспечивать правильную позу ребенка в сидячем положении, что способствует свободному кровообращению и нормальному функционированию всех органов.

Если ребенок не может самостоятельно поддерживать положение сидя, то конструкция и оснащение кресла-коляски должны обеспечить необходимую поддержку и средства, корригирующие неправильные позы и движения.



Рис. 162 Примеры различных моделей специальных кресел-колясок для детей, больных ДЦП

Для самостоятельного передвижения в помещении и на улице предназначено кресло-коляска с электроприводом, который и приводит ее в движение.

Комнатные кресла-коляски имеют легкую, прочную спин-

ку, фиксаторы головы, единую подножку, боковые фиксаторы, страховочные ремни и абдуктор, который препятствует перекресту ног ребенка. Если ребенок не может удерживать равновесие в положении сидя, то ему необходима модель кресла-коляски с фиксирующими паховыми ремнями и боковыми опорами. Если ребенок в положении сидя «заваливается» вперед, то ему нужно кресло-коляска с жилетом безопасности или нагрудным ремнем. Кресла-коляски могут быть оснащены специальными приспособлениями (специальный ортопедический стульчик, нагрудник для пристегивания ребенка, быстросъемный столик с установленной на нем антиспастической ручкой и др.). Кресло-коляска должно обеспечивать при необходимости фиксацию ног ребенка-инвалида в физиологически правильном положении, стопы ребенка должны находиться на подставке для ног, плотно и ровно к ней прилегая, колени должны быть согнуты под углом 90° . Угол наклона спинки должен составлять $100-120^\circ$. Детское кресло-коляска должно быть легким, прочным, быстро складываться, хорошо амортизировать неровные поверхности.

Для ребенка с ДЦП использование неправильно подобранного кресла-коляски может привести к развитию контрактур, деформаций, а также усилению спастического состояния мышц.

Для детей с детским церебральным параличом существуют специальные модели комнатных кресел-колясок с ручным приводом. Они, как правило, оснащены ремнем безопасности, могут иметь регулировку угла наклона спинки и сиденья, регулируемый по высоте подголовник, боковые опоры, подлокотники и подножки, устройство против опрокидывания, стояночные тормоза, ручку или ручки – опоры для толкания коляски сопровождающим лицом.



Рис. 163 Примеры комнатных кресел-колясок для детей с ДЦП

О ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Прогулочное кресло-коляска для ребенка с нарушением функций опорно-двигательного аппарата предназначено для самостоятельного передвижения в условиях преимущественно вне помещений, для преодоления значительных расстояний по дорогам с твердым покрытием (рис. 164).

Рама прогулочного кресла-коляски имеет складную конструкцию. Комплектация может включать быстросъемный специальный ортопедический стульчик, сиденье с установленным на нем ограничителем между ног, спинку на твердом основании с установленными на ней боковыми ограничителями и изменяемым углом наклона; регулируемую по высоте и углу наклона подножку. Стульчик может быть оснащен быстросъемным «капюшоном», мягким подголовником (подушкой) и ремнем безопасности. Габаритные размеры прогулочных кресел-колясок зависят от возраста и массы тела ребенка. Максимальная допустимая нагрузка для детей в возрасте – 2–6 лет – 40 кг; 7–14 лет – 60–80 кг.



Рис. 164

Примеры детских прогулочных кресел-колясок

Кресло-коляска активного типа предназначается для реабилитации детей-инвалидов, ведущих активный повседневный образ жизни (рис. 165). Она может быть использована для самостоятельного перемещения в жилом помещении, на улице, в магазине, на работе, для быстрой, комфортной езды по любой дороге, а также частого преодоления сложных препятствий, для долгих и далеких самостоятельных прогулок, а также с помощью сопровождающих лиц.

Неоспоримыми преимуществами активных кресел-колясок являются: повышенная маневренность; легкость хода; малый вес и габариты; возможность преодолевать лестнич-

ные марши, бордюры и другие препятствия; удобство складывания и транспортировки, наличие достаточно широких возможностей индивидуальной подгонки.



Рис. 165 Модели кресла-коляски активного типа

Существуют и другие модели кресел-колясок, в том числе имеющие дополнительные функции: например, кресла-коляски со встроенным ступенькоходом, или с гироскопическим блоком автоматической корректировки положения сиденья относительно горизонта и т. п.

Главное – выбор средства передвижения всегда зависит от индивидуальных особенностей и потребностей вашего ребенка.

Средства для развития

Для реабилитации детей с дефицитом двигательной активности, имеющих значительную спастичность и пониженный мышечный тонус, в возрасте от года до 18 лет рекомендуется использовать опору для сидения (рис. 166, 167). Опора для сидения способствует стабилизации ребенка в положении сидя и лежа.



Рис. 166 Пример модели опор для сидения для детей-инвалидов



Рис. 167

Пример модели опоры для сидения с возможностью фиксировать стопы на полу или подставке

Опора для лежания для детей-инвалидов предназначена для приобретения детьми первичных двигательных и тактильных навыков.



Рис. 168

Пример опоры для лежания для детей-инвалидов

Представленная на рис. 168 опора для лежания имеет мягкое сидение для положения ребенка лежа; мягкую спинку, регулируемую по углу; крепежные ремни; абдукционные модули; основание на колесах.



Рис. 169

Пример опоры для лежания – модульная система для позиционирования детей

Опора для лежания, представленная на рис. 169, позволяет укладывать ребенка в различные терапевтические положения и позы.

Опоры для стояния для детей-инвалидов представляют собой комплекс устройств, обеспечивающих этапность реабилитации. Опоры предназначены для обучения детей навыкам вертикального положения, для профилактики негативных физиологических и психологических последствий длительного пребывания в лежачем или сидячем положении. Позволяют развивать у ребенка основные бытовые навыки, игровую деятельность. Конфигурация различных моделей опор дает ему возможность принимать вертикальное положение с поддержкой сзади или спереди.



Рис. 170

Пример опоры для стояния для детей с ДЦП



Рис. 171

Пример опоры для стояния для детей с ДЦП с наклоном вперед

О ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Опора для стояния, представленная на рис. 170, помогает ребенку (благодаря регулируемым упорам, креплениям в области стоп, колен и поясничного отдела, абдукторам и регулируемой подставке для ног) создавать и удерживать правильное симметричное положение тела в положении стоя; тренировать мышцы ног.

Опора для стояния с наклоном вперед (рис. 171) обеспечивает адаптацию внутренних органов и кровеносной системы ребенка к новым нагрузкам. Она обеспечивает надежную фиксацию ребенка в области стоп, коленей, бедер и груди. Ребенок имеет возможность опираться руками на столик. Конструкция данной модели позволяет постепенно переводить ребенка из положения лежа на животе в положение стоя.

Опора для стояния с изменяемым углом наклона (от горизонтального до вертикального положения) предназначена для постепенной адаптации больных, находящихся в положении лежа, в положение стоя (рис. 172). Может использоваться как для переднего, так и для заднего опорного стояния. Конструкция данной модели обеспечивает раздельное разведение опор для ног, а также поддержку для туловища, груди, упор для таза, упор для коленей; включает подголовник; крепление для стоп, голеней, поясничного и грудного отделов позвоночника.



Рис. 172

Пример опоры для стояния для детей-инвалидов, которую можно использовать как для переднего, так и для заднеопорного стояния.

Средства, облегчающие жизнь

К средствам, облегчающим жизнь инвалидов, относятся санитарные приспособления (абсорбирующее белье, кресла-стулья с санитарным оснащением, кресла-коляски с судном), средства для ухода (приспособления для одевания, раздевания, приема пищи, захвата предметов), средства быта и досуга (специальная мебель, приспособления для кухни и ванной) и пр.

Так, при оборудовании санитарной комнаты по одну из сторон унитаза следует предусмотреть пространство для размещения кресла-коляски. Для детей с ДЦП, использующих костыли или другие приспособления, туалет следует оборудовать поручнями, расположенными по боковым сторонам унитаза.

Кроме того, используйте приспособления для фиксации ребенка, как показано на рисунке 173.



Рис. 173

Если передвижение больного ограничено прикроватным пространством, и он может самостоятельно сидеть, то рекомендуется использовать кресла-туалеты, кресла-каталки и кресла-коляски с санитарным оснащением, а также биотуалеты (рис. 176).



Рис. 174

О ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Сегодня наработан большой опыт по изготовлению и использованию средств, облегчающих жизнь инвалидам. Чем больше операций по самообслуживанию с помощью таких средств сможет выполнять ребенок, тем шире будут становиться его возможности и, следовательно, возрастет уверенность в своих силах.

Таким образом, использование технических средств реабилитации разных видов позволяет ребенку с заболеванием ДЦП частично компенсировать ограничения жизнедеятельности, возникшие в результате болезни, сделать свою жизнь более комфортной и независимой. Изучайте эти средства, следите за всем новым, что появляется в этой области. Технические средства реабилитации – это и ваши надежные помощники в борьбе за самостоятельность и независимость вашего ребенка.

Обеспечение ребенка-инвалида техническими средствами реабилитации

Современная система обеспечения инвалидов и детей-инвалидов техническими средствами реабилитации начала складываться с 2005г., когда в соответствии со вступившими в силу нормативно-правовыми актами Правительства Российской Федерации изменился порядок предоставления и перечень предоставляемых изделий, а уполномоченным органом по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации стал Фонд социального страхования Российской Федерации.

Во исполнение статьи 10 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» Правительством Российской Федерации было издано распоряжение от 30 декабря 2005г. № 2347-р «Об утверждении Федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду». Этот перечень состоит из 3-х разделов: реабилитационные мероприятия, технические средства реабилитации, услуги. По медицинским показаниям устанавливается необходимость предоставления инвалиду технических средств реабилитации, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалида. Представленный порядок опре-

О ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

деления нуждаемости в технических средствах реабилитации изложен в ст. 11.1 Закона № 181-ФЗ. Техническими средствами инвалиды обеспечиваются в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов, разрабатываемыми федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Основным документом, регламентирующим действующую систему обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, являются Правила обеспечения за счёт средств федерального бюджета инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утверждённые Постановлением Правительства Российской Федерации от 07.04.2008 N 240.

В соответствии с действующим законодательством механизм получения ребёнком-инвалидом необходимых ему ТСР можно представить в виде следующей схемы (рис. 175):



Рис. 175

О ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

В медицинском учреждении по месту жительства ребенка с детским церебральным параличом готовят пакет документов и направляют ребенка на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ). В бюро МСЭ при освидетельствовании ребенку с ДЦП устанавливают статус «ребенок-инвалид» и разрабатывают «Индивидуальную программу реабилитации и абилитации ребенка-инвалида» (ИПРА), в которой прописывают рекомендуемые ему технические средства реабилитации и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые ребенку-инвалиду за счет средств федерального бюджета, за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, за счет собственных средств инвалида либо средств других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм собственности.

Далее с ИПРА, свидетельством о инвалидности и другими документами ребенка-инвалида необходимо обратиться в Фонд социального страхования (ФСС) и написать заявление о предоставлении ребенку ТСР за счет средств федерального бюджета. Или можно приобрести рекомендуемое ТСР самим и обратиться в ФСС за компенсацией расходов.

Чтобы получить технические средства реабилитации за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации нужно обратиться с заявлением в территориальное управление Министерства социального развития Пермского края по месту прописки ребенка.

Если статус «ребенка-инвалида» и ИПРА уже у Вас есть, но необходимое ребенку техническое средство реабилитации в данном документе не прописано, можно обратиться в МСЭ за коррекцией ИПРА, получив предварительно в медицинском учреждении направление на коррекцию индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребенка-инвалида.

На период пока поставщик ТСР не доставил Вам требуемое средство реабилитации, можно воспользоваться услугами Центров проката, где подберут необходимое ребенку-инвалиду средство согласно его индивидуальным характеристикам. Обучение пользованию ТСР и уходу за ним осуществляется в Центрах проката, а так же в реби-

литационных учреждениях (рис. 176).

Обеспечение техническими средствами реабилитации, обучение использованию и эксплуатации

Прокат ТСР:

➤ Центры реабилитации инвалидов

- Отделения медико-социальной реабилитации Центра комплексной реабилитации инвалидов (г. Пермь, г. Березники)
- Реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (г. Березники, г. Чайковский, с. Юсьва)

Прокат ТСР:

➤ Пермская краевая организация Всероссийского общества инвалидов

- г. Пермь, Борчанинова 9

Изготовление ТСР:

➤ Пермское протезно-ортопедическое предприятие

- Протезирование - изготовление модульных конструкций с индивидуальными приемными гильзами
- Ортопедическая обувь - изготовление профилактической, сложной ортопедической обуви, повседневной и специальной обуви, как для взрослых, так и для детей
- Стационар для пациентов с ампутациями конечностей на 30 человек

Реабилитация и адаптация:

➤ Отделение реабилитации Пермского краевого госпиталя ветеранов войн

➤ Центр комплексной реабилитации инвалидов

- Адаптивная физическая культура
- Эрготерапия
- Занятия с психологом
- Подбор и обучение использованию ТСР
- Программа «активная коляска»

Рис. 176

О НАВЫКАХ САМООБСЛУЖИВАНИЯ И ГИГИЕНЫ

Учим одеваться

Одежда для детей с церебральным параличом должна быть простой, свободной, не вызывающей дополнительных затруднений при одевании. Одевать ребенка, особенно раннего возраста, удобнее всего, положив его себе на колени (рис. 177).



Рис. 177

Если одеваете ребенка в положении на спине, его голову и плечи следует приподнять, подложив под них жесткую подушку, что создает условия для выведения рук вперед и сгибания бедер.

При выраженном экстерзорном тонусе ребенка можно одевать в положении на боку; при этом уменьшается приведение бедер, облегчается сгибание стоп и надевание штанишек, обуви. Лежа на боку, ребенок видит, что с ним происходит, действия взрослых стимулируют его к самостоятельной активности.

В более старшем возрасте желательно одевать ребенка

в положении сидя перед зеркалом, чтобы он мог наблюдать этот процесс. При этом следует называть части тела, предметы одежды и производимые действия. В процессе одевания ребенок должен научиться соотносить части тела с одеждой. Когда он начинает говорить, его просят сопровождать все действия словами.

Если ребенок самостоятельно не сидит, его сажают спиной к себе и слегка наклоняют, при этом выдвигание рук вперед и разведение ног становится более свободным. Вы также можете сесть и посадить ребенка на маленький стул спереди от себя, лицом к спинке стула или в угол комнаты. Начинают одевание с более пораженной стороны. Не следует распрямлять конечности насильно (см. рис. 178).



Рис. 178 *Неправильно*



Правильно

Попробуйте обхватить руки ребенка выше локтей и выпрямить, осторожно поворачивая их наружу. Спастически согнутую руку вначале выпрямляют потряхивающими движениями, а затем продевают в рукав. Ребенок не должен во время одевания держать что-либо в руке, это усиливает ее сгибание. Прежде чем надеть обувь, ногу сгибают, т. е. в выпрямленном состоянии стопа ригидна.

Помните, что формирование навыка самостоятельного одевания – длительный процесс, связанный с устойчивым контролем головы, сохранением равновесия, координированными движениями рук. Даже у здоровых детей автоматизм одевания вырабатывается в течение 4–5 лет.

Как подготовить ребенка к самостоятельному одеванию?

Учите вашего ребенка захватывать предметы рукой и выпускать их, передвигая к себе или отодвигая.

Разговаривайте с ребенком во время одевания с самого

О НАВЫКАХ САМООБСЛУЖИВАНИЯ И ГИГИЕНЫ

раннего возраста.

Разрабатывайте подвижность в коленных и тазобедренных суставах.

Делайте упражнения на каждую руки и ногу по очереди.

Учите ребенка переносить вес тела в положении сидя вправо-налево, вперед-назад.

Учите ребенка понимать смысл слов тяни – толкай, вверх – вниз и т.д.

Используйте для подготовки к одеванию обручи и кольца (рис. 179).

Использование обручей и колец для подготовки к одеванию



Рис. 179

Приучайте ребенка принимать устойчивое положение.



Рис. 180

Если держать бедра ребенка согнутыми, он тянется вперед, чтобы снять носки (рис. 180).



Рис. 181

Поддерживая сидящего ребенка за таз, вы помогаете ему снимать футболку или свитер (рис. 181).



Рис. 182

Крепко держите ребенка за колени, прижимая стопы к полу, чтобы ребенок мог поднимать руки (рис. 182).



Рис. 183

Хорошее положение для одевания (рис. 183). Так ребенку легче сохранять равновесие.

Попробуйте обучать его по такой программе:

О НАВЫКАХ САМООБСЛУЖИВАНИЯ И ГИГИЕНЫ

Стоя перед ребенком, просуньте обе его руки в футболку и далее в рукава. Затем поднимите их над головой так, чтобы вырез для головы оказался прямо на его макушке. Мягко опустите его руки, чтобы они легли по швам. При этом футболка пройдет через голову. Скажите: «Надень футболку!» – и возьмитесь его руками за низ так, чтобы его большие пальцы оказались внутри закатанной части. Направьте его руки, помогая, если надо, одернуть футболку, натянув ее до талии. Потом скажите: «Молодец! Ты надел футболку!».

Просуньте обе руки ребенка в рукава и поднимите их над головой со словами: «Надень футболку!». Если надо, помогите ему опустить руки по швам. Напомните ему, как закончить эту операцию, сказав, что нужно одернуть футболку. Когда он сделает это, скажите: «Молодец! Ты надел футболку!».

Просуньте обе руки ребенка в рукава. Затем скажите: «Надень футболку!». Если надо, помогите ему поднять руки над головой. Когда он опустит их и натянет футболку до пояса, скажите: «Молодец! Ты надел футболку!».

Просуньте одну его руку в рукав. Затем помогите ему этой рукой ухватиться за низ закатанной футболки и скажите: «Надень футболку!». Если надо, помогите ему всунуть в рукав другую руку. Когда он самостоятельно закончит надевать футболку, скажите: «Молодец! Ты надел футболку!».

Дайте ему закатанную футболку и помогите ухватиться за ее низ. Скажите: «Надень футболку!». Помогите, если надо, продеть в рукав другую руку. Когда он закончит надевать футболку, скажите: «Молодец! Ты надел футболку!».

Дайте ему закатанную футболку и помогите ухватиться за ее низ со словами: «Надень футболку!» Помогите, если надо, просунуть руку в рукав. Затем помогите отпустить ту руку, которая держалась за футболку, и ухватиться за нее снова, но уже той рукой, которую он просунул в рукав. Теперь он может завершить операцию сам. Скажите: «Молодец!». Научиться делать этот шаг труднее всего, поэтому на его освоение уйдет больше времени, чем на освоение других шагов.

Футболка лежит на кровати передом вниз. Скажите: «Надень футболку!». Положите руки ребенка на низ спинки и

помогите завернуть футболку до проймы. Теперь он может надеть ее сам. Скажите: «Молодец! Ты надел футболку!». Если он этому научится, значит, усвоил навык, и теперь, после того как вы выложите для него футболку должным образом, он сможет надевать ее без вашей помощи.

Начинать учить ребенка надевать штаны лучше с коротких штанишек или трусов, поскольку надевать их легче, чем длинные. Если штаны застегиваются на пуговицы, кнопки или молнию, застегивайте их сами. Побуждайте ребенка садиться, чтобы надеть штаны на ноги, и вставать, чтобы натянуть их.

Работайте над каждым из перечисленных ниже шагов, помогая ребенку все меньше и меньше, до тех пор, пока он не будет успешно справляться без вашей помощи во время четырех или пяти уроков. После этого переходите к следующему шагу. Держите наготове награду.

Когда ребенок сидит, наденьте штанины на обе его ноги, а затем попросите его встать. Натяните штаны до бедер. Затем поместите его руки с двух сторон на пояс штанов большими пальцами внутрь. Скажите: «Натяни штанишки!» — и, положив свои руки на его, помогите ему натянуть штаны до пояса. Затем скажите: «Молодец! Ты надел штанишки!».

Наденьте на ребенка штаны, натянув их до середины бедер. Затем поместите его руки с двух сторон на пояс штанов большими пальцами внутрь и скажите: «Натяни штанишки!». Положив свои руки на его, помогите ему натянуть штанины до бедер. Затем позвольте ему самому натянуть их до талии. Скажите: «Молодец! Ты надел штанишки!» — и вручите награду.

Продолжайте в том же духе, помогая ребенку закончить процесс после того, как сами наденете на него штанишки и натянете их сначала до колен, затем до лодыжек.

Сядьте рядом с ребенком и наденьте ему штанину на одну ногу. Поместите его руки на штаны и, положив сверху свои руки, скажите: «Надень штанишки!». Помогите ему надеть вторую штанину. Побудите его встать и все остальное сделать самостоятельно. Похвалите и вознаградите его.

Когда ребенок сидит, поместите его руки на штаны и скажите: «Надень штанишки!». Помогите ему надеть первую

О НАВЫКАХ САМООБСЛУЖИВАНИЯ И ГИГИЕНЫ

штанину. Уберите свои руки, после чего он уже должен сделать все остальное сам. Если ребенок научится делать это, значит, навык усвоен, и теперь он сможет надевать штаны без посторонней помощи.

Ваши совместные усилия не пропали даром. Вы научили ребенка одеваться самостоятельно. Вот в каких еще положениях он может это делать (рис. 184, 185, 186, 187, 188).

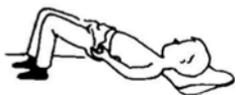


Рис. 184 Лежа ребенок надевает брюки



Рис. 185 Ребенок одевается лежа с опорой ног на стену



Рис. 186 Опираясь одной ногой на подставку, ребенку легче сохранять равновесие и удерживать согнутой ногу



Рис. 187 Использование стула как опоры и для того, чтобы повесить одежду



Рис. 188 Удобно одеваться, сидя в углу

Учим есть самостоятельно

Обучение будет состоять из двух этапов, двух частей.

Часть 1

Встаньте за спиной ребенка, поместите ложку в его руку, а другую руку положите сбоку от миски. На протяжении всего приема пищи держите его руки своими.

Наполните ложку зачерпывающим движением справа налево (если ваш малыш – левша, зачерпывайте пищу слева направо).

Поднесите ложку к его рту и дайте ему съесть ее содержимое. Скажите: «Хорошо! Ты ешь ложкой».

Опустите ложку в миску и дайте ребенку время проглотить пищу.

После того как он съест четыре или пять таких порций, положите ложку на стол и сделайте небольшой перерыв.

Повторяйте все пункты этой части программы, пока ребенок не закончит есть, а затем – во время четырех или пяти последующих приемов пищи или до тех пор, пока вы не почувствуете, что малышу на этом этапе необходима ваша физическая помощь.

Когда ребенок усвоит всю последовательность действий во время еды ложкой, переходите ко второй части программы и осваивайте ее шаг за шагом.

Часть 2

Во второй части программы ребенок усваивает три навыка:

- подносит ложку ко рту;
- возвращает ложку в миску;
- зачерпывает пищу.

Положив свою руку на руку ребенка, доведите ложку до его рта. Отпустите его руку. Позвольте ему съесть содержимое ложки и вынуть ее изо рта. Снова положите свою руку на его и возвратите ложку в миску. Скажите: «Молодец! Ты ешь ложкой!».

Отпустите его руку в тот момент, когда ложка будет почти у рта. Позвольте ему поместить ложку в рот, съесть то, что в ней было, и, вынув ложку изо рта, немного опустить ее. Затем снова положите свою руку на его и возвратите ложку в

О НАВЫКАХ САМООБСЛУЖИВАНИЯ И ГИГИЕНЫ

миску. Скажите: «Молодец! Ты ешь ложкой!».

Уберите свою руку в тот момент, когда ложка будет примерно на середине пути ко рту. Пусть ребенок сам донесет ее до рта, съест содержимое и пронесет полпути назад, к миске. Затем снова положите свою руку на его и помогите возвратить ложку в миску. Скажите: «Молодец! Ты ешь ложкой!».

Отпустите его руку, как только сможете ему набрать пищу в ложку. Дайте ему самому донести ложку до рта, съесть ее содержимое и возвратить ложку в миску. Снова положите свою руку на его и вместе с ним наберите пищу в ложку. Скажите: «Молодец! Ты ешь ложкой!».

Теперь ваш ребенок усвоил все действия, кроме одного, необходимого — он еще не может зачерпнуть ложкой еду. Это шаг самый трудный. Когда вы сочтете нужным меньше помогать ему на этом этапе, то не убирайте свою руку, а продолжайте держать руку ребенка, но все слабее и слабее, пока он не научится зачерпывать еду сам, с почти незаметной вашей помощью. После этого направляйте уже не его кисть, а сначала запястье, потом локоть, и то лишь при необходимости. В конце концов, совсем отпустите его руку, и он будет все делать сам!

Чтобы обучить ребенка пить из чашки, в качестве тренировки научите его пить через соломинку. А теперь выберите подходящую чашку. Можно использовать чашку с двумя ручками, большим обхватом и оплавленным краем. Упражняйтесь, поддерживая чашку с одной стороны.

У ребенка проблемы с аппетитом? Расскажем, как их решать.

Дети с церебральным параличом нередко едят меньше, чем их здоровые сверстники. По данным зарубежных исследований, у трети больных ДЦП имеются выраженные затруднения с приемом пищи, нарушения жевания и глотания. Неудивительно, что каждое кормление вызывает негативные эмоции как у детей, так и у тех, кто их кормит.

Одним мамам кажется, что их дети имеют выраженный дефицит веса. Они руководствуются нормами, разработанными для здоровых малышей, не учитывая, что дети, страдающие ДЦП, в силу ограниченной физической актив-

ности имеют сниженную мышечную массу и нуждаются в значительно меньшем количестве калорий.

Другие беспокоятся из-за того, что их дети имеют избыточный вес, что объяснимо той же низкой двигательной активностью при хорошем аппетите или привычкой «заедать» свои огорчения и другие переживания. Причина для беспокойства есть. Ожирение опасно для ребенка, т. к. может спровоцировать развитие диабета, привести к сердечно-сосудистым заболеваниям, дисфункции половых желез, нарушениям в работе желудочно-кишечного тракта, кожным и респираторным патологиям, болезням опорно-двигательного аппарата. Оно несет затруднения и вам: как поднимать не в меру упитанного ребенка? Есть два возраста, когда особенно важно, чтобы ребенок не набрал лишние килограммы. Это 5–6 лет – время перестройки жировой ткани, и 11–12 лет, когда в организме происходят гормональные изменения.

Однако у большинства детей с ДЦП плохой аппетит, и родителям это доставляет массу проблем.

Итак, что делать?

Соблюдайте режим питания. Если ребенок привык есть в определенное время, то к назначенному часу усиливается выделение пищеварительных соков. Благодаря этому создается хороший аппетит. Но не относитесь к этому правилу как к догме.

Каждый раз перед кормлением спрашивайте ребенка, хочет ли он есть. Если категорически отказывается – значит, еще не проголодался.

Вместо кормления через силу положите в тарелку чуть меньше, чем ваш ребенок сможет съесть. Дело в том, что он может испугаться, увидев на тарелке большое количество еды, с которым он справиться не в состоянии. Даже малое количество пищи, съеденное с аппетитом, принесет больше пользы, чем полная порция, съеденная по принуждению.

Отследите, в какое время суток он ест более активно. И именно тогда давайте высококалорийную еду, а в другие приемы пищи – легкие блюда.

Если ребенок категорически отказывается есть что-то,

О НАВЫКАХ САМООБСЛУЖИВАНИЯ И ГИГИЕНЫ

можно подобрать нелюбимому продукту равноценную замену, а спустя время постепенно вводить его в рацион снова.

Разнообразьте рацион ребенка. Чем шире набор продуктов, входящих в меню, тем полнее удовлетворяются потребности и меньше поводов для отказа от еды. Допустим, ребенку необходима свекла. Если давать ее в разных видах: салат, борщ или свекольник — малыш съест положенную норму этого овоща, и его меню будет разнообразным.

Эстетичный внешний вид блюда благотворно влияет на настроение, а значит, и на пищеварение. Если вы придадите повседневным блюдам необычный и привлекательный вид, вряд ли даже очень привередливый ребенок откажется их попробовать.

Учитывайте, что определенные цвета по-разному влияют на аппетит: усиливают или угнетают. Так, посуда теплых тонов (желтый, оранжевый, красный) и яркое освещение улучшают аппетит, а еда из тарелок синего цвета и неяркое освещение — снижают.

Если вы заранее знаете, что ребенок откажется съесть то, что вы ему дадите, лучше используйте прием «ложный выбор». Он заключается в том, что вы ставите вопрос иначе: «Ты будешь есть картошку с помидоркой или с огурчиком?» В результате у ребенка нет возможности отказаться от еды, и создается иллюзия, что он сделал выбор сам.

Чего не следует делать?

Не нужно пытаться накормить ребенка насильно, иначе у него может выработаться стойкое отвращение к еде.

Не нужно применять эмоциональный шантаж: «Если ты меня любишь, съешь ложечку», — ребенку непонятно, почему он должен обязательно что-то съесть, чтобы доказать маме свою любовь.

Нельзя использовать еду в качестве поощрения или наказания.

Не показывайте своего огорчения, даже если ребенок практически все оставил на тарелке. Не нужно фиксировать на этом внимание, чтобы не сформировать у него сверхценное отношение к пище.

Обучаем гигиеническим навыкам

Как привить ребенку опрятность? Как приучить его к горшку?

Лучший способ – регулярное высаживание на горшок через строго определенные интервалы времени. Дети с ДЦП, сидя на горшке, плохо удерживают равновесие из-за недостаточного разведения бедер, неполной опоры на стопы, общего мышечного напряжения. Чтобы горшок не падал, его помещают в деревянную коробку, внутрь перевернутого табурета. Основание горшка должно быть широким, задняя часть чуть приподнята в виде спинки, вокруг краев горшка можно расположить пористую резину или пенопласт, повысив тем самым устойчивость ребенка в положении сидя.

Мальчики для правильного психосексуального развития с самого начала воспитания навыка опрятности должны мочиться стоя. Для этого можно использовать специальный горшок с поднятыми сторонами, держась за которые, ребенок чувствует себя более устойчиво и преодолевает страх падения. Доставать горшок, снимать и надевать штанишки удобнее, держась одной рукой за перекладину.

Вы должны обязательно похвалить ребенка, когда он проявил навык опрятности, и не очень ругать, если этого не случилось. Грубость, насмешка взрослых порождает у ребенка беспокойство и, вызывая эмоциональный стресс, разрушает навык.

Только систематическая терпеливая работа родителей поможет сформировать у детей с церебральным параличом необходимые для бытовой и социальной адаптации навыки опрятности и гигиены.

Приучаем к работе по дому

Привлекайте ребенка к повседневным домашним делам – он почувствует себя частью семьи.

Примерно с 18 месяцев ребенок начинает повторять действия взрослых – поощряйте его в этом.

Всем детям нравится чувствовать себя полезными в семье.

Помощь в работе по дому развивает у ребенка:

О НАВЫКАХ САМООБСЛУЖИВАНИЯ И ГИГИЕНЫ

- осанку и крупную моторику;
- мелкую моторику рук;
- зрение;
- слух и речь;
- общение и игру.

Работа по дому поможет вашему ребенку стать более самостоятельным.

Какой может быть помощь по дому?



Рис. 189

Папа помогает ребенку протирать зеркало. Ребенок сидит верхом на коленях отца. Отец придерживает ребенка за плечи и направляет его руки вперед. Ребенок наблюдает за собой и отцом в зеркале.



Рис. 190

Ребенок сам убирает игрушки в корзину после игры.



Рис. 191

Ребенок сидит на табуретке и моет овощи и фрукты. То же самое можно делать стоя на подставке у раковины.



Рис. 192

Ребенок прибирается в ящиках комода.

Рис. 193



Если ребенок не сидит, положите его на валик на живот возле кухонного шкафа, чтобы ребенок рассматривал и изучал содержимое шкафа.

Учите ребенка:



Рис. 194

встряхивать покрывало;



Рис. 195

развешивать и снимать белье; заправлять кровать;



Рис. 196

накрывать на стол;



Рис. 197

вешать полотенце;



Рис. 198

вытирать стол;



Рис. 199

помогать на даче.

Именно так, в обычной повседневной жизни в семье, проводится активное лечение движением. Именно так ребенок с ДЦП обретает самостоятельность.

О ДОРЕЧЕВОМ И РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП И ИНЫХ ФОРМАХ ОБЩЕНИЯ

О жевании, глотании и речевом развитии детей с ДЦП

Для эффективной реабилитации и абилитации ребенка с ДЦП требуется комплексный подход. Значительную роль в этом комплексе играет питание. Гиперкинезы, проблемы с жеванием и глотанием пищи, псевдобульбарный, бульбарный синдром, сниженная физическая активность – вот распространенные проблемы людей, страдающих ДЦП. У детей с ДЦП часто наблюдается невозможность приема пищи через рот – ребенок не глотает и не жует, не может удерживать голову и положение сидя для осуществления физиологического питания. У ребенка с ДЦП можно заметить:

- нарушение тонуса мышц артикуляционного аппарата;
- кашель, захлебывание во время кормления;
- отсутствие контроля глотка;
- нарушение чувствительности полости рта и языка;
- нарушение вкусового восприятия пищи;
- быстрая истощаемость во время физиологического питания.

В таких случаях необходимо поставить следующие цели абилитации:

- правильное позиционирование ребенка для осуществления физиологического питания и обучение этому взрослых, ухаживающих за ребенком;
- подбор соответствующей столовой посуды, специальных средств ухода за полостью рта, индивидуальных вку-

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

совых предпочтений;

- нормализация тонуса мышц артикуляционного аппарата;
- улучшение подвижности верхнего неба и языка;
- формирование объема и контроля глотка;
- восстановление чувствительности полости рта и языка;
- формирование вкусового восприятия пищи.

В результате ребенок должен:

- сформировать навык удержания головы в вертикальном положении для осуществления физиологического приема пищи;
- воспринимать разные температурные режимы пищи (горячее, холодное, оптимальное – теплое);
- научиться сглатывать слюну и контролировать слюноотечение;
- воспринимать основные вкусы пищи (сладкое, соленое) на вкус удерживать в руках игрушку и отпускать ее.

Табл. 5. Как нужно обучать ребенка кушать

Задачи абилитации	Действия родителей
Ребенок будет настраиваться на процесс приема пищи	<ol style="list-style-type: none">1. Мама будет формировать правильный навык приема пищи:<ol style="list-style-type: none">a. Кормить ребенка нужно в специальном месте в соответствии с назначенным режимом.b. Исключить использование во время кормления отвлекающих факторов (телевизор, видео и пр.).c. Родитель перед едой вымоет или оботрет салфеткой руки ребенку, если предполагается хотя бы минимальный их контакт с пищей и столовыми приборами2. Предупредит ребенка (даже если считается, что он не понимает обращенную речь), что наступает время поесть, назовет предстоящий прием пищи (завтрак, обед, ужин),3. Известит, что он будет есть и зачем это нужно.4. Мама будет, разговаривая с ребенком показывать посуду и называя ее 1 раза в день

Ребенок будет правильно позиционирован, будет использовать специальную посуду и пищу в консистенции для физиологического питания



1. Родитель переместит ребенка в специальное место для кормления, чтобы придать правильное положение сидя или полулежа.
2. Взрослый будет создавать положительную мотивацию стимулируя мышцы лица, которые участвуют в процессе сосания.
3. Будет поглаживать ребенку ручки и ладошки во время еды.
4. Родитель будет использовать разноцветную посуду с детской тематикой.
5. Мама будет использовать ложки, палочки-щетки-прорезыватели. Важно, чтоб ребенок брал их в рот и грыз или сосал – развивал мышцы лица.
6. Родитель будет использовать руку самого ребенка (пассивно, пассивно-активно, активно).
7. Взрослый предлагает ребенку потрогать руками еду.
8. Взрослый активно одобряет ребенка за количество съеденного, поощряет его заинтересованность в еде.
9. Мама будет говорить и побуждать ребенка к удерживанию губами ложки, рассказывая стишки и потешки 1 раз в день.

Ребенок будет пробовать разные вкусы и консистенции пищи.



Мешочек-сеточка для кусочков

1. Мама начинает разглатывание с яблочного пюре и взбитых сливок.
2. Будет развивать вкусовые рецепторы. В такие сеточки можно положить кусочки дыни, груши, яблока – все то, что любит ребенок.
3. Предложит ребенку их пососать.
4. Будет давать сосать сильные вкусовые раздражители, например, кислый – лимон, сладкий – мед.

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

<p>Ребенок будет пробовать разные температурные режимы пищи</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мама будет замораживать палочки из воды с соком и давать ребенку их сосать и лизать 2. Во время приема пищи, под присмотром взрослого играть в «тепло – холодно» 3. Родители будут после кормления поддерживать положение ребенка сидя или полулежа в течение 40 минут для уменьшения вероятности рефлюкса и аспирации. 4. В это время в качестве поощрения можно использовать просмотр спокойных телепрограмм.
<p>Ребенок будет сосать питание из бутылочки, при этом не давится, не отвлекается, не напрягается</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мама дотронется до щеки ребенка и посмотрит, не попытается ли ребенок найти палец и начать его сосать. 2. Родители выяснят, какая поза больше всего способствует тому, чтобы ребенок потянул руку в рот (часто положение на боку подходит для этого лучше всего). 3. Родитель поможет ребенку, поднеся его руку ко рту, смазав руку чем-то вкусным. 4. Можно поводить пальцами вокруг рта ребенка, сначала нажимая довольно сильно, а потом ограничиваясь легкими прикосновениями. 5. Родители будут делать это 1 раз в день, когда ребенок голоден.
<p>Ребенок будет кушать детское питание с маленькой ложки</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мама возьмёт немного детского питания в ложку и положит ребенку на язык, дотрагиваясь до нижней десны, вызывая «кусательный рефлекс». 2. Кусательный рефлекс в норме появляется, когда ребенок начинает есть твердую пищу. 3. Родители будут снижать кусательный рефлекс, когда он слишком сильный: 4. Рекомендуется: <ul style="list-style-type: none"> - потереть десны ребенка пальцем, прежде чем его кормить; - пользоваться маленькой ложкой; - использовать еду для детей, которую можно грызть и жевать.

<p>Ребенок будет получать стимулирующий/расслабляющий массаж для улучшения физиологического питания</p>	<p>1. Мама будет проводить массаж: - массаж ладошек: движение по ладонкам от кисти к кончикам пальцев, используя разные текстуры (кисточки разной жесткости); - движения по лицу — от мочки уха к подбородку.</p> <p>2. Мама будет проводить ручную вибрацию, потягивание и прессование. Работают пальцами, производят пульсирующие движения в каждой точке стимуляции, либо по часовой стрелке с легким нажимом. Все манипуляции выполняются с определенной вибрацией.</p>
<p>Ребёнку будет проводиться пассивная артикуляционная гимнастика</p>	<p>Родитель будет проводить пассивную артикуляционную гимнастику:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. будет открывать и закрывать ротик ребенка; 2. растягивать губки в улыбку; 3. соединять их в трубочку; 4. вызывать вибрацию губ и языка; 5. будет производить механические движения языком ребенка, выполняя упражнение «часики», «качели» «блинчик».

Готовим речевой аппарат

Мы уже говорили, что на работе системы органов, выполняющих жизненно важные функции, связанные с питанием и дыханием, основывается и речевой аппарат. Кормление и речь тесно связаны между собой. Сосательный и глотательный рефлексы лежат в основе произношения.

У ребенка с ДЦП часто отмечается отсутствие сосательного рефлекса после рождения, т. к. мозговое расстройство ведет к нарушению контроля данного рефлекса. Поэтому все усилия следует направлять на стимулирование сосания у ребенка в первые годы жизни – это будет иметь важное значение для будущего развития речи.

Прием пищи – естественная функциональная тренировка мускулатуры рта для развития речевого процесса. Во время кормления ребенка мы должны развивать его артикуляционные, дыхательные движения и голосовые реакции; постепенно обособлять их от движений сосательных и жевательных.

Для этого нужно:

- жевать мясо (а не только котлеты, сосиски и т. п.);

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

- жевать сырые овощи (редис, морковь, репа);
- лизать языком с блюдца варенье, сметану, йогурт – для распластывания языка;
- чистить зубы – это приучает к инородному телу во рту, снижая степень проявления рвотного рефлекса, вырабатывает гигиенические навыки;
- полоскать рот;
- жевать боковыми зубами;
- сосать сухарики из хлеба или булки (соленые).

Начинаем как можно раньше

В настоящее время доказано, что, чем раньше начинается целенаправленная работа с ребенком, тем более полными и эффективными могут оказаться коррекция и компенсация нарушений, а в некоторых случаях возможно и предупреждение вторичных отклонений развития. Так что начинаем с младенчества.

Мы предлагаем вам примеры занятий, подходящих для таких крохотных малышей.

Чтобы проверить уровень сформированности фонематического слуха и стимулировать его, выполняем *упражнение на слуховое сосредоточение*. Возьмите погремушку или колокольчик. Погремите. Говорите с ребенком, находясь вне поля его зрения. Ребенок должен сосредотачиваться при сильном звуке. При появлении слухового сосредоточения в течение 15–20 секунд показывайте ему игрушку, чтобы взор малыша был сфокусирован на неподвижном предмете.

Продолжаем развивать зрительные и слуховые ориентировочные реакции ребенка на основе обогащения представлений об окружающем мире. Вот простые упражнения.

«Где ляля?»

Упражнение с хорошо знакомой игрушкой, которая всегда находится на постоянном месте. На ваш вопрос «Где?» малыш должен поворачиваться в ее сторону. Можно привлекать его внимание к звуковым свойствам предмета – пisku или свисту. Ребенок должен активно следить за действием взрослого с игрушкой, поворачиваясь или наклоняя голову.

Вы гладите куклу по голове, приговаривая: «Ляля, ляля»;

водите ее по барьеру манежа, поясняя: «Ляля топ-топ-топ»; потом внезапно прячете куклу и с вопросом: «Где ляля?» показываете ее снова: «Вот ляля!»; ставите на постоянное место. Задавая тот же вопрос; накрываете куклу салфеткой и открываете ее с теми же словами.

«Делай, как я»

Учите ребенка в определенной ситуации понимать и выполнять простые инструкции («На», «Дай», «Возьми»), сопровождаемые указательным жестом. Побуждайте ребенка к повторению звукоподражаний: «Тук-тук», «Пи-пи», «Дон-дон» и др.

Формируем предпосылки для развития активной речи, совершенствования словаря, построения грамматически правильных фраз и связной речи. Помогут нам такие упражнения.

«Улыбнись»

Стимулируем голосовые реакции ребенка, ласково, напевно разговаривая с ним, улыбаясь ему. Вызываем ответную улыбку.

«Агу»

Вызываем у ребенка ответные голосовые реакции – гу-канье, гуление; «перекликаюсь» с ребенком, поддерживая произносимые им звуки (г, к, а, а-а, у, гу, агы, у-у, агу и др.).

«Какие мы хорошие»

Стимулируем певучее интонированное гуление на эмоционально-речевом фоне. Вызываем «комплекс оживления» (а? а! а-а-а! а-а! гу? гу! агу! а-гу-гу! гы. а-гы-гы! а-гы-гы! у? ау! и др.).

«Барашки-барашки»

Наклоняясь к лицу ребенка, отдаляясь от него, ласково, с улыбкой, с разной интонацией произносим его имя, звуки гуления и лепета: гу, гы, ма, ба, па, бо, бу, а-ба? ба-ба-ба-ба! и др. Наша цель – вызвать громкий смех и радостные возгласы ребенка.

В это время можно произносить или прослушивать детские потешки, песенки.



Рис. 200

А это упражнения на тренировку дыхания.

Что будем делать?

- Пускать мыльные пузыри через соломинку;
- надувать воздушные шарики;
- стараться надувать надувные игрушки, круги, мячи;
- учиться плавать, выдыхая в воду, нырять;
- играть на музыкальных игрушках: дудках, трубах, флейтах;
- дуть на детские флюгера.

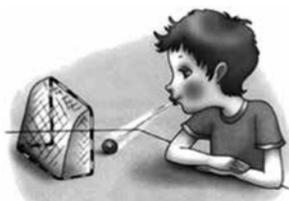


Рис. 201

Делаем логопедический массаж

Логопедический массаж — это одна из логопедических технологий, активный метод механического воздействия. Применяется в тех случаях, когда имеют место нарушения тонуса артикуляционных мышц. Изменяя состояние мышц периферического речевого аппарата, он, в конечном счете, опосредованно способствует улучшению произносительной стороны речи.

Массаж может проводиться на всех этапах коррекционно-логопедического воздействия, но особенно значимо его использование на начальных этапах работы, когда у ребенка еще нет принципиальной возможности выполнить определенные артикуляционные движения.

Несколько предупреждений.

Воздействия не должны вызывать у ребенка негативных

эмоций, интенсивность массажных приемов (сила надавливания, количество повторов) должна наращиваться постепенно, в зависимости от состояния ребенка и его отношения к данным занятиям.

К приемам, вызывающим легкие болевые ощущения, переходите только тогда, когда будет достигнуто полное доверительное отношение к педагогу.

Если ребенок перенес какое-либо заболевание, что повлекло за собой перерыв занятий, нужно временно снизить интенсивность массажных приемов.

Для коррекции звукопроизношения необходимо сочетать сеансы массажа с комплексами артикуляционной и дыхательной гимнастики, упражнения для которых подбираются индивидуально для каждого ребенка в соответствии с характером нарушения звукопроизношения.

Схему массажа и комплекс упражнений артикуляционной гимнастики необходимо корректировать в соответствии с изменениями, происходящими в органах артикуляции.

Процедуру массажа лица можно сопровождать чтением стихотворного текста. Например:

Если солнце жарко греет,
Если легкий ветер веет,
Стало сухо и тепло —
Это лето к нам пришло.

Поглаживающие движения от середины лба, носа, верхней губы, подбородка к ушам.

Если дождь стучит по крыше,
Листья падают неслышно,
Птицам улететь пора —
Это осень к нам пришла.

Постукивающие движения подушечками пальцев по лбу, щекам, подбородку.

Если вьюга кружит, злится,
Всюду белый снег кружится,
В снежных шапках все дома, —
Это к нам пришла зима.

Круговые движения в области лба, щек, подбородка.

Если тает снег и лед,
Звонкий ручеек течет,
Распускается листва —
Это к нам пришла весна.

Поглаживающие движения обеими ладонями сверху вниз по боковым сторонам лица и шеи, по центральной части лица и шеи.

Сегментарно-рефлекторный массаж

Спинной мозг имеет сегментарное строение: под сегментом подразумевается участок спинного мозга, соответствующий спинномозговому нервам, иннервирующим определенный сегмент тела. Причем иннервируется не только кожная поверхность тела, но и мышцы, органы, расположенные на уровне данного сегмента.

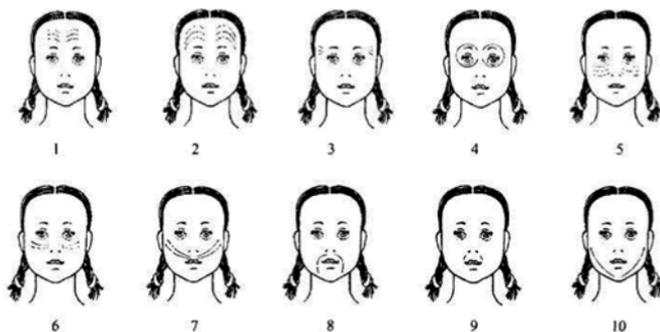


Рис. 202 *Линии выполнения сегментарно-рефлекторного массажа:*
1 — от середины лба к вискам; 2 — от середины лба до ушных раковин; 3 — от латеральных концов бровей к волосистой части головы; 4 — от медиальных концов бровей по глазницам до внутренних углов глаз; 5 — от спинки носа к ушным раковинам; 6 — от крыльев носа к ушным раковинам; 7 — от середины верхней губы до ушных раковин; 8 — от середины верхней губы на подбородок; 9 — от крыльев носа по носогубным складкам к углам рта; 10 — от середины подбородка до ушных раковин

Массаж по биологически активным точкам (БАТ)

Биологически активная точка (БАТ) — это небольшой участок кожи и подкожной основы, в котором имеется комплекс взаимосвязанных микроструктур (сосуды, нервы, клетки соединительной ткани), благодаря чему здесь создается биологически активная зона. В области точки происходит усиленное поглощение кислорода, повышается температура, снижается электрическое сопротивление, сильнее инфракрасное излучение, отмечается болезненность при пальпации. Диаметр активных точек изменяется в зависимости от состояния человека. Так, во время сна и при сильной усталости точки имеют диаметр менее 1 мм. Когда человек просыпается, диаметр точек увеличивается до 1 см, а когда находится в состоянии эмоционального напряжения или болен, площадь отдельных точек настоль-

ко увеличивается, что образуются целые участки (зоны) с повышенной проводимостью. В случае заболевания человека повышается электрический потенциал активных точек, причем не всех, а дифференцированно, что происходит с участием коры больших полушарий. Профессор А. А. Уманская из великого множества биоактивных точек на теле человека выделила 9 наиболее важных зон (рис. 203). Эти зоны – базисные, ключевые. Она назвала их «кнопками на пульте управления организмом».

Систематическое воздействие на них укрепляет иммунитет, гармонизирует организм и даже улучшает интеллектуальные способности головного мозга.

Зона 1. Связана со слизистой трахеи, бронхов, а также с костным мозгом грудины. В результате воздействия на нее проходят кашель, боль за грудиной, нормализуется кроветворение.

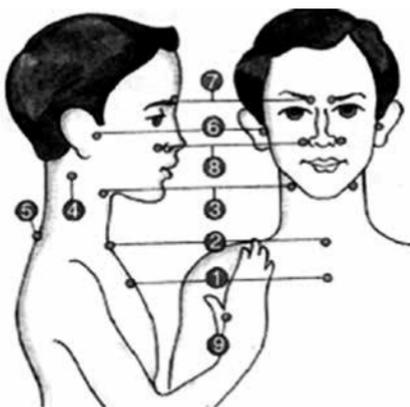


Рис. 203

Зона 2. Связана со слизистой трахеи и вилочковой железой – центральным органом иммунной системы. При воздействии на нее повышается сопротивляемость инфекционным заболеваниям.

Зона 3. Связана со слизистой гортани, глотки, с каротидным гломусом и щитовидной железой. При воздействии на эти зоны регулируется химический и гормональный состав крови, улучшается голос, исчезает охриплость.

Зона 4. Связана с задней стенкой глотки, с верхним шейным симпатическим ганглием, который регулирует деятельность всех сосудов головы, шеи и туловища. Нормализуется вегетативно-сосудистый тонус. Проходят головные боли и головокружения.

Зона 5. Связана со звёздчатым вегетативным ганглием, который иннервирует сосуды трахеи, бронхов, сердца и вилочковой железы.

Зона 6. Связана со слизистой среднего уха, вестибулярным аппаратом. При воздействии на эти зоны перестают болеть уши, улучшается слух, ускоряется развитие речи, предупреждается заикание и уменьшаются головокружения в транспорте, на качелях.

Зона 7. Связана со слизистыми лобных пазух решетчатых костей носа, а также с лобными отделами мозга. Уменьшаются головная боль, косоглазие. Улучшаются память, внимание, трудоспособность.

Зона 8. Связана со слизистыми оболочками гайморовых пазух и полости носа, а также со стволовыми структурами мозга и гипофиза. Это «зона жизни». При воздействии на нее дыхание становится свободным. Улучшаются настроение, поведение, характер, нормализуются рост и вес.

Зона 9. Руки человека связаны через верхний шейный и звёздчатый симпатические ганглии со всеми органами. Большой и указательный пальцы занимают самую большую поверхность в коре головного мозга. Воздействие на зоны рук приводит к нормализации многих функций организма и усиливает работу всех вышеперечисленных зон.

На биозоны можно воздействовать подушечками пальцев, ногтями, гладкой палочкой, карандашом, медными, серебряными, золотыми кружочками, массажными шариками, зубной щеткой, зернышками, маленькими орешками... и даже мысленно.

ТОЧЕЧНЫЙ МАССАЖ ДЛЯ ДЕТЕЙ

 <p>ТОЧКА 1. Массаж этой точки способствует уменьшению кашля и улучшению кровотока</p>	 <p>ТОЧКА 3. Эта точка оказывает очень большое влияние на излечение от таких болезней, как грипп и простуда</p>	 <p>ТОЧКА 5. Эта точка контролирует химический состав крови и слизистую оболочку гортани</p>	 <p>ТОЧКА 7. Массаж этой точки улучшает кровоснабжение зоны глазного яблока и лобных отделов мозга</p>
 <p>ТОЧКА 2. Массаж этой точки регулирует иммунные функции, в результате повышается сопротивляемость инфекционным заболеваниям</p>	 <p>ТОЧКА 4. Эта точка контролирует кровоснабжение слизистых оболочек носа и гайморовой полости</p>	 <p>ТОЧКА 6. Массаж этой точки способствует нормализации работы вестибулярного аппарата</p>  <p>ТОЧКА 8. Эта точка контролирует органы слуха и вестибулярного аппарата</p>	
<p>ТОЧКА 9. При массаже этой точки приходят в норму разные функции организма</p> 			

Рис. 204

Зондовый массаж

Одним из видов лечебного логопедического массажа является зондовый массаж по методике Е. В. Новиковой, который применяется при различных речевых нарушениях.

Е. В. Новикова создала комплект зондов (рис. 205) и разработала особый массаж языка, губ, щек, скул, мягкого неба. С помощью этих зондов производят различные движения в виде скольжения, давления, отодвигания, перетирания мышц. Методика получила патент и была внесена в международный реестр комплиментарной медицины.

Метод прост и эффективен. Он дает возможность целенаправленно воздействовать на пораженные участки артикуляционных органов, активизируя и восстанавливая их деятельность. Нормализация звукопроизношения проходит быстрее.

Для массажа созданы 12 специальных зондов, каждый из которых воздействует на определенную группу мышц языка, скул, щек, губ, мягкого неба. Массаж проводит врач-рефлексотерапевт.

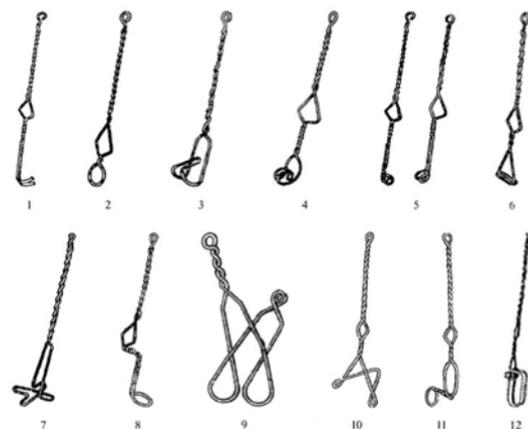


Рис. 205 Виды зондов

Самомассаж

Массаж может выполнять и сам ребенок, страдающий речевой патологией. Самомассаж является средством, дополняющим воздействие основного массажа, который выполняется логопедом.

Он полезен по нескольким причинам:

- самомассаж можно проводить не только индивидуально, но и фронтально с группой детей одновременно;
- самомассаж можно использовать многократно в течение дня, включая его в различные режимные моменты (после утренней гимнастики, занятия по релаксации, после дневного сна);
- самомассаж может быть включен в логопедическое занятие, при этом приемы самомассажа предваряют или завершают артикуляционную гимнастику.

Длительность одного сеанса самомассажа для детей дошкольного возраста составляет 5–10 минут. Каждое движение выполняется 4–6 раз. В один сеанс самомассажа может быть включено лишь несколько из предлагаемых приемов. Причем они могут варьироваться в течение дня.

Самомассаж мышц головы и шеи

1. «Я хороший». Расположить ладони обеих рук на области головы ближе ко лбу, соединив пальцы в центре, и затем провести ладонями по волосам, опускаясь вниз через уши и боковые поверхности шеи к плечам. Движения рук

должны быть одновременными, медленными, поглаживающими.

2. «Наденем шапочку». Исходное положение рук то же. Движения обеих ладоней вниз к ушам, а затем по переднебоковой части к яремной ямке.

Самомассаж мышц лица

1. «Рисуем дорожки». Движения пальцев от середины лба к вискам.

2. «Рисуем яблочки». Круговые движения пальцев от середины лба к вискам.

3. «Рисуем елочки». Движения пальцев от середины лба к вискам. Движение направлено несколько по диагонали.

4. «Пальцевой душ». Легкое постукивание или похлопывание кончиками пальцев по лбу.

5. «Рисуем брови». Проводим по бровям от переносицы к вискам каждым пальцем поочередно: указательным, средним, безымянным и мизинцем.

6. «Наденем очки». Указательным пальцем проводим легко от виска по краю скуловой кости к переносице, затем по брови к вискам.

7. «Глазки спят». Надо закрыть глаза и легко прикрыть пальцами веки. Удерживать в течение 3–5 секунд.

8. «Нарисуем усы». Движение указательными и средними пальцами от середины верхней губы к углам рта.

9. «Веселый клоун». Движение указательными и средними пальцами от середины нижней губы к углам рта, а затем вверх к скуловой кости.

10. «Грустный клоун». Движение указательными и средними пальцами от середины верхней губы к углам рта, а затем к углам нижней челюсти.

11. «Клювик». Движение указательным и средним пальцами от углов верхней губы к середине, а затем от углов нижней губы к середине.

12. «Погладим подбородок». Тыльной поверхностью пальцев поглаживаем от середины подбородка к ушам.

13. «Расческа». Поглаживаем губы зубами.

14. «Молоточек». Постукивание по губам зубами.

15. Всасывание верхней и нижней губы попеременно.

16. Пожевывание попеременно то верхней, то нижней губы.

17. «Пальцевой душ». Набрать воздух под верхнюю губу и легко постукивать по ней кончиками пальцев, проделать то же самое движение, набрав воздух под нижнюю губу.

18. «Нарисуем три дорожки». Движение пальцев от середины нижней губы к ушам, от середины верхней губы к ушам, от середины носа к ушам.

19. «Нарисуем кружочки». Круговые движения кончиками пальцев по щекам.

20. «Погреем щечки». Растирающие движения ладонями по щекам в разных направлениях.

21. «Паровозики». Сжать кулаки и приставить их тыльной стороной к щекам. Производить круговые движения, смещая мышцы век сначала по часовой стрелке, а затем против часовой стрелки. Можно сопровождать круговые движения ритмичным произнесением: «Чух, чух, чух».

22. «Пальцевой душ». Набрать воздух под щеки и легко постукивать по ним кончиками пальцев.

23. «Испечем блины». Похлопаем ладошками по щекам.

24. «Умыли личико». Ладонями обеих рук производим легкие поглаживающие движения от середины лба вниз по щекам к подбородку.

Самомассаж мышц языка

Эти приемы можно рассматривать и как часть активной гимнастики.

1. «Поглаживание языка губами». Надо просунуть язык как возможно больше сквозь узкую щель между губами, затем расслабить его так, чтобы боковые края языка касались углов рта. Постепенно убирать язык в полость рта.

2. «Пошлепывание языка губами». Просовывая язык сквозь зубы вперед, пошлепываем его губами, при этом слышится звук «пя-пя-пя», точно так же убираем язык внутрь рта.

3. «Поглаживание языка зубами». Просунуть язык как возможно больше сквозь узкую щель между зубами, затем расслабить его так, чтобы боковые края языка касались углов рта. Постепенно убирать язык в полость рта.

4. «Покусывание языка зубами». Легко покусывать язык зубами, высовывая его вперед и убирая назад, в полость рта.

5. «Пожуем грушу». Для упражнения потребуется сприн-

цовка №1. Надо сложить ее в два раза, обмакнуть сложенную часть в сладкий сироп, вложить в рот ребенка так, чтобы кончик остался снаружи. Предложить пожевать. Это упражнение используется не только для массажирования языка, но и для активизации движений жевательных мышц и стимуляции кинестетических ощущений, идущих от мышц полости рта.

Самомассаж ушных раковин

1. «Погрели ушки». Приложить ладони к ушным раковинам и потереть их.

2. «Потянули за ушки». Взяться пальцами за мочки ушей и потянуть их вниз 4–5 раз.

3. «Послушаем тишину». Накрывать ушные раковины ладонями. Подержать их в таком положении 2–3 секунды.

Практика показывает: логопедический массаж и артикуляционные упражнения с элементами самомассажа и аутогенной тренировки помогают нормализовать мышечный тонус, укреплять мышцы артикуляционного аппарата, развивать силу, подвижность и дифференцированность движений органов, участвующих в речевом процессе.

Делаем артикуляционную гимнастику

Для правильного произношения нужны сильные, упругие и подвижные язык, губы, мягкое нёбо. Все эти органы артикуляции состоят из мышц. Необходимо тренировать мышцы языка и губ.

Артикуляционная гимнастика представляет собой комплекс упражнений, направленных на выработку полноценных движений и определенных положений речевых органов для правильного произношения звуков.

Артикуляционная гимнастика – подготовительный этап при постановке звуков. Упражнения подбирают в соответствии с тем, какие звуки у ребенка нарушены.

Проводить артикуляционную гимнастику нужно ежедневно, чтобы вырабатываемые у детей навыки закреплялись. Лучше ее делать 3–4 раза в день по 3–5 минут. Не следует предлагать детям больше 2–3 упражнений зараз.

Артикуляционную гимнастику выполняют сидя, т. к. в этом положении у ребенка прямая спина, тело не напряжено, руки и ноги находятся в спокойном положении.

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Ребенок должен хорошо видеть лицо взрослого, а также свое лицо, чтобы самостоятельно контролировать правильность выполнения упражнений. Поэтому располагайтесь перед настенным зеркалом. Ребенок может воспользоваться небольшим зеркалом (примерно 9х12 см), но тогда взрослый должен находиться напротив лицом к нему.

Упражнения для губ

Исходное положение: рот закрыт, мышцы нижней челюсти не напряжены.

1. Поочередно поднимать и опускать верхнюю и нижнюю губу; максимально обнажать верхние и нижние зубы.

2. Оттягивать уголки рта в стороны, вниз, затем вытягивать губы вперед хоботком. Сначала имитация, затем произнесение звуков и – у – о – а.

3. Утрированно имитировать произнесение звуков и – б.

4. Многократно произносить сочетания губных согласных мб, бм, им, ми и губно-зубных вм, мв, бв, вб и др.

5. Легкое массажирование верхними зубами нижней губы, затем нижними зубами – верхней губы.

6. Движение вытянутыми губами влево – вправо.

7. Присасывающее движение губ.

8. Вытягивать губы вперед воронкой.

9. Рот закрыть, напрячь губы под счет до 5, расслабить губы, открыть рот.

10. Натягивать губы на зубы при слегка открытом рте.

Упражнения для мышц глотки и мягкого нёба

- Позёвывать с открытым ртом.
- Произвольно покашливать.
- Имитировать полоскание горла жидкостью с запрокинутой головой.

- Надувать щеки при зажатом носе.

- Проглатывать маленькие порции воды.

- Распластывать язык при широко открытом рте так, чтобы передняя часть его прилегала к нижним резцам, а корень и задняя часть были опущены (позиция типа «показать горло врачу»).

Упражнения для мимических мышц

- Опустить углы рта вниз при закрытом рте.

- Растянуть углы рта в стороны (в «улыбку») и расслабить.

- Улыбаться с закрытым и открытым ртом.

- Нахмурить брови, расслабить.
- Поднять брови, расслабить.
- Прищурить один глаз, затем другой.
- Зажмурить глаза, расслабить.
- Надуть щеки, втянуть щеки, перекачивать воздух из одной щеки в другую попеременно, как при полоскании рта.
- Набрать воздух под нижнюю губу, под верхнюю губу.
- Воспроизвести свист.
- Максимально оскалить зубы.
- Опустить верхнюю губу на нижнюю.
- Натянуть нижнюю губу на верхнюю.
- Опустить и оттопырить (вывернуть) нижнюю губу с обнажением дёсен.
 - Попеременно максимально обнажать верхние и нижние зубы.
 - Втянуть углы рта и почмокать губами.
 - Открыть рот, соединить губы в тугий кружочек и расслабить.
 - Пошевелить ноздрями, как бы раздувая их.
 - Наморщить лоб, расслабить.
 - Следить глазами за двигающимся по кругу пальцем.

Табл. 6. Упражнения для артикуляционной гимнастики языка

Название упражнения	Действие ребенка	Изображение
«Окошко»	<ul style="list-style-type: none"> • широко открыть рот – «жарко»; • закрыть рот – «холодно» 	
«Чистим зубки»	<ul style="list-style-type: none"> • улыбнуться, открыть рот; • кончиком языка с внутренней стороны «почистить» поочередно нижние и верхние зубы 	

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

<p>«Месим тесто»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • улыбнуться; • пошлепать языком между губами – «пя-пя-пя-пя»; • покусать кончик языка зубками (чередовать эти два движения) 	
<p>«Чашечка»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • улыбнуться; • широко открыть рот; • высунуть широкий язык и поднять его края в форме чашечки 	
<p>«Трубочка»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • с напряжением вытянуть вперед губы (зубы сомкнуты) 	
<p>«Заборчик»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • улыбнуться, с напряжением обнажив сомкнутые зубы 	
<p>«Маляр»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • губы в улыбке; • приоткрыть рот; • кончиком языка погладить («покрасить») нёбо 	

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

<p>«Грибочек»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • улыбнуться; • медленно поцокать языком, будто едешь на лошадке; • присосать широкий язык к нёбу 	
<p>«Киска»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • губы в улыбке, рот открыт; • кончик языка упирается в нижние зубы; • выгнуть язык горкой, упираясь кончиком языка в нижние зубы 	
<p>«Поймаем мышку»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • губы в улыбке; • приоткрыть рот; • произнести «а-а» и прикусить широкий кончик языка (поймали мышку за хвостик) «а-алл» 	
<p>«Лошадка»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • губы в улыбке; • приоткрыть рот; • поцокать «узким» языком (как цокают копытами лошадки) 	
<p>«Пароход гудит»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • губы в улыбке; • открыть рот; • с напряжением произнести долгое «ы-ыллл...» 	

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

<p>«Слоник пьет»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • вытянув вперед губы трубочкой, образовать «хобот слоника»; • «набирать водичку», слегка при этом прищипывая 	
<p>«Индюки болтают»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • языком быстро двигать по верхней губе – «бл-бл-бл-бл...» 	
<p>«Орешки»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • рот закрыт; • кончик языка с напряжением поочередно упирается в щеки; • на щеках образуются твердые шарики – «орешки» 	
<p>«Качели»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • улыбнуться; • открыть рот; • кончик языка за верхние зубы; • кончик языка за нижние зубы 	
<p>«Часики»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • улыбнуться, открыть рот; • кончик языка (как часовую стрелку) переводить из одного уголка рта в другой 	

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

<p>«Блинчик»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • улыбнуться; • приоткрыть рот; • положить широкий язык на нижнюю губу 	
<p>«Вкусное варенье»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • улыбнуться; • открыть рот; • широким языком в форме чашечки облизать верхнюю губу 	
<p>«Шарик»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • надуть щеки; • сдуть щеки. 	
<p>«Гармошка»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • улыбнуться; • сделать «грибочек»; (т. е. присосать широкий язык к нёбу); • не отрывая языка, открывать и закрывать рот (зубы не смыкать) 	
<p>«Барабанщик»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • улыбнуться; • открыть рот; • кончик языка за верхними зубами: «дэ-дэ-дэ...» 	

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

<p>«Парашютик»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • на кончик носа положить ватку; • широким языком в форме чашечки, прижатым к верхней губе, сдуть ватку с носа вверх 	
<p>«Загнать мяч в ворота»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • «вытолкнуть» широкий язык между губами (словно загоняешь мяч в ворота); • дуть с зажатым между губами языком (щеки не надувать) 	

Выполняем пальчиковую гимнастику

В коре головного мозга человека речевая моторная зона (центр Брока) и двигательная, которая отвечает за кисти рук, соседствуют и влияют друг на друга. Особенно важно взаимодействие этих зон в возрасте от рождения до 3 лет, когда идет самое активное формирование речи ребенка, поэтому начинайте заниматься развитием мелкой моторики с самого его рождения. Сгибая-разгибая малышу пальчики, массируя ему кисти, знайте: в это время вы посылаете импульсы в его речевые центры.

Предлагаем вам несложные упражнения пальчиковой гимнастики с предметами, имеющимися в каждом доме.

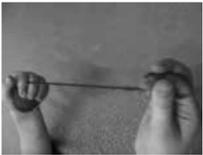
Табл. 7. Пальчиковая гимнастика с предметами

Предмет	Действие	СТИШОК, сопровождающий действие с предметом
 <p>Коробок спичек</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Поворачивание коробка вокруг своей оси. - Имитация поджигания спичек. - Имитация отрисовки ребра. - Попытка прокатить по ладошке. - Взять двумя пальцами за углы по диагонали. - Имитация отрисовки ребра уже по кругу 	<p><i>Коробок от спичек Для деток-невеличек, Не спички будем зажигать, А картинки рисовать. Катать не сможем коробок, Но сможем взять за уголок. Цветы будем рисовать, Ребром плотно прижимать</i></p>

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

 <p style="text-align: center;">Зубная щетка</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Вертикально зажать зубную щетку ладонями и совершать вращательные движения. - Взять щетку в правую руку. - Растирать щетиной пальцы левой руки. - То же самое, поменяв руки. 	<p><i>Щетку мы в руках сжимали И ладошками катали. В руку щетку мы возьмем, Массаж пальчиков начнем. Теперь руку поменяем, Массаж пальцев продол- жаем. Каждый пальчик по порядку - Вот для рук у нас зарядка</i></p>
 <p style="text-align: center;">Печатки (морковь)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Погрозить пальчиком правой руки. - Погрозить пальчиком левой руки. - Имитация отпечатка на правой ладони. - Имитация отпечатка на левой ладони. - Зажав печать между ладонями – покатаь 	<p><i>Не морковку будем грызть, Не возьмем сегодня кисть, Печатью будем рисовать, Морковью оттиск создавать, Пальчики мы разомнем И рисовать сейчас начнем</i></p>
 <p style="text-align: center;">Ватные палочки</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Держать двумя пальцами за середину, поворачивать вокруг своей оси. - Нажимать концом палочки на подушечки пальцев поочередно, со сменой рук. - Зажать палочку между ладонями, поворачивать 	<p><i>Ватной палочкой играем, Дружно пальчики считаем: 1, 2, 3, 4, 5 - На пальцы будем нажимать. Пальчики и палочки - Наши выручалочки</i></p>
 <p style="text-align: center;">Зубочистки</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Легкий нажим на каждую из ладоней поочередно (либо на поверхность стола). - Вращение между ладонями 	<p><i>Продавливать рисунок сложно, Но научиться тоже можно. Зубочистки-палочки - Наши выручалочки. Ладонки наши разминают, Рисовать нам помогают</i></p>
 <p style="text-align: center;">Шарики</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Круговые вращения шариков между ладонями 	<p><i>Покатаю я в руках Бусинки, горошки, Бьть послушными учу Пальчики, ладошки</i></p>

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

 <p>Нитка</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Натянуть, взявшись двумя пальцами за концы. - Накрутить на указательный палец. - Раскрутить. - Намотать на другой палец. - Вращение ниткой на раскрытой ладонке. - Закрыть ладонь с ниткой другой ладонью 	<p><i>С нитью знакомиться мы будем. Пока на пальчик ее накрутим. Нитки о себе расскажут, что умеют, всё покажут: Иголкой шить они умеют, И рисовать даже сумеют, Два листочка им нужны, Гуашь и тушь тоже важны</i></p>
 <p>Губка</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Сжатие губки в кулак, попеременная передача из рук в руки в ритме стиха 	<p><i>Губка – значит, поролон, И капризный же он. Быстро впитывать умеет И темнеет, тяжелеет. Зато рисунок нужный, Легкий и воздушный</i></p>
 <p>Трубочка</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Держать трубочку подушечками пальцев, имитировать высасывание. - Одной рукой держать трубочку, другой – приставить к противоположному краю трубочки ладонь (из пальцев шар или круг) 	<p><i>Трубочкой коктейль мы пьем И рисунок создаем. Посмотри, посмотри – Получились пузыри. В морских глубинах жизни нет? Тогда возьмите трафарет</i></p>
 <p>Мятая бумага</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Сминать листок бумаги. - Катать шарик из бумаги. - Имитация тычкования получившимся бумажным шариком на ладони ведущей руки 	<p><i>Листок бумаги мы сминаем И в шарик дружно превращаем. Мятой бумаги комочек, На ежика похожий очень. Не дадим ему скучать, Мы им будем рисовать</i></p>
 <p>Свеча</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Растирание между ладонками свечи. - Проведение свечой по каждому пальчику и ладони ведущей рукой. - Волнообразное рисование свечи в воздухе. - Отложить свечу, ладони от себя, показать плоскость 	<p><i>Свеча для нас хороший друг, Тепло и свет дает вокруг, И, также можем мы сказать, Свеча умеет рисовать. Из воска состоит она - Не зря в рисунке нам дана. Воск след умеет оставлять, А краски будут проявлять.</i></p>

Развиваем речь

Как проводить домашние занятия по развитию речи? Для этого ничего не нужно организовывать специально. Вам не понадобятся сложные пособия и методики. Стоит лишь настроиться на ежедневную работу и внимательно посмотреть вокруг себя или даже просто перед собой. Тема и предмет для речевого развития детей – абсолютно любая вещь, любое явление природы, ваши привычные домашние дела, поступки, настроение. Неисчерпаемый материал могут предоставить детские книжки и картинки в них, игрушки и мультфильмы.

Не упускайте малейшего повода что-то обсудить с вашим ребенком. Именно обсудить.

Итак, вы смотрите перед собой и видите, например... яблоко. Прекрасно, считайте, что у вас в руках готовый методический материал для развития речи ребенка. Для начала устройте соревнование «Подбери словечко» (Яблоко какое? – Сладкое, сочное, круглое, большое, блестящее, спелое, душистое, желтое, тяжелое, вымытое, мое и т.д.).

Игра пройдет интереснее, если вы пригласите других членов своей семьи.

Яблоко можно срисовать и заштриховать цветным карандашом. Это полезно для пальчиков. А когда в руках несколько яблок, самое время их рассмотреть повнимательней и сравнить между собой. Начинается игра с союзом «а»: «Сравни два яблока» (первое яблоко желтое, А второе – красное; одно сладкое, А другое – с кислинкой; у первого коричневые семечки, А у второго – белые и т. д.).

Вот так любой предмет, любая ситуация, любое впечатление могут послужить материалом и поводом для развития детской речи.

На прогулке. В это время вы можете прививать ребенку знания и закреплять у него речевые навыки по темам «Одежда», «Обувь», «Осень», «Зима», «Весна», «Лето», «Игрушки», «Город», «Транспорт», «Птицы» – и так далее до бесконечности.

Полезно наблюдать за погодой, сезонными изменениями в природе, растениями, птицами, животными, людьми, транспортом. Всё это обязательно нужно комментировать, обсуждать, оформлять в форме беседы. Новые, незнако-

мые ребенку слова следует объяснить, повторить несколько раз, научить его понятно выговаривать их.

Полезно вслушиваться в звуки улицы: шелест листьев, шум шагов, гудение машин, голоса птиц, звуки ветра, дождя, снега, града и т. д. Это развивает слуховое внимание. Можно рассматривать сезонную одежду прохожих: это обогатит и активизирует словарь по темам «Одежда» и «Обувь».

Участие в играх и забавах с другими детьми сформирует представление об особенностях времени года, правилах отношений с друзьями, поможет развить диалогическую речь. Экспериментальные опыты, изучающие свойства снега, воды, песка, травы, росы расширят кругозор ребенка, а вместе с ним и словарь существительных, прилагательных, глаголов.

На кухне. У вас появляется возможность развивать словарь, грамматику, фразовую речь ребенка по темам «Семья», «Овощи», «Фрукты», «Посуда», «Продукты питания», «Бытовая техника» и др. Не ограничивайтесь примитивным бытовым словарем, предлагайте ребенку всё новые и новые слова. Старайтесь, чтобы он запоминал и повторял их за вами.

Называйте свойства (цвет, форму, размер, вкус) продуктов (горячий, остывший, сладкий, острый, свежий, чёрствый и т. д.). Задавайте ребёнку соответствующие вопросы («Попробуй: какой получился салат?», «Что мы еще забыли положить в суп?», «Какую морковь выберем?» и др.). Называйте свои действия («нарезаю», «перемешиваю», «солю», «обжариваю» и т. д.), показывайте ребенку, что и как вы делаете. Подводите его к тому, чтобы он повторял ваши слова. Поручите ему посильную помощь по кухне. В деятельности речевой материал усваивается значительно быстрее и естественнее.

Если ребенок совсем мал и неловок, пусть занимается рядом с вами своей игрушечной посудой и продуктами, копирует ваши слова и действия: «готовит» еду куклам и кормит их, моет посуду, вытирает со стола. И обязательно рассказывает вам о том, что он делает.

На даче. Перед вами простор для словарной и грамматической работы по темам «Весна», «Лето», «Осень», «Расте-

ния сада», «Цветы», «Деревья», «Насекомые», «Ягоды», «Весенние (летние, осенние) работы в саду» и др.

Наблюдения, впечатления, речевые навыки, полученные на даче, необычайно ценны и наглядны. Они остаются в памяти ребенка на всю жизнь. Только здесь, в естественных условиях, он усвоит значение глаголов «вскопать», «подрыхлить», «прополоть», «удобрить» и многих других. Даже если названия цветов, кустарников, овощей кажутся вам сложными для ребенка, все равно почаще называйте их вслух (нарцисс, примула, жимолость, гладиолус, патиссон и др.). На первых порах они пополнят пассивный словарь ребенка, он будет их знать. Постепенно эти слова перейдут и в активное употребление и существенно обогатят его словарный запас.

Практически на любом наглядном материале, окружающем нас, могут быть проведены такие речевые игры, как «Четвёртый лишний», «Чего не стало?», «Что поменялось местами?», «Что изменилось?», «Подбери пару», «Кому что подходит?», «Назови ласково», «Преврати в огромное», «Подбери пять признаков», «Угадай, о чем я говорю», «Скажи наоборот» и т. д.

Развивайте в себе навыки воспитателя речи, и через короткое время вы почувствуете вкус этой увлекательной работы, увидите ее плоды.

Для *развития связной речи* мы можем специально создавать средства и ситуации, стимулирующие навыки общения.

Альбомы:

- **Делайте фотоальбомы о жизни ребенка.** Это могут быть альбомы о летнем отдыхе, о домашних делах, о его комнате, о вашей семье, о домашнем любимце и т. п.

- **Альбом нужно не просто сделать и убрать – обсудите каждую фотографию с ребенком.** Пусть он расскажет, кто снят, что он делает, что было до и после этого.

- **Это должен быть настоящий, а не виртуальный альбом.** Ребенок может взять его в руки, посмотреть еще раз, показать друзьям. Хорошо, если фотографии наклеены в небольшой альбом для рисования, и рядом записан рассказ ребенка. Тогда взрослый, которому ребенок показывает свой альбом, может помочь ему при затруднениях наводя-

щими вопросами.

Рассказы ребенка:

- Чаще просите ребенка рассказать, что он видел, где бывал, что делал. Выслушивайте его рассказ до конца, помогайте при затруднениях. Пусть ребенок повторит свой рассказ другому человеку – папе, бабушке, знакомым.

Пересказы:

- Просите пересказать то, что вы прочитали ребенку вслух. Задавайте вопросы по содержанию текста.

- Если вы посмотрели с ребенком спектакль или фильм, пусть он расскажет об увиденном тому, кто с вами не был.

К сожалению, не все дети с церебральным параличом смогут выполнить вышеприведенные задания. Многим так и не станет доступна четкая членораздельная речь, на помощь в таком случае придут средства альтернативной коммуникации.

Готовимся осваивать письменную речь

Постепенно, шаг за шагом, ребенок с ДЦП определенной сложности подходит к моменту, когда он в состоянии осваивать и такую форму общения, как письменная речь.

Чтобы подготовить его руку к письму, следует как можно раньше научить ребенка ощупывать свои руки, ноги, предметы, игрушки. Нужно специально формировать все возможные движения, связанные с предметами (дотянуться до игрушки, оттолкнуть ее, взять, помахать и т. д.), даже если ребенок еще не сидит.

Формировать целенаправленные движения рук начинаем с обучения простейшим играм «Ладушки», «Сорока-белобока». В этих играх надо выполнять определенные действия: погрозить пальцем, указать пальцем на предмет и пр. Можно использовать подражательные движения: «петушок машет крыльями», «у мельницы крутятся крылья», «дровосек колет дрова», «плотник стучит молотком». Спокойно, в медленном темпе привносите каждое новое движение, показывайте рукой ребенка, как оно выполняется, затем предложите выполнить самостоятельно (при необходимости помогите и поправьте). Если ребенок недостаточно четко выполняет задание, ни в коем случае не показывайте, что огорчены, просто повторите движение несколько раз.

Иногда затруднения в движениях руки вызваны повышением тонуса в сгибательных группах мышц кисти. В таком случае работу для развития движений пальцев начинаем после расслабления руки. Плавными движениями потряхиваем руку ребенка, начиная от плеча. Дети сами могут выполнять имитационные движения: «стряхивать с кисти воду», «полоскать белье», «гладить кошку» и т. п.

Перед школой особенно важно развить у детей те движения рук, на основе которых формируются навыки учебной деятельности.

Очень важно проверить, может ли ребенок изолированно двигать правой рукой (все остальные части тела должны находиться в полном покое). Можно выполнить несколько проб: попросить его поднять руку вверх и опустить, согнуть в локтевом суставе и разогнуть, отвести в сторону и вернуть в исходное положение, повернуть кисти ладонью вверх и вниз, согнуть и разогнуть кисти, сжать пальцы в кулак и разжать и т. д.

Важно сформировать различные способы удержания предметов (в соответствии с их размером, формой, качеством). Недифференцированный захват и изменения в положении большого и указательного пальцев особенно резко мешают предметной деятельности и письму; поэтому следует прививать детям правильные способы захвата, начиная с игрушек и двигательных действий с ними.

Очень полезны для развития дифференцированного захвата игры с песком (пересыпание песка совком, помешивание, поглаживание), с кубиками, задания с использованием бумаги (газетную бумагу можно складывать и разворачивать, скатывать, скручивать, перелистывать, разрывать, мять и разглаживать). Целесообразно учить перематывать из клубка в клубок веревочку, шнур, нитки.

Для детей, которые с трудом сгибают и противопоставляют большой, указательный и средний пальцы, можно предложить следующие упражнения.

- Руки лежат на столе, вы фиксируете предплечье. Ребенок старается взять большим, указательным и средним пальцами палочку, мелок, карандаш, ручку, приподнять на 10–12 см над столом, а затем опустить.
- Перед ребенком на столе ставим открытую коробочку

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

ку со счетными палочками (спичками и другими мелкими предметами). Он должен брать палочки из коробочки и складывать их под рукой (рука лежит близко к коробочке), стараясь не сдвигать руку с места, а только разгибая и сгибая большой, указательный и средний пальцы, и так же сложить всё обратно.

- Игры с маленьким пульверизатором: легко нажимать пальцами, посылая струю воздуха на ватку, клочок бумаги, шарик, передвигая их таким образом по поверхности стола.

- Раскатывать на доске указательным и средним пальцами одновременно и по очереди комочки пластилина; раскатывать на весу комочек пластилина большим и указательным пальцами (большим и средним; большим, указательным и средним).

- Прокатывать, вращать спичку (карандаш) между большим и указательным; большим и средним; большим, указательным и средним пальцами правой руки.

- Натягиваете между указательным и средним пальцами ребенка тонкую круглую резинку, которая обычно используется для упаковки аптечных товаров. Ребенок перебирает ее указательным и средним пальцами, как струны гитары; подтягивает ее к себе, сгибая указательный и средний пальцы; захватывает ее тремя (указательным, средним и большим) пальцами.

Пригодятся и подготовительные упражнения с карандашом.

Вот одно из них. На столе лежат несколько карандашей с ребристой поверхностью. Вы садитесь справа от ребенка, показываете, как нужно правильно держать карандаш. Затем ребенок выполняет то же самостоятельно, после заданное положение пальцев воспроизводится без карандаша.

И еще одно. Ребенок берет карандаш и крепко удерживает его пальцами («Так крепко, чтобы я не мог его вытащить»), вы тянете карандаш вверх, вниз, вправо, влево, с одного и другого конца.

Начинать рисовать и писать карандашом ребенок должен только с вашей помощью и в следующей последовательности:

- проверьте, правильно ли стоит стул, удобно ли сидеть ребенку;
- научите ребенка правильно располагать на столе тетрадь или альбом для рисования;
- положите правую (пишущую) руку в позу для письма и сохраняйте ее некоторое время, изменяя положение головы, туловища (корректируйте позу и помогайте ребенку ее удерживать);
- пусть ребенок вложит левой рукой в правую (пишущую) руку какой-либо цветной карандаш, например красный. При выполнении этого задания важно следить за тем, чтобы он не напрягался, не изгибался, не отводил в сторону лицо и глаза, не сдвигал и не сгибал правую руку, не снимал ее со стола;
- пусть выполнит несколько движений правой (пишущей) рукой, принимая правильную позу для письма;
- попросите его поставить несколько точек на листе бумаги только с помощью движений пальцев, не сдвигая руки, не напрягаясь;
- пусть проведет черту сверху вниз (к себе) на то расстояние, на которое возможно сделать это без движения кисти;
- попросите его положить карандаш на стол, расслабить правую руку.

Все задания повторяются несколько раз в той же последовательности, вы меняете только карандаши по цвету или ручки с разными стержнями (зеленый, синий, желтый).

На начальных этапах рисования пусть ребенок расставляет на бумаге на различном расстоянии точки, затем проводит вертикальные, горизонтальные, косые линии. В дальнейшем предлагайте ему рисовать различные фигуры: овалы, круги, полукруги контрастных размеров. Можно рисовать «улитку»: начать с объемного витка максимального размера; не отрывая карандаша, делать все меньше и меньше витков и закончить точкой; «раскрутить улитку»: начать с точки и постепенно увеличить витки до максимального размаха.

Для развития координации движений предплечья, кисти и пальцев целесообразно предлагать детям рисовать разноцветные квадраты один в другом – от большего до точки, разноцветные круги один в другом до точки, цветки с

лепестками, флажки, дома, столы, стулья. Рисунки должны быть небольшими, так чтобы элементы их вырисовывались движениями пальцев. Полезна штриховка.

Все эти упражнения являются подготовительными к овладению графикой письма.

Осваиваем средства альтернативной коммуникации

Ребенок, не способный к эффективному речевому общению, не может выразить свои мысли и желания словами. Когда взрослые не понимают его потребностей, нередко начинается истерика. В таком состоянии, не добившись нужной реакции от окружающих, ребенок может ломать и портить все вокруг, причинять боль себе и окружающим. Как помочь ему?

В нашем привычном представлении обмен информацией происходит при помощи слов. Но коммуникация — это не только слова. Есть много иных средств, которые облегчают взаимопонимание. Когда процесс коммуникации затруднен, люди прибегают к жестикуляции, письменной речи и символическим изображениям (картинкам, фотографиям, рисункам, значкам).

Для начала стоит отработать систему обратной связи с ребенком в форме упражнений «Да – Нет». К примеру, заниматься с ребенком трех-четырёх лет, который не говорит и плохо владеет руками, можно, показывая ему картинки. Такие занятия ему и полезны, и приятны. Скажем, вы показываете ребенку картинку с изображением улицы, описываете ее, а затем, указывая то на один персонаж, то на другой, спрашиваете: «Это полицейский?» или «Это мороженщик?». Когда ребенок услышит правильный ответ, он должен знаком показать «да».

Умение показывать «да» и «нет» очень важно. Показать «да» можно наклоном головы или взглядом на собеседника, «нет» – взглядом в сторону или гримасой. С помощью знаков ребенок может, невзирая на тяжелые речевые и двигательные нарушения, выражать свои мысли и желания.

Хорошая альтернатива устной речи – язык жестов (им пользуются глухие и глухонемые), где каждый жест обозначает слово. Однако тут есть серьезная сложность: «собеседник» тоже должен знать язык жестов, но друзья

и родственники ребенка часто не могут или не хотят ему учиться.

В таком случае можно использовать графические способы, когда ребенок показывает на картинки или какие-то символы. Разработано множество графических систем. Одни основаны на простых рисунках или фотографиях, другие представляют собой системы символов, например система блис-символов (Blissymbols), с помощью которых можно сообщить любую информацию; возможности ограничены только набором символов.

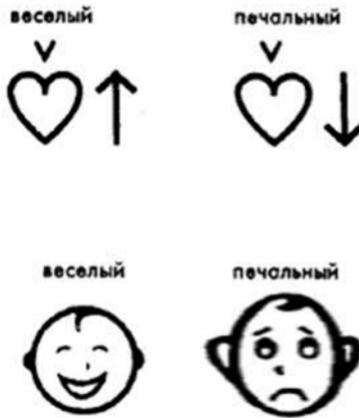


Рис. 206

Многие пользуются и жестами, и символами, что позволяет им с легкостью общаться в любой ситуации.

Самый лучший способ сделать коммуникацию более эффективной – это «самозакрепление». Если ребенок обнаружит, что, указав на символ, он может выбрать игрушку, то он, естественно, захочет тем же способом выразить и другие свои желания.

Если возраст развития превышает пять лет, ребенка можно учить грамоте. Если ребенок не может говорить и у него плохой контроль за движениями рук, он сможет печатать слова с помощью компьютера. Компьютеры для людей с физическими нарушениями очень разнообразны, во многих странах они уже есть. Они снабжены широкими удобными клавиатурами, ими можно управлять с помощью ног

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

или голоса; есть даже такие, которые подчиняются движениям глаз. Сообщения выводятся на экран или бумагу либо передаются через синтезатор голоса.

Многие родители опасаются, что дополнительные способы коммуникации отобьют у детей желание говорить, однако на самом деле их эффект противоположен.

Сегодня одним из распространенных методов альтернативной коммуникации является Коммуникационная система обмена изображениями, или PECS. Это модифицированная программа прикладного поведенческого анализа (АВА) по раннему обучению невербальной символической коммуникации. Данная программа не учит устной речи напрямую, однако такое обучение способствует развитию речи – некоторые дети после начала программы PECS начинают использовать спонтанную речь.

Обучение системе PECS происходит в естественной для ребенка среде, в классе или дома, во время его типичных занятий в течение дня. Обучение ребенка такой коммуникации происходит с использованием положительной поведенческой поддержки, которую называют «подход пирамиды». Программа начинается с обучения втроем – ребенок, который будет передавать сообщение; человек, которому оно адресовано (например, мама или учитель), и взрослый помощник, помогающий человеку в выполнении целевой реакции.

Фаза I программы. Помощник показывает или демонстрирует предмет или еду, которую предпочитает ребенок. Когда тот начинает тянуться к желанному объекту, помощник помогает ему взять изображение желаемого предмета или еды. С помощью физических подсказок он помогает ребенку отдать изображение другому человеку, который в этот момент находится в непосредственной близости от них. Физическая близость позволяет легко провести обмен. Мама, которая получает сообщение (картинку), ничего не говорит, пока ей не протянут изображение. После нужного действия она произносит что-то вроде: «О, ты хочешь кренделек» (если он изображен на картинке) и дает то, о чем ее попросили. Во время первой фазы просьбы включают несколько разных предметов, при этом люди,

получающие сообщение, помощники и окружающая обстановка тоже должны меняться. Цель этой фазы — добиться примерно 80 обменов в течение дня.

Фаза II. Обмен продолжается, при этом предпринимаются попытки повысить самостоятельность ученика. Помощник по-прежнему присутствует для поддержки обмена. Ученик начинает самостоятельно снимать изображение со страницы для обмена изображениями. От него требуется больше физических движений, чем во время первой фазы. Предпочтительно, чтобы ребенок или взрослый, использующий PECS, привык всегда носить книжку с изображениями с собой и нести за это ответственность.

Фаза III. Во время третьей фазы ребенок начинает сам выбирать нужное изображение из множества картинок, относящихся к разным сферам. На этой фазе применяются стратегии коррекции при ошибочных ответах.

Фаза IV. Во время четвертой фазы он помещает изображение предмета на полоску для предложения, где написана фраза «Я хочу», после чего отдает полоску с предложением взрослому.

Фаза V. Во время пятой фазы ребенок начинает отвечать на вопрос «Что ты хочешь?» с помощью полоски с предложением. До пятой фазы ему не задают вопросы, потому что только к этому моменту поведение по обмену изображениями становится автоматическим. Если адресат сообщения начнет слишком рано задавать вопросы или использовать указательный жест, нежелательные подсказки помешают целевому поведению.

Фаза VI. Ребенок начинает отвечать не только на вопрос «Что ты хочешь?», но и на «Что ты видишь?» и «Что у тебя есть?» Последние фазы должны познакомить начинающего пользователя коммуникации с комментированием, в то время как первые фазы имели дело только с просьбами.



Рис. 207

Современные технические средства коммуникации

Для неговорящих детей существуют также технические и вспомогательные средства коммуникации (рис. 208-212).



Рис. 208

Говорящий фотоальбом. Речевое устройство в виде разговаривающего фотоальбома предназначено для озвучивания изображений на стандартных фотографиях или картинках размером 10x15. Фотоальбом включает 24 страницы, каждая из которых может содержать записанный текст до 10 секунд. Необходимо вставить фотографию или картинку/карточку с текстом в отделения фотоальбома и записать соответствующий текст. Пользователь активирует текстовое сообщение через нажатие кнопки воспроизведения.



Рис. 209

GoTalk Pocket (Гоу Ток Покет). Очень легкий и компактный гаджет, легко помещается в руке или в кармане. Шесть окошек для сообщений и пять уровней записи предоставляют много возможностей для пользователя.

Используется для коммуникации, передачи личных сообщений, речевой практики и артикуляции, инструктирования, работы в группах. Очень легок в использовании и имеет великолепное качество звука. Общее время записи 5 минут. Прилагаются 3 AAA батарейки, руководство пользователя.

Для подготовки изображений и формирования карточек рекомендуется использовать специальное программное обеспечение GoTalk Overlay (Гоу Ток Оверлей).

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП



Рис. 210

GoTalk 4+ (Гоу Ток 4+) вмещает 20 сообщений, а также два «основных» сообщения, которые остаются неизменными на каждом уровне. Прекрасный звук, легкая запись сообщений, быстрая функция удаления сообщения, встроенный отсек для хранения вкладышей, блокировка записи, блокировка смены уровней. Используется для коммуникации, передачи личных сообщений, речевой практики и артикуляции, инструктирования, работы в группах.

Общее время записи 4,5 минуты. Прилагаются 2 AA батарейки, руководство пользователя.

Для подготовки изображений и формирования карточек рекомендуется использовать специальное программное обеспечение GoTalk Overlay (Гоу Ток Оверлей).



Рис. 211

GoTalk 9+ (Гоу Ток 9+) вмещает 45 сообщений, а также три «основных» сообщения, которые остаются неизменными на каждом уровне.

Прекрасный звук, легкая запись сообщений, быстрая функция удаления сообщения, встроенный отсек для хранения вкладышей, блокировка записи, блокировка смены уровней. Используется для коммуникации, передачи личных сообщений, речевой практики и артикуляции, инструктирования, работы в группах.

Общее время записи 9 минут. Прилагаются 2 AA батарейки, руководство пользователя.

Для подготовки изображений и формирования карточек рекомендуется использовать специальное программное обеспечение GoTalk Overlay (Гоу Ток Оверлей).



Рис. 212

Для того чтобы изучить язык, пополнить словарный запас и научиться общаться без помощи посторонних – нужно много времени и несколько ступеней обучения.

Tobii Dynavox Snap + Core First увеличивает словарную базу по мере обучения. Программа проста и понятна в использовании и основана на символической коммуникации. Наборы страниц в ПО Snap + Core First включают широкий выбор готовых кнопок с символами, возможность озвучивать описание кнопок, а также набранный текст с помощью записанного голоса или русскоязычного синтезированного голоса. Созданные страницы можно хранить в облаке, поэтому не стоит волноваться, что они потеряются

ПО Snap + Core First создано на основе многолетних исследований компании Tobii Dynavox в области альтернативной коммуникации.

Программа сочетает в себе лучшие наработки предыдущих программ и фокусируется на символической коммуникации.

Программа доступна для планшетов на Windows и iOS.

О РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Исследования показали, что дети, которые используют дополнительные способы коммуникации, чувствуют себя увереннее и более успешны в учебе, чем те, у кого нет возможности выражать свои мысли и желания.

О ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Психические особенности детей с ДЦП

Поскольку детский церебральный паралич представляет собой заболевание, связанное с поражением мозга, интеллектуальные, психические и речевые возможности детей, а также перспективы их развития напрямую зависят от зоны поражения.

При спастической диплегии дети плохо ориентируются в пространстве, путают верх-низ и право-лево, не усваивают «схему тела», с трудом рисуют и овладевают письмом и счетом. Для них характерны замедленность темпов мышления, трудности в планировании и временных представлениях, при этом сохраняется способность к абстракции, обобщению и вербальному мышлению. Ребенок, страдающий спастической диплегией, может научиться обслуживать себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. В своей социальной адаптации он может достигать уровня здоровых людей при сохранном интеллекте и достаточном развитии манипулятивной функции руки.

При гемипаретической форме ДЦП нарушения развития ребенка зависят от локализации поражения. При поражении левого полушария мозга часто наблюдаются легкие расстройства речи, снижение уровня вербального мышления, зеркальные рисунок и письмо. При поражении правого полушария преобладают нарушения восприятия лица и знакомой местности, слабая ориентировка в направлениях, игнорирование левой половины листа при рисовании. Возможны агрессивность, инертность, эмоциональная уплощенность.

При гиперкинетической форме ДЦП у детей наблюдается относительная сохранность наглядно-образного мышления, пространственных функций. Дети могут конструировать, рисовать, несмотря на гиперкинезы. Однако речевые и слуховые расстройства, недостаточность развития вербального мышления, нарушение связей между кратковременной зрительной и слуховой памятью вызывают определенные трудности при обучении и социализации ребенка. При своевременной диагностике и коррекции нарушений слуха – прогноз благоприятный.

При атонически-астатической форме ДЦП характерны интеллектуальные нарушения различной тяжести. Степень снижения интеллекта зависит от основной локализации поражения мозга. При поражении только мозжечка дети малоинициативны, у многих проявляется страх падения, задержано формирование навыков чтения и письма. Если поражение мозжечка сочетается с поражением лобных отделов мозга, у детей отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, некритичность к своему дефекту, расторможенность, агрессивность. Возможна интеллектуальная недостаточность.

У детей с двойной гемиплегией отмечаются грубые нарушения речи (речь полностью отсутствует, либо ребенок произносит только отдельные звуки, слоги, слова). Отсутствие мотивации к деятельности и познанию, сопутствующая симптоматическая эпилепсия затрудняют интеллектуальное развитие. Тяжелый двигательный дефект рук, затрудненность самостоятельного передвижения значительно осложняют у таких детей способность к самообслуживанию и простой трудовой деятельности.

Наряду с нарушениями, вызванными органическими поражениями, у детей, страдающих церебральным параличом, могут проявляться вторичные нарушения развития, вызванные особенностями социального окружения, вынужденной изоляцией, ограниченным запасом знаний об окружающем мире и зависимостью от помощи других людей.

К вторичным факторам, оказывающим травмирующее действие на психику ребенка, относятся:

- переживание недоброжелательного отношения свер-

стников, чрезмерного внимания окружающих;

- явления госпитализма, т. к. дети часто и подолгу находятся в больницах и санаториях;

- разлука с матерью или неполная семья (отцы в 25% случаев оставляют семьи);

- психический травматизм в связи с лечебными процедурами (операциями) из-за несоответствия надежды ребенка на быстрое излечение и необходимости длительной реабилитации;

- затруднения в процессе обучения из-за параличей, гиперкинезов, пространственных нарушений;

- сенсорная депривация (частичное или полное прекращение внешнего воздействия на какой-то из органов чувств) при часто сопутствующих нарушениях зрения, слуха;

- неправильное воспитание по типу гиперопеки, которое приводит к формированию эгоцентричности, избалованности, застенчивости, эмоциональной незрелости.

У детей с ДЦП в возрасте первых трех лет формируются те же мотивы и формы общения, что и у здоровых детей. Однако из-за речевых и двигательных нарушений они оказываются в социальной изоляции, а это, в свою очередь, провоцирует отклонения в формировании личности ребенка.

Нарушения в формировании личности при церебральном параличе связаны с действием многих факторов (биологических, психологических, социальных). Двигательные ограничения существенно влияют на социальную позицию ребенка, подростка, на его отношение к окружающему миру. У детей с ДЦП отмечаются пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и общением, стремление к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является неправильное, излишне опекающее воспитание такого ребенка.

Достаточное интеллектуальное развитие у этих детей часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в том, что их суждения наивны, они слабо ориентируются в бытовых и житейских вопросах. У них легко формируются иждивенческие установки, неспособность и

нежелание к самостоятельной практической деятельности. Им свойственны, с одной стороны, робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы, с другой – повышенная чувствительность, обидчивость, впечатлительность, замкнутость. В раннем подростковом возрасте возникает комплекс неполноценности, в дальнейшем грозящий суицидальными рисками.

При нарушенном интеллекте низок познавательный интерес, недостаточна критичность. В этих случаях менее выражено чувство «неполноценности», но отмечаются безразличие, слабость волевых усилий и мотивации.

Чтобы избежать подобных негативных сценариев развития, коррекционно-педагогические и развивающие занятия с вашим ребенком нужно начинать как можно раньше.

Направленность этих занятий зависит от формы ДЦП и структуры интеллектуального дефекта.

Так, при спастической диплегии основное внимание следует уделить развитию зрительно-моторной координации, ориентации в пространстве; обучению функции счета; развитию навыков самообслуживания (одевание, гигиена и пр.).

При гемипаретической форме ваши усилия должны быть направлены на коррекцию зеркального письма; коррекцию речевой недостаточности (произношение, расширение словарного запаса, развитие повествовательной речи, фонематического слуха, звукового анализа слова); на развитие манипулятивной деятельности пораженной конечности; коррекцию внимания к левой (правой) части предметов и изображений, попадающих в поле зрения.

При гиперкинетической форме важно уделять внимание своевременной коррекции нарушений слуха, развитию речи, развитию вербального мышления.

Коррекционная работа должна строиться как с учетом возраста, так и с учетом того, на каком этапе психоречевого развития находится ваш ребенок.

Основные направления коррекционно-педагогической работы **в младенческом возрасте:**

– развитие эмоционального общения со взрослым (стимуляция «комплекса оживления», стремления продлить эмоциональный контакт со взрослым, включения ребенка

в практическое сотрудничество со взрослым);

– нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата (уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата – спастического пареза, гиперкинезов, атаксии, тонических нарушений типа ригидности); развитие подвижности органов артикуляции;

– стимуляция голосовых реакций, звуковой и речевой активности (недифференцированной голосовой активности, гуления, лепета и лепетных слов);

– коррекция кормления (сосания, глотания, жевания); стимуляция рефлексов орального автоматизма (в первые месяцы жизни – до 3 месяцев), подавление оральных автоматизмов (после 3 месяцев);

– развитие сенсорных процессов (зрительного сосредоточения и плавного прослеживания; слухового сосредоточения, локализации звука в пространстве, восприятия различно интонируемого голоса взрослого; двигательных-кинестетических ощущений и пальцевого осязания);

– развитие речевого дыхания и голоса (вокализация выдоха, увеличение объема, длительности и силы выдоха, выработка ритмичности дыхания и движений ребенка);

– формирование движений руки и действий с предметами (нормализация положения кисти и пальцев рук, необходимых для формирования зрительно-моторной координации; развитие хватательной функции рук; развитие манипулятивной функции); неспецифических и специфических манипуляций; дифференцированных движений пальцев рук;

– формирование подготовительных этапов понимания речи.

Основные направления коррекционно-педагогической работы **в раннем возрасте:**

– формирование предметной деятельности (использование предметов по их функциональному назначению), способности произвольно включаться в деятельность; формирование наглядно-действенного мышления, произвольного, устойчивого внимания;

– формирование речевого и предметно-практического общения с окружающими (развитие понимания обращенной речи, активизация собственной речевой активности);

– формирование всех форм неречевой коммуникации –

О ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

мимики, жеста и интонации; развитие знаний и представлений об окружающем (с обобщающей функцией слова);

- стимуляция сенсорной активности (зрительного, слухового, кинестетического восприятия);
- формирование функциональных возможностей кистей и пальцев рук; развитие зрительно-моторной координации;
- развитие навыков опрятности и самообслуживания.

Основные направления коррекционно-педагогической работы **в дошкольном возрасте:**

- развитие игровой деятельности;
- развитие речевого общения с окружающими (со сверстниками и взрослыми), увеличение пассивного и активного словарного запаса, формирование связной речи, развитие и коррекция нарушений лексического, грамматического и фонетического строя речи;
- расширение запаса знаний и представлений об окружающем;
- развитие сенсорных функций, формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений, развитие кинестетического восприятия и стереогноза (способности восприятия, узнавания предметов на ощупь);
- развитие внимания, памяти, мышления (наглядно-образного и элементов абстрактно-логического);
- формирование математических представлений;
- развитие ручной умелости и подготовка руки к овладению письмом;
- воспитание навыков самообслуживания и гигиены;
- подготовка к школе.

Основные задачи коррекционно-педагогической работы **в школьном возрасте:**

- последовательное развитие познавательной деятельности и коррекция ее нарушений,
- коррекция высших психических функций, воспитание устойчивых форм поведения и деятельности, профилактика личностных нарушений,
- профессиональная ориентация.

Мы предлагаем вам ряд практических рекомендаций по проведению основных коррекционно-развивающих заня-

тий в домашних условиях.

Игра как важный компонент психической абилитации

Как играть с ребенком

Игра – важный компонент абилитации ребенка, особенно в первые годы его жизни. В игре он познает себя и окружающий мир с его сложными взаимоотношениями, приобретает опыт, учится на своих ошибках. У него формируются понятия размера, массы, формы, пространства, приятного и неприятного и т. д. Для ребенка с ДЦП игра имеет еще большее значение, чем для ребенка здорового, поскольку ее можно использовать как средство для тренировок двигательных, речевых и психических навыков.

Увлеченность игрой, положительный эмоциональный фон помогают ребенку расслабиться, способствуют уменьшению гиперкинезов, содружественных реакций. Иногда в игре значительно быстрее, чем при целенаправленной тренировке, вырабатываются и закрепляются двигательные стереотипы. Во время игры ребенок двигается, подражает, т. е. создаются условия для его всестороннего развития.

Уход за ребенком тоже может стать частью игры: обнимание и раскачивание следует сопровождать стихами и песенками.

Основные принципы игры для детей с ДЦП такие же, как для здоровых. Однако вы должны проговаривать все производимые действия, настойчиво вырабатывать ассоциации между действием и словом, стремиться к определенному результату и чувству удовлетворения. Имитация в игре разнообразных жизненных ситуаций важна для дальнейшей социальной адаптации ребенка.

Во время игры дети могут испытывать трудности, связанные с нарушениями мышечного тонуса, координации движений, с дефектами речи. Такой ребенок нуждается в постоянной помощи и руководстве взрослых. Для игры выбирают оптимальную позу, при которой облегчены разнообразные движения рук.

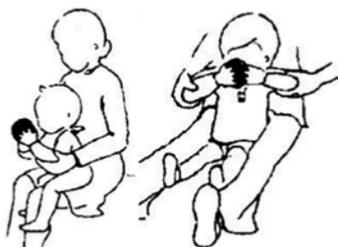


Рис. 213

Рис. 214

Когда ребенок сидит, поддерживайте его как можно меньше, позволяя при этом играть руками



Рис. 215

Поместите игрушки сбоку от ребенка, чтобы стимулировать повороты головы, наклоны и развороты туловища



Рис. 216

Поощряете опору на стопы, чтобы подготовить ребенка к вставанию



Рис. 217

Ребенок будет увереннее сидеть в надувном круге. Посадите ребенка в большой круг или коробку, чтобы игрушки не укатывались

О ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Ребенок с ДЦП не должен оставаться более 20 минут в одной и той же позе. Следите, чтобы малыш не сидел в течение длительного времени с опущенной вниз головой, согнутыми спиной и ногами. Это приводит к стойкой неправильной позе, провоцирует развитие тугоподвижности в коленных и тазобедренных суставах. Сажайте его на стул так, чтобы ноги были выпрямлены, в течение дня несколько раз укладывайте его на живот.

У многих детей с ДЦП отмечается напряженность (спастичность) приводящих мышц бедер. Чтобы избежать укорочения этих мышц и развития контрактур, сажайте ребенка в течение дня в положение портного, с маленьким песочным мячиком на каждом колене.

Для игры и занятий следует выделить дома специальный уголок. Там должны быть специально оборудованный стул и стол, ходилки, поручни, следовая дорожка, качалка, гимнастическая стенка, лесенка малых размеров, спортивный инвентарь (мячи разных размеров, гимнастическая палка, обручи, бруски, гантели), наборы игрового и дидактического материала с предметами разной формы, величины, веса и объема для развития предметных действий.



Рис. 218 Различные игры и положение тела

О ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Запомните несколько правил, которые необходимо соблюдать при играх с малышом, страдающим церебральным параличом:

- следите, чтобы у ребенка были устойчивое положение тела и надежная опора, чтобы он мог, насколько возможно, зафиксировать положение рук и кистей;
- подбирайте игрушки, которые соответствуют уровню интеллектуального и физического развития ребенка; размер игрушки должен позволять малышу удерживать ее;
- учитывайте предпочтения ребенка – выбирайте игрушки, которые нравятся и интересны именно ему;
- учитывайте, насколько малыш усидчив и способен удерживать внимание;
- позволяйте ребенку самому исследовать, самому выбирать темп и инициировать игру, вмешивайтесь и помогайте только при необходимости;
- давайте простые указания, используйте короткие предложения.

Играя с малышом, помните, что главное – его интерес и любознательность, его стремление разрешить задачи, которые игрушки ставят перед ним, а отнюдь не успешность выполнения задачи.

Правильно подобранные игрушки, задания, упражнения способствуют развитию сенсорных, коммуникативных, личностно-эмоциональных сфер ребенка. Мы предлагаем несколько вам игр и упражнений, направленных на развитие и коррекцию ребенка, пораженного ДЦП.

Развиваем зрительное восприятие

Зрительное восприятие у ребенка с церебральным параличом может быть нарушено за счет ограниченного движения глаз, нарушений фиксации взора, снижения остроты зрения и т. п.; поэтому ему трудно отыскивать взглядом предмет, рассматривать его и проследить его перемещение.

Подвешивайте над детской кроваткой:

- предметы, которые блестят (кружки из фольги, браслеты, завернутые в цветной целлофан или в фольгу, ленты оберточной бумаги, новогодние елочные украшения);
- предметы, которые звучат (колокольчики на цветных

ленточках, разноцветные бусы);

– предметы, которые отражают свет (маленькие пластмассовые зеркальца, яркие крышки от банок, цветные новогодние шары).

Игрушки должны лежать или висеть на уровне глаз ребенка и на достаточном расстоянии от него. На этой стадии развития зрительного восприятия важен цвет, поэтому выбирайте игрушки основных цветов, а не пастельных оттенков. Больше всего подходят простые игрушки, которые легко держать и перемещать, – когда малыш приобретет необходимые навыки, он сможет играть ими сам:

– игрушки, которые стимулируют зрение и заставляют ребенка искать источник звука, отражают свет, щелкают, гремят или наигрывают мелодию (музыкальные подвесные игрушки, «центры активности», детское пианино);

– игрушки, которые заставляют ребенка следить за движущимся объектом (наклонная плоскость с шариками или машинками, любыедвигающиеся игрушки);

– игрушки, дающие ребенку зрительные и тактильные ощущения, то есть те, которые он может держать, ощупывать и рассматривать (мягкие мячики, кольца, гантели);

– игрушки «с сюрпризом», которые вызывают живой интерес, благодаря элементу неожиданности (ребенок поворачивает голову мишке, а у того поднимаются лапки; приседающий человечек; клоун, который поднимает и опускает руки, когда ему нажимают на помпон).

Другой простой способ заинтересовать ребенка с тяжелой формой церебрального паралича – подбрасывать воздушные шары или пускать мыльные пузыри. Сначала он будет только смотреть на них и тянуться к ним, а позже постарается поймать и удержать.

Позже движения глаз можно выполнять по словесной инструкции: например, попросите ребенка найти глазами в комнате окно, дверь, машину, куклу. Для развития движений глаз при прослеживании используется игра «Лабиринт», где нужно проследить извилистый путь зайца, лисенка, медвежонка к своему домику. У детей старшего возраста с этой целью используются игры с фишками, с попаданием в цель, игра в настольный теннис.

Ребенка нужно обязательно учить различать цвета.

О ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Он должен не только механически усвоить их названия, но и на основе восприятия цвета научиться производить умственные операции – подобрать предметы, одинаковые по цвету, распределить их по этому признаку. Можно подготовить для ребенка разноцветные карточки и попросить найти в квартире предметы того же цвета, что и на карточке.

Включайте упражнения на узнавание геометрических фигур.

Как только ребенок поймет, что предметы имеют форму (они круглые, квадратные, треугольные, продолговатые), начинайте вместе собирать коллекцию разных по форме предметов, находите изображение этих форм на картинках и вырезайте. Пусть ребенок обводит вырезанные картинки карандашом, а позже копирует их или рисует самостоятельно. Таким образом, он не просто узнает названия предметов, но и выяснит их назначение, поймет, почему у них именно такая форма, познакомится с цветом, увидит, что вы можете делать с этими предметами.

Когда малыш научится различать формы, посвящайте каждое занятие освоению одной из них. В картонных коробках сделайте отверстия разных форм: в одной коробке – круглое, в другой – квадратное и т. д. Пусть сначала ребенок освоит круг, потом квадрат. Затем возьмите коробку с двумя отверстиями – круглым и квадратным, – чтобы он выбирал нужное.

Замечательная игрушка – прозрачный «почтовый ящик», который можно сделать из прозрачной прямоугольной коробки с крышкой. Ребенок с удовольствием будет опускать в него карточки и наблюдать, как они падают. Коробку можно разделить картонными перегородками на три или четыре отделения, чтобы малыш мог в каждое складывать предметы определенной формы: например, горох, фасоль, макароны или пуговицы разного размера. Проверьте, сможет ли он назвать или показать форму предметов в каждой секции. Уберите перегородки и перемешайте содержимое коробки, затем попросите малыша выбрать предметы той или иной формы.

Ребенка следует учить различать также высоту предметов (высокий, низкий), длину (длинный, короткий), объем. Эти

понятия усваиваются им в быту, в игровой и конструктивной деятельности.

Развиваем дифференцированное слуховое восприятие и фонематический слух

У детей с церебральным параличом могут быть различные нарушения слуха. Слушание песен, рассказов, сказок, музыки способствует развитию дифференцированно-го слухового восприятия.

Можно, конечно, включать ему радио, телевизор, музыкальные файлы из вашей коллекции, но гораздо больше пользы принесет «живая» музыка – песенки и простые мелодии, которые вы сами внесете в совместные игры и тем обогатите общение с младенцем. Можно сочинить свою собственную «специальную» песенку, просто придумать куплет из коротких строк и простой мотив, либо положить свои слова на известную мелодию. Можно сочинить песенки для разных случаев, например, «купальную» или «походную», так песня может стать для малыша ориентиром, который подскажет ему предстоящие события. Ребенок со зрительными нарушениями всегда сможет определить, где вы находитесь, если, занимаясь делами, вы мурлычете песенку.

В упражнениях на слуховое внимание можно использовать различные звучащие игрушки, музыкальные инструменты. Использование музыкальных инструментов воспитывает у ребенка ощущение ритма и длительности звуков, тембра и контраста человеческих голосов.

Насыпьте в банку, ящик шкафа или пластиковую коробку фасоль, макароны или шарики. Пусть ребенок играет ими и пересыпает их. Ему будет весело и приятно перебирать эту мелочь и слушать звуки, которые при этом получаются. Дайте малышу барабан, и даже если он не услышит звука, он почувствует вибрацию и будет получать удовольствие от игры с ритмом. Барабан можно заменить миской и ложкой.

На занятиях по развитию фонематического слуха даются определенные упражнения на различение слов на слух. Можно предложить ребенку задание придумать слова на определенный звук в начале или в конце слова. Можно провести игры-упражнения с картинками. Вы называете

слова, сходные по звучанию: коза – коса, миска – мишка и т. п., а ребенок показывает соответствующие картинки. Более подробную информацию об упражнениях на развитие слухового и фонематического восприятия можно получить у логопеда.

Развиваем тактильную чувствительность

У многих детей с церебральным параличом может быть нарушена тактильная чувствительность. Ощущения от касания кончиками пальцев какого-либо предмета у таких детей нечеткие. Недостаточность тактильного восприятия может значительно затруднять усвоение навыков письма. Поэтому необходимы специальные игры-упражнения на тренировку тактильных ощущений. Для начала дайте ему изучить самые обычные предметы в доме, которые он сможет при желании взять сам. Например, вложите в руки малышу яблоко, апельсин или банан в кожуре, помогите ему держать фрукт, ощупывать его поверхность, знакомиться с его формой, назовите фрукт и его свойства, которые малыш чувствует руками.

Можно сделать самодельную сенсорную доску, прикрепив к общему основанию кусочки бархата, шелка, льна, древесины, наждачной бумаги и т. п. Пусть ребенок почувствует отличие этих материалов друг от друга.

Используйте в качестве доступного домашнего тренажера возможности песка, круп, макаронных изделий.

Для развития стереогноза поиграйте в «волшебный мешок». В мешочек из плотной ткани поместите различные известные ребенку предметы, и пусть он узнает их на ощупь.

Формируем пространственные представления

Развитие пространственных представлений составляет важный раздел подготовки детей с церебральным параличом к школе. Формирование пространственных представлений должно проходить поэтапно. На первом этапе работы у ребенка последовательно формируют пространственную дифференциацию самого себя, представление о схеме тела, перемещении его в пространстве. На втором этапе формируют пространственные представления в игровой, предметно-практической и конструктивной дея-

тельности.

Для развития у ребенка представлений о схеме тела могут быть использованы, например, такие упражнения.

Ребенка сажают лицом к зеркалу и говорят: «Посмотри, потрогай глаза, нос, лоб... Потрогай стопу, колено...». Затем действие переносят на себя: «Покажи, где у меня глаза, нос, лоб, плечи, уши». Так же формируется представление о правой и левой руке. При тяжелой двигательной патологии упражнения проводятся с вашей помощью (вы рукой ребенка дотрагиваетесь до его носа, глаз, ног и т. д.). Затем все эти упражнения ребенок выполняет с закрытыми глазами, называя ту часть тела, которую трогает или показывает. На следующем этапе эти упражнения проводятся на кукле, потом на картине, по рисунку. Ребенок сидит лицом к зеркалу, обводит пальцем контур лица, глаз, носа, затем пальцем обводит контур изображения лица на кукле, картинке. Постепенно он обучается рисованию изображения на доске, на бумаге и т. д.; при этом всегда просите его называть то, что он рисует.

Для детей, владеющих навыками ходьбы, проводят специальные упражнения по перемещению в пространстве. На полу рисуют белые линии справа налево, спереди назад, и ребенок передвигается в указанных направлениях. Затем в той же последовательности эти линии рисуют на доске, и ребенок пальцем, затем мелом ведет по этим линиям.

Развиваем представления об окружающем мире

Если ребенок с церебральным параличом предоставлен сам себе, он не может приобрести необходимые сведения или у него сложатся неправильные представления об окружающем.

Первое знакомство с предметами и явлениями должно по возможности происходить в естественной жизненной обстановке, а не по картинкам или игрушкам. Познакомьте ребенка с обстановкой в квартире, покажите ему, как моют посуду, стирают и гладят белье, готовят обед, накрывают на стол, убирают помещение. Много интересного можно показать ребенку из окна комнаты: улицу, движение транспорта, сад, животных и т. п.

Самые четкие представления складываются у ребенка

тогда, когда он может действовать с теми предметами, с которыми его знакомили; поэтому всячески стимулируйте его активные действия. Пусть при готовке обеда он подает вам ложки, соль, луковицу. Вы можете попросить его принести вам 3 картошки (развивая навык счета) и попутно обсудить, чем форма и цвет картофеля отличается от формы и цвета апельсина.

Если вы стираете белье, а ребенок наблюдает, можно дать ему маленький тазик и все необходимое для стирки. Пусть он подражает вашим действиям. Так же дается представление о глажении белья, о приготовлении обеда и т. д.

Очень полезны специальные занятия с использованием картинок. Для ребенка с церебральным параличом важно, чтобы картина была четкой, достаточно крупной и располагалась в поле его зрения. Содержание картинок должно отражать тот круг предметов и явлений, с которыми ребенок знакомит в его практической жизни. На основе работы с картинками у него формируют простые умственные действия, начальные обобщающие понятия.

Неоценимый источник знаний и представлений об окружающем мире – прогулки. Комментируйте по дороге всё, что вы видите (цветы, деревья, собак, автомобили и автобусы, одежду встречающих людей, товары в витринах магазина), объясняя их особенности, значение и роль в жизни человека. Придумайте игры, связанные со встреченными вами объектами (можно посчитать, сколько проехало желтых автобусов или красных автомобилей). Загадайте загадку про троллейбус или про шубу на прохожем. В магазине, выбирая товары, можно обсудить, из каких стран был привезен тот или иной продукт и почему он не растет в нашем климате. Просто посмотрите на окружающий мир, будто вы его видите впервые, и вы сможете стать для вашего малыша проводником по интересной и загадочной реальности.

Ребенок должен уметь не только наблюдать, но и дифференцировать и обобщать предметы и явления окружающего мира. Для развития у него мышления используйте различные дидактические игры в соответствии с его возможностями. Правильно подобрать ребенку игры в соответствии с уровнем его психофизического развития помогут учитель-дефектолог, психолог.

Формируем элементарные математические представления

Ребенку надо помочь получить количественные, пространственные и временные представления, навыки сравнения предметов по форме, величине и протяженности. Научите его изучать и сравнивать предметы и группы предметов по какому-то одному из признаков, устанавливать общее и различное.

Прежде чем овладеть основными понятиями о числе и арифметическими действиями с числами, ребенок должен усвоить элементарные представления о величине: большой – маленький, больше – меньше, короткий – длинный, короче – длиннее, шире – уже, ниже – выше и т. д.

Формировать такие знания можно и нужно не только в ходе ежедневных специальных занятий, но и во время прогулок. Например, на прогулке обращайте внимание детей на то, что улицы бывают узкие и широкие, дома – большие и маленькие, высокие и низкие и т. п. Развитию и закреплению элементарных математических понятий способствуют занятия по ручному труду, рисованию, лепке.

Учить ребенка новому – значит, не делать за него то, с чем он может справиться сам, но и не ставить перед ним невыполнимых задач. Это важная тонкость.

Как поддерживать у ребенка интерес к обучению?

Интересное задание. Некоторые маленькие дети с тяжелыми нарушениями не проявляют особого любопытства и стремления к обучению. Их интерес нужно стимулировать. Для этого подходят крупные яркие игрушки и картинки. Давайте ребенку что-нибудь новое или то, что он уже успел забыть, и вы будете постоянно поддерживать в нем любопытство и интерес.

Короткие занятия. Каждый день проводите по два коротких, но довольно интенсивных занятия – скажем, по 10–15 минут. Достаточно короткие «уроки», чередующиеся с отдыхом, принесут лучший результат, чем четыре часа непрерывных занятий. Так ребенок может лучше сконцентрироваться и достичь большего.

Конкретная цель. И родителям, и ребенку полезно настроиться на конкретную цель – так успехи будут замет-

нее, а полная или почти полная победа принесет вам удовлетворение. Задачи могут быть и простыми, и сложными: построить башню из кубиков, сложить предметы в коробку или достать их, найти предмет заданной формы или карточку определенного цвета, вставить предметы в отверстия, подобрав их по форме, и т. д.

Маленькие шаги. Возьмите простое задание и разбейте его на маленькие «шаги». Например, игра «Лото с картинками» (ребенок должен выбрать такую же картинку, как на карточке). Сначала нужную картинку надо класть рядом с совершенно на нее не похожими, затем добавлять те, которые отличить сложнее. Тренируйтесь при каждом удобном случае.

Поощрение. Максимально поощряйте любое достижение ребенка, будь то лишь слабая попытка к действию или полная победа. Старайтесь, насколько возможно, не замечать неудачи ребенка, не показывайте своего огорчения и не раздражайтесь.

Помните эти принципы, и вы поможете ребенку овладеть простейшими навыками, а он получит большое удовольствие. Обучение может быть приятным!

Психотерапевтические упражнения и игры для ребенка с ДЦП младшего школьного возраста

У многих детей младшего школьного возраста в связи со сменой окружения, требованиями учителей, конфликтами с одноклассниками возникают новые страхи – отсюда постоянное нервно-психическое напряжение и утомление, тревожность, беспокойство. У детей с ДЦП на этот ряд причин накладывается другой – специфические причины, связанные со структурой их дефекта. Мы уже говорили, что они без того пугливы, нерешительны, неуверенны в себе, а сейчас еще и теряются в новых условиях. В школе они тревожны, испытывают страх перед устным ответом, нередко у них возникают заикание или гиперкинезы. Они не принимают участия в общественной жизни класса, ничем не увлекаются, все свободное время тратят на приготовление уроков, стремятся заучить заданное наизусть. Все это препятствует развитию их интеллекта.

В школьном возрасте у таких детей нередко возникает

страх за свое здоровье, страх смерти, неправильное развитие личности. Они нередко отказываются читать вслух или выполнять какие-либо поручения из-за низкой мотивации.

Как и при работе над другими детскими проблемами, которые возникли не вчера и не вдруг, приготовьтесь к терпеливой систематической работе. Вести ее надо в трех направлениях:

- повышать самооценку ребенка, внушать ему веру в свои способности;
- учить ребенка снимать мышечное напряжение, расслабляться, создавать для себя комфортную обстановку;
- обучать умению управлять собой в ситуациях, вызывающих наибольшее беспокойство.

Для решения этих конкретных задач вы можете воспользоваться играми на повышение самооценки, снятие тревожности, развитие коммуникативных навыков, представленные ниже. И здесь важно соблюдать некоторые правила, которые позволят создать комфортную игровую обстановку для тревожного ребенка.

Правило 1. Никогда не сравнивайте ребенка с другими детьми, не приводите их в пример. Если вы хотите подчеркнуть динамику в его работе над каким-то своим качеством, то лучше сравните его успехи с его же результатами вчера, неделю или месяц назад.

Правило 2. Избегайте соревновательных моментов в играх. Пусть ребенок играет для собственного удовольствия и пользы, а не с целью выиграть. Нежелательно также ставить тревожному ребенку временные рамки выполнения задания или подгонять его. Этим вы вряд ли ускорите его действия, а вот уровень тревожности поднимете наверняка.

Правило 3. Вводите ребенка в новую игру осторожно, давая ему возможность спокойно ознакомиться с ней, понаблюдать за образцом действий (если таковые есть). Если вы ощущаете сопротивление ребенка, его нежелание участвовать в игре, ни в коем случае не настаивайте. Можно заставить человека выполнить какие-то действия, но нельзя заставить играть по-настоящему! Так что в подобных затруднительных случаях старайтесь проявить творческий

О ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

подход, чтобы заинтересовать ребенка и снизить его беспокойство. Для этого изменяйте правила игры, учитывая особенности вашего сына или дочери, используйте наглядный материал, уже знакомый ребенку, начните играть с кем-то другим, показывая ребенку пример. Словом, действуйте по обстоятельствам.

А сейчас ряд игр, которые вы можете проводить со своим малышом в зависимости от его состояния и от задачи, которую ставите.

Если ваш ребенок испытывает тревогу, поиграйте с ним в такие игры.

«Кляксы»

Цель игры: снятие агрессии и страхов, развитие воображения.

Оборудование: жесткие листы бумаги, жидкая краска.

Ребенку предлагается взять на кисточку немного краски того цвета, какой ему хочется, плеснуть «кляксу» на лист и сложить его вдвое так, чтобы «клякса» отпечталась на второй половине листа. Затем лист надо развернуть и постараться понять, на кого или на что похожа «клякса». Агрессивные или подавленные дети выбирают краску темных цветов. Они видят в «кляксах» агрессивные сюжеты (драку, страшное чудовище). Через обсуждение страшного рисунка агрессия ребенка выходит вовне, тем самым он освобождается от нее.

Примечания:

1. Дети, предрасположенные к гневу, выбирают преимущественно черную или красную краску.
2. Дети с пониженным настроением выбирают лиловые и сиреневые тона.
3. Серые и коричневые – выбираются детьми напряженными, конфликтными, расторможенными (ребенок нуждается в успокоении).
4. Возможны такие ситуации, когда дети выбирают цвета, не придерживаясь связи между цветом и психическим состоянием.

Можно играть в эту игру вместе с ребенком. Устройтесь рядом с ним и тоже рисуйте, только выбирайте яркие краски, пусть ваша «клякса» превратится во что-то позитивное (забавную зверушку, цветочек, сказочный замок). По-

кажите ваш рисунок ребенку, предложите ему придумать историю, к которой фигурировали бы оба ваших рисунка.

«Сочини историю»

Цель игры: снятие страхов.

Предложите вашему ребенку совместно сочинить страшную историю. Ребенок начинает рассказывать, а вы внимательно слушая, определяете момент, когда нужно вмешаться. Перехватив инициативу, продолжайте историю, вводя в повествование более «здоровые» и гармоничные способы адаптации и разрешения конфликтов, нежели те, которые изложил ребёнок. Затем снова предложите ребенку продолжить рассказ, потом опять перехватываете эстафету и оптимизируете сюжет. Так совместно, добавляя юмористические эпизоды, доведите историю до счастливого конца.

«Покажи того, кого боишься»

У тревожных детей нередки ситуации, когда они начинают больше беспокоиться, если рядом находится определенный человек или животное. При этом они не то чтобы их боятся, а, скорее, чувствуют смутные опасения и дискомфорт. Их отрицательные эмоции могут являться следствием неопределенности, неизвестности и непонятности этих существ и их внутреннего мира. Чтобы они перестали быть такими чужими и пугающими, вы можете воспользоваться этой игрой.

Расспросите ребенка, в какой ситуации он почти всегда ощущает себя беспокойно. Например, вы услышали следующее: хотя учитель никогда не вел себя грубо по отношению к нему, он все равно сильно волнуется, когда отвечает у доски или остается один на один с педагогом. Предложите ребенку разыграть такую сценку. Пусть он выберет игрушку, которая будет играть его роль. Сам же он должен перевоплотиться в учителя и начать типичные для ситуации разговоры или действия. Когда наступает очередь ученика отвечать, то ребенок должен озвучить игрушку, взяв ее в руки и двигая в соответствии со сценарием.

Сценка может длиться столько, сколько хочется юному режиссеру-исполнителю. Если же, напротив, вы видите, что действие зашло в тупик, то можете сыграть экспромтом за других персонажей, например, за случайно заглянувшего директора школы или за другого ученика. Главное – сво-

ими действиями поддержать игру, придав ей более глубокий смысл. После окончания «премьеры» побеседуйте с ребенком. Узнайте, как он чувствовал себя в роли учителя. Чего он хотел от ученика? Что радовало педагога, что огорчало? Боялся ли чего-нибудь сам учитель? Такой взгляд из «тыла врага» поможет ребенку увидеть ситуацию по-другому и осознать, как это ни банально, что «учителя – тоже люди». Если удастся вызвать у ребенка сочувствие учителю и желание ему помочь, то это будет просто замечательно и для самого тревожного ребенка, и для его отношений с педагогом.

Примечание. Дети часто предлагают и своим близким сыграть какую-нибудь роль в игре. Не отказывайте им в таких просьбах. Игра от этого только выиграет, т. к. вы сможете влиять на ее ход. Возьмите на себя роль ученика в вышеописанном сюжете. И тревожьтесь в этой роли изо всех сил! Так ребенок сможет со стороны увидеть нелепость своих волнений и узнает, что чувствует педагог, когда перед ним такой школьник.

Научите ребенка приемам медитации.

«Волшебное путешествие»

По сути, это игра-медитация, помогающая расслабиться не только мышцами, но и душой, уносясь мыслями в заоблачные дали.

Предложите ребенку сесть поудобнее и закрыть глаза. Можно включить какую-нибудь плавную, приятную мелодию (без слов!). Объясните, что сейчас вы будете играть в волшебное путешествие. Попросите ребенка расслабиться, сделать глубокий вдох, потом выдох и постараться представить то, о чем вы ему будете говорить.

А рассказать вы можете примерно следующее.

«Представь себе, что мы сидим в комнате и смотрим в окно, а там синее-синее небо. По небу неторопливо плывут облака. Очень красиво. Вдруг мы видим, что одно пушистое облако приближается к нашему окну. Его форма напоминает пони. Мы залюбовались этим зрелищем, а облако подплыло совсем близко к нам. Смотри, оно машет нам лапкой, как будто приглашает присесть! Мы осторожно открываем окно и усаживаемся на теплое облако. Устраивайся поудобнее, ощути, как здесь мягко и уютно. Можно даже полежать.

Куда же мы полетим? Наверное, надо подумать о месте, где тебе всегда хорошо. Подумай о таком месте.

Облако стало двигаться. Вот уже наш дом кажется крошечным вдаль, ниже пролетают стаи птиц. Удивительно хорошо. Вот, кажется, мы начинаем снижаться. Облако опускает нас на землю. Теперь ты можешь идти. Мы там, где ты спокоен и счастлив, где тебе очень хорошо. Посмотри: что там вокруг? Какие в этом месте запахи? Что ты слышишь? Есть ли здесь кроме тебя какие-то люди или животные? Тут ты можешь делать все, что хочешь. Побудь в этом месте еще немного, пока я посчитаю до десяти, а потом снова пойдём к облаку (медленно считайте от одного до десяти). Ну вот, нам пора возвращаться, залезай на облако. Мы снова летим по самому синему небу. Вот уже показался наш дом. Облако аккуратно подплывает к самому окну. Мы с тобой залезаем в нашу комнату прямо через окно. Мы благодарим облако за чудесную прогулку и машем ему рукой. Оно медленно уплывает вдаль. Когда я посчитаю до пяти, оно растворится в небе, а ты откроешь глаза (считайте до пяти)).

После того как ребенок раскроет глаза, попросите его поделиться с вами впечатлениями от путешествия. Приятно ли ему было плавать на облаке? Какое место он себе представил? Каким оно было? Как он там себя чувствовал? Существует ли это место на самом деле или оно полностью создано его воображением?

Примечание. Отнеситесь внимательно к рассказу ребенка – он может содержать очень важную информацию о том, где и отчего он чувствует себя наиболее комфортно. А это уже можно использовать не только для фантастических путешествий, но и для того, чтоб «сказку сделать былью».

«Достань звезду»

«Достать с неба звезду» означает сделать что-то невозможное, добиться фантастического успеха, осуществить мечту. Что ж, сейчас вы с ребенком этим и займетесь, используя свое воображение. В отличие от предыдущих игр ребенок должен удобно встать и закрыть глаза. Дальше он, как и раньше, будет пробовать представлять и делать то, о чем вы ему рассказываете. Если хотите, можете включить подходящую медленную музыку, которая станет звуковым фоном для ваших слов:

«Представь себе, что ты стоишь на поляне. Над тобой – темное ночное небо, все усыпанное звездами. Они светят так ярко, что кажутся совсем близко. Поляна залита мягким, нежно-голубым светом. Люди говорят, что, когда звезда падает, нужно загадать желание, и оно обязательно сбудется. Еще говорят, что звезду нельзя достать. Но, может быть, они просто не пробовали? Найди на небе мысленным взглядом самую яркую звезду. О какой твоей мечте она напоминает? Хорошенько представь себе, чего бы ты хотел. А теперь открой глаза, глубоко вдохни, затаи дыхание и постарайся дотянуться до звезды. Это не просто: тянись изо всех сил, напряги руки, встань на носочки. Так, еще немного, ты уже почти достал ее. Есть! Ура! Выдохни и расслабься, твое счастье в твоих руках! Положи свою звезду перед собой в красивую корзинку. Порадуйся, глядя на нее. Ты сделал что-то очень важное. Теперь можно немного отдохнуть. Закрой глаза. Снова мысленно посмотри на небо. Есть ли там еще звезды, напоминающие тебе о других заветных мечтах? Если есть, то внимательно присмотришься к выбранному светилу. А теперь открой глаза, вдохни и тянись к своей новой цели!».

Таким образом, эту игру можно повторить несколько раз, пока у ребенка еще остаются какие-то важные мечты и желания. После того как вы поиграли, можно обсудить с ребенком картину, возникшую в его воображении. Если он захочет, то может даже поделиться с вами загаданными мечтами.

Примечание. Эта игра, как вы уже поняли, сочетает в себе оба способа релаксации: и мысленную медитацию, и чередование сильного напряжения с расслаблением. Кроме этого в ней есть важный психологический смысл – она настраивает ребенка на достижение успеха, учит верить в неограниченность своих возможностей, не отказываться от мечты!

Воспользуйтесь этой игрой, если ваш ребенок боится школы.

Спектакль кукольного театра «Школа»

Цель игры: снятие страха перед школой, ускорение адаптации к школе.

Предложите вашему ребенку поиграть в школу. Пусть

актерами будут его игрушки. Обсудите, какие куклы будут играть роли учителя, новенького ученика, отличника, двоечника, директора школы, хулигана и т. д. Предложите разыграть различные ситуации школьной жизни (вызов к доске, замечание учителя, ссора с хулиганом и т. д.), как в кукольном театре. Пусть ребенок попробует себя в разных ролях, а вы поддержите его своей игрой – сделайте хулигана смешным, директора добрым, новичка смелым и т. д.

«Если бы я был... Буратино»

(поставьте сюда имя литературного или киногероя, который нравится вашему ребенку)

Игра поможет ребенку переключиться со своего беспокойства и сомнений в своих словах и делах на другую цель – как можно точнее и выразительнее сыграть роль любимого персонажа.

Воспользуйтесь этим игровым приемом, когда ваш ребенок не может чего-то сделать из-за тревоги или стеснения. Например, вы уверены, что ребенок хорошо знает стихотворение, но не может ответить в классе, или он демонстрирует отличные спортивные успехи, когда вы вдвоем, а во время тренировок, как только подходит к брусам, теряет ся. Полезно предложить ребенку выполнить то действие, из-за которого он переживает, как бы на сцене – войти в роль персонажа какой-нибудь сказки или фильма.

Например, можно спросить у ребенка: как ему кажется, каким образом Буратино стал бы читать стихотворение в классе? Волновался ли он при этом? Как отнесся бы к отметке, которую ему поставит учитель? Потренируйтесь дома в исполнении этой роли. Пусть ребенок постарается передать не только ее внешнюю сторону, но и внутреннее наполнение. А теперь договоритесь, что и в классе ребенок постарается втайне сыграть эту роль. Это будет такой секрет-шутка для остальных, о нем будете знать только вы. Скажите, что сегодня вас не интересуют успехи по литературе. Зато, когда занятия закончатся, вы будете обсуждать успешность сыгранной роли: удалось ли чувствовать себя как Буратино? Быть бесшабашным и веселым? «Философски» относиться к оценке?

Примечание. Персонажей для этой игры стоит выбирать

энергичных, веселых и бесстрашных, а ответственности и серьезности у тревожных детей и без них хватает. Чтобы ребенок сумел сосредоточиться на своей роли, а не на выполняемом деле, вы тоже должны сконцентрироваться на игре и не делать замечаний по поводу самого чтения стихотворения, иначе ребенок заметит вашу двойственность и неискренность.

Если у ребенка низкая самооценка, заведите «копилку достижений».

«Копилка достижений»

Это очень хорошая игра, которая должна перерасти в привычку видеть и ценить свои маленькие победы каждый день. Вы действительно сможете достичь такой, казалось бы, глобальной цели, если будете систематически использовать этот игровой прием. В дальнейшем можно будет заменить его устным обсуждением своих ежедневных достижений.

Итак, возьмите какую-нибудь картонную коробку или вместительную банку и вместе с ребенком оформите ее так, как ему хотелось бы, чтобы выглядела копилка его главных ценностей – маленьких и больших собственных успехов в жизни. Может быть, на поверхности этой копилки появятся рисунки, отражающие предметы, которые как-то связаны с понятием «успех», или это будут просто симпатичные узоры. Оставьте выбор за ребенком. Отдельно приготовьте небольшие листочки бумаги. А теперь введите правило: когда он возвращается домой, обязательно должен вспомнить и написать на этом листочке какое-то свидетельство успеха, которого он достиг за сегодняшний день.

Так, на записочках будут появляться фразы: «Хорошо прочитала стихотворение у доски», «Нарисовала отличный рисунок на тему «Осень»», «Сделала подарок бабушке, который ей очень понравился», «Все-таки смог написать контрольную по математике на «пять», хотя боялся» и многие другие. Эти записки кладутся в копилку достижений. Важно, чтобы даже в самом неблагоприятном дне ребенок смог найти что-то, что ему удалось. «Утяжеление» копилки со временем само по себе наполняет детей гордостью и большей уверенностью в своих силах, особенно если родители и другие члены семьи относятся к его маленьким победам

с уважением (а не с высоты своих лет и опыта).

К этой копилке можно обращаться, когда ребенку кажется, что он встретился с непреодолимыми для него трудностями, или в периоды, когда его критический взгляд направлен на свои способности и он считает себя ничемным неудачником. В такие периоды полезно вспомнить, что у вашего ребенка есть опыт преодоления трудностей и достижения успеха. Это поможет ему настроиться на позитивный лад.

Примечание. Данную игру можно использовать сначала для поднятия самооценки ребенка в целом, а потом для повышения веры в свои силы в каком-то конкретном деле, например при изучении русского языка в школе. Тогда в вашей «копилке достижений по русскому языку» появятся записи типа: «Сразу запомнила новое правило и поняла тему», «Хорошо написала изложение – близко к тексту», «В сочинении сделал всего одну ошибку» и т. п.

«Моя жемчужина»

Образ жемчужины наиболее подходит для того, чтобы представить все лучшее, ценное и уникальное, что имеется в каждом человеке. У кого-то эти качества на виду и окружающие могут их оценить, как жемчуг, вставленный в серьги или кулоны. А кто-то скрывает их, как в морской раковине, под своей скромностью, уединением, внешней непримечательностью. Но они есть у каждого, и важно, чтобы ребенок знал это.

До того как вы начнете играть, было бы неплохо, чтобы он освежил в своей памяти образ морской жемчужины. Так что можно «случайно» зайти с ним в ближайший ювелирный магазин и обратить его внимание на понравившиеся вам изделия из жемчуга – не искусственного, а натурального. По дороге домой можете начать познавательную беседу о происхождении жемчужин и о том, как они ценились во все времена (включая истории о ловцах жемчуга). Если вы будете проводить игру «Моя жемчужина» через какое-то время после этой мини-экскурсии, то образ в воображении ребенка будет более естественным и насыщенным.

Итак, предложите ребенку сесть и расслабиться. Пусть он закроет глаза и несколько раз глубоко вдохнет и выдохнет. Теперь можно приглашать его в путешествие по вну-

тренним просторам. Идеально, если в качестве музыкального сопровождения у вас найдется мелодия, включающая звуки моря (разумеется, без слов).

Можно начинать рассказ-медитацию:

«Душа каждого человека похожа на море. То она светлая и спокойная, солнечные блики светятся на ее поверхности, радуя окружающих. То налетит шторм, волны клокочат, крушат и сметают все, что подвернулось на их пути. В эти моменты окружающие могут бояться моря и избегать его. Но какая бы погода ни была, на дне моря все иначе. Давай попробуем опуститься в прозрачную бирюзовую толщу воды. Видишь, мимо нас проплывают стайкой маленькие блестящие рыбки? А вот морская звезда. Плыдем еще глубже. Там, на самом дне моря, лежит истинное сокровище твоей души. Это жемчужина. Только ты можешь взять ее в руки. Подплыви ближе и рассмотри ее. Какой она излучает свет? Какие у нее размеры? На чем она лежит? Возьми ее осторожно в руки. Такие жемчужины есть в душе и у других людей, но нигде нет даже двух одинаковых. Слышишь звуки? Наверное, она хочет сказать тебе что-то важное о тебе самом! Послушай ее внимательно, ведь она знает, что ты уникальный, хороший, особенный. Ты хорошо расслышал, что она тебе поведала? Если да, то бережно опусти жемчужину снова на дно твоей души. Поблагодари ее за то, что ты можешь чувствовать себя счастливым. Что ж, пора плыть обратно. Когда я посчитаю до десяти, ты подплывешь к поверхности моря, вынырнешь и откроешь глаза».

Примечание. Эта игра незаметно выполнит сразу две задачи: снимет у ребенка мышечное и эмоциональное напряжение и поднимет его самооценку, позволит поверить в свою уникальность и нужность.

Очень важно, чтобы вы и ваш ребенок получали удовольствие от совместных занятий. Если вы каждый раз морщитесь от досады, заставляя себя уделить внимание дочке или сыну, – это никому не нужная жертва.

Только понимающие и чувствующие своего малыша родители могут создать наилучшие условия для его гармоничного развития. Ребенку очень важно чувствовать поддержку близких, видеть, как они искренне радуются даже

малейшим его успехам. Любящие родители понимают, что малыш не является их вторым Я. Он уникальная личность, и с этим нужно считаться. И тогда родители станут не только воспитателями, но и лучшими друзьями своего ребенка.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП

В раннем детстве любого малыша родители олицетворяют для него весь мир. Но чем старше становится ребенок, тем более широкие открываются для него горизонты. Игры в песочнице и походы в магазины, общение со сверстниками и многочисленными взрослыми, театр, зоопарк, цирк... Вот так просто и обычно каждый день познается мир, развиваются навыки общения, расширяется кругозор.

Для детей с ДЦП все намного сложнее. Двигательные нарушения, связанные с трудностями коммуникации (у 85% детей с ДЦП наблюдаются речевые нарушения), часто становятся причиной социальной изоляции ребенка. В результате многие дети (и взрослые) с ДЦП не уверены в себе, теряются в новой обстановке. Как уже говорилось, в школе они тревожны, в стрессовых ситуациях у них возникает заикание или усиливаются насильственные движения. Для таких детей характерна быстрая смена настроения: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, капризными. Нередко отличаются повышенной обидчивостью, болезненно реагируют на тон голоса и замечания в свой адрес. Расплакавшись, дети, пораженные церебральным параличом, долго не могут остановиться, их эмоции приобретают как бы насильственный характер. Все это является благоприятной почвой для возникновения истерик.

Дети с ДЦП часто настороженно относятся к новым знакомым, неадекватно реагируют на посторонних. Они либо замыкаются в себе, либо откровенно грубят. И то и другое

– не дикость и невоспитанность, а естественная психологическая защита.

Паспортный (хронологический) возраст у детей, страдающих ДЦП нередко не соответствует психологическому (на сколько лет человек себя ощущает и осознает), большинство таких людей инфантильны. Это обусловлено постоянной зависимостью от окружающих. Даже став взрослым, инвалид по-прежнему нуждается в заботе. Нередко он сознательно стремится продлить детство. Молодым инвалидам нелегко осознать, что их ровесники шагнули на новую ступень развития, а они остались на том же месте. Тяжелая болезнь не в состоянии заглушить естественные чувства, она просто может лишить возможности их испытать. Чтобы защитить себя от болезненных переживаний, они и стремятся как можно дольше оставаться детьми.

Все эти психологические особенности – вторичный продукт ограничения жизнедеятельности ребенка с ДЦП, и правильно, вовремя проведенная социализация поможет если уж не предотвратить, то хотя бы минимизировать подобные отклонения.

Как же быть родителям? Что они могут сделать?

Во-первых, отказаться от гиперопеки. Да, ребенок нуждается в вашей помощи, но у него должна быть возможность проявить свою самостоятельность. Не нужно пытаться все делать за него. Пусть долго, с большим трудом и не всегда аккуратно, но он помогает на кухне, кормит рыбок или поливает цветы. Подобные простые обязанности не только тренируют работу мышц, но и дают ребенку чувство значимости, формируют ответственность за других (пусть это всего лишь рыбки).

Во-вторых, вы должны помочь ребенку найти альтернативные способы действий – использовать те части тела, которые ребенок может контролировать (писать с помощью губ, набирать текст на клавиатуре носом или переворачивать страницу книги пальцами ног). Главное – не заикливаться на ограничениях, и вы увидите, как расширятся его возможности;

В-третьих, как можно больше общайтесь с ним сами. Найдите способ получать ответ от ребенка (мимика, рисунок,

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП

пиктограмма, SMS-ки) в зависимости от его возраста и индивидуальных особенностей. Создайте условия, чтобы ребенок имел способ выражать свои мысли, получать ответы на вопросы, удовлетворять свое любопытство.

Самое главное, не ограничивайте, а расширяйте круг общения вашего ребенка. Приглашайте гостей к себе – если ваш малыш неуверенно чувствует себя в общении с посторонними, на своей территории он быстрее обретет уверенность. Ходите с ребенком в гости к друзьям и знакомым. Если боитесь возникновения каких-то проблем, проинструктируйте ваших друзей, как надо и как не надо общаться с ребенком, страдающим церебральным параличом. Как правило, дети с заболеваниями центральной нервной системы хорошо чувствуют доброе отношение к себе и сами тянутся к искренним, открытым людям. Для визитов лучше всего подобрать утренние часы или время после обеденного сна, когда малыш достаточно бодр и не успел устать от активной деятельности.

Недостаток в контактах с окружающими поможет преодолеть прогулка. Для начала можно познакомить ребенка с местностью, уточнить расположение различных сооружений на детской площадке, понаблюдать со стороны, как играют другие дети. Чтобы не скучать в этот момент, поиграйте с ним вдвоем. Когда детская площадка перестанет быть *terra incognita*, можно просто побыть рядом с играющими детьми, чтобы ребенок привык к незнакомым людям, адаптировался к новой ситуации. Дома с игрушками можно проиграть варианты знакомства, а потом подойти и предложить свою помощь детям, которые младше его.

Если вы боитесь возможного отвержения вашего ребенка в подобной ситуации, познакомьтесь с родителями малышом на детской площадке. Дети до 3 лет еще не понимают, что есть норма, а что от нормы отличается. Толерантности и нетерпимости они учатся у родителей, повторяя их реакции, поэтому «подготовительная работа», проведенная с окружением, снизит риск психологической травмы для вашего ребенка. И здесь также могут помочь ваши друзья и знакомые, имеющие детей: в совместной игре ваш ребенок получит навыки общения, а здоровые дети – урок доброты и толерантности.

Что может сделать Служба ранней помощи?

В последнее время в Российской Федерации развивается система ранней помощи детям с особенностями в развитии, в том числе детям-инвалидам в возрасте до 3 лет. Ранняя помощь представляет собой технологию, позволяющую эффективно предупредить либо минимизировать имеющиеся у ребенка отклонения в развитии, содействовать максимально возможным достижениям в его развитии, поддержанию его здоровья, а также успешной социализации и включению его в образовательную среду с последующей интеграцией в общество.

Специалисты Службы ранней помощи: психолог, педиатр развития, инструктор ЛФК (АФК), специалист по коммуникации (логопед), специальный педагог проведут оценку развития вашего ребенка и выявят его потребности; составят и реализуют в процессе коррекционной работы индивидуальную программу ранней помощи; на совместных с ребенком и родителями занятиях научат родителей техникам развития базовых навыков ребенка, правилам использования технических средств реабилитации; предложат рекомендации по адаптиванию домашних условий к потребностям и возможностям ребенка.

Таким образом, в Службе ранней помощи осуществляется сопровождение семьи ребенка с особенностями в развитии с целью максимально нормализовать жизнь семьи, помочь родителям почувствовать себя уверенней в общении и воспитании малыша.

Одной из целей работы Службы ранней помощи является подбор детского образовательного учреждения для ребенка с оптимальными для его развития условиями.

Что могут сделать дошкольные учреждения и центры раннего развития?

В развитии ребенка существуют так называемые чувствительные периоды – оптимальные сроки для наиболее благоприятного формирования тех или иных умений и навыков. Мария Монтессори выделила несколько этапов: двигательное развитие (от рождения до 1,5 лет), речь (с рождения до 6 лет), интерес к мелким предметам и деталям (1–4 года), восприятие порядка (2–4 года), музыка (2–6 лет), вежливость (2,5–6 лет), сенсорное развитие (с рождения

до 5,5 лет), дифференциация восприятия (2,5–6 лет), чтение (3–5,5 лет), овладение навыком письма (3,5–4,5 года), пространственное восприятие (4–6 лет), математика (4–6 лет). Каждый период недолговременен, и если он проходит у ребенка впустую, возможности развития личности остаются упущенными, а коррекционно-педагогическая работа не будет эффективной. Дошкольные образовательные учреждения (ДОУ) как раз и призваны использовать сенситивные периоды для развития навыков ребенка. Кроме того взаимоотношения со сверстниками в дошкольном детстве становятся основой для формирования дальнейших навыков общения и социализации в обществе.

Выбирая для ребенка центр развития, будьте осторожны. Если в центре не смогут обеспечить индивидуальный подход к малышу с ДЦП, то и эффективность от таких занятий останется низкой. К тому же у вашего ребенка может пострадать самооценка, ведь он в силу физических и сенсорных ограничений не может конкурировать со здоровыми детьми. Кроме того, для успешного развития ребенку с ДЦП нужна специальная, адаптированная под его возможности среда. В специализированных дошкольных учреждениях для детей с ограниченными возможностями здоровья подобная развивающая среда создана, ДОУ укомплектован специалистами, каких нет в обычных детских садах, меньше наполняемость групп. Главным недостатком специализированных учреждений является определенная социальная сегрегация: больные дети оказываются в изоляции от здоровых сверстников. Эту проблему можно решить, используя ресурсы учреждений дополнительного образования.

Что могут сделать учреждения дополнительного образования?

Дополнительное образование наиболее приспособлено для создания доступной образовательной среды. Они отвечают всем требованиям, т. к. здесь:

- меньшая, чем в основном образовании, наполняемость группы – от 10 человек (согласно имеющимся нормам);
- практико-ориентированный характер обучения;
- ориентация образовательного процесса не на «среднего ученика», как в классе, а на личные запросы каждого

ребенка;

- отсутствие формальных ограничивающих условий (привязка к расписанию, классному помещению, фиксированные сроки освоения программы и т. п.);

- возможность для ребенка максимально сконцентрироваться на любимом деле;

- отсутствие жесткой регламентации образовательного процесса, связанной с необходимостью выполнения государственных образовательных стандартов.

В детском творческом объединении в составе одного коллектива могут быть дети одаренные и с низкими способностями, имеющие физические недостатки и победители спортивных соревнований, малыши и подростки. Практика показывает, что значительные успехи в развитии коммуникативных и творческих навыков дети-инвалиды приобретают именно в таких неоднородных группах.

Дети с гиперкинетической формой ДЦП склонны к занятиям в группах *художественно-эстетической направленности*. Несмотря на гиперкинезы, они могут рисовать и конструировать. Для неговорящих детей творчество – основной способ передать родителям, окружению и миру свои тревоги и радости. Картины, стихи, проза становятся для детей с ДЦП способом самовыражения и самоактуализации, средством общения и ответом на вечный вопрос о смысле жизни.

Подростки, страдающие ДЦП, могут заниматься туризмом. Туристические походы расширяют кругозор, способствуют формированию коллектива, «чувства плеча» и взаимовыручки, развивают навыки самообслуживания. Разумеется, перед выходом «в поле» в учреждении дополнительного образования проводится подготовительная работа. Дети учатся пользоваться специальным снаряжением, выполняют упражнения на развитие силы и выносливости, изучают технику безопасности и приемы экстренной медицинской помощи. Практика показала, что занятие туризмом снижает у больных ДЦП уровень тревожности, развивает выносливость, улучшает двигательные функции.

Физические ограничения не являются препятствием для занятий *в спортивных секциях*.

Чем могут помочь учреждения адаптивной физической культуры и спорта?

Практика подтверждает, что если для здоровых детей двигательная активность – обычная потребность, реализуемая повседневно, то для ребенка с ДЦП физические упражнения жизненно необходимы, так как они являются эффективнейшим средством и методом одновременно физической, психической, социальной абилитации и социализации.

В отличие от известной нам всем физкультуры, адаптивная физическая культура – это система упражнений и тренировок для людей с ограниченными физическими возможностями (инвалидов), также для тех, у кого есть серьезные отклонения в состоянии здоровья, например, большое сердце, нарушения опорно-двигательной системы, плохое зрение, слабый слух и пр. Адаптивная физкультура (АФК) направлена на восстановление и сохранение здоровья у людей со стойкими нарушениями жизнедеятельности, а также на интеграцию их в социальную среду. Специалист по АФК (инструктор АФК) опираясь на заключения врачей, психологов, логопедов, дефектологов и других специалистов, подберет для вашего ребенка индивидуальную программу нагрузок, учитывая его возможности здоровья и лечебно-восстановительные, оздоровительно-профилактические, психолого-педагогические, воспитательные задачи его развития.

Для многих инвалидов и людей с ограниченными возможностями адаптивная физическая культура является единственным способом «разорвать» замкнутое пространство, войти в социум, приобрести друзей, получить возможность для общения, полноценных эмоций, познания мира. Именно здесь, зачастую впервые в жизни, они познают радость движения, учатся побеждать и достойно переносить поражения, осознавать счастье преодоления себя.

А если дух соревнования, стремление к спортивным достижениям и желание заниматься спортом профессионально захватили вашего ребенка, то ему поможет адаптивный спорт. Адаптивный спорт – это разновидность спорта направленная на формирование у инвалидов высокого спортивного мастерства и достижение ими наи-

высших спортивных результатов в его различных видах в условиях состязания с людьми, имеющими аналогичные нарушения здоровья.

Так, например, для людей с поражением опорно-двигательного аппарата рекомендуемыми видами адаптивного спорта являются армреслинг, бадминтон, баскетбол на колясках, биатлон, бочча, велоспорт, волейбол сидя, горные лыжи, гребля, гребля на байдарках и каноэ, дартс, конный спорт, лыжные гонки, настольный теннис, парусный спорт, пауэрлифтинг, плавание, регби на колясках, сноуборд, спортивное ориентирование, стрельба из лука, стрельба пулевая, танцы на колясках, теннис на колясках, триатлон, фехтование, хоккей-слеж, шахматы, шашки.

Остановимся поподробнее на тех видах физической активности и адаптивного спорта, которые наиболее рекомендуются детям с ДЦП.

Плавание и гидрореабилитация. Занятия плаванием с полугодовалого возраста с помощью инструктора или специального оборудования могут быть для вашего малыша как оздоровительным развлечением, так и гидрореабилитацией (лечением водной средой). Практика доказала, что во время занятий в воде у детей с ДЦП нормализуется мышечный тонус, развивается мелкая и крупная моторика, улучшается речь, и, как следствие, формируются новые двигательные навыки и качества, позволяющие ребенку активнее включаться в жизнь общества. Тренировки, участие в соревнованиях, выезды на спортивно-оздоровительные сборы с коллективом здоровых сверстников – все это благоприятно сказывается на самооценке и социальной активности ребенка.

Иппотерапия тоже может рассматриваться не только как метод лечения, когда ребенок с ДЦП, сидя верхом на идущей лошади, выполняет упражнения, разработанные для него специалистом, но и способом социализации. Когда всадник получает разрешение управлять лошадью самостоятельно (или при незначительной помощи инструктора), он ощущает свою возможность и право командовать движениями большого, мощного животного, что способствует повышению его самооценки, позитивного настроения и уверенности в своих силах. При наличии возможности и

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП

желания верховые прогулки вашего ребенка могут перерасти и в профессиональные занятия *конным спортом*.

Велопрогулки и велоспорт. С полуторогодовалого возраста можно приучать ребенка с ДЦП к велосипеду. Существуют специальные модели велосипедов для детей с ДЦП, отличающиеся от обычных более сложной конструкцией. Велосипед для детей с ДЦП всегда имеет 3 колеса, он длиннее, шире, выше; имеет ортопедическое сидение и спинку; педали, не скреплены с рулевой стойкой; есть множество фиксаторов для крепления голени, стопы, рук для того, чтобы упасть с этого велосипеда было невозможно. Кручение педалей, свежий воздух, общение со сверстниками – все это позволяет понемногу укреплять мышечный аппарат малыша, не давая ему атрофироваться и деформироваться. При этом ребенок получает незабываемые светлые эмоции и радость, которые со временем могут способствовать желанию малыша заняться уже велоспортом (с 1984 года велоспорт для спортсменов с ДЦП входит в программу Паралимпийских игр).

Горные лыжи. Занятия детей с ДЦП горнолыжным спортом по специально разработанной методике с помощью обученных инструкторов позволяют на порядок ускорить процесс абилитации и социализации. Мозг и тело человека, поставленного в нестандартные условия, вынужденные одновременно выполнять большое количество новых заданий на непривычной скорости, с поразительной быстротой перестраиваются. В результате улучшается осанка и координация, сокращаются спастические симптомы, ребенок уже начинает управлять траекторией движения, повышается стойкость к простудным заболеваниям, появляется уверенность в своих силах и высокая самооценка. Программа «Лыжи мечты» действует на территории Российской Федерации с 2014 года, в том числе и у нас, в Пермском крае.

Бочча. С 1984 года в программу Паралимпийских игр входит бочча – вид спорта для людей, имеющих значительные поражения опорно-двигательного аппарата и передвигающихся в инвалидной коляске. Название игры происходит от латинского слова *bottia*, что означает «мяч». Игра заключается в метании шаров по цели.

Уточним, что над приемами и правилами этой игры для

инвалидов потрудились специалисты в области реабилитации людей с ограниченными физическими возможностями. Мяч для игры в бочча кожаный, весом в 275 г., окружностью 27 см., изнутри заполнен мелкими гранулами, что способствует массажу ладони. При спастичности руки его вкладывают в кисть, раздвинув пальцы, далее предлагают бросить этот мяч двумя руками поочередно, переключая из руки в руку, передавать. Ставя корзинку с мячами рядом с коляской спортсмена, инструктор предлагает брать эти мячи, затем бросать их. Мячи можно раскладывать на полу и заставлять их собирать. Одновременно больного учат управлять инвалидной коляской. Так как игра бочча – это еще умение управлять движениями, умение попасть в цель мячом, концентрировать внимание, просчитать свой ход, управлять дыханием и эмоциями, занятия способствуют улучшению координации, глазомера, развивают функции руки и навыки метания. Для детей с ДЦП, подверженных быстрой утомляемостью, оптимально интенсивно заниматься игрой в бочча примерно 1 час.

В игре могут принимать участие от двух до восьми человек (малый набор) или от двух до двенадцати человек (большой набор), или, при объединении наборов, от двух до двадцати человек. Командные игры способствуют не только возникновению духа спортивного азарта, но и сплачивают игроков, что также благоприятно сказывается на социализации ребенка.

Танцы на колясках. Если ребенок испытывает желание заниматься пластикой и танцем, то возможно и это. Танцы на колясках существуют с 60-х годов прошлого века. В России с 2006 года танцы на колясках официально признаны видом спорта. В Перми с 2000 года существует ансамбль танцев на колясках «Гротеск», все участники которого – инвалиды 1 группы. Каждый раз они доказывают и себе, и всем окружающим, что люди с ограниченными физическими возможностями могут жить полноценной жизнью, могут танцевать, ездить по миру, работать, творить и любить.

Армреслинг – один из популярных видов спорта у инвалидов с нарушениями опорно-двигательной системы, в том числе и ДЦП. «Армрестлинг» переводится как «борьба на руках», является видом спорта, в котором проводятся

поединки, где спортсмены стоят (сидят) за специальным столом, держась одной рукой за рукоятки на этом столе, а другой — за руку противника. При этом главная задача — по команде судьи прижать руку соперника к подушке и не дать сделать тоже самое со своей рукой. От спортсменов требуется недюжинная сила всего тела, но особенно в результате занятий армрестлингом развиваются мышцы и связки предплечий, а также бицепс и кисть. Для людей с нарушениями опорно-двигательной системы соревнования проводятся по правилам борьбы сидя стуле без подлокотников или в инвалидной коляске. Истории побед трехкратного чемпиона мира по армреслингу Степана Полянского и других армрестлеров с ДЦП могут стать для вашего ребенка жизненным ориентиром и примером стойкости, воли и упорства.

Самбо и дзюдо А если ваш ребенок желает заниматься другими силовыми видами спорта, для него существует адаптивное самбо и дзюдо. Пока единственный в России Центр адаптивного самбо находится в Сочи. Тренируются ребята на основе утвержденных Министерством спорта программ и методик, разработанных ведущими специалистами в области лечебной физкультуры. Но решение, отдавать ли ребенка с ДЦП в самбо или в другие виды борьбы, очень серьезное и требует не одной консультации с врачом, так как наряду с положительными последствиями этих занятий (укрепление здоровых мышц, улучшение эластичности и подвижности суставов, ускорение реакции) могут возникнуть проблемы с мышечной спастичностью или вертикализацией. Разумеется, составлять программу тренировок должна бригада специалистов: медиков, реабилитологов, психологов, тренеров.

Что может сделать школа?

В последнее время много говорится о необходимости инклюзивного образования. Инклюзивное образование (от фр. *inclusif* – включающий в себя) — один из процессов трансформации общего образования, основанный на понимании, что инвалиды в современном обществе могут (и должны) быть вовлечены в социум. Предоставление равных образовательных возможностей детям-инвалидам,

включение их в сообщество здоровых сверстников дает возможность осваивать навыки социального взаимодействия в естественной среде. У детей с ограниченными возможностями здоровья расширяется круг общения, они участвуют в разнообразных видах учебной, игровой, творческой деятельности, осваивают различные способы коммуникации, приобретают социальный опыт.

Но, чтобы подобная система организации учебного процесса была действительно эффективной, мало оснастить здания школ пандусами для инвалидных колясок. Сама система преподавания, господствующая в массовой школе, не всегда подходит нашим особым детям.

Так, скажем, ребенку с ДЦП трудно удержать внимание большее 15–20 минут, а урок длится 45 минут. Учитель на уроке не может выделить время для индивидуальных занятий с ребенком, страдающим ДЦП, ему важнее удержать внимание остальных 30 человек. Значит, нужен помощник (волонтер, сопровождающий, тьютор, кондуктор), который, не отвлекая учителя, помог бы ребенку усвоить учебный материал в его темпе. Необходима профессиональная переподготовка учителей: работа с детьми с ограниченными возможностями имеет свои особенности. Неподготовленному учителю трудно отличить проявления болезни от каприза, неподготовленность к уроку – от стресса перед устным ответом. Учитель боится не справиться, если на уроке с ребенком вдруг начнется эпилептический припадок. Нужно сформировать благоприятный психологический климат в коллективе одноклассников: если ваш ребенок встретится с насмешками или игнорированием, психологический ущерб от подобного общения превысит благо от «интеграции в здоровое общество».

Так что пока возможности инклюзивного образования реализуются в небольших, чаще всего частных школах, где подобные проблемы решить гораздо проще, чем в массовых образовательных учреждениях, рассчитанных на тысячи учащихся. Пока еще работают специализированные коррекционные школы для детей-инвалидов – специальные школы VI вида.

Такая школа предназначена для образования детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (двигательные

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП

нарушения, имеющие разные причины и разную степень выраженности, детский церебральный паралич, врожденные и приобретенные деформации опорно-двигательного аппарата, вялые параличи верхних и нижних конечностей, парезы и парапарезы нижних и верхних конечностей).

Школа VI вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

1-я ступень – начальное общее образование (4–5 лет);

2-я ступень – основное общее образование (6 лет);

3-я ступень – среднее (полное) общее образование (2 года).

В первый класс (группу) принимают детей с 7 лет, однако допускается прием детей и на год-два старше. Для детей, не посещавших детский сад, открыт подготовительный класс. Количество детей в классе (группе) не более 10 человек. В школе VI вида установлен специальный двигательный режим. Образование осуществляется в единстве с комплексной коррекционной работой, охватывающей двигательную сферу ребенка, его речь и познавательную деятельность в целом.

Если двигательные нарушения у ребенка тяжелые, и каждый день возить его в школу представляется затруднительным, на помощь приходят школы-интернаты.

В интернате ребенок не только получает общие знания, но и обучается трудовым навыкам, а опытные специалисты проводят мероприятия, направленные на профессиональную ориентацию. Своевременная помощь дефектологов, медиков, инструкторов ЛФК позволяет не только устранить многие нарушения, вызванные заболеванием, но и подготавливает подростка к встрече с окружающим миром.

Если же двигательные нарушения ребенка настолько выражены, что не позволяют ему самостоятельно передвигаться и овладеть навыками самообслуживания, стоит подумать об обучении на дому. Обучение в домашних условиях имеет и достоинства, и недостатки. Конечно, в привычной, хорошо знакомой обстановке ребенок ощущает уверенность и защищенность. А индивидуальная работа педагога с ребенком позволяет уделить ему максимальное внимание и тщательно контролировать процесс усвоения

материала. Однако невозможно постигнуть всю полноту человеческих отношений, находясь только в кругу семьи или читая книги. Обучение один на один с преподавателем лишает ребенка с ДЦП необходимого общения со сверстниками. При таких условиях процесс социализации значительно замедляется, а многие проблемы во взаимоотношениях с окружающими так и остаются нерешенными. Помощь в подобной ситуации могут оказать волонтеры.

Что могут сделать волонтеры?

Волонтеры – это добровольцы, готовые оказывать безвозмездную помощь людям. Для ребенка, пространство жизни которого ограничено квартирой, волонтер – это полномочный представитель окружающего мира. Он может помочь в организации простой прогулки, подменить на время маму, принести ребенку книги из библиотеки, помогать ему делать уроки, свозить его в театр, музей или магазин. Но главное – он может общаться с ребенком (лично, по телефону или электронной почте), обсуждать книги и фильмы, делиться своими мыслями и проблемами. Он может стать хорошим приятелем вашему ребенку или другом на всю жизнь.

К сожалению, многие молодые люди рассматривают волонтерскую деятельность как разовую акцию, и привязавшись к новому знакомому ребенок испытывает обиду, когда его друг больше не приходит. Обычный человек может абстрагироваться от проблемы (разлуки, измены и т. д.), проанализировать ее и вынести ценный опыт. А ребенок с ДЦП, столкнувшись с предательством, принимает это близко к сердцу. Более того, такой ребенок нередко обвиняет в случившемся самого себя. «Если меня бросили, значит, я плохой», – считает он. Самое печальное, что, убедившись в своей «дефектности», такие дети нередко начинают вести себя сообразно этому факту.

Решите для себя и обсудите с ребенком, что приоритетнее – расширение круга общения за счет новых людей, появляющихся и исчезающих в вашей жизни, или поиск настоящего друга.

Познакомившись с волонтером, убедитесь, что этот человек настроен серьезно и понимает свою меру ответ-

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП

ственности перед ребенком, пораженным церебральным параличом, и в зависимости от результата поработайте с ожиданиями вашего малыша.

Только терпение, любовь и участие значимых взрослых постепенно помогут ребенку поверить в себя. К счастью, дети с ДЦП могут вынести тяжелые испытания и при этом найти в себе силы и готовность раскрыться тем, кто их примет, полюбит.

Чем может помочь Интернет?

Информационно-коммуникационные технологии позволяют сегодня снять многие ограничения, в первую очередь, связанные со сложностями перемещения инвалидов, с физической недоступностью для них многих учреждений, в том числе вузов и библиотек, с удаленностью региональных центров и др. Возможности on-line-консультирования, дистанционного обучения и удаленной работы увеличивают шансы вашего ребенка на благоприятную социализацию.

Но, главное, Интернет для большинства пользователей – не только информационный ресурс, но и инструмент общения. Многочисленные сайты общественных организаций родителей, объединенных общей проблемой, и родительские форумы станут вам помощниками. Так же, как вы, эти люди, столкнувшись с болезнью любимого малыша, искали информацию о способах лечения, о лучших специалистах и методиках, переводили тексты иностранных авторов, переживали успехи и неудачи. Они могут поделиться с вами своим опытом, поддержать в трудную минуту советом, ответить на волнующие вас вопросы. Вы же ощутите себя не одинокими в борьбе с тяжелым недугом и сэкономите время, что так значимо на раннем этапе болезни. Можем порекомендовать вам обратить внимание на такие сайты, как Клуб родителей особых детей «Круг» (<http://dcp-krug.ru/>), «Дети-ангелы» (detiangeli.ru), журнал «Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения» (cplife.ru). В массовых социальных сетях созданы группы и темы, объединяющие людей с диагнозом ДЦП: например, группа, организованная М. Ощепковой «Мы просто другие» в «Одноклассниках», или тема Е. Проценко «С ДЦП живут обычной жизнью. Наши истории»

в сети «ВКонтакте».

Когда вы или ваш повзрослевший ребенок испытаете отчаяние и упадок сил – вспомните: вы не единственные, кто живет с тяжелой болезнью. Поймите, что полноценная жизнь возможна и при ДЦП. Вам помогут примеры других людей – достаточно почитать статьи, размещенные на портале «Не инвалид» или персональные сайты людей, живущих с ДЦП.

Кроме того, вы можете создать свой сайт, чтобы поделиться своим опытом с другими людьми, привлечь внимание к достижениям вашего ребенка, и главное – помочь ему при подготовке материалов для сайта осознать свои сильные стороны и получить стимул не сдаваться.

Что может сделать сам ребенок?

Не секрет, что человек ощущает себя счастливым, когда он кому-нибудь нужен, когда он способен помочь кому-то другому. Можно заикнуться на своей болезни, считая себя самым несчастным и требуя на этом основании помощи от окружающих. Можно, наоборот, помочь тем, кому хуже, чем тебе. Можно кормить зимой птиц, взять из приюта щенка или котенка, помогать присматривать за младшими детьми в семье или консультировать неуспевающих одноклассников. Найдите вместе с ребенком такое дело, и он почувствует свою значимость и необходимость в этом мире.

Итак, не замыкайтесь в мирке своей семьи, используйте все возможности для того, чтобы расширить круг общения вашего ребенка и познакомить его с различными видами деятельности. И, помните: от точки ведут 360 путей-линий. Болезнь перекрывает лишь некоторые из этих дорог, все остальные пути открыты.

ПРОФОРИЕНТАЦИЯ И ТРУДОУСТРОЙСТВО ДЕТЕЙ С ДЦП

Вас тревожит вопрос: как сложится жизнь вашего малыша в будущем? Сможет ли он найти себе дело по душе? Сможет ли это дело стать его профессией и источником дохода? Что можете сделать вы, чтобы он нашел свое место в жизни?

Во-первых, нужно как можно раньше задуматься о профориентации. Уже в старшем дошкольном возрасте можно посоветоваться со специалистами о примерном перечне профессий, приемлемых для вашего ребенка. Это, прежде всего, профессии умственного труда. Люди с легкой формой ДЦП могут стать юристами, психологами, экономистами, бухгалтерами, продавцами, медицинскими работниками, педагогами, библиотекарями. Для людей со средней степенью ДЦП больше подойдут специальности, позволяющие работать на дому: из них получаются программисты, журналисты-фрилансеры, при сохранности движений рук – швеи. В тяжелых случаях официальное трудоустройство невозможно, но развитие информационно-коммуникационных технологий позволяет заниматься умственным трудом и инвалидам 1 группы.

Ребенку надо рассказывать о таких профессиях, играть вместе с ним в сюжетно-ролевые игры.

В младшем школьном возрасте можно оформить альбом с картинками производственного процесса и фотографиями представителей этих профессий. Бумажный альбом может сопровождать папка с цифровыми материалами на

вашем компьютере. В эту папку можно собирать песни, художественные и документальные фильмы, видеоролики, посвященные данным профессиям. Работая вместе с ребенком над такими альбомами и папками, вы сможете выявить те виды деятельности, которые вызывают у него больший интерес.

Следующим шагом станет развитие навыков, необходимых в выбранных ребенком видах деятельности. На помощь могут прийти учреждения дополнительного образования. Кружки информатики и программирования, конструирования и моделирования, рисования и лепки не только будут способствовать профессиональному развитию вашего ребенка (ведь лишних умений не бывает), но и введут его в коллектив сверстников, позволят испытать радость творчества. Расширение круга общения и знакомство с новыми видами деятельности даст вашему ребенку представления о профессиональном опыте новых знакомых (и их родственников), а также о плюсах и минусах массовых профессий.

12–14 лет – возраст, когда у детей формируются систематические знания, умение ориентироваться в мире профессий, возникает интерес к конкретной специальности. Рассказывайте ребенку о значении профессий в современном производстве, их истории, о предмете и продукте труда, условиях труда, психофизических требованиях в данной профессии. Пусть продолжает занятия в кружках.

В 14–16 лет пора определяться с направлением трудовой деятельности. Подросток, страдающий ДЦП, должен с помощью родителей, психолога и лечащего врача сделать выбор профессии на основании знаний о мире профессий и представлении о своих особенностях и способностях.

Для этого сначала необходимо ознакомиться с рынком труда: на основании анализа статей в печатных и электронных изданиях выяснить, какие специалисты пользуются сегодня спросом, каких умений и личных качеств ждут от них потенциальные работодатели.

Далее ребенку нужно объективно оценить собственные возможности. Здесь может прийти на помощь методика самооценки «Смотрим и оцениваем себя». Ребенку предлагается вспомнить, какие трудовые операции он уже вы-

ПРОФОРИЕНТАЦИЯ И ТРУДОУСТРОЙСТВО ДЕТЕЙ С ДЦП

полнял в своей жизни (дома, в учреждениях дополнительного образования, в школе и т. д.). Подумать о том, чему он научился и какую деятельность выполняет хорошо. вспомнить, какой опыт и в каких областях он получил. Если подросток затрудняется ответить, ему предлагают в качестве примера истории о трудовом опыте родителей или знакомых. Информация фиксируется в бланке ответов.

Я хочу работать (в какой сфере, кем)	От специалиста работодатель требует	Мои личные качества, которые соответствуют этим требованиям	Я обладаю следующими навыками (опытом работы)	Я могу научиться	Я увлекаюсь

В результате анализа таблицы подросток вместе с родителями и специалистом по профориентации может отметить, соответствуют ли его притязания его интересам, какая сфера трудовой деятельности больше всего отвечает его желаниям и возможностям, какие навыки и умения необходимо развивать, чтобы соответствовать запросам работодателей. Далее можно составить план самоподготовки по развитию необходимых умений и навыков.

В своих советах подростку руководствуйтесь принципом гиперкомпенсации, т. е., во-первых, старайтесь ориентировать его на ту профессиональную область, в рамках которой он добивается наибольших успехов, и, во-вторых, создавайте необходимые условия для развития его в этом направлении. Например, ребенку нравится математика, он добивается некоторых успехов в школе в изучении этого предмета. Значит, целесообразно порекомендовать ему выбор таких профессий, как экономист, программист, бухгалтер и т. п. Чтобы создать дополнительные условия для занятий математикой, можно записать ребенка в кружок программирования, в научное общество учащихся, можно посоветовать поступить в заочную школу экономики.

В 16–17 лет необходимо принять окончательное решение и определить конкретные пути достижения цели. Еще раз надо пересмотреть и изучить самый широкий спектр

профессий, которыми в состоянии овладеть ваш ребенок. Подберите для него примеры того, как получали профессию и трудоустроивались инвалиды с более тяжелыми, чем у него, поражениями, рассказывайте о возможностяхобретения профессии. Найдите информацию об учебных заведениях вашего города, способных предоставить вашему ребенку возможность получить образование. Используйте возможности заочного и дистанционного обучения. Благодаря развитию информационно-коммуникационных технологий ребенок даже с тяжелыми двигательными ограничениями способен получить образование. On-lain-лекции, вебинары, видео-конференции, профессиональные курсы и курсы повышения квалификации, в том числе и бесплатные, дают сегодня возможность значительно расширить свои профессиональные навыки, не покидая стен своего дома.

Не секрет, что диплом в настоящее время получить проще, чем работу. Поэтому еще на этапе обучения следует использовать все доступные для практики возможности. Не стоит игнорировать малооплачиваемую и вообще неоплачиваемую работу. Навыки, которые ваш ребенок получит в ходе ее выполнения, станут его достоянием, а упоминание опыта работы в резюме будет выгодно отличать от других соискателей.

Для самооценки шансов на рынке труда рекомендуем использовать методику «Я и трудоустройство», предлагаемую соискателю в форме анкеты⁸. Познакомьтесь с текстом этой анкеты.

«Чтобы объективно оценить твои возможности по устройству на работу, пожалуйста, заполни этот бланк.

Помни: здесь нет правильных и неправильных ответов – есть только те, которые верны для тебя в данный момент.

Используя шкалу от 1 до 5 (1 – никогда; 2 – редко; 3 – иногда; 4 – обычно; 5 – всегда), оцени в каждом пункте наиболее точно описывающие тебя ответы.

1. Смотрим и оцениваем себя:

• *Я знаю, как определить доступные для меня варианты развития карьеры.*

8 Ефремова Г. И. Пути активизации подростков с детским церебральным параличом в поиске работы и трудоустройстве. – М.: РИЦ АИМ, 2007. – 48 с.

- Я могу рассказать о связи моих интересов с работой, которую я хочу получить.
- Я готов обсуждать с потенциальными работодателями мои личные достоинства (т. е. я имею о них четкое представление).
- При поиске работы я смогу говорить о своих навыках, способностях, образовании, опыте работы и личных качествах от 10 минут и больше.

2. Планирование и организация поиска работы:

- Я позитивно настроен относительно поиска работы.
- Каждую неделю я планирую свое расписание, поэтому знаю, когда и сколько времени я буду заниматься поиском работы.
- При поиске работы я обращаюсь к услугам службы занятости населения.
- В ходе поиска я смотрю предложения по надомной работе (составление и рассылка писем, работа на телефоне). При этом изучаю предприятия, записываю свои действия.
- Я знаю, как предложить свои услуги организации, которая не печатает объявлений в газетах (но у которой могут быть вакансии).
- Я знаю, как установить личные контакты, которые помогают узнать больше информации о рабочих местах.
- Перед тем, как обращаться в организацию (фирму), я собираю о ней доступную информацию (ее масштабы, что она выпускает или предлагает).
- Я знаю, как составить резюме специально для того рабочего места, на которое я претендую.
- Мое резюме выглядит привлекательно, оно профессионально составлено.
- Я способен сам аккуратно заполнить анкету работодателя.

3. Подготовка к собеседованию:

- Перед прохождением собеседования я чувствую себя абсолютно уверенно.
- Я знаю, как произвести благоприятное впечатление на собеседника в первый момент встречи.
- Я готов ответить на все вопросы, которые обычно задают на собеседовании.
- В ходе собеседования я готов показать свой интерес к

предложенному рабочему месту и к организации в целом.

- После собеседования я стараюсь критически рассмотреть свое поведение.

4. Рассматриваем возможные варианты занятости:

- Я знаю об альтернативных трудоустройству вариантах – о продолжении обучения или создании собственного дела.

- Я знаю, что существует работа с неполной занятостью и как ее найти.

- Я знаю, где могу повысить свою компетенцию и навыки.

- Я знаю, где найти информацию, которая поможет мне в поисках работы.

5. Составляем реалистичный бюджет:

- Я полностью контролирую свои доходы и траты.

- Я могу определить источники денег, которые мне доступны в период поисков работы.

- Я могу рассчитать мои ежемесячные траты на период поиска работы.

- Я знаю, как составить бюджет, который поможет мне в этот период.

Сложите получившиеся баллы. Просчитайте свой результат.

110 и выше – ты хорошо подготовлен к поиску работы. Чтобы подготовиться еще лучше, изучи каждый раздел со своим консультантом, уделяя внимание тем областям, которые нужно довести до совершенного уровня.

От 65 до 110 – отчасти ты готов к поиску работы. Внимательно пройди со своим консультантом каждый раздел и найди время, чтобы проделать те действия, с которыми у тебя возникли сложности.

65 и менее – шаг за шагом тебе нужно проработать со своим консультантом все разделы анкеты. Постарайся как можно лучше отрабатывать каждое задание, перед тем как переходить к следующему».

Даже если у вашего ребенка не будет возможности посоветоваться с консультантом, вопросы анкеты четко указывают, какую еще информацию он должен постараться найти, какие навыки приобрести, чтобы поиск работы завершился успехом.

При необходимости, мы советуем в режиме ролевой игры отрепетировать возможные варианты собеседования с ра-

ПРОФОРИЕНТАЦИЯ И ТРУДОУСТРОЙСТВО ДЕТЕЙ С ДЦП

ботодателем. И не сдавайтесь, если первые попытки трудоустройства не были успешны, ваш ребенок все равно приобрел новые умения и опыт.

Именно о приобретении новых умений, важности опыта работы (пусть и не всегда оплачиваемой) для развития профессиональных навыков и поиска работодателей идет речь в предлагаемой ниже статье Александра Ильина. Автор, инвалид I группы с диагнозом ДЦП, с отличием закончил среднюю школу, учился на физико-техническом факультете Чувашского госуниверситета, работал редактором журнала, дизайнером-верстальщиком печатных изданий, веб-разработчиком. Его статья – это личный опыт и взгляд на проблему трудоустройства инвалидов человека, сумевшего найти свое место в жизни и ставшего специалистом в любимом деле, несмотря на инвалидность. В ней четко обозначились многие ваши проблемы и пути их решения, хотя речь идет в основном об инвалидах с сохраненным интеллектом.

ТРУД – АТТРИБУТ ПОЛНОЦЕННОЙ ЖИЗНИ⁹

Чтоб жизнь прошла не как-нибудь, учиись, трудись и нужным будь!

Будь счастливым не ленись: созидай, твори, трудись!

Ученье и полезный труд от пустоты в душе спасут.

Мои поговорки ©

Помню, как сейчас, то время, когда я заканчивал школу. Это было давно – в прошлом веке и даже в другой стране, называвшейся СССР. Но, как и перед большинством других старшеклассников – и в те времена, и сейчас, – перед мной стоял вопрос: куда пойти дальше учиться, а затем работать? Вопрос банальный и знакомый, наверное, каждому. Однако для меня он был особенно сложным. Ведь учился я в особой школе – интернате для детей-инвалидов. И те профессии, что мне могла предложить страна, ограничивались тремя вариантами: сапожник, часовщик и бухгалтер. Первые два сразу отпадали: моими парализованными руками часы можно только ломать, а не чинить. Ну, а карьера бухгалтера меня тоже как-то не прельщала, несмотря на мое увлечение математикой.

С тех пор прошло почти 30 лет. Сменился век. Сменилась страна. И, оглядываясь назад, я удивляюсь, как многое изменилось. Появились компьютеры, Интернет. Открылись возможности дистанционного обучения и работы.

С 1998 года, когда в моей трудовой книжке появилась первая запись, я почти постоянно работал. Чем только не занимался: выпуском журнала, вёрсткой и дизайном печатных изданий, разработкой сайтов, программированием. Конечно, моя работа не была высокооплачиваемой. Но мне всегда было интересно то, чем я занимаюсь, и всегда было важно быть востребованным, нужным, делать что-то полезное. За все эти годы я убедился, что, даже имея инвалидность I группы, вполне можно найти работу, причем по душе.

Но убедился я и в другом: человеку с инвалидностью найти работу очень нелегко. Нам вообще многое дается значительно труднее, порой даже самые простые вещи: общение, передвижение, самообслуживание. А что уж говорить

⁹ Ильин А. Труд – атрибут полноценной жизни // Иная даль. 2015. – [Электронный ресурс]. URL: <http://иная-даль.рф/proza/trud.html> (дата обращения 26.07.2019)

о более сложном: семья, работа...

Нужна ли вообще работа людям с инвалидностью? И как ее найти, как помочь тем, кто хочет работать? Почему так трудно инвалидам в нашей стране найти работу, несмотря на современные информационные возможности? В последнее время я часто задумываюсь над этими вопросами. Хотя это может показаться странным: думать о проблемах трудоустройства, работая в серьезной интернет-маркетинговой компании. Но, может, дело просто в том, что периодически я слышу: «Саш, помоги найти работу». И в бессилии развожу руками...

Иллюзия широких возможностей

Компьютер и Интернет – эти два явления сильно изменили жизнь всего общества. А для людей с инвалидностью они стали играть еще более значимую роль. Мир словно распахнулся – и из замкнутого пространства в окружении четырех стен мы вдруг вырвались в некое открытое пространство: всемирную сеть, где нет никаких расстояний, где можно свободно общаться, даже если ты не можешь произнести ни одного слова!

Естественно, это значительно расширило наши возможности. И если во времена моих школьных лет число профессий, доступных инвалидам, легко можно было пересчитать по пальцам одной руки, то теперь их трудно даже перечислить. Вот лишь некоторые возможные направления:

- компьютерный набор текста (в издательствах);
- компьютерная верстка и дизайн печатных изданий (в издательствах, типографиях);
- подготовка текстовых материалов для печатных и интернет-изданий (копирайтинг);
- разработка и обслуживание веб-сайтов, форумов и прочих интернет-ресурсов;
- программирование: веб-приложений, приложений для смартфонов и т. д.;
- дизайн веб-сайтов;
- дизайн интерьеров, компьютерная визуализация дизайна;
- видеомонтаж;
- фотоуслуги.

Список действительно очень неполный (попробуйте продолжить его сами). Но уже по нему видно: выбор теперь куда шире, чем 30 лет назад. А главное – всем этим могут заниматься даже инвалиды I группы (с сохранным интеллектом), работая на дому.

Однако насколько все эти направления деятельности реально распространены в обществе, среди инвалидов? По данным Министерства труда и социальной защиты РФ за 2012 год, **из 3,39 млн инвалидов, находящихся в трудоспособном возрасте, работает только 20,3%**. При этом я не нашел никакой статистики о том, каков процент работающих инвалидов I группы, и много ли инвалидов работают программистами, дизайнерами, верстальщиками, фотографами. Но, по моим наблюдениям, их крайне мало, а среди инвалидов I группы – и вовсе единицы.

Почему же так происходит при наличии всех современных возможностей? Я бы выделил три основные причины.

Во-первых, многим инвалидам не хватает знаний и опыта. Мне не раз приходилось слышать: «Я готов делать всё, что скажут». Конечно, это вызывает лишь улыбку: если я попрошу этого человека подготовить шаблон для Джумлы, он вряд ли даже поймет, о чем его просят. Очень трудно подобрать работу тому, кто готов делать всё, но в реальности ничего сделать не сможет. Да, его можно многому обучить. Но, как правило, в условиях современного рынка у работодателя на это нет ни времени, ни желания. Без опыта на работу никого брать не хотят, даже здоровых.

Во-вторых, многие работодатели морально не готовы работать с инвалидами, особенно дистанционно. Это может звучать грустно и неприятно, но все же: будь вы даже опытный веб-мастер, на это место, вероятнее всего, захотят принять здорового человека. Что вполне понятно: если работодатель не имеет опыта работы с сотрудниками дистанционно, то, естественно, он стремится идти более знакомым, проверенным путем.

И третья причина, с которой, может быть, не все согласятся, но о которой я все же не раз слышал и сам ее замечал: далеко не все инвалиды хотят работать. И это тоже можно понять. Вставать каждый день в одно и то же время и делать то, что необходимо, независимо от настроения, жела-

ния, интереса, – это требует неких волевых усилий, некой тренировки, что ли. Многим хорошо знакомо, как порой непросто возвращаться к работе после длительного отпуска или вынужденного перерыва. А если человек впервые начинает работать лишь лет в тридцать, ему еще труднее. У здоровых, как правило, есть «железный» стимул: нужно кормить себя и семью. А у нас есть пенсия – надежный финансовый тыл. Так к чему работать, ради чего?

Зачем инвалиду работа?

Конечно, у нас есть пенсия, и спасибо государству за это. Но наивно было бы думать, что пенсии хватает на всё. Хорошо, если человек живет с родителями, берущими на себя все хозяйственные заботы и расходы. Но даже в этом случае хочется финансовой независимости, чтобы иметь возможность приобрести то, о чем мечтаешь, ни у кого не спрашивая.

Сложнее тем, кто остался без родителей, – увы, таких случаев тоже немало. Вот тут начинаешь понимать, что пенсии может не хватить не только на новый смартфон, но и на квартплату, растущую по своим непостижимым законам. А когда в квартире вдруг что-то ломается (техника имеет такое свойство, увы) или тебя затопит сосед сверху, так что срочно потребуются ремонт, то и вовсе хватаешься за голову! Говорить же о новых пластиковых окнах взамен старых деревянных вообще не приходится – затыкай на зиму старые окна непослушными больными руками.

Даже если тебе повезет, и ты найдешь свою половинку, жить двум инвалидам без посторонней помощи тоже непросто. Множество мелких и, казалось бы, незначительных проблем, невидимых со стороны, приводят к совершенно неожиданным расходам: оплата соцработника, частые поездки на такси за различными справками, вызовы электрика, чтобы просто поменять сгоревшую лампочку... Обыкновенное мытье окон – даже это требует обращения в специальные агентства. А если у такой семейной пары появится ребенок? Скорее всего, понадобятся услуги няни, оплатить которые из пенсии крайне затруднительно.

Но бывают и более сложные ситуации: мама – инвалид первой группы, практически в одиночку воспитывающая ребенка. Тут и объяснять не нужно, как сложно прожить на

одну пенсию. А ведь это тоже не какая-то исключительная редкость. Даже в своем небольшом окружении я знаю три таких случая!

Все эти ситуации я описал именно потому, что непосредственно наблюдал их и даже проходил сам. Долгое время я жил с мамой. Затем остался один: из-за болезни мама ушла из жизни слишком рано. А потом женился, и теперь мы живем вдвоем с супругой без посторонней помощи. Обустройство квартиры под свои потребности, самостоятельное ведение хозяйства – всё это оказалось вполне реально нам самим. Но сделать это только на пенсию, без всякой помощи однозначно невозможно – в этом я убедился, пройдя через множество разных ситуаций в своей жизни.

Стремление быть полезным

Да, дополнительный заработок часто бывает крайне необходим. Но это лишь одна сторона. Лично я никогда не стремился работать только ради заработка. Заканчивая школу-интернат, я даже и не думал о работе: в моем положении это казалось совершенно нереальным. Но для меня примером всегда были мои мама, бабушка и дедушка, которые всю жизнь работали, что называется, не покладая рук. И работали не только чтобы заработать на хлеб (а на большее и не хватало). Просто человек должен что-то делать в этой жизни. Он должен быть полезным и нужным. Если и не стране, то хотя бы своим близким.

Может быть, такие мысли в наше время многим покажутся наивными. Но я рос и воспитывался именно на этом. Наверное, поэтому всегда хватался за любую возможность работать, не пугаясь мизерной зарплаты. И когда мне впервые предложили работу – собирать мебельную фурнитуру, – я без колебаний согласился. В то время – в конце 90-х прошлого века – было выгодно официально принимать на работу инвалидов: предприятиям давались льготы. И многих зачисляли чисто формально. Но мне дали реальное дело: каждую неделю привозили большой мешок с деталями мебельных ручек, которые нужно было собирать. И мы собирали, все вместе: мама, бабушка, я. Помню, даже мозоли натёр. Смеялся: первые трудовые! Но когда получил первую зарплату и купил маме удобный электрочайник,

это было такое воодушевление: я МОГУ работать! Даже с большими руками я МОГУ приносить какую-то пользу!

Эта моя первая работа была недолгой, около года. Но и дальше я брался за всё, что предлагали: решал контрольные по физике и математике, печатал тексты объявлений. А в 2000 году мне предложили издавать журнал. Зарплата была еще меньше, чем в первый раз. Но разве это имело значение! Возможность выпускать журнал для инвалидов всей страны, делать что-то действительно стоящее, полезное – это было пределом мечтаний! Пусть я не умею, пусть трудно, но я же научусь! И потраченные на журнал усилия действительно дали такой результат, который, наверное, несравним с доходом даже миллионеров: множество писем со всей страны, множество новых друзей. Бесценный опыт: подготовки материалов, верстки, разработки первого сайта...

Журнал «Поле надежды» просуществовал недолго, лишь три года. Но он дал мне очень многое, многому научил. Именно тогда я отчетливо понял, как нужна человеку работа, в чем ее истинная ценность. Работа, в самом лучшем ее понимании, – это не только финансовый доход и материальное благополучие. Это общение и дружба, это любимое дело и набираемый опыт, мастерство. Это ощущение самореализации, ненеприятности своей жизни. Ощущение, что ты делаешь что-то нужное, хотя бы для кого-то. Что ты не хуже других, здоровых. И вот как раз это для нас – людей, особенно остро чувствующих свою слабость, ненужность, ущербность, – особенно важно. Может быть, именно это и делает нас полноценными.

Когда работодатель поворачивается спиной

Наверное, на первых порах мне просто везло: работа в основном находилась сама. Но так было далеко не всегда. В 2004 году, после того как закрылся журнал «Поле надежды», я вдруг оказался словно в вакууме. Чем заниматься дальше, в каком направлении идти? Как и прежде, я был готов браться за любую работу. Но теперь я кое-что уже умел: верстать сборники и журналы, делать сайты. Кажалось, с таким багажом работу найти гораздо проще. И вместе с мамой мы активно взялись за поиски: регулярные просмотры различных объявлений о работе, рассылки ре-

зюме...

Но здесь меня ждали первые разочарования: даже те немногие работодатели, которые отзывались на резюме, мгновенно теряли интерес, узнав о моей группе инвалидности. Больше всего перспектив было найти работу веб-мастером: некоторые веб-студии города после знакомства с сайтом «Поле надежды» согласились взять меня на работу. Но на одном условии: я должен был работать в офисе. Условие для меня было невыполнимым.

Так я столкнулся с жестокой действительностью: большинство работодателей не готовы брать на работу инвалидов. И с этим я ничего не мог поделать, увы. Но я мог другое: продолжать заниматься тем, что мне нравилось. А еще я мог предложить свою помощь другим, например журналу «Луч Фомальгаута». Познакомились мы еще в начале 2000-х: мне нравился этот скромный, но умный журнал, по духу близкий «Полю надежды». Но я видел, что над ним работают практически лишь два человека, не имеющие опыта верстки и дизайна. А у меня кое-какой опыт в этом уже был. И было время. И желание.

Так я вошел в небольшой коллектив журнала «Луч Фомальгаута», выпускавшегося Центром социокультурной анимации «Одухотворение» (Москва). Вошел, можно сказать, по собственной инициативе. Вначале для меня это была работа для души – как и с «Полями надежды». Но постепенно издательская деятельность в «Одухотворении» стала выходить на более профессиональный уровень, редакция доросла до целого издательства, выпускающего помимо журнала сборники произведений талантливых авторов-инвалидов, научно-методические издания. Появились сторонние заказы (бюллетень «Молодежь. INV: мы вместе»).

Параллельно я продолжал осваивать премудрости веб-разработки. Вначале чисто для себя – просто было интересно. Но после того как сайт «Поле надежды» вышел в финал крупного Всероссийского конкурса веб-мастеров, у меня появились первые заказы из Москвы на разработку веб-сайтов. Это было большим волнительным событием: мои первые заказы! Тут уже требовался другой уровень профессионализма: нужно сделать так, чтобы понравилось заказчику, который, к тому же, не всегда может четко

сформулировать, что же ему нужно (и ничего не знает о моем диагнозе). Здесь мне было чему учиться, и не всегда всё получалось. Но, тем не менее, с некоторыми из своих первых заказчиков я до сих пор поддерживаю хорошие отношения и продолжаю техобслуживание их сайтов. В дальнейшем работа над веб-проектами началась и в «Одухотворении»: сайты «Луч Фомальгаута», «Одухотворение», «Открой себя».

Казалось бы, всё складывалось замечательно: хотя в своем городе я работу так и не нашел, но без дела не остался, причем занимаясь тем, что мне нравится. И, тем не менее, не всё меня удовлетворяло. За исключением отдельных заказов (которых, в общем-то, было немного), в основном я работал лишь в организациях, занимающихся инвалидами, где я был единственным дизайнером/верстальщиком и веб-мастером. График работы у меня был свободный, а заработок – нерегулярный и невысокий. Думая об этом, я часто задавался вопросом: а смог бы я работать в серьезной компании, никак не связанной с инвалидами, в команде специалистов, наравне с ними? Причем на дому, дистанционно? Я понимал, что это было бы куда сложнее, но именно такая работа казалось мне серьезной профессиональной деятельностью. И именно об этом я мечтал. Мечтал и боялся, боялся и хотел, хотя бы попробовать: смогу ли?

А в 2011 году эта мечта вдруг переросла в необходимость: я попал под сокращение и остался без работы, не было даже заказов. При этом в моей личной жизни назревал серьезный поворот: ко мне переехала девушка, с которой мы давно встречались и собирались расписаться. Впереди была свадьба и совместная жизнь двух инвалидов первой группы без посторонней помощи. Надеяться нам было не на кого: я остался, увы, без родителей, мои двоюродные сестры, помогавшие до этого, разъехались. А родители моей супруги живут в другой области, за семьсот километров от нас. Надеяться приходилось лишь на себя, самому нужно было заработать и на свадьбу, и на дальнейшее обустройство квартиры (затыкать на каждую зиму старые деревянные окна мы точно не могли).

Экстремальное погружение в мечту

Наступать на старые грабли и вновь искать работу по объявлениям в своем городе мне вовсе не хотелось: за семь лет в этом плане вряд ли что-то могло измениться. Но в Интернете за это время изменилось многое: появились социальные сети, сайты фрилансеров, объявлений и вакансий. Поэтому поначалу мне казалось, что найти заказы в Интернете не составит труда. Однако несколько месяцев прочесывания сайтов по фрилансу не дали результата: все заказы были с такими высокими требованиями по скорости исполнения (во всяком случае, для меня), причем без всякой гарантии оплаты, что я не решался даже связаться с заказчиками. Давать объявление на таких сайтах я тоже не решился: оно бы сразу затерялось.

И тогда я решил попробовать дать объявление на известном интернет-портале для инвалидов disability.ru, в разделе «Биржа труда». Описал список услуг, которые могу предложить, указал опыт работы и навыки, дал ссылки на некоторые сайты, которые делал (вместо портфолио). Честно говоря, особых надежд на это объявление я не возлагал. Но, к моему удивлению, результат не заставил себя ждать: тут же я получил предложение, причем не одно! Выбрал наиболее простое и прозрачное в плане оплаты: верстке сайтов по готовому дизайну.

А через месяц в ответ на то же объявление пришло еще одно предложение, которое меня поразило: директор Самарского интернет-маркетингового агентства с десятилетним стажем предлагал мне дистанционную работу в качестве штатного сотрудника. Это было как раз то, о чем я мечтал! Отказаться я, конечно же, не мог. И после выполнения тестового задания я с головой погрузился в работу, к которой всегда стремился и которой боялся...

«Погружение» оказалось непростым, как я и предполагал. Но сложности были вовсе не в том, что я чего-то не знаю, не умею. И даже не в том, что работа была дистанционной. Конечно, многому приходилось учиться: осваивать различные CMS, модули, методы верстки и т. д. Но мне это было всегда интересно. Дистанционная форма общения тоже не вызывала сложностей в совместной работе: мы вполне понимали друг друга без визуального контакта («рыбак

рыбака...» поймет и по аське) и видели результаты работы прямо он-лайн, на рабочих сайтах.

Сложности были в другом: резко возросший объем работы и чуждая для меня маркетинговая составляющая. Я всегда мечтал о «постоянном потоке сайтов», но впервые увидел, что это значит «в реале»: одновременная работа сразу с несколькими сайтами, зачастую с недостаточным количеством материалов и отсутствием дизайна, большой объем ежедневно создаваемого кода (HTML, CSS), который нужно набирать вручную, придумывая на лету, огромные каталоги продукции на сотни страниц, галереи с множеством увеличивающихся изображений, различные маркетинговые приемы и фишки для увеличения конверсии...

Да, с таким потоком мне еще не приходилось сталкиваться: за два года работы в агентстве я сделал намного больше сайтов, чем за предыдущие десять лет. Казалось бы, веб-разработка – интеллектуальный труд. Тем не менее, всё приходится делать руками, а не усилием мысли. И с моими непослушными руками у меня получалось значительно медленнее, чем у моих коллег. Я уставал, злился на себя за медлительность, пытался делать быстрее – но только уставал еще больше. Мне казалось, что я торможу работу и подвожу всю компанию, что не продержусь даже полугодом, и меня скоро уволят.

Но вместо увольнения через полгода я получил премию. Первую премию в своей жизни! И наконец-то понял, что главное – вовсе не скорость работы. Главное – это профессионализм и ответственный подход к своему делу.

С тех пор прошло почти семь лет. Я по-прежнему работаю в том же агентстве. И теперь уже не так спешу, не так устаю. Просто стараюсь спокойно и качественно выполнять свою работу (пусть и медленнее других). А еще – стремлюсь постоянно учиться. После многих лет работы в сфере веб-разработок я чувствую себя студентом: современные интернет-технологии настолько быстро развиваются, что приходится все время осваивать что-то новое. И это, может быть, один из плюсов моей работы: некогда останавливаться и стареть!

Решения проблем – в наших руках

Но эта работа дала мне еще кое-что. Я убедился, что ин-

валид I группы вполне может работать дистанционно в коммерческих компаниях, никак не связанных с инвалидами, и что это может быть даже выгодно для таких компаний. Парадоксально? Вовсе нет. Подумайте сами:

1. Большинство инвалидов с сохранным интеллектом могут выполнять компьютерную работу не хуже, чем здоровые компьютерщики.

2. Большинство инвалидов не избалованы высокими доходами и не столь требовательны к размеру заработной платы.

Эти два пункта могут очень многое изменить, если начнут доходить до руководителей и самих инвалидов. Конечно, далеко не все пока это осознают. Но прогрессивные люди все же есть, в том числе среди руководства. И мой случай – подтверждение тому.

Почему опытный директор интернет-маркетингового агентства просматривал объявления на сайте для инвалидов disability.ru? Может, он чисто случайно там оказался? Или мне просто повезло?

Я часто думал об этом. И постепенно понял, что всё не так уж случайно. За время работы в агентстве я не раз удивлялся тому, как наш директор умел находить нестандартные решения, для того чтобы сделать качественный сайт с минимальными затратами, без привлечения дорогостоящих дизайнеров, программистов. И, скорее всего, принятие на дистанционную работу инвалида I группы, имеющего необходимый опыт, было одним из таких нестандартных, но продуманных решений.

Лично для меня это стало просто открытием, и именно это подтолкнуло к написанию данного текста. Мне захотелось поделиться своим опытом и пониманием путей решения тех трех проблем, которые я обрисовал в самом начале. Возможно, мои выводы многим могут показаться неожиданными и спорными. Но они не спонтанны, а сложились в течение многих лет поиска, проб и ошибок, неудач и побед. И я готов их повторить снова:

1. Приобрести необходимые для работы знания и опыт может любой человек самостоятельно, даже без трудоустройства.

2. Принимать на работу инвалидов может быть финансово

выгодно даже коммерческим организациям, деятельность которых никак не связана с инвалидами.

3. Работа инвалидам нужна даже больше, чем всем остальным: не только как средство заработка и самообеспечения, но и как средство реабилитации, интеграции в общество.

Почему-то мне верится: если это осознают и сами инвалиды, и работодатели, то многое в нашей стране может измениться. Верится, что среди инвалидов у нас много умных, одаренных людей, которые вполне могут работать наравне со здоровыми над сложными и важными проектами. Верится, что когда-нибудь мы к этому и придем, что это станет нормой, когда в любой компании одним общим делом будут заниматься вместе со здоровыми специалистами люди с ограниченными физическими возможностями, но с таким же уровнем квалификации, с такими же способностями к созиданию и саморазвитию.

План действий

Путь к этому, конечно же, долг и непрост. И очень многое на этом пути зависит от нас самих. Не стоит думать, что нам должны предоставить работу только потому, что мы нуждаемся в этом. Бесплезно ждать, когда нам всё дадут, нас всему научат. Нужно искать свое дело, учиться и набираться опыта самостоятельно. Нужно быть профессионалами в своем деле, чтобы нас принимали на работу и ценили именно как профессионалов.

Но для этого вовсе не обязательно совершать какие-то невероятные усилия. Всё можно делать даже в свое удовольствие. Ведь мне не приходилось совершать никаких героических поступков. Прочитайте внимательнее все написанное выше – и вы поймете это. Но если перечитывать неохота, попробую резюмировать в виде некой инструкции к действию – для тех, кто хочет действовать без лишних слов!

Оглянитесь вокруг, пообщайтесь с друзьями и знакомыми, пройдитесь по Интернету – и выделите те направления деятельности, которые сейчас актуальны и выполнимы в вашем физическом состоянии. Составьте список (начало его уже есть – выше, но он может быть гораздо длиннее). Выделите из него то, что соответствует вашим интересам и

способностям, к чему лежит душа.

Не думайте, что у вас ничего не получится, – вы все равно ничего не потеряете. Просто пробуйте, учитесь, читайте (Интернет вам в помощь), снова пробуйте – и получайте удовольствие. Если вы выбрали правильно, то вам это понравится, увлечет и затянет.

Не стесняйтесь делиться результатами с близкими, друзьями: если это нравится вам, то может понравиться и друзьям. Ну, а если понравится друзьям, то можно показать и другим, незнакомым. Найдите тех, кому ваша работа может быть необходима, – и предложите. Предложите бесплатно! Я уверен: ваше предложение будет принято.

Не гонитесь за большими доходами и дорогими заказами, не отстраняйтесь от возможности в первое время работать бесплатно. Делайте всё с душой, с интересом, не думая о выгодах. И тогда вы получите намного больше: опыт, друзей (и потенциальных клиентов), багаж уже выполненных работ (портфолио). Ну, а с таким багажом со временем вы уже легко сможете либо найти серьезную оплачиваемую работу (обязательно собирайте портфолио, оно ценнее любых резюме!), либо открыть свой собственный бизнес.

Попробуем этот план конкретизировать.

Допустим, вы пишете стихи или рассказы, и друзьям они нравятся. Пройдитесь по Интернету: вы найдете огромное множество сайтов, регулярно выкладывающих новые материалы. Наверняка таким сайтам нужны авторы. И среди огромного моря подобных сайтов вы с большой вероятностью сможете найти что-то близкое вам по интересам. Напишите для этого сайта пару статей, вложив в них свой интерес к выбранной теме, свои мысли и чувства, – и предложите им эти статьи бесплатно. Я уверен: ваши материалы примут и предложат написать еще. Не отказывайтесь. И не ограничивайтесь одним сайтом. Пусть первое время вы будете писать бесплатно (или за какую-то символическую плату). Но вы наберете, таким образом, опыт и портфолио.

Или, предположим, вам нравится рисовать. Посмотрите, опять же, Интернет: со своим художественным вкусом вы легко найдете огромное множество сайтов, оформленных крайне примитивно, безвкусно. А среди них вполне могут быть и сайты, которые вам покажутся интересными по те-

матике, и вы увидите, как их можно оформить иначе, лучше. Так чего же ждать? Нарисуйте новый дизайн, вложив свое видение, и предложите им – бесплатно! Я уверен: если ваш дизайн понравится и вам, и им, то от такого предложения будут просто в восторге! Не только примут, но и напишут о вас с благодарностью на сайте. Вы не окажетесь в накладе, поскольку получите и первый опыт, и первых потенциальных клиентов: в следующий раз, задумав обновить дизайн сайта, они наверняка обратятся к вам. А вы тем временем проделаете то же самое с другими сайтами, наращивая свой опыт, портфолио и потенциальную клиентскую базу.

А может, вам нравится фотографировать? Замечательно! Делайте это в свое удовольствие, учитесь, фотографируйте красивые пейзажи, друзей, делитесь удачными фотографиями. Если вам это действительно нравится, если вы этим горите и не выпускаете фотоаппарат из рук, то у вас будет получаться все лучше и лучше, ваши фотографии будут нравиться, вас начнут просить о фотосессиях, рассказывать о вас знакомым. Не отказывайте, устраивайте бесплатные фотосессии. Вы получите и удовольствие, и опыт, и будущих клиентов.

Кстати, у меня есть один знакомый, который так и делает. В результате травмы позвоночника он оказался прикованным к коляске. Но это не мешает ему увлекаться фотографией. И фотоаппарат теперь, пожалуй, такая же его неотъемлемая часть, как инвалидная коляска. У него здорово получается, видел сам: сделать хорошую портретную фотографию человека с гиперкинезами лица – это мастерство, доступное не каждому фотографу в дорогих фотостудиях. Но он пока все делает бесплатно: домашние фотосессии, различные фотоколлажи. Делает правильно и мудро. Потому что закладывает твердую основу для дальнейшей профессиональной деятельности. У такого человека все получится.

И у вас тоже. Если захотите. И не думайте, что у вас нет способностей. Они есть у каждого. Просто мы о них не всегда знаем. Нам часто кажется, что способности – это когда пишут стихи, рисуют картины. А способности могут проявиться совершенно неожиданно – например, в приготовлении вкусной пищи или в вышивке. И если вам это

ПРОФОРИЕНТАЦИЯ И ТРУДОУСТРОЙСТВО ДЕТЕЙ С ДЦП

нравится, если вы это делаете с удовольствием, все лучше и лучше, это понравится и другим, будет нужно и востребовано. А значит, может стать для вас делом, приносящим и удовольствие, и доход. Откроете со временем надомное ателье модной вышивки или надомный магазин вкусной домашней выпечки. А друзья и социальные сети о вас всем расскажут. Почему бы и нет? Дерзайте!

Александр Ильин

Вместо заключения

В заключение хотелось бы ознакомить вас с еще одной статьей. Многое, о чем говорится в этой статье, нашло отражение на страницах этой книги, но сейчас перед вами – особое свидетельство.

Автор, несмотря на тяжелую форму ДЦП (инвалид 1 группы, 3 степень ограничения), с серебряной медалью окончила школу, а затем с отличием университет по специальности «Педагогика и методика дошкольного образования». Мария Ощепкова разработала методiku ««Говорящие» слова, или Ключ к познанию», включающую комплекс развивающих занятий для дошкольников и практические рекомендации для их родителей¹⁰, готовила детей к школе. С 2010 по 2016 гг. Мария являлась постоянным автором статей для журнала «Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения». Работала корректором в журналах: «То, что нужно», «МолотоV», «Мужской разговор» и «Реалист». В свободное время пишет стихи и прозу. Уже вышли в свет автобиографические повести «Окно в мир» и «Цена счастья».

Ее «Советы для полноценной жизни» – это взгляд на проблему воспитания ребенка, пораженного церебральным параличом, как со стороны специалиста, так и со стороны инвалида детства, основанные как на личном опыте, так и на достижениях современной науки.

Советы для полноценной жизни¹¹

В медицинских карточках ваших детей стоит страшная аббревиатура: ДЦП... Да, это заболевание серьезное и, к сожалению, неизлечимое. Ребенок с таким диагнозом, даже если у него легкая форма, НИКОГДА не станет абсолютно здоровым. Однако родителям не надо отчаиваться и опускать руки. Известны случаи, когда, казалось бы, безнадежные дети становились полноценными людьми. Вопреки неблагоприятным прогнозам они смогли многого добиться в жизни.

Самое сложное для больного ребенка – научиться жить

¹⁰ Ощепкова М.А. «Говорящие слова» или ключ к познанию: Книга для любознательных детей и неравнодушных родителей о происхождении слов. – Иркутск: ООО «Издательство «Аспринт», 2011.- 60 с.

¹¹ Ощепкова М.А. . Советы для полноценной жизни. // Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения. 2010. №3. С.30-31.

в мире, практически неприспособленном для людей с ограниченными возможностями. Труднодоступная среда (нехватка пандусов, лифтов, специального транспорта) существенно снижает и без того ограниченные возможности инвалидов с ДЦП. В результате дети и взрослые вынуждены жить в закрытом мире, являясь поневоле изолированными от общества. Однако наивно полагать, что устранение препятствий, затрудняющих передвижение (создание так называемой безбарьерной среды), сразу решит все проблемы. Не менее важно подготовить общество к адекватному восприятию людей с ограниченными возможностями.

Ни для кого не секрет, что в нашей стране отношение к инвалидам пока оставляет желать лучшего. Это неудивительно: обычные люди практически не видят тех, кто не соответствует «стандарту», и поэтому, встретив на улице человека с ограниченными возможностями, не знают, как к нему относиться. Нередко здоровые дети (да и взрослые) начинают до неприличия пристально разглядывать «диковинку». Самое досадное (для меня, по крайней мере), когда начинают задавать «невинные» вопросы: «Что с тобой?», «А ты говорить умеешь?», «А читать?» и т. п. В результате каждый раз приходится доказывать, что ты не дурак и во многом не хуже остальных. Но, к сожалению, тяжелый осадок надолго остается в душе.

Что делать? Как защитить ребенка от подобного «внимания» окружающих и помочь ему поверить в себя?

Главное, что нужно больному малышу с самого рождения, это любящие родители, которые принимают его таким, какой он есть, со всеми его проблемами и недостатками. В этом случае он будет уверен в своей значимости. Если родители не будут стыдиться своего ребенка, то он и сам быстро научится адекватно относиться к своей болезни и реально оценивать свои возможности. От родителей зависит, будет ребенок считать себя несчастным инвалидом или, несмотря на ограниченные физические возможности, полноценным человеком.

Как инвалид со стажем (тяжелая форма ДЦП) и педагог-психолог хочу дать несколько советов родителям:

1. Обязательно учитывайте индивидуальные особенности (и возможности!) своего ребенка.

Некоторые родители требуют от ребенка неукоснительного выполнения всех требований лечебной гимнастики и учебных заданий, не учитывая его физические и умственные возможности. Отказ сына или дочери они воспринимают как непослушание и нередко прибегают к наказаниям. Ребенок очень расстраивается: он же не виноват в том, что не может выполнить непосильных требований. Он, скорее всего, хочет, но у него не получается. Родителям нужно научиться определять, когда сын или дочь действительно не в состоянии выполнить упражнение, а когда просто капризничает. Именно поэтому необходимо всегда учитывать реальные возможности своего ребенка и освобождать его от слишком сложных заданий. В противном случае ребенок вынужден постоянно испытывать напряжение и чувство вины оттого, что не может угодить родителям. Это нередко приводит к нервным расстройствам и даже ухудшению его физического состояния.

Все вышесказанное ни в коем случае не означает, что ребенка нужно максимально оградить от всевозможных трудностей и всё делать за него. Наоборот, необходимо привлекать его к различным видам деятельности, поощрять малейшие попытки к самостоятельности. Родителям важно дать малышу понять, что ничего невозможного нет. Не получается ползать на четвереньках – попробуй перекачаться с боку на бок. Не можешь держать ручку – давай попробуем писать иначе. Я знаю мальчика, который печатал на машинке пальцами ноги, а одна женщина рисовала, держа кисточку в зубах. Чем тяжелее патология, тем настойчивее приходится искать альтернативные способы. Иными словами, нужно обратить внимание на те части тела, функции которых ребенок может контролировать. Сгодиться может все, главное – подключить фантазию. Вы думаете, нос нужен только для того чтобы дышать и ощущать запахи? Большинство так и думают, а для меня он – рабочий инструмент. Как ни странно это звучит, но благодаря носу я смогла почувствовать себя полноценным человеком. С помощью самодельной насадки на нос я могу работать на компьютере: например, сейчас я пишу эту статью, нажимая на клавиши длинным, как у Буратино, носом. К тому же он помогает мне быть на связи с внешним ми-

ром: не владея руками, я делаю звонки и набираю sms-ки носом. Таким образом, я убедилась на собственном опыте, что ничего невозможного нет. Научиться полноценно жить можно в любом состоянии, главное – поверить в себя. Здесь очень многое зависит от близких людей. Моя мама убедила меня, что я смогу добиться многого, даже не имея возможности ходить и владеть руками.

Однако если родители пытаются всеми силами заставить ребенка тренировать не подчиняющиеся ему руки или ноги, это, как правило, приводит к формированию у него комплекса неполноценности и нежеланию добиваться чего-либо. Кроме того, в этой ситуации неизбежно непонимание между родителями и детьми и возникновение конфликтов.

Таким образом, любовь и забота близких помогут справиться со всеми проблемами. Однако родителям необходимо иметь представление о заболевании, чтобы правильно оценить возможности своего ребенка.

2. Никогда не сравнивайте своего ребенка с другими детьми.

К сожалению, до сих пор бытует мнение, что, ставя ребенка в пример других детей, родители делают как лучше. Такие мамы и папы, бабушки и дедушки полагают, что это подтолкнет ребенка к самосовершенствованию. Вы тоже так считаете? Тогда ответьте на следующий вопрос: «Вам было бы приятно, если бы кто-то неустанно твердил, что другие намного лучше вас работают, готовят и пр.?» Нет? А ребенку обидно вдвойне, ведь им недовольны самые близкие люди. Подумайте: какое ему дело до Пети, Тани, Васи? Он сам личность и тоже многое может, только вы почему-то не хотите этого замечать. Выходит, нет ничего лучшего, чем сравнение в пользу своего сына или дочери? Между тем это часто приводит к завышенной самооценке. Ребенок может перестать стремиться к дальнейшим успехам, считая, что он и так уже всего добился. Как видим, и то и другое плохо сказывается на ребенке. Единственное, что допускается педагогами, – это сравнение ребенка с ним же самим. Допустим, говорите: «Ты раньше не умел делать то-то и то-то, а сегодня можешь». Это лучший катализатор дальнейшего прогресса.

3. Важно, чтобы ребенок, независимо от возраста, имел право открыто выражать свои эмоции и чувства.

Если вы ругаете сына или дочь за плохое настроение и капризы, он (она) начинает понимать, что проявление таких эмоций, как страх и гнев, неизбежно приводит к наказанию. И поскольку ребенок не хочет огорчать близких или боится наказаний, он начинает скрывать свои эмоции. Все знают о том, что подавленные негативные эмоции рано или поздно прорвутся наружу, но все равно заставляют ребенка прятать переживания в себе. И все потому, что со спокойным малышом гораздо проще. Однако задумайтесь хоть на секунду, что творится сейчас (вчера, два дня назад) в душе сына или дочки. Может быть, они хотят поделиться с вами своими переживаниями, но не решаются. Сделайте сами первый шаг навстречу. Расскажите, что чувствуете вы, и внимательно выслушайте ребенка. Заверьте его, что злиться и плакать не стыдно. Это так же естественно, как и смеяться.

4. Никогда, даже в порыве гнева или отчаяния, не говорите ребенку, что он плохой, и вы его не любите.

Представьте, что близкий человек вам говорит: «Ты мне не нужен!», «Видеть тебя не хочу!», «Горе ты мое», «Сколько проблем из-за тебя» или что-нибудь еще в этом роде. Обидно? Каково же слышать подобные фразы больному ребенку, для которого родители – Вселенная, а их слова воспринимаются как закон? Самое страшное для него – осознавать, что его обвиняют не в конкретных проступках, а в том, что он ЖИВЕТ. Со временем мысли о вечном долге перед родителями, осознание своей никчемности приводят к депрессии и даже к попыткам суицида. Очень важно понять, что ребенок с ДЦП сможет многого добиться в жизни и стать счастливым только в том случае, если он почувствует себя нужным (прежде всего, родителям). Для того чтобы не сформировать у сына или дочки комплекс вины, не рассказывайте о своей тяжелой беременности и/или родах, переживаниях из-за его болезни, трудностях, связанных с ним. У многих мам излюбленной фразой становится: «Я тебе всю жизнь посвятила, а ты такой(ая) неблагодарный(ая)». Нередко, чтобы избавиться от чувства вины, ребенок начинает нарочито капризничать, упрямиться,

добиваясь заслуженного наказания. Родители в недоумении от поведения чада. Вместо того чтобы разобраться в ситуации, они зачастую лишь ужесточают наказания, пытаются «поставить на место» непослушного отпрыска. Остановитесь: скорее всего, ребенок своими капризами просто пытается «достучаться» до вас. Возможно, ему нужна ваша поддержка.

5. Подумайте: разве ребенок виноват в том, что появился на свет не таким, как все?

Нет. И вы не виноваты. Так, может, стоит посмотреть на ребенка иначе? Да, он другой, особый, но ведь и вы отличаетесь от остальных. Каждый человек уникален, у каждого из нас есть и достоинства, и недостатки. Почему же мы терпимо относимся к несовершенству окружающих, но зачастую не можем принять СВОЕГО ребенка таким, какой он есть. Я уверена, что при желании вы легко найдете множество достоинств у вашего ребенка. Главное – захотеть.

6. Не пытайтесь всё сделать за ребенка, поощряйте его самостоятельность.

Большинство родителей больных детей стараются все делать за них. Разумеется, мамы и папы поступают так из лучших побуждений. Однако, постоянно говоря ребенку: «Осторожно, упадешь!», «Не трогай, разобьешь!», «У тебя все равно не получится, я сам(а) сделаю», – вы, сами того не желая, программируете его на неудачу. Ребенок и в самом деле начинает считать, что у него ничего не получится. Самое печальное, что он перестает верить в свои силы и, соответственно, перестает к чему-то стремиться. Ругать его за это не только бесполезно, но и несправедливо. Разве виноват ребенок, если все его начинания пресекались на корню?

7. Внушайте ребенку доверие к окружающим. Если вы будете говорить, что в мире практически не осталось добрых людей, и никому до других нет никакого дела, ребенок будет настороженно относиться ко всем. Наоборот, рассказывайте сыну или дочери, что каждому человеку необходимо общение, и поощряйте попытки наладить контакт с окружающими. Больные ДЦП, как правило, не имеют большого опыта в общении и поэтому часто теряются в сложных ситуациях. Советуйте, но тактично, не навязывая

своего мнения. Не критикуйте друзей ребенка, уважайте его выбор. Не бойтесь возможных разочарований: ошибаясь, ребенок приобретает ценный опыт.

Дорогие родители, не забывайте, что счастье и благополучие детей – в ваших руках. Вы для своих малышей – главная поддержка и опора. Благодаря любви и заботе родителей даже тяжелобольной ребенок сможет почувствовать себя нужным, полноценным человеком. Дети, окруженные теплом и заботой, никогда не потеряются в этом огромном и подчас несправедливом мире.

Ребенку очень важно мнение родителей, поэтому старайтесь всегда поддерживать его и показывать, как важны для вас даже малейшие его достижения. Ну и, конечно, не упускайте случая напомнить ребенку, как сильно вы его любите (даже когда у него что-то не получается).

Мария Ощепкова

Приложения

Приложение 1

Врожденные безусловные рефлексы здорового ребенка на первом году жизни

Хватательный рефлекс. Проявляется во время поглаживания его ладонки или легкого касания каким-либо предметом. Рефлекторно малыш схватывает и удерживает все, что касается его ладони. Он в состоянии держать в одной ручке предмет весом до килограмма, а если ему удастся ухватиться обеими руками за что-либо, то даже и висеть.

Поисковый рефлекс. Ребенок поворачивает головку, если касаются или поглаживают его щечку. Этот рефлекс является необходимой частью инстинкта поиска пищи и питания.

Сосательный рефлекс. У новорожденного заметны сосательные движения губ, если провести вокруг рта пальцем или соской. Также связан с инстинктом питания.

Рефлекс Бабинского. При проведении пальцем по внешнему краю стопы пальчики ноги расходятся в разные стороны одновременно с поворотом стопы.

Рефлекс Моро. Ребенок разводит и сводит руки и ноги – как реакция на громкий и внезапный звук. То же происходит, если ребенка подбрасывают на руках.

Рефлекс Бабкина. При надавливании ребенку на ладонь, он поворачивает голову и открывает рот.

Плавательный рефлекс. Ребенок совершает движения, подобные плавательным, если положить его на живот.

Рефлекс ходьбы. Ребенок совершает движения, имитирующие ходьбу, если поддерживать его под руки так, чтобы он касался ножками какой-либо поверхности.

Карта развития навыков ребенка в норме (по К. Тингей-Михаэлис, 1988)

Об- ласть, к которой отно- сится навык	Уровень навыка						
	1	2	3	4	5	6	7
	Младенец (0–6 мес.)	Малыш (6 мес. – год)	Ребенок, начина- ющий ходить (до 2 лет)	Дошколь- ник (до 5 лет)	Младший школьник (до 12 лет)	Подросток (до 18 лет)	Взрослый (от 18 лет и старше)
Движе- ние	<ul style="list-style-type: none"> - Сосание - Глотание - Держание головы - Пере-вороты туловища - Сидячая поза - Ползание 	<ul style="list-style-type: none"> - Жевание - Умение стоять - Ходьба - Умение держать и бросать предметы 	<ul style="list-style-type: none"> - Умение ловить, толкать и тянуть предметы 	<ul style="list-style-type: none"> - Езда на трехколесном велосипеде - Плывание - Прыжки - Застегивание пуговиц и молний - Рисование цветными карандашами и фломастерами 	<ul style="list-style-type: none"> - Умение рисовать и писать ручкой - Езда на двухколесном велосипеде - Катание на коньках - Работа ножницами - Прыжки через веревку - Игры с шариками и фишками - Умение подавать и отбивать мяч - Умение подметать 	<ul style="list-style-type: none"> - Умение печатать на клавиатуре. - Умение водить машину - Умение кататься на лыжах - Рисование - Умение пользо-ваться бытовой техникой - Шитье 	Професси- ональные навыки
Речь	<ul style="list-style-type: none"> - Контакт глаз - Плач - Гуление 	<ul style="list-style-type: none"> - Лепет - Лепетные слова - Махание ручкой на прощание - Обнима-ние 	<ul style="list-style-type: none"> - Умение строить высказы-вание из одного слова - Игра в «ладушки», и в «ку-ку» - Назы-вание объектов - Жесты 	<ul style="list-style-type: none"> - Чтение детских стихов - Игра с пальцами - Использо-вание слов обозначающих знакомые предметы - Умение строить короткие фразы, задавать вопрос «почему?» и отвечать на него, сообщать о своих чувствах 	<ul style="list-style-type: none"> - Умение читать стихи, рас-сказывать сказки и истории - Знание алфавита - Различение букв и звуков в слове - Умение писать и читать 	<ul style="list-style-type: none"> - Умение писать сочинения, приду-ривать рассказы, спорить, работать с книгой 	<ul style="list-style-type: none"> - Умение пользо-ваться професси-ональными знаниями

Общение с другими людьми	- Узнавание родителей	- Умение тянуться навстречу членам семьи	- Умение делиться игрушками и местом для игры, играть вместе с другими детьми	- Игры вместе с другими детьми, умение придумывать игры, желание общаться не только с членами семьи	- Умение учиться в школе, дружить с одноклассниками	- Дружба, дружеские отношения с представителями противоположного пола - Умение общаться в группе	Вступление в брак, умение поддерживать профессиональные отношения - Наличие друзей
Самообслуживание	- Умение звать плачем - Соблюдение режима сна	- Умение звать гулением и лепетом - Первые навыки есть самостоятельно, плескаться в ванне	- Попытки есть самостоятельно, освоение первых туалетных навыков - Умение раздеваться - Первые навыки умывания - Умение сохранять устойчивость во время купания	- Умение одеваться с помощью окружающих, есть самостоятельно, самостоятельно ходить в туалет	- Умение одеваться самостоятельно, мыться самостоятельно, самостоятельно гулять во дворе, ближайших скверах и парках, убирать за собой	- Умение содержать свои вещи и комнату в порядке, самостоятельно приобретать одежду. - Соблюдение личной гигиены - Умение правильно питаться	Планирование - Умение заработать средства на жизнь, содержать в порядке дом, самостоятельно путешествовать

Психомоторное развитие здорового ребенка на первом году жизни¹²

Возраст	Психоречевое развитие	Моторное развитие	Рефлексы
Новорожденность	<ul style="list-style-type: none"> - Слух – при резком звуке вздрагивает или моргает (слуховая ориентировочная реакция) - Со 2-й недели жизни – слуховое сосредоточение (плачущий ребенок умолкает, прислушивается при сильном звуковом раздражителе) - Зрение – при ярком свете жмурится, поворачивает глаза к источнику света - Фиксирует и удерживает кратковременно взгляд за движущимся предметом 	<ul style="list-style-type: none"> - Много спит, просыпается только на кормление или когда мокрый - Симметричный физиологический флексорный тонус: поза «эмбриона», ручки и ножки прижимает к туловищу, кисти сжаты в кулачок - Двигательная активность хаотическая, нецеленаправленная - Возможно непостоянное легкое сходящееся косоглазие, или непостоянный легкий симптом Грефе - Возможен редкий высокочастотный тремор подбородка, рук при крике, кормлении 	<p>1. Вся группа врожденных безусловных рефлексов:</p> <ul style="list-style-type: none"> поисковый рефлекс; сосательный рефлекс; ладонно-ротовой (рефлекс Бабинкина); защитный рефлекс; хоботковый рефлекс; хватательный рефлекс; рефлекс Бабинского; рефлекс Моро; рефлекс опоры; рефлекс автоматической ходьбы; рефлекс ползания; рефлекс Галанта; рефлекс Переса <p>2. Лабиринтный тонический рефлекс</p> <p>3. Асимметричный шейный тонический рефлекс</p>
1 мес.	<ul style="list-style-type: none"> - Кратковременная зрительная фиксация, плавное прослеживание за движущимся предметом - Слуховое сосредоточение; прекращение или изменение характера плача на голос взрослого - Речь – появляются 	<ul style="list-style-type: none"> - Лежа на животе, кратковременно приподнимает и удерживает голову - Моторика – в положении на животе поднимает голову, пытается ее удержать - Эмоции – открывает рот при обращении к нему взрослого (ротовое внимание) 	

¹² Основы диагностики и лечения патологии нервной системы у детей первого года жизни. Методические рекомендации № 20 – М.: Департамент здравоохранения г. Москвы, 2012. – 32 с.

	отдельные заднеязычные звуки «г», «к» - Первая улыбка при общении со взрослыми или во сне		
2 мес.	- Четкий ритм сна и бодрствования - Сытый и сухой засыпает не сразу, спокойное бодрствование - Улыбка при общении со взрослыми - Длительно удерживает предмет в поле зрения - Ищет источник звука поворотом головы - Крик интонационно выразительный - Начальное гуление	- Лежа на животе, длительно удерживает голову, в вертикальном положении – непостоянно - Удерживает вложенную в руку игрушку	
3 мес.	- Активное бодрствование - Комплекс оживления при общении (активные движения, улыбка, гуление при общении со взрослыми, появлении интересной игрушки) - Певучее гуление - Плавно следит за игрушкой во всех направлениях - Сочетанный поворот головы и глаз к источнику звука - Направляет руку к игрушке - Рассматривает, ощупывает свои руки	- Лежа на животе, опора на согнутые под острым углом предплечья - В вертикальном положении хорошо удерживает голову - Физиологический гипертонус мышц постепенно проходит - ручки и ножки легко распрямляются, кисти не сжаты в кулачки - Может начать переворачиваться со спины на бок и даже на живот - Иногда случайно наталкивается руками на игрушки, которые подвешены над кроваткой - В связи с угасанием рефлекса опоры при вертикализации начинает приседать или очень слабо опирается	Тенденция к угасанию всех рефлексов Реакция опоры и автоматическая походка отсутствуют

4 мес.	<ul style="list-style-type: none"> - Ориентировочная реакция на общение перед комплексом оживления - Начинает различать лица и дифференцировать «свой – чужой» - Певучее гуление, смех - Целенаправленно тянется к игрушке, захватывает ее всей ладонью - Рассматривает, ощупывает свои руки, одежду - Тянет руки в рот - Локализует звук в пространстве - Различает голоса близких 	<ul style="list-style-type: none"> - Лежа на животе, опора на согнутые под прямым углом предплечья - Лежа на спине, при тракции за руки сгибает руки в локтях, приподнимает голову, подтягивается - Поворачивается со спины на бок или живот 	<p>Из безусловных рефлексов возможны сосательный, отдельные компоненты рефлекса Моро</p> <p>Верхний рефлекс Ландау</p>
5 мес.	<ul style="list-style-type: none"> - Ориентировочная реакция, сменяющаяся оживлением или реакцией страха - Четко дифференцирует «свой – чужой» - Адекватная реакция на интонацию, на голос матери беспокоится или оживляется - Певучее гуление с цепочками звуков, смех, хныканье - Переводит взгляд с предмета на предмет - Тянется к игрушке и захватывает ее, перекладывает игрушки из рук в руку, тянет руку и игрушку в рот, двумя руками держит бутылочку 	<ul style="list-style-type: none"> - Лежа на животе, опора на вытянутые руки, на одну руку - На спине при потягивании за руки тянется за руками, присаживается - Уверенно поворачивается со спины на живот - Ровно стоит при поддержке 	

6 мес.	<ul style="list-style-type: none"> - Четкая ориентировочная реакция; при виде матери беспокоится или оживляется - Рассматривает окружающие предметы и людей - Оптическая реакция опоры рук - Захватывает игрушку с любой стороны - Держит в каждой руке по предмету, перекладывает игрушки из руки в руку - Поворачивается на звук, если внимание его не отвлечено игрушкой, взрослым (активное внимание) - Начинает реагировать на свое имя - Хорошо ест с ложки, снимая губами, пьет из чашки - Речь – ребенок подолгу может общаться сам с собой - Начало лепета (отдельные слоги, говорит «ба», «ма») 	<ul style="list-style-type: none"> - Лежа на животе – опора на вытянутые руки, на одну руку - Лежа на спине, при тракции за руки садится - Посаженный, удерживает позу с опорой на две руки - Поворачивается со спины на живот и обратно 	Из безусловных рефлексов возможен сосательный рефлекс Нижний рефлекс Ландау
7 мес.	<ul style="list-style-type: none"> - Внимательно рассматривает взрослых, прежде чем вступить в контакт - Реакция страха сменяется познавательным интересом - Дифференцирует «своих» и «чужих» - Узнает голоса близких - Активный лепет - Захват игрушки сопровождается генерализованными активными движениями - Перекладывает предмет из руки в руку, похлопывает рукой по игрушке - Находит взглядом знакомый предмет по просьбе взрослого - Пьет из чашки, которую держит взрослый 	<ul style="list-style-type: none"> - Поворачивается с живота на спину и обратно - Посаженный ребенок сидит без опоры на руки - Стоит при поддержке - Становится на четвереньки - Ползает на животе по-пластунски 	Из безусловных рефлексов возможен сосательный Нижний рефлекс Ландау

<p>8 мес.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Игровой контакт с взрослыми - Лепет и жест как средство коммуникации - Четко дифференцирует «своих» и «чужих» - Различает лица людей - Знает свое имя - Активный, интонационно-выразительный лепет - Отталкивание предмета, кидание, стучит предметом о предмет, манипулирует 2–3 предметами - Хлопает в ладоши – играет в «ладушки», машет ручкой «пока-пока», тянется на руки ко взрослым; достаточно умело берет мелкие предметы, вкладывает их в крупные, интересуется пирамидкой; подражает взрослым, понимает некоторые слова - «дай», «на», «где?», игровой контакт со взрослым - Сам держит в руке сухарик, кусочек хлеба, яблоко и пр. и грызет их 	<ul style="list-style-type: none"> - Самостоятельно садится и сидит, не опираясь - Становится и ползает на четвереньках - Ухватившись за опору, становится на колени, на ноги 	<p>Из безусловных рефлексов возможен сосательный. Нижний рефлекс Ландау</p>
---------------	--	--	---

9 мес.	<ul style="list-style-type: none"> - Игровой контакт со взрослыми - Различные эмоциональные реакции при контакте с матерью - Отвечает действием на словесные инструкции (ищет спрятанную игрушку) - Общение при помощи жеста - Берет мелкие предметы двумя пальцами - В лепете разнообразные звуковые сочетания; отдельные слогоподражательные слова - Интонационно-мелодическая имитация фразы - Может начать приучаться к горшку, так как демонстрирует готовность опорожниться - Пьет из чашки, придерживая ее руками 	<ul style="list-style-type: none"> - Сохраняет равновесие сидя при манипуляциях с предметами - Встает, ухватившись за опору - Хорошо ходит у опоры, переступает при поддержке за обе руки - Ползает, встает на колени 	Игр
10 мес.	<ul style="list-style-type: none"> - Реакция недовольствия на различные ситуации - Голосом сигнализирует о биологических нуждах - Подражание звукам, слогом, разнообразие звуковых сочетаний - Лепетные слова - Подражательные движения рук - «ладушки», «до свидания» - Игровой контакт со взрослым - Вкладывает пальцы в отверстие под контролем глаза - Пальцевой захват игрушки - Играет с игрушками в соответствии с их назначением - машинки катает, пирамидку собирает, мячик бросает, кубики ставит друг на друга - Показывает части тела другого человека 	<ul style="list-style-type: none"> - Стоит самостоятельно - Ходит при поддержке за ручку или опору, держась одной рукой - Поднимается и спускается с невысокой лестницы 	

11 мес.	<ul style="list-style-type: none"> - Выполняет некоторые просьбы, избирательно относится к окружающему. - Реакция торможения при слове «нельзя» - Говорит лепетные слова «ма-ма», «да-да», «тя-тя» - Выбрасывание игрушек из кровати; вкладывает пальцы в отверстия на ощупь - Складывает пирамидку из колец с широкими отверстиями, любит играть с кубиками, мячиком - Подражательные движения – перелистывание страниц, запуск машины - Показывает части своего тела 	<ul style="list-style-type: none"> - Уверенно стоит без опоры - Приседает - Ходит, держась одной рукой; делает несколько шагов без опоры 	
12 мес.	<ul style="list-style-type: none"> - Избирательное отношение к окружающим; подчиняется некоторым инструкциям - Обращается со взрослыми при помощи звуко сочетаний - Говорит 5–6 лепетных слов, выражена интонация просьбы; соотнесение лепетных звуков с лицами и предметами - Вкладывает один предмет в другой; открывает коробку, ящик - Любит слушать чтение книг, показывает пальцем знакомых героев и предметы в книжке - Пользуется ложкой и гребенкой по назначению 	<ul style="list-style-type: none"> - Ходит без поддержки - Приседает и встает 	

Формализованная карта исследования психоневрологических функций у детей первых 7 лет жизни

Возраст	Крупная моторика
1–4 недели	Все безусловные рефлексы вызываются, рефлексы симметричны
1 мес.	Пытается оторвать голову от поверхности, на которой лежит, но удержать ее не может, роняет и поворачивает голову в сторону
1 мес.	Пытается поднимать голову, лежа на животе
1,5 мес.	Приподнимает голову на 45°, лежа на животе, удерживает ее 10–20 сек., ноги при этом напряжены
2 мес.	В положении на животе удерживает голову, при этом руки под грудью согнуты в локтевых суставах, активно двигает ногами
2 мес.	Удерживает голову, находясь в вертикальном положении (недолго)
2,5 мес.	Лежа может опираться на предплечья (несколько минут)
3 мес.	Чаще поднимает руки выше горизонтального уровня
4 мес.	Появляется опора на ноги
4,5 мес.	Активно поднимает голову из положения на спине
4,5 мес.	Переворачивается на бок
5 мес.	Сидит с поддержкой, устойчиво держа голову
5,5 мес.	Прочная опора на ноги при стоянии с поддержкой
6 мес.	Лежа на животе, может вытягивать одну руку
6 мес.	Сидит при пассивно приданной позе
6,5 мес.	Переворачивается со спины на живот
7 мес.	Переворачивается с живота на спину
7 мес.	Ползает без включения тазового пояса
7,5 мес.	Синхронно ползает по-пластунски
7,5 мес.	Самостоятельно приседает из положения лежа, через бочок
8 мес.	Защитное выпрямление рук вперед и в стороны, позволяющее сохранять равновесие
8 мес.	Стоит в позе на коленях (на четвереньках)

8,5 мес.	Садится самостоятельно из любых положений и сидит уверенно
9 мес.	Передвигается на коленях (на четвереньках) самостоятельно
10 мес.	Стоит у опоры, встает самостоятельно
11 мес.	Стоит самостоятельно
11,5 мес.	Ходит с поддержкой
12 мес.	Ходит самостоятельно
1 год 3 мес.	Ходит длительно, поворачивается
1 год 6 мес.	Перешагивает через препятствия
1 год 10 мес.	Пытается бегать
1 год 11 мес.	Поднимается и спускается по лестнице приставными шагами, держась за перила
2 года	Бегаёт
2 года	Самостоятельно приседает и встает
2 года	Наклоняется и поднимает предметы с пола
2 года 6 мес.	Стоит на одной ноге без поддержки
2 года 6 мес.	Поднимается, спускается по лестнице, чередуя ноги (с опорой)
2 года 6 мес.	Умеет ездить на трехколесном велосипеде
3 года	Прыгает на двух ногах
4 года	Умеет делать кувырок вперед
4 года	Прыгает на одной ноге
5 лет	Выполняет одновременно два вида движений
Мелкая моторика	
1 неделя	Пальцы сжаты в кулачок, единичные, редкие движения пальцами
2 месяца	Открывает кулачок
2,5 мес.	Удерживает вложенную в кисть игрушку, тянет ее в рот
3 мес.	Иногда захватывает предмет кистью руки
3,5 мес.	Тянется к игрушке, хватает ее рукой
4,5 мес.	Захватывает игрушку двумя пальцами, подносит ко рту, бросает
5 мес.	Начинает захватывать мелкие предметы

5,5 мес.	Перекладывает игрушку из руки в руку
7 мес.	Активно манипулирует предметами
8 мес.	Для захвата использует большой палец
8 мес.	Стучит игрушкой об игрушку
8,5 мес.	Начинает целенаправленно манипулировать пирамидкой из 2–3 колец (снимает, сбрасывает)
9 мес.	Пытается ставить кубик на кубик
10 мес.	Указательным и большим пальцами берет мелкие предметы
11 мес.	Пытается нанизывать колечки на стержень пирамидки
12 мес.	Может перелистывать страницы у картонной книжки
12 мес.	Опускает мелкие предметы в узкое отверстие
1 год 2 мес.	Переворачивает одновременно 2–3 страницы
1 год 5 мес.	Рисует каракули, росчерки
1 год 6 мес.	Разрывает бумагу
1 год 8 мес.	Переворачивает по одной странице
2 года	Формируется предпочтение ведущей руки
2 года	По показу повторяет вертикальные и круглые линии
2 года 6 мес.	«Правильно» держит карандаш
3 года	Копирует круг
3 года	Расстегивает пуговицы
4 года	Копирует квадрат (нечетко, с загнутыми углами)
4 года	Режет ножницами бумагу
5 лет	Копирует треугольник
5 лет	Правильно рисует квадрат
Зрительное восприятие	
1 неделя	Зажмуривает глаза при ярком свете, при открывании глаз стремится повернуться к источнику света
1 мес.	Кратковременное сосредоточение взгляда на игрушке, недолгое прослеживание ее глазами
1,5 мес.	Прослеживание взглядом движения по горизонтали, на 40–50 см вправо и влево от средней линии

2 мес.	Длительное сосредоточение взгляда на предметах
3 мес.	Рассматривает собственные руки, начало дифференциации движений пальцев
3,5 мес.	Тянется к игрушке
4 мес.	Останавливает взгляд на объекте и подолгу рассматривает его на расстоянии
4,5 мес.	Игрушку подносит к глазам, рассматривает
5 мес.	Зрительно внимательно изучает окружающие предметы, расположенные в разных местах
6 мес.	Рассматривает крупные картинки
7 мес.	Активно захватывает игрушку из любых положений
8 мес.	Дифференцированно воспринимает близких и знакомых людей
9 мес.	Ищет взором спрятанную на его глазах игрушку
10 мес.	Узнает себя и близких в зеркале
1 год	Показывает отдельные предметы в быту
1 год 2 мес.	Узнает и показывает себя и знакомых на фотографии
1 год 3 мес.	Узнает несколько простых картинок (около 5)
1 год 8 мес.	Дифференцирует форму и величину объемной игрушки
1 год 8 мес.	Дифференцирует количество предметов
1 год 9 мес.	Подбирает парные игрушки и картинки
2 года	Узнает знакомые предметы по ТВ
2 года	Знает много картинок (10–15)
2 года 6 мес.	Понимает смысл простых картинок с действием
2 года 6 мес.	Узнает контурные, черно-белые изображения
2 года 6 мес.	Начинает видеть разницу в величине и количестве на плоскостной картинке
2 года 6 мес.	Зрительно дифференцирует протяженность и местоположение предмета
3 года	Узнает перечеркнутые изображения
3 года	Узнает наложенные изображения
3 года 6 мес.	Понимает смысл сюжетных картинок, отвечает на наводящие вопросы

4 года	Может сам составить рассказ по сюжетной картинке
4 года	Понимает смысл последовательных картинок
4 года 6 мес.	Может разложить последовательные картинки по порядку в соответствии с сюжетом
Слуховое восприятие	
1 неделя	Вздрагивает и мигает при громком звуке
2 недели	Слуховое сосредоточение
1 мес.	Начало локализации звуков в пространстве
1,5 мес.	Улыбается, когда слышит голос взрослого
2 мес.	Замирает при появлении нового звука на фоне других
2,5 мес.	Узнает тембр голоса матери
3 мес.	После звуковой стимуляции издает гласные звуки
4 мес.	Активно прислушивается к невидимому источнику звука, поворачивает голову в сторону звука
6 мес.	Начинает по-разному реагировать на свое и чужое имена
6 мес.	Начало многократного повторения отдельных слов или предложений
6,5 мес.	Начинает понимать команды с жестовым подкреплением
7 мес.	Может имитировать звуки высоких и низких тонов, громкие и тихие звуки
8,5 мес.	Плясовые движения под веселую музыку
1 год	Пытается воспроизводить серии речевых звуков с определенной интонацией и ритмом
1 год 3 мес.	Повторяет услышанные короткие слова
1 год 5 мес.	«Вставляет» слова в знакомые стихи
1 год 8 мес.	Называет объекты, находящиеся вне поля зрения, когда слышит их звук
	Может отстукивать простые ритмы по образцу:
3 года	- простые ритмы
5 лет	- акцентированные ритмы
6 лет	- по устной инструкции
Импрессивная речь	

1 мес.	Реакция сосредоточения на голос взрослого, притормаживание двигательных реакций, «ротовое» внимание
3 мес.	Фиксирует взгляд на голос взрослого с проявлением эмоциональных реакций
4 мес.	Больше реагирует на голос, чем на простой звук, реагирует на ласковые и строгие интонации
5 мес.	В ответ на обращенную к ребенку речь возникает ответная голосовая активность
6 мес.	Реагирует на свое имя
7 мес.	Понимает речевые команды с жестовым подкреплением
7,5 мес.	Начинает выделять по слову части лица у куклы и у взрослого
8 мес.	Зрительно дифференцирует названные знакомые предметы
8,5 мес.	Понимает речевые команды без жестового подкрепления
9 мес.	По просьбе находит знакомые предметы, расположенные в непривычном месте
9,5 мес.	Показывает уверенно части лица у куклы и у взрослого
10 мес.	Начинает узнавать предметы на однопредметных картинках
10,5 мес.	По указанию взрослых выполняет действия с игрушками
11 мес.	Понимает команду «нельзя»
1 год	Выполняет много команд по просьбе взрослого
1 год 3 мес.	Показывает несколько частей тела
1 год 6 мес.	Показывает все части тела
1 год 8 мес.	Показывает все объекты в быту
2 года	Показывает много картинок
2 года 5 мес.	Понимает содержательную речь, несложные рассказы
2 года 5 мес.	Может односложно ответить на вопрос по прочитанной сказке
2 года 5 мес.	Выполняет около 10 инструкций, состоящих из одного действия
3 года 5 мес.	Может ответить (речью, мимикой, жестом) на вопросы о событиях, которые происходят в другое время или в другом месте
4 года	Может ответить на отвлеченные вопросы, например, «светит ли ночью солнце?»
5–6 лет	Появляется понимание абстрактных понятий «дружба», «правда», «обман», «радость», «страх»
Экспрессивная речь	

1 мес.	Голосовые реакции ребенка в ответ на разговор с ним
2 мес.	Спонтанно произносит отдельные звуки, отраженно гулит
3 мес.	Интонационная выразительность голосовых реакций, начальное гуление
4 мес.	Активное гуление
5 мес.	Активно спонтанно певуче гулит с цепочками звуков
5,5 мес.	Лепет проявляется короткими звуками (гласные в сочетании с губными согласными)
6 мес.	Активный недифференцированный лепет
6,5 мес.	Разнообразный активный лепет (переднеязычные, заднеязычные и т.д.), непрерывное повторение звуков
7,5 мес.	Появляются двойные звуковые сочетания типа «ба-ба»
9 мес.	Подражая взрослому, учит новые слоги
10 мес.	Называет людей и предметы слогами
1 год	Говорит около 5 слов (мама, дада)
1 год 2 мес.	Соотносит слоги с определенным предметом
1 год 4 мес.	Выражает желания с помощью речи (появление глаголов)
1 год 6 мес.	Говорит около 10 слов (в основном названия)
1 год 8 мес.	«Телеграфная речь», двухсловные предложения
2 года	Составляет предложения из 3–4 слов
2 года 6 мес.	Задает вопросы со словами «Кто?», «Где?», «Куда?» (порядок слов не всегда правильный)
2 года 6 мес.	Легко повторяет фразы
3 года	Пытается использовать множественное число, прошедшее время
3 года	Использует отрицательные частицы «не», «ни»
3 года 6 мес.	Использует прилагательные и местоимения
3 года 6 мес.	Задает вопросы «Когда?», «Что внутри?», «Почему?»
3 года 6 мес.	Способен вести диалог со взрослым человеком
3 года 6 мес.	Использует сложные предложения
4 года	Использует вежливые просьбы
4 года	Использует будущее время

4 года	Использует определение пространства: «на», «под», «за»
4 года 6 мес.	Читает стихи
5 лет	Появляется соединение простых предложений в сложные
5 лет	Появляются разделительные вопросы
5 лет	Может описать свои чувства
5-6 лет	Начинает употреблять абстрактные понятия «счастье», «любовь», «надежда», «ложь»
Интеллект	
0-2 мес.	Формируются простые ассоциации: если кричать, то тебя возьмут на руки
0-2 мес.	Начинает ожидать кормления через определенные интервалы времени
3 мес.	Начинает различать окружающих, может узнать мать в группе людей, может чувствовать незнакомые места и незнакомых людей
4 мес.	Активная познавательная деятельность в виде похлопывания рукой по подушке, одеялу
4,5 мес.	Развитие функции активного внимания: поворачивается на звук, если внимание не отвлечено более сильным раздражителем
5 мес.	Начинает догадываться о причине и следствии: если потрясти погремушку – она загремит
5 мес.	Реакция на новизну: любой новый предмет хотя бы на короткое время привлекает внимание
5,5 мес.	Следит, откуда и куда падает предмет
6 мес.	После зрительного и тактильного исследования игрушки начинает искать для нее применение (стучит, гремит погремушкой)
6,5 мес.	Может уронить предмет только для того, чтобы увидеть, как кто-то из близких его поднимет
7 мес.	Начинает ожидать от близких людей характерных действий: кормления от матери, индивидуальной игры от каждого члена семьи
7 мес.	Может узнавать по части целое, ожидает появления целого предмета, увидев только его часть
7,5 мес.	Убирает препятствие, мешающее достичь игрушки
8 мес.	Поиск наполовину спрятанной игрушки
9 мес.	Запоминает, как реагировать на определенные фразы. Поднимает руки, когда слышит фразу «Такой большой»
10 мес.	Пользуется «указательными жестами»

11 мес.	Деятельность приобретает характер целенаправленной, ребенок как бы предвидит результат своего действия (складывает игрушку в коробку, нажимает кнопки на музыкальной игрушке)
11,5 мес.	Начинает замечать, когда кто-то выходит из комнаты, и ждет его возвращения
11,5 мес.	В состоянии определить высоту и края предметов
1 год	Узнает значение слов, коротких фраз
1 год	Различает несколько предметов по названиям
1 год	Ищет спрятанную игрушку
1 год 5 мес.	Тянет в рот только съедобное
1 год 6 мес.	Узнает простые картинки в книге
1 год 7 мес.	Может выполнить поручение из одного действия
1 год 11 мес.	Различает «один» и «много»
1 год 11 мес.	Различает «большой» и «маленький»
2 года	Частично заполняет доску Сегена ¹ путем проб и ошибок
2 года 6 мес.	Выполняет поручения из 2–3 взаимосвязанных действий (подойди к шкафу, возьми куклу, принеси мне)
2 года 6 мес.	Укладывает в нужные ячейки доски Сегена фигуры, кроме треугольника
2 года 6 мес.	Подбирает цвета по образцу (синий цвет к синему)
3 года	Классификация на 2 группы (по цвету, форме)
3 года 6 мес.	Классификация на 3–4 группы (по геометрической форме, по цвету)
4 года	Легко заполняет доску Сегена Выполняет простую классификацию картинок (4–5 групп):
4 года	- с помощью
4 года 6 мес.	- самостоятельно
5 лет	Овладевает понятиями «больше», «выше», «шире», «длиннее», «равные», «одинаковые»
Вербальный интеллект	
5 лет	Исключение предметов (тест 4-й лишний), объяснить затрудняется

¹ Доски Сегена – разборные картинки, специальные доски с выемками разной степени сложности. Изобретены французским врачом и педагогом Эдуардом Сегеном.

5 лет	Отгадывает загадки, используя накопленный опыт
6 лет	Исключение предметов (тест 4-й лишний) с опорой на функциональные и категориальные свойства объектов
6–7 лет	Сравнение понятий с использованием категориальных обобщений Способность целостного восприятия объекта «Кто нарисовал этого слона?»:
6 лет	– с помощью взрослого
6 лет 6 мес.	– самостоятельно
7 лет	Способен разделять объекты на классы и подклассы
Конструирование	
8,5 мес.	Снимает, сбрасывает кольца со стержня пирамидки
9 мес.	Пытается ставить кубик на кубик
11 мес.	Пытается нанизать колечки на стержень пирамидки
1 год	Использует рот или одну из рук для сохранения двух взятых игрушек и, освободив руку, захватывает третью игрушку
1 год 9 мес.	Строит простые сооружения из кубиков
2 года	Частично заполняет доску Сегена методом проб и ошибок
2 года	Строит по образцу поезд, башенку
3 года	Строит по образцу мост
3 года	Дорисовывает недостающие ножки, ручки человечку
3 года 6 мес.	Самостоятельно рисует человека (примитивно)
3 года 6 мес.	Строит сложные сюжетные конструкции
3 года 6 мес.	Собирает кубики Линка по образцу
4 года	Складывает картинки из кубиков
4 года	Рисует человечка с туловищем
5 лет	Рисует человека в одежде
5 лет	Сюжетные рисунки
Эмоции, коммуникации	
1–2 недели	Реакция недовольства на насильственное пробуждение, голод, дискомфорт. Громкий крик без интонационной выразительности, слез нет

1,5 мес.	Появление ответной улыбки, «ротового» внимания, через некоторое время после «заигрывания» взрослого
2 мес.	На эмоциональный контакт со взрослым ребенок отвечает активной улыбкой
3 мес.	Смеется в голос
3 мес.	В ответ на общение со взрослым проявляет выраженный «комплекс оживления»
4 мес.	«Комплекс оживления» проявляется ярко, быстро
4,5 мес.	Плач ребенка модулирован, с чередующимися периодами усиления и затухания, в плаче отмечаются паузы для восприятия реакции взрослого
5 мес.	Плач прекращается, когда внимание переключается на новый яркий интересный стимул
5 мес.	Появление улыбки при виде взрослого человека, который молчит
5 мес.	Различает мимику и жесты окружающих
5,5 мес.	Реагирует на строгие и ласковые интонации
6 мес.	Активно выражает отношение к «близким» и «чужим», эмоции дифференцированы
7,5 мес.	Тянет руки, чтобы взяли на руки
7 мес.	Устав, начинает требовать внимания самого близкого человека (чаще матери)
8 мес.	Дает адекватные эмоциональные реакции в ответ на общение
9 мес.	Легко вступает в контакт на эмоциональном, игровом, речевом уровнях
10 мес.	Эмоциональное состояние внешне отчетливо проявляется разнообразными мимическими, двигательными, голосовыми реакциями
11 мес.	Машет рукой на прощание
12 мес.	По просьбе обнимает родителей
1 год 2 мес.	Начинает сопереживать, утешать
1 год 3 мес.	Использует «нет» (слово, звук, жест), выражая несогласие
1 год 4 мес.	Использует «да» (слово, звук, жест)
1 год 7 мес.	Помогает в простейших работах (по инструкции)
1 год 8 мес.	Имитирует действия взрослых с бытовыми предметами
1 год 10 мес.	Активно пользуется жестами

1 год 10 мес.	Острая реакция на отсутствие матери
3 года	Появляется понимание и использование в речи местоимений «я» – «мое», «ты» – «твое»
3 года	Знает свой пол
4 года	Развитие разного стиля общения с детьми и взрослыми
4 года 6 мес.	Способность оценить поступок с точки зрения социальной нормы
5–6 лет	Обращение к взрослым на «вы», по имени и отчеству
Самообслуживание	
5 мес.	Может есть с ложки
6 мес.	Держит бутылочку, из которой сосет
7 мес.	Пьет из чашки, которую держит взрослый
8 мес.	Помогает одевать себя (подает руку, ногу)
9 мес.	Жует отломанные кусочки полутвердой пищи (хлеб, банан)
1 год	Самостоятельно ест (руками), откусывает печенье
1 год 2 мес.	С помощью подносит ложку ко рту
1 год 3 мес.	Пьет из чашки, не проливая
1 год 3 мес.	Снимает простые предметы одежды (варежки, шапку)
1 год 4 мес.	Моет руки с небольшой помощью
1 год 6 мес.	Зачерпывает пищу ложкой
1 год 6 мес.	Полностью прожевывает пищу
1 год 9 мес.	Снимает расстегнутое пальто, куртку
1 год 10 мес.	Ест и пьет самостоятельно
2 года	Ест твердую пищу самостоятельно (хлеб, печенье)
2 года	Просится на горшок в дневное время
2 года	Самостоятельно моет и вытирает руки
2 года	Застегивает и расстегивает молнию с помощью взрослого
2 года 6 мес.	Ест ложкой или вилкой самостоятельно (аккуратно)
2 года 6 мес.	Одевает простые предметы одежды (варежки, шапку)

3 года	Наливает в чашку воду (неаккуратно)
3 года	Расстегивает пуговицы
4 года	Застегивает пуговицы, кнопки, молнию
4 года	Одевается без посторонней помощи
4 года	Отличает переднюю часть одежды от задней
5–6 лет	Самостоятельно завязывает шнурки на ботинках
Игра	
3 мес.	Рассматривает вложенную в руку игрушку
3 мес.	При попадании игрушки в поле зрения ребенка активизируются руки
4 мес.	Протягивает руки к игрушке, ощупывает ее
5 мес.	Занятия с игрушкой – доминирующая, эмоционально окрашенная форма деятельности
5 мес.	Подолгу играет с подвешенными игрушками
5,5 мес.	Щупает, царапает, тянет игрушки, гремит погремушками, стучит, бросает
9 мес.	Предпочитает играть со взрослыми, подражая их действиям
9,5 мес.	Хватает, кидает, толкает игрушки, любит слушать музыку, пританцовывает
10 мес.	Усваивает условные действия с игрушками и предметами
11 мес.	Играет с несколькими игрушками, надевает кольца на штырь
1 год	Играет с мячом
1 год 1 мес.	Строит простые структуры из блоков
1 год 2 мес.	Играет с песком, водой, наливными игрушками, кубиками
1 год 3 мес.	Наблюдает за игрой других детей
1 год 4 мес.	Играет самостоятельно, если рядом взрослый
1 год 6 мес.	Начало функциональной игры
1 год 9 мес.	Любит катать, перетаскивать игрушки
1 год 9 мес.	Толкает «поезд», сделанный и нескольких кубиков
2 года	Предпочитает активные игрушки (поезд, телефон и т.п.)
2 года	Делает куличики

2 года	Собирает закручивающиеся игрушки
2 года 6 мес.	Собирает пирамидку по порядку
2 года 6 мес.	Элементы сюжетной игры (кормит, баюкает куклу; возит, нагружает машину; говорит по телефону)
3 года	Совместная сюжетная игра с другим ребенком
3 года 6 мес.	Игра с воображаемой действительностью
3 года 6 мес.	Элементы ролевой игры (может назвать свою роль)
4 года	Сопровождает игру речью (озвучивает куклу)
4 года 6 мес.	В сюжете игры появляются разные типы отношений (управления, подчинения, равноправия)
4 года 6 мес.	Длительная совместная игра 4–5 детей с поочередной сменой ролей
4 года 6 мес.	«Драматическая» игра, отражает в сюжете сцены из повседневной жизни
5–6 лет	Усвоение способов построения сюжета – опора на игрушки, в соответствии с которыми определяется тема игры; придумывание сюжета с взаимосвязанными событиями, ролями; опора на имеющиеся знания и их комбинация; фантазирование, появление нереальных персонажей (космос, пираты, перевоплощение в животных и др.)
6–7 лет	Основа в игре – правила ролевого поведения; совместное построение сюжета, последовательное развертывание событий

Основные формы ДЦП

(по классификации профессора К. А. Семеновой)

Форма	Характеристика	Движение	Речь	Психическое развитие	Самообслуживание
Двойная гемиплегия (поражение всего тела)	Самая тяжелая форма. Из-за сильного поражения мозга еще в период внутриутробной жизни оказываются нарушенными все важнейшие человеческие функции	-Ребенок может не научиться самостоятельно сидеть, стоять, ходить; - функция рук практически отсутствует; - резко выражена сгибательная или разгибательная поза, ригидность	Отсутствует (анартрия или тяжелая дизартрия)	Олигофрения в степени дебильности или идиотии	Дети себя не обслуживают, полностью зависят от постоянной помощи
Спастическая диплегия	Самая распространенная форма, при которой поражены руки и ноги, но ноги значительно в большей степени	- Дети самостоятельно не передвигаются или передвигаются с помощью костылей; - значительно снижена деятельность рук; - развиваются деформации во всех суставах нижних конечностей	У 70-80% речевые нарушения	У 50-60% задержка психического развития; у 25-35% - олигофрения	Дети себя не обслуживают или обслуживают частично
- средняя степень тяжести		-Передвигаются самостоятельно, хотя и с дефектной осанкой; - манипулятивная деятельность рук развита неплохо; - тонические рефлексы выражены незначительно	У 40-50% детей речевые нарушения	У 40-50% детей задержка психического развития; у 5% - олигофрения	Могут обслуживать себя самостоятельно

Гемипаретическая форма	При этой форме заболевания поражены одновременно рука и				
- тяжелая степень тяжести	нога; сидеть ребенок начинает вовремя, но в неправильной позе: плечо на пораженной стороне опущено, большая нога согнута, здоровая – разогнута в коленном суставе. Такая асимметрия позы уже в раннем возрасте может привести к искривлению позвоночника	- Рука практически бездействует; - в руке и ноге уменьшается объем мышц, замедляется рост костей; - дети начинают ходить только с 3 – 3,5 лет, при этом грубо нарушена осанка; - у 40–50% детей отмечаются судорожные приступы	У 55–60% речевые расстройства	У 25–35% детей олигофрения	
- средняя степень тяжести		- Повреждение тонуса мышц, ограничения объема активных движений менее выражены; - функция руки значительно нарушена, однако больной может брать ею предметы; - дети начинают ходить самостоятельно в 1,5–2,5 года, прихрамывая на больную ногу, с опорой на передние отделы стопы; - у 20–30% детей наблюдаются судорожные приступы	У 40–50% детей речевые расстройства	У 20–30% детей задержка психического развития; у 15–20% – олигофрения	

- легкая степень тяжести		- Нарушения тонуса мышц незначительные; - объем активных движений в руке сохранен, но отмечается неловкость движений; - ограничено тыльное сгибание стопы; - дети начинают ходить самостоятельно в год и 1-3 месяца без переката стопы в большой ноге	У 25-30% детей речевые расстройства	У 25-30% детей задержка психического развития; у 5% - олигофрения	
Гиперкинетическая форма	Выражается в чрезмерных непроизвольных движениях	- Длительное время ребенок не может научиться самостоятельно сидеть, стоять, ходить; - самостоятельное передвижение становится возможным в 4-7 лет, иногда в 9-12 лет	У 90% детей нарушения речевой функции в форме гиперкинетической дизартрии; у 25-30% - нарушения слуха	У 50% задержка психического развития	Зависит от характера и интенсивности заболевания
Атонически-астатическая форма	Обусловлена поражением лобных долей и мозжечка	-Беспорядочность и некоординированность движений; -движения совершаются с большой амплитудой; -дрожание определенной группы мышц; - дети начинают самостоятельно сидеть к 1-2 годам, ходить - к 6 годам	У 60-70% речевые расстройства	У 60-70% детей задержка психического развития, при поражении лобных долей - эйфория, суетливость, расторможенность, олигофрения	

Шкала глобальных моторных функций (GMFCS) с рекомендациями по обеспечению техническими средствами реабилитации детей с двигательными нарушениями (К. Экольдт-Альфай)¹

Дети до 2 лет

Функциональные навыки крупной моторики	Что ребенок может делать	Что может понадобиться ребенку
<p>Уровень 1</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Самостоятельно сидит на полу без опоры на руки - Ползает на четвереньках - Встает на ноги, подтягиваясь руками - Может сделать несколько шагов, держась за мебель Ребенок научится самостоятельно ходить (с небольшим отставанием) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы при необходимости
<p>Уровень 2</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Сидит на полу с опорой на руки для поддержания равновесия - Умеет ползать на животе или на четвереньках - Начинает ходить, опираясь на мебель Самостоятельная ходьба в данном возрастном периоде невозможна 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Ходунки - Проголочная коляска для перемещения на дальние расстояния
<p>Уровень 3</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Может сидеть на полу при поддержке нижней части спины - Возможны перевороты и/или ползание на животе Ползание на четвереньках невозможно 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Системы подушек для позиционирования - Ортопедическое функциональное кресло - Проголочная коляска с дополнительными поддержками и фиксаторами - Вертикализатор

¹ Рекомендации составлены с использованием системы классификации развития функциональных навыков крупной моторики (Р. Палисано с соавт. 1997, Ф Хайнен с соавт., 2009)

<p>Уровень 4</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Есть контроль за положением головы - Требуется поддержка туловища, когда сидит на полу - Переворачивается со спины на живот и обратно 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Системы подушек для позиционирования - Ортопедическое функциональное кресло - Прогулочная коляска с дополнительными поддержками и фиксаторами - Вертикализатор - Вспомогательные средства для купания
<p>Уровень 5</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Нет контроля за положением головы - Мало произвольных движений - Не может самостоятельно перевернуться со спины на живот 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Системы подушек для позиционирования - Ортопедическое функциональное кресло - Прогулочная коляска с дополнительными поддержками и фиксаторами - Вертикализатор - Вспомогательные средства для купания

Дети от 2 до 4 лет

<p>Функциональные навыки крупной моторики</p>	<p>Что ребенок может делать</p>	<p>Что может понадобиться ребенку</p>
<p>Уровень 1</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Свободно сидит на полу - Пользуется руками для игры - Свободно встает, если перед этим сидел на полу - Свободно ходит 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы при необходимости

<p style="text-align: center;">Уровень 2</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Небольшие сложности с поддержанием равновесия сидя на полу - Без дополнительной помощи встает, если перед этим сидел на полу - Ползает на четвереньках попеременно переставляя руки и ноги (реципрокный образец движения) - Может ходить только с опорой на мебель или другие предметы 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортрезы - Ходунки - Прогулочная коляска для перемещения на дальние расстояния или кресло-коляска с ручным приводом (активная)
<p style="text-align: center;">Уровень 3</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Может сидеть на полу только с поддержкой и/или самостоятельно в позе W (между согнутых и ротированных вовнутрь бедер и коленей) - Ползает на животе или на четвереньках, но без попеременного движения рук и ног (не реципрокный образец движения) - Делает несколько шагов вбок и/или вперед с опорой на мебель - Может ходить с ходунками 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Прогулочная коляска с дополнительными поддержками и фиксаторами - Кресло-коляска с ручным приводом (облегченная) или с электроприводом - Специальный (реабилитационный) трехколесный велосипед - Ходунки - Вертикализатор - Ортопедическое функциональное кресло
<p style="text-align: center;">Уровень 4</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Использует руки для поддержания равновесия, сидя на полу - Самостоятельное перемещение перекачиванием - Не использует реципрокный образец движения при ползании на животе или на четвереньках 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Системы подушек для позиционирования - Ортопедическое функциональное кресло - Прогулочная коляска с дополнительными поддержками и фиксаторами - Вспомогательные средства для купания
<p style="text-align: center;">Уровень 5</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Нет произвольных движений - Не держит голову - Самостоятельно не перемещается 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Системы ортопедических подушек для позиционирования - Ортопедическое функциональное кресло - Прогулочная коляска с дополнительными поддержками и фиксаторами - Вспомогательные средства для купания

Различия между I и II уровнем: дети второго уровня имеют ограничения в свободе движений, при ходьбе на улице, в коллективе, им требуются вспомогательные приспособления для освоения ходьбы.

Разница между II и III уровнями заключается в степени функциональной активности. Детям III уровня требуются вспомогательные устройства и ортезы для ходьбы. Детям во II уровне не требуется вспомогательных средств для ходьбы после 4-х лет.

Дети от 4 до 6 лет

Функциональные навыки крупной моторики	Что ребенок может делать	Что может понадобиться ребенку
<p>Уровень 1</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Может самостоятельно встать, если перед этим сидел на полу или на стуле - Без помощи ходит дома и/или на улице - Самостоятельно поднимается по лестнице - Начинает бегать и прыгать 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы при необходимости
<p>Уровень 2</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Самостоятельно сидит на стуле - Может встать со стула, отталкиваясь руками от стабильной поверхности - Свободно передвигается по квартире - Проходит короткую дистанцию по ровной поверхности вне дома - Поднимается по лестнице только с опорой - Не может прыгать и бегать 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Кресло-коляска с ручным приводом (активная) - Ходунки - Прогулочная коляска - Реабилитационный велосипед - Возможно, кресло-коляска с электрическим приводом

<p style="text-align: center;">Уровень 3</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Может сидеть на стуле, но нуждается в поддержке таза и/или корпуса, чтобы использовать руки - Ходит по ровной поверхности с ходунками - Не может ходить на дальние расстояния - Поднимается по лестнице только с помощью взрослого 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Ходунки - Кресло-коляска с ручным приводом (облегченная) для прогулок - Специальный (реабилитационный) трехколесный велосипед - Ортопедическое функциональное кресло
<p style="text-align: center;">Уровень 4</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Сидит на стуле только с поддержкой корпуса - Может встать и/или сесть только с помощью - Ходит на короткие расстояния по ровной поверхности только с использованием ходунков - Проблемы с поддержанием равновесия - Не может подниматься по лестнице 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Ортопедическое функциональное кресло - Кресло-коляска с электрическим приводом - Прогулочная коляска с дополнительными подержками и фиксаторами - Вертикализатор - Подъемник для ванны
<p style="text-align: center;">Уровень 5</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Нет произвольных движений - Не может самостоятельно перемещаться - Нет контроля за положением головы 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Ортопедическое функциональное кресло - Кресло-коляска с электрическим приводом - Прогулочная коляска с дополнительными подержками и фиксаторами - Вертикализатор - Подъемник для ванны

Разница между III и IV уровнями проявляется в возможности сидеть, даже с использованием вспомогательных средств. Дети III уровня сидят самостоятельно, передвигаются по полу самостоятельно, ходят с использованием вспомогательных средств. Дети IV уровня могут сидеть, но самостоятельное передвижение очень ограничено. Дети IV уровня чаще транспортируются на инвалидном кресле.

Дети V уровня не могут самостоятельно контролировать движения и поддерживать позу против силы тяжести (не удерживает голову и положение туловища). Самостоятельное передвижение возможно только с использованием усовершенствованных кресел с электроприводом.

Дети от 6 до 12 лет

Функциональные навыки крупной моторики	Что ребенок может делать	Что может понадобиться ребенку
<p>Уровень 1</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Свободно ходит дома, в школе и на улице - Поднимается по лестнице без перил - Может бегать и прыгать, но имеются легкие нарушения координации и проблемы с равновесием 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы при необходимости
<p>Уровень 2</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Самостоятельно ходит, но возникают проблемы во время ходьбы на дальние расстояния и/или по неровной наклонной поверхности, при скоплении людей и/или если ребенок несет что-либо в руках - Может подниматься по лестнице только с опорой на перила или с посторонней помощью 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Кресло-коляска с ручным приводом (активная) - Ходунки - Возможно, реабилитационный велосипед
<p>Уровень 3</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Может ходить по дому в ходунках, по улице перемещается только в кресле-коляске - Может сидеть на стуле с поддержкой таза - Встает со стула только с помощью - Поднимается по лестнице только с помощью взрослого 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Ходунки для дома - Кресло-коляска с ручным приводом (облегченная) для прогулок - Возможно, кресло-коляска с электрическим приводом

<p style="text-align: center;">Уровень 4</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - В домашних условиях перемещается по полу (ползает на четвереньках и/или животе, перекачивается) - Не может самостоятельно передвигаться в вертикальном положении - Сидит на стуле только с поддержкой туловища и таза 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Ортопедическое функциональное кресло - Возможно, ходунки - Кресло-коляска с электроприводом или кресло-коляска с ручным приводом для пассивного перемещения - Возможно, вертикализатор - Подъемник для ванны
<p style="text-align: center;">Уровень 5</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Не может перемещаться самостоятельно - Не поддерживает позу сидя - Совершает мало произвольных движений 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Ортопедическое функциональное кресло - Кресло-коляска с электроприводом или кресло-коляска с ручным приводом для пассивного перемещения - Возможно, вертикализатор - Подъемник для ванны - Системы ортопедических подушек для позиционирования - Подъемник

Дети от 12 до 16 лет

<p style="text-align: center;">Функциональные навыки крупной моторики</p>	<p style="text-align: center;">Что ребенок может делать</p>	<p style="text-align: center;">Что может понадобиться ребенку</p>
<p style="text-align: center;">Уровень 1</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Свободно ходит дома, в школе и на улице - Поднимается по лестнице без перил - Может бегать и прыгать, но имеются легкие нарушения координации и проблемы с равновесием 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы при необходимости
<p style="text-align: center;">Уровень 2</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Самостоятельно ходит, но возникают проблемы во время ходьбы на дальние расстояния и/или по неровной наклонной поверхности, при скоплениях людей и/или если ребенок несет что-либо в руках - Может подниматься по лестнице только с опорой на перила или с посторонней помощью 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Ходунки для подстраховки - Кресло-коляска с ручным приводом (активная) - Реабилитационный велосипед

<p>Уровень 3</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Может ходить по дому в ходунках, по улице перемещается только в кресле-коляске - Может сидеть на стуле с поддержкой таза - Встает со стула только с помощью - Поднимается по лестнице только с помощью взрослого 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Ходунки для дома - Кресло-коляска с ручным приводом (активная или облегченная) для прогулок - Возможно, кресло-коляска с электрическим приводом
<p>Уровень 4</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Требуется кресло-коляска активного типа для перемещений - Требуется регулировка сидения в области таза и корпуса - При перемещении с места на место требуется помощь 1 или 2 человек - Для ходьбы использует костыли или перемещается в кресле-коляске 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Ортопедическое функциональное кресло - Ходунки - Кресло-коляска с электроприводом или кресло-коляска с ручным приводом для пассивного перемещения - Подъемник для ванны
<p>Уровень 5</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Не может самостоятельно передвигаться - Проблемы с поддержанием позы сидя - Практически не совершает произвольных движений 	<ul style="list-style-type: none"> - Ортезы - Ортопедическое функциональное кресло - Кресло-коляска с электроприводом или кресло-коляска с ручным приводом для пассивного перемещения - Подъемник для ванны - Системы ортопедических подушек для позиционирования - Функциональная кровать - Подъемник

Планы коррекционных занятий с детьми

План коррекционных занятий с детьми до 6 месяцев

Крупная моторика	Развивать общую двигательную активность ребенка, тренировать в выполнении следующих действий:	
	2 мес.	лежа на животе, поднимать голову
	3 мес.	удерживать голову по средней линии, лежа на спине
	4 мес.	лежа на животе, опираться на предплечья; при поддержке в вертикальном положении стоять с опорой на ноги
	5 мес.	сидеть с поддержкой, удерживая голову прямо; переворачиваться на бок, лежа на животе; вытягивать руку вперед
	6 мес.	переворачиваться со спины на живот; сидеть с опорой на руки
Мелкая моторика	Массаж пальцев рук, пассивная пальчиковая гимнастика и развитие следующих умений:	
	2 мес.	открывать кулачок
	3 мес.	удерживать вложенную в кисть игрушку; сжимать и разжимать пальцы, когда в руку попадают податливые предметы (бумага, ткань); следить за движением своей руки; иногда самостоятельно захватывать предметы
	4 мес.	тянуться и захватывать игрушку; трясти вложенной в руку погремушкой
	5 мес.	захватывать предмет и тянуть его в рот; ощупывать пальцем контур предмета
	6 мес.	захватывать предметы разной величины, в том числе и мелкие; держать в каждой руке по одному предмету и действовать руками по отдельности; переключать предметы из одной руки в другую
	Для формирования этих навыков взрослый, играя с ребенком, выполняет перечисленные действия руками ребенка, привлекает внимание ребенка, побуждает взять предмет и т. п.	

Зрительное восприятие	Стимулировать формирование следующих навыков:	
	1 мес.	недлительно фиксировать взор на свете фонарика, лице взрослого, ярком предмете; следить за медленно перемещающимся на расстоянии 20–40 см лицом или предметом
	2 мес.	фиксировать взгляд на контрастных простых фигурах: черно-белые полосы, концентрические окружности, следить за движущимися контрастными объектами
	3 мес.	следить за перемещением лица взрослого, предмета на расстоянии 20–80 см, следить за своей рукой и за предметом в руке
	4 мес.	рассматривать игрушку, находящуюся в руке
	5 мес.	рассматривать отражение в зеркале, узнавать знакомые объекты в быту
6 мес.	перекладывать игрушку из одной руки в другую при зрительном контроле, проявлять ориентировочную реакцию в новом месте, понимать выражение лица взрослого; рассматривать крупные картинки	
Слуховое восприятие	В период активного бодрствования ребенка как можно больше разговаривать с ним, используя различные интонации, звать по имени, побуждая к ответной голосовой реакции, предлагать слушать различные звучащие игрушки (погремушки, колокольчики и т. п.); выполняя привычные действия с ребенком, обязательно называть их, например, «будем кушать», «дай ручку»	
	Стимулировать формирование следующих навыков:	
	2 недели	проявлять слуховое сосредоточение (реакция на звук)
	1 мес.	прислушиваться к звуку колокольчика
	2 мес.	прислушиваться к звуку погремушки; эмоционально откликаться, слыша голос взрослого
	3 мес.	прислушиваться к музыке, выделять голос матери, замирать при появлении нового звука на фоне других, гулить в ответ на общение
	4 мес.	поворачивать голову в сторону источника звука, трясти погремушку и прислушиваться
	5 мес.	внимательно смотреть на объект, издающий звук
6 мес.	реагировать на свое имя, понимать некоторые команды с жестовым подкреплением, имитировать звуки разной высоты и частоты, прислушиваться к шепоту	

Импрессивная речь	Обучать ребенка реагировать на свое имя, понимать ситуативную речь, выполнять элементарные речевые инструкции с жестовым подкреплением. См. также «Слуховое восприятие»	
Экспрессивная речь	Активизировать речевую продукцию ребенка (гуление – с 2 мес., лепет – с 5,5 мес.). Выполняя действия в быту, комментировать их словами. Проводить специальный массаж мимических и артикуляционных мышц (губ, языка, мягкого неба)	
Интеллект	Кормить, купать, гулять с ребенком в определенные часы, продумать «ритуал» подготовки ко сну, кормлению, для того, чтобы выработать у ребенка способность устанавливать простые причинно-следственные связи. Способствовать формированию целенаправленных действий:	
	2 мес.	устанавливать простейшую связь между своим действием и результатом (если плакать, возьмут на руки)
	4 мес.	выделять интересующий объект, поворачиваться к нему, узнавать мать среди других взрослых
	5 мес.	реагировать на новый предмет, обстановку, нового человека. См. также «Эмоции, коммуникация».
Конструирование	См. «Мелкая моторика»	
Эмоции, коммуникация	Установление эмоционального, тактильного контакта с ребенком. Необходимо как можно чаще брать ребенка на руки, ласково разговаривать, поглаживать, стимулировать формирование навыков:	
	2 мес.	проявлять «комплекс оживления» при эмоциональном общении со взрослым
	3 мес.	реагировать на тактильный контакт со взрослым, смеяться
	к 6 мес.	проявлять активную реакцию на «своих» и «чужих»
Самообслуживание	К 6 мес. – обучать ребенка принимать густую пищу с ложки	
Игра	Формировать навыки:	
	2 мес.	кратковременно сосредотачивать взгляд на игрушке
	3 мес.	рассматривать вложенную в руку игрушку
	к 5 мес.	подолгу играть с подвешенными игрушками, эмоционально реагировать на игровые действия
Методические пособия	Колокольчики (из разного материала); погремушки (удобные для отработки навыка захвата предметов); звучащие игрушки; музыкальные игрушки; яркие контрастные игрушки	

План коррекционных занятий с детьми от 6 месяцев до 1 года

Крупная моторика	Развивать общую двигательную активность ребенка, тренировать в выполнении следующих действий	
	7 мес.	переворачиваться с живота на спину, лежа на животе и опираясь на предплечье одной руки, другой рукой тянуться за игрушкой, ползать по-пластунски
	8 мес.	самостоятельно садиться и уверенно сидеть, вставать на колени, стоять с поддержкой
	9 мес.	сидя без опоры, поворачиваться в стороны; ползать на четвереньках
	10 мес.	вставать у опоры
	11 мес.	ходить за движущейся опорой, стоять самостоятельно, ходить с поддержкой за одну или две руки
	1 год	ходить самостоятельно
Мелкая моторика	Учить ребенка:	
	7 мес.	активно захватывать игрушку из любых положений, перекладывать из руки в руку, захватывать мелкие предметы
	8 мес.	использовать для захвата большой палец, поднимать предмет двумя руками, брать удаленный предмет, отталкивать мяч в случайном направлении
	9 мес.	снимать со стержня пирамидки несколько колец; брать мелкие предметы указательным и большим пальцами; хлопать в ладоши («ладушки»)
	10 мес.	нанизывать кольца на стержень пирамидки; исследовать предмет на ощупь; пользоваться указательным жестом
	11 мес.	активно пользоваться указательным жестом, бросать предметы в игре
	1 год	перелистывать страницы у картонной книги, опускать мелкие предметы в узкое отверстие
Зрительное восприятие	Развивать у ребенка навыки	
	7 мес.	зрительно контролируя свои действия, захватывать игрушку из любых положений; стучать предметом о предмет

	8 мес.	различать близких и знакомых; обращать внимание на мелкие предметы (крошки хлеба, бусинки и т. п.)
	9 мес.	искать взором спрятанную на глазах игрушку
	10 мес.	узнавать себя и близких в зеркале
	11–12 мес.	рассматривать фотографии, мелкие предметы с четкими контурами; показывать по названиям отдельные предметы в быту; наблюдать за взрослыми, когда он пишет или рисует
Слуховое восприятие	Формировать способность	
	7 мес.	повторять интонацию речи взрослого
	8 мес.	проявлять интерес к предметам, издающим звук
	9 мес.	воспроизводить новые услышанные звуки, совершать плясовые движения под веселую музыку
	к 11 мес.	находить источник звука, находящийся за спиной
	1 год	повторять знакомые двусложные слова
Импрессивная речь	Стимулировать способность ребенка:	
	7 мес.	понимать команды с жестовым подкреплением, выделять по слову части лица у куклы и у взрослого
	8 мес.	зрительно дифференцировать названные знакомые предметы, понимать некоторые речевые команды без жестового подкрепления
	9 мес.	уверенно показывать части лица на кукле
	10 мес.	узнавать предметы на однопредметных картинках
	11 мес.	понимать команду «нельзя»
	1 год	хорошо дифференцировать однопредметные картинки
Экспрессивная речь	Учить ребенка:	
	9 мес.	повторять новые слоги, подражая взрослому
	11 мес.	называть людей и предметы слогами
	1 год	говорить несколько первых слов

Интеллект	Стимулировать познавательную активность, развивать навыки:	
	7 мес.	исследовать игрушку (трясти, стучать, катать и т. п.)
	9 мес.	реагировать действием на фразы: «помаши ручкой», «дай ручку» и т. д.
	11 мес.	узнавать значение коротких фраз: «где мячик?», «покажи носик» и т. д.
Конструирование	Стимулирование выполнения действий	
	9 мес.	снимать со стержня пирамидки несколько колец
	10 мес.	нанизывать кольца на стержень пирамидки
	11 мес.	ставить кубик на кубик
Эмоции, коммуникация	Стимулировать своевременное развитие у ребенка следующих коммуникативных и эмоциональных навыков:	
	8 мес.	адекватно эмоционально реагировать в ответ на общение
	9 мес.	легко идти на контакт со взрослым на игровом, эмоциональном уровне
	1 год	отчетливо проявлять эмоциональное состояние мимикой, двигательными и голосовыми реакциями, махать рукой на прощание, по просьбе обнимать родителей, проявлять робость, стеснительность, любопытство
	В том случае, если наблюдения за поведением ребенка позволяют судить о недоразвитии его эмоционально-коммуникативной сферы, возможно проведение так называемой «Холдинг-терапии»: в специально отведенное время мать берет своего ребенка на руки, крепко прижимает к себе. При этом она должна иметь возможность смотреть ребенку в глаза. Не ослабляя объятий, несмотря на сопротивление ребенка, мать говорит о своих чувствах и своей любви. Рукой ребенка мать гладит свое и его лицо. Необходимо поощрять ребенка к подражанию действиям взрослого	
Самообслуживание	Обеспечить развитие умений:	
	7 мес.	пить из бутылочки, придерживая ее руками; направлять бутылочку ко рту

	8 мес.	пить из чашки, которую держит взрослый
	9 мес.	грызть сухарик, печенье
	10 мес.	прожевывать полутвердую пищу (банан, мягкую грушу и т. п.)
	к 1 году	помогать одевать себя (подавать руку, ногу)
Игра	Учить ребенка:	
	8 мес.	повторять знакомые действия за взрослыми (стучать предметом о поверхность стола и т. п.)
	9 мес.	осваивать новые действия, повторяя их за взрослыми (складывать предметы в ведро и пр.)
	1 год	играть самостоятельно (катать машинку; называть кольца на стержень пирамидки; прикладывать телефон к уху; произносить «бах!», когда что-нибудь падает)
Методические пособия	Картонные книжки; кукла; пирамидка с крупными и мелкими кольцами; фигурки животных; мягкие игрушки; машинка среднего размера с веревочкой; игрушечный металлофон; игрушечный телефон; коробочки разных размеров, цветов и форм с крышками; мелкие предметы и ведро; набор пластмассовой посуды.	

План коррекционных занятий с детьми от 1 года до 3 лет

Крупная моторика	Развивать общую двигательную активность ребенка, тренировать в выполнении следующих действий:	
	1–1 год 3 мес.	вставать с пола без поддержки; ходить самостоятельно; из положения стоя, садиться на корточки и играть в этой позе
	1 год 3 мес. – 1,5 года	залезать на диван, кресло; наклоняться вперед из положения стоя; вставать с маленького стульчика; бегать, смотря под ноги
	1, 5 – 2 года	подниматься по лестнице приставным шагом, держась за перила и за руку взрослого; на ходу подталкивать ногой мяч
	2–3 года	перешагивать через препятствия; вставать на цыпочки; стоять на одной ноге; подниматься и спускаться по шведской стенке; крутить педали велосипеда; ходить на цыпочках

Мелкая моторика	Обучать ребенка умениям:	
	1 – 1,5 года	под зрительным контролем разъединять предметы; рисовать каракули; под контролем зрения откручивать маленькие винтовые крышки; разворачивать завернутые в бумагу предметы
	1,5 года – 1 год 8 мес.	ставить три кубика друг на друга; переворачивать страницы книги по одной; опускать мелкие предметы в маленькое отверстие
	2–3 года	хватать движущийся предмет; разрывать бумагу; нанизывать на шнур большие бусины; переливать жидкость из одной емкости в другую; складывать бумагу пополам; раскатывать пластилин; резать бумагу ножницами
Зрительное восприятие	Тренировать способности:	
	1 – 1 год 2 мес.	обходить высокие препятствия (например, стул); узнавать на фотографии себя, знакомого взрослого
	1 год 2 мес. – 1,5 года	избегать препятствий на своем пути (ямки, бугорки); показывать несколько названных предметов на картинке; запоминать, где лежат предметы, игрушки
	1 год 8 мес. – 2 года	узнавать свои вещи, одежду; подбирать парные картинки или игрушки; узнавать знакомые передачи по телевизору
	2–3 года	подбирать предмет к его рисунку; знать 2–4 основных цвета; узнавать предмет по рисунку его характерной части
Слуховое восприятие	Стимулировать появление умений:	
	1–1 год 2 мес.	двигаться при звуках музыки; смотреть на знакомые предметы, когда их называют; воспроизводить интонации речи взрослых
	1 год 2 мес. – 1 год 4 мес.	по устной просьбе (без подсказки жестами) выполнять знакомое действие с предметом; повторять короткие слова, услышанные в разговоре взрослых; выбирать по названию одну картинку из нескольких
	1,5 года	знать несколько коротких стихотворений, вставлять в них отдельные слова; понимать 20–50 слов (имена близких, названий частей тела, предметов и некоторых действий); играть со взрослым в «голоса животных» (звукоподражания: «ав-ав», «мяу» и пр.)
	1,5 – 2 года	называть объекты, находящиеся вне поля зрения, когда слышит звуки, исходящие от них; понимать 100 слов и более
	2–3 года	повторять за взрослым предложения из 2–3 слов; пытаться петь; повторять за взрослым стихи

Импрессивная речь	Обучать ребенка выполнению следующих действий:	
	1 – 1, 5 года	поворачиваться на имя; выражать удовольствие, когда хвалит; движениями головы показывать согласие или несогласие, утверждение или отрицание; использовать звуки, жесты, отдельные слова, чтобы выразить свои желания
	1, 5 – 2 года	легко повторять увиденные жесты; использовать более 10 жестов и других выразительных средств; играть с другими детьми, наблюдать за ними, вступать с ними в контакт; повторять в игре с года куклой знакомые действия (кормить с ложечки, укладывать спать и пр.)
	2–3 года	изображать поведение взрослого; задавать вопросы; вступать в контакт с детьми и взрослыми, активно обращаться к ним
Экспрессивная речь	Стимулировать речевую активность, побуждать ребенка:	
	1 – 1, 5 года	повторять за взрослыми одно- или двухсложные слова или два слога из трехсложных слов
	1, 5 – 2 года	повторять за взрослым двухсложные фразы; самостоятельно составлять предложения из двух слов; произносить слова со сложной слоговой структурой
	2–3 года	повторять за взрослым простые предложения из 3–4 слов; самостоятельно составлять простые и сложные предложения из 3–4 слов; строить многословные, в том числе сложноподчиненные предложения
Интеллект	Обучать умению устанавливать причинно-следственные связи на примере многократно совершаемых совместных действий, развивать конструктивный и вербальный интеллект, учить ребенка использовать вспомогательные средства для достижения своих целей:	
	1 – 1, 5 года	вытягивать за веревочку спрятанный предмет; показывать несколько частей тела на кукле и на себе; складывать 6–8 кубиков в коробочку; строить башню из 3–4 кубиков; выполнять простые просьбы (найти, выбрать, принести знакомый предмет)
	1, 5 – 2 года	собирать доску Сегена методом проб и по зрительному соотнесению; воспроизводить бытовые действия с предметами по памяти; понимать значение предлогов («в», «на», «под», «над»); убирать игрушки на свои места

	2–2 года 3 мес.	классифицировать предметы по форме, цвету, назначению; строить по образцу мостик из трех кубиков; выполнять простую классификацию предметов (4–5 групп); находить парные картинки; находить из 4–6 картинок или предметов те, которые соответствуют названному признаку
	2 года 3 мес. – 2,5 года	находить из 10 картинок ту, которую показывает взрослый; выполнять просьбы, состоящие из двух и более действий; понимать фразы со словами «большой», «маленький», «мой», «такой же», «начала» и «потом»; складывать разрезанную на две части картинку
	2 , 5 – 3 года	раскладывать предметы по величине (от большого к маленькому и наоборот); строить домик или другое сооружение из 5 кубиков; накладывать разрезанную на 6–7 частей картинку на целую картинку-образец; среди 4–5 предметов находить один, соответствующий изображению его характерной части
Конструирование	Учить ребенка навыкам:	
	1–2 года	простого конструирования (ставить один кубик на другой); собирать различные пирамидки; складывать из кубиков «паровозик» и «мостик» по образцу
	2–3 года	дорисовывать ножки и ручки человеку; самостоятельно рисовать человека; складывать картинки из кубиков; конструировать по образцу
Эмоции, коммуникации	Обеспечить ребенку возможность в процессе общения со взрослыми обучиться:	
	1 – 1 , 5 года	использовать указательный жест; проявлять сопереживание, утешение; помогать в простейших работах по инструкции
	1 , 5 – 2 года	использовать слово и жест «да»
	2–3 года	имитировать действия взрослых с бытовыми предметами; знать свой пол; вступать в контакт с ровесниками, используя жесты и отстаивать свою собственность

Самообслуживание	Тренировать способности:	
	1–2 года	самостоятельно держать чашку, из которой пьет; жевать твердую пищу; зачерпывать пищу ложкой из тарелки; есть и пить самостоятельно, используя ложку и чашку; самостоятельно снимать или надевать шапку, стягивать носки, ботинки, снимать расстегнутое пальто, куртку, штанишки, просовывать руки в рукава, а ноги в штанишки; с помощью мыть и вытирать руки; чистить зубы
	2–3 года	переливать жидкости из одной емкости в другую; помогать накрывать и убрать со стола; есть вилкой; застегивать и расстегивать молнию; расстегивать большие пуговицы; надевать рубашку, брюки, платье; самостоятельно мыть руки с мылом, чистить зубы
Игра	Стимулировать выполнение действий:	
	1–2 года	в игре воспроизводить усвоенные действия с предметами, используя игрушки («кормить» и «купать» куклу)
	2–3 года	в игре выступать в роли другого человека – члена семьи, представителя какой-либо профессии, персонажа сказки (сюжетно-ролевая игра; совместная игра с другим ребенком)
Методические пособия	Карандаши, фломастеры, наборы кубиков для конструирования (разные по цвету и величине); наборы форм, вставляющихся друг в друга; мягкие куклы и игрушки; книжки с картинками и короткими стихотворениями для детей; «почтовый ящик»; матрешки, составные игрушки из 2–3 частей; игрушки – модели людей и животных; парные картинки; лото; набор для нанизывания и шнурования; пластилин; «пазлы» для составления целого из частей, разрезные картинки из 2–3 частей; хрестоматия для детей от 2 до 4 лет; фигурки животных с детенышами; игрушечный транспорт; куклы для театра	

План коррекционных занятий с детьми от 3 до 7 лет

Крупная моторика	Развивать общую двигательную активность ребенка, тренировать в выполнении следующих действий:	
	3 года	прыгать на двух ногах
	4 года	делать кувырок вперед; прыгать на одной ноге
	5 лет	выполнять одновременно два вида движений

Мелкая моторика	Обеспечить формирование умений:	
	3 года	копировать круг; расстегивать пуговицы
	4 года	копировать квадрат (нечетко, с загнутыми углами); резать ножницами бумагу
	5 лет	копировать треугольник; рисовать квадрат
	<p>С этой целью выполнять упражнения: - делать «пальчиковую гимнастику» и массаж кистей рук; - лепить из пластилина; - рисовать на бумаге (особое внимание уделять развитию навыка правильно держать карандаш); - пробовать писать прописи; - обводить, штриховать, копировать геометрические и др. фигуры Обучать ребенка навыкам: - шнуровать, - застегивать и расстегивать пуговицы, завязывать и развязывать узлы и т. п. - собирать «рисунок» из бусин и бисера, выполнять аппликации</p>	
Зрительное восприятие	Развивать способность:	
	3 года	узнавать перечеркнутые изображения; узнавать наложенные изображения
	3,5 года	понимать смысл сюжетных картинок, отвечать на наводящие вопросы по ним
	4 года	самостоятельно составлять рассказ по сюжетной картинке; понимать смысл последовательных картинок
	4,5 года	раскладывать картинки последовательно по порядку, в соответствии с сюжетом
Слуховое восприятие	Развивать способность:	
	3 года	отстукивать простые ритмы по образцу
	5 лет	отстукивать акцентированные ритмы по образцу
	6 лет	отстукивать ритмы по устной инструкции
	<p>Развивать у ребенка фонематический и звукобуквенный анализ и синтез (развитие способности различать звуки речи, близкие по акустическим свойствам, определять наличие звука в слове, количество и порядок звуков в слове). Использовать развивающие компьютерные игры (например, на различение звучания музыкальных инструментов)</p>	

Импрессивная речь	Обучать ребенка:	
	3,5 года	отвечать (речью, мимикой, жестом) на вопросы о событиях, которые происходили в другом время или в другом месте
	4 года	отвечать на отвлеченные вопросы (например: «Светит ли ночью солнце?»)
	5–6 лет	пониманию абстрактных понятий («дружба», «правда», «обман», «радость», «страх»)
Экспрессивная речь	Учить ребенка:	
	3 года	использовать в речи множественное число, прошедшее время; использовать в речи отрицательные частицы «не», «ни»
	3,5 года	использовать в речи прилагательные и местоимения; задавать вопросы «когда?», «что внутри?», «почему?»; вести диалог со взрослыми; использовать в речи сложные предложения
	4 года	использовать в речи вежливые просьбы; будущее время; определение пространства («на», «под», «за»)
	4,5 года	читать стихи
	5 лет	использовать в речи соединение простых предложений в сложные; разделительные вопросы; описывать свои чувства
	5–6 лет	употреблять абстрактные понятия «счастье», «любовь», «надежда», «ложь»
	Проводить беседы с ребенком на различные темы, обучать навыку правильного задавания вопросов, развивать диалоговую и монологическую формы речи, отрабатывать правильное произношение.	
Интеллект	Обеспечить дальнейшее развитие конструктивного и вербального интеллекта, формировать навыки обобщения, классификации предметов и явлений по различным признакам, умения ребенка:	
	3 года	классифицировать предметы и изображения на 2 группы (по цвету, форме)
	3,5 года	классифицировать предметы и изображения на 3–4 группы по геометрической форме, по цвету
	4 года	заполнять доски Сегена различной степени сложности по зрительному соотношению; выполнять простую классификацию картинок (4–5 групп) с помощью

	4,5 года	выполнять простую классификацию картинок (4–5 групп) самостоятельно
	5 лет	объяснять и правильно использовать в речи понятия «больше», «выше», «шире», «длиннее», «равные», «одинаковые»; исключать «4-й лишний» предмет (при затруднении объяснить обобщающий признак); отгадывать загадки, используя накопленный опыт
	6–7 лет	исключать «4-й лишний» предмет с опорой на понимание функциональных и категориальных свойств объектов, на сравнение понятий с использованием категориальных обобщений
	<p>Для развития интеллектуальных способностей ребенка использовать следующие дидактические игры:</p> <ul style="list-style-type: none"> - складывание картинок из кубиков; - формирование досок Сегена разной степени сложности; - формирование представления о составе числа на наглядном материале; - развитие способности классифицировать предметы по определенному качеству (цвету, форме, размеру), а затем по категориальным свойствам (элементарное обобщение «Одежда», «Мебель», «Игрушки» и т. п.); - компьютерные игры на развитие восприятия, внимания, памяти, навыков счета, письма и чтения) 	
Конструирование	Развивать навыки:	
	3 года	- строить по образцу мост, дорисовывать недостающие детали на рисунке
	3,5 года	- самостоятельно рисовать человека, дом и другие предметы; строить сложные сюжетные конструкции (дом для куклы, гараж для машинки); собирать кубики Кооса ¹ по образцу
	4 года	- складывать картинки из кубиков, рисовать человечка с туловищем, в одежде
	5 лет	- рисовать сюжетные рисунки
Эмоции, коммуникации	Формировать способность:	
	3 года	- понимать и использовать в речи местоимения «я», «мое», «ты», «твое»; знать свой пол
	4 года	- по-разному общаться с детьми и взрослыми
	4,5 года	- оценивать поступок с точки зрения социальной нормы
	5–6 лет	- обращаться к взрослым на «вы» и по имени-отчеству

¹ Кубики Кооса (по имени американского психолога) – 16 равных по своему размеру кубиков красно-белого и желто-синего цвета. В каждом наборе для тестирования имеется также 17 карточек с узорами, упорядоченных по уровню сложности. Испытуемому предлагается сложить кубики таким образом, чтобы рисунок на верхней поверхности кубиков в точности соответствовал узору на карточке.[2]

Самообслуживание	Тренировать умения:	
	3 года	- наливать в чашку воды (иногда неаккуратно); расстегивать пуговицы
	4 года	- застегивать пуговицы, кнопки, молнию; одеваться без посторонней помощи; отличать переднюю часть одежды от задней
	5-6 лет	- самостоятельно завязывать шнурки на ботинках
Игра	При игровом общении ребенка со сверстниками и взрослыми учить его:	
	3 года	- играть с другими детьми в сюжетные игры
	3,5 года	- в игре пользоваться воображаемой действительностью, использовать элементы ролевой игры (знать свою роль)
	4 года	- сопровождать игру речью (озвучивать куклу)
	4,5 года	- в сюжете игры проявлять разные типы отношений (управления, подчинения, равноправия); длительно играть с 4-5 детьми с поочередной сменой ролей; отражать в сюжете сцены из повседневной жизни (драматическая игра)
	5-6 лет	- играть в «космос», «пиратов», перевоплощаться в животных и др., используя для придумывания сюжетов фантазию, накопленный жизненный опыт и знания
Методические пособия	Игрушки для активных игр; карандаши; трафареты; бумага; пластилин; ножницы; цветная бумага; шнуровки; картинки (однопредметные, парные, сюжетные, разрезанные, перечеркнутые, наложенные, последовательные); цветовые гаммы; кубики Коса; доски Сегена; доски Никитиных; счетные палочки; пазлы; конструкторы; развивающие компьютерные игры	

Рекомендуемая литература

1. Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом): метод. пособие / под ред. А. А. Потапчук. – СПб.: СПбГАФК им. П. Ф. Лесгафта, 2003.–228 с.
2. Акош К., Акош М. Помощь детям с церебральным параличом – Кондуктивная педагогика: книга для родителей / Пер. с англ. С. Вишневской. – М.: Институт социальной работы, 1997. – 196 с.
3. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. – М.: Просвещение, 1989. – 80 с.
4. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. – Киев: Здоровье, 1988. – 324 с.
5. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Кузенкова Л.М., Куренков А.Л., Ключкова О.А. Детский церебральный паралич у детей. Клинические рекомендации. МКБ 10: G80. – Министерство здравоохранения РФ, Союз педиатров России, 2016. Электронная копия: URL: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_dcp.pdf (дата обращения: 10.09.2017).
6. Бейкер Б., Брайтман А. Путь к независимости. Обучение детей с особенностями развития бытовым навыкам. – М.: Теревинф, 2004. – 498 с.
7. Бортфельд С.А, Городецкая Г.Ф., Рогачева Е.И. Точечный массаж при детских церебральных параличах. – Л.: Медицина, 1979. – 136 с.
8. Ваништендаль С. Резильентность, или оправданные надежды. Раненый, но не побежденный. – М.: VICE, 2015. – 58 с.
9. Вяяхуопус Е., Мелихов А. Как сохранить радость жизни в трудное время. – СПб.: Журнал «Звезда», 2014. – 160 с.
10. Вяяхуопус Е., Кантор В.З. Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями сенсорной, двигательной и интеллектуальной сферы: учебно-методический комплекс. – М.: «Папирус», 2009. – 304 с.
11. Детский церебральный паралич / В.А. Бронников, А.В. Одинова, Н.А. Абрамова, А.А. Наумов, О.К. Малышева. – Пермь: РИЦ «Здравствуй», 2000. – 255 с.
12. Доман Г. Что делать, если у вашего ребенка повреждение мозга. – М.: МЕДИАКИТ, 2013. – 177 с.
13. Ефименко Н.Н., Серлесев Б.В. Содержание и методика занятия физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом.

– М.: Советский спорт, 1991. – 55 с.

14. Ефремова Г.И. Пути активизации подростков с детским церебральным параличом в поиске работы и трудоустройстве. – М.: РИЦ АИМ, 2007. – 48 с.

15. Домашняя скорая помощь: справочник для родителей. – М.: Теревинф, 2014. – 320 с.

16. Зельдин Л.М. Развитие движений при различных формах ДЦП. – М.: Теревинф, 2017. – 136 с.

17. Зиглинда М. Обучение моторным навыкам детей с ДЦП: пособие для родителей и профессионалов. – Екатеринбург: Рама Пабблишинг, 2015. – 336 с.

18. Змановская В.А., Попков Д.А. Программа наблюдения детей с церебральным параличом. Метод, пособие. – Тюмень, 2015. – 187 с.

19. Ипполитова М.В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: книга для родителей. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение, 1993.

20. Климонтович Е.Ю. Увлекательная логопедия. Учимся говорить фразами: для детей 3–5 лет. – 2-е изд. – М.: Теревинф, 2015. – 512 с.

21. Клочкова В.Е. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. – М.: Теревинф, 2014. – 288 с.

22. Кнупфер Х. Как помочь ребенку, больному церебральным параличом. – Марбург, 1994. – 348 с.

23. Королевская Н.Г. «Особая семья» – «особенный ребенок»: книга для родителей детей с отклонениями в развитии. – М.: Советский спорт, 2003. – 232 с.

24. Красный Ю.Е. АРТ – всегда терапия. Развитие детей со специальными потребностями средствами искусств. – Изд. 2-е, испр. и доп. – М.: Дорога в мир, 2014. – 256 с.

25. Крупенчук О.И., Воробьева Т.А. Логопедические упражнения: Артикуляционная гимнастика. – СПб.: Литера, 2018. – 64 с.

26. Левченко И.Ю., Приходько О. Г. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Академия, 2001. – 192 с.

27. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2008. – 224 с.

28. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.

29. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст. – М.:

Просвещение, 1991. – 159 с.

30. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст). Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 304 с.

31. Методика по реализации основных форм организации физкультурно-оздоровительной и спортивной работы в соответствии с основными и сопутствующими заболеваниями инвалидов, с учетом нозологических групп и рекомендаций: методическое пособие / М.С. Шадрина, З.А. Коренчук, Н.В. Куклина, Н.С. Кузнецова: КГАУ «Спортивно-адаптивная школа паралимпийского резерва», АНО ДПО Пермский институт повышения квалификации работников здравоохранения.– Пермь, 2019. – 694 с.

32. МКФ-ДП. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков. /Всемирная организация здравоохранения, ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. – М.: ИП Чувашова Н.В., 2016 г. – 214 с.

33. Москвина А.Г. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в семье. – М.: Прометей, 2015. – 408 с.

34. Немкова С.А. Детский церебральный паралич: современные технологии в комплексной диагностике и реабилитации когнитивных расстройств. – М.: Медпрактика-М, 2013. – 440 с.

35. Немкова С.А., Маслова О.И., Каркашадзе Г.А., Мамедьяров А.М. Психологические аспекты комплексной медико-социальной реабилитации детей-инвалидов с церебральным параличом // Педиатрическая фармакология. – 2013. – №10. – С. 107–126.

36. Ньюмен С. Игры и занятия с особым ребенком. – 9-е изд. – М.: Теревинф, 2015. – 236 с.

37. О детском церебральном параличе для родителей пациентов. Методические рекомендации № 41. – М.: Департамент здравоохранения города Москвы, 2012. – 32 с.

38. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. – 319 с.

39. Особенности психического развития детей с церебральным параличом. Методические рекомендации № 29. – М.: Департамент здравоохранения города Москвы, 2013. – 32 с.

40. Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. – Вып. 8. – М.: Теревинф, 2014. – 296 с.

41. Ощепкова М.А., Ощепкова О.М. Счастье рядом, или Полноценная жизнь с ДЦП. – Иркутск: Аспринт, 2015. – 84 с.

-
42. Ощепкова М.А. Советы для полноценной жизни. // Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения. 2010. №3. С.30-31.
43. Перхурова И.С., Лузинович В.М., Сологубов Е.Г. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы ее коррекции. – М.: Книжная палата, 1996. – 242 с.
44. Пинчук Д.Ю., Бронников В.А., Кравцов Ю.И. Детский церебральный паралич: о дезинтегративных механизмах постнатального дизнейроонтогенеза и возможностях реабилитации. – СПб.: Человек, 2014. – 420 с.
45. Пути и методы реабилитации детей с множественными нарушениями развития. – М.: ВІСЕ, 2014. – 88 с.
46. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е.В. Семёнова, Е.В. Ключкова, А.Е. Коршикова-Морозова, А.В. Трухачёва, Е.Ю. Заблоцкис.– М.: Лепта Книга, 2018. – 584 с.
47. Селевко Г.К. Технологии воспитания и обучения детей с проблемами. – М: НИИ школьных технологий, 2005. – 144 с.
48. Словарь. Основы специальной психологии, коррекционной педагогики, комплексной реабилитации: учебно-справочное пособие: / В.А. Бронников, О.Н. Тверская, М.С. Шадрина. – Пермь, 2017. – 202 с.
49. Семёнова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. – М.: ИД «Закон и порядок», 2007. – 616 с.
50. Смолянинов А.В., Ванчова А. Рука – мозг. – Братислава, 2011. – 112 с.
51. Смолянинов А.В. Иппотерапия для детей. – М.: Остров Надежды, 2010. – 90 с.
52. Социально-педагогическая реабилитация детей с ДЦП / под ред. Л. В. Мардашеева. – М.: Изд-во МГСУ, 2001. – 322 с.
53. Тараканов О.П. ДЦП. Оздоровление на дому. – М.; СПб.: Авторская творческая мастерская, 2011. – 90 с.
54. Течнер С., Мартинсен Х. Введение в альтернативную и дополнительную коммуникацию: жесты и графические символы для людей с двигательными и интеллектуальными нарушениями, а также с расстройствами аутистического спектра. – М.: Теревинф, 2014. – 432 с.
55. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений. – М.: Гном-Пресс, 1999. – 64 с.
56. Токмаков А.А. Двигательная реабилитация подростков с дет-

ским церебральным параличом средствами туризма: автореф. дис. ... канд. пед. наук. – Уфа: Уфимский государственный университет экономики и сервиса, 2015. – 24 с.

57. Финни Н.Р. Ребенок с церебральным параличом. Помощь, уход, развитие: книга для родителей. – М.: Теревинф, 2016. – 336 с.

58. Хольц Ренате Помощь детям с церебральным параличом. – М.: Теревинф, 2007. – 336 с.

59. Шамарин Т.Г., Белова Г.И. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей. – Элиста: Джангар, 1999. – 167 с.

60. Шипицына Л.М. Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии. – СПб.: Образование, 1995. – 350 с.

61. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 368 с.

Источники иллюстраций

Рисунки: 1, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 58, 59, 60, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 173 - использованы иллюстрации из книги: Детский церебральный паралич / В.А. Бронников, А.В. Одинцова, Н.А. Абрамова, А.А. Наумов, О.К. Малышева. – Пермь: РИЦ «Здравствуй», 2000. – 255 с.

Рисунки: 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 63, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99 - использованы иллюстрации из книги: Хольц Ренате. Помощь детям с церебральным параличом. – М.: Теревинф, 2007. – 336 с.

Рисунки: 2, 3, 4, 5, 6, 14, 57, 64, 65, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 2013, 214, 215, 216, 217, 218 - использованы иллюстрации из буклетов общественной организации «Волонтеры Сервис Оверсиз» и книги: Финни Н.Р. Ребенок с церебральным параличом. Помощь, уход, развитие: книга для родителей. – М.: Теревинф, 2016. – 336 с.

Рисунки: 125, 127 - использованы иллюстрации из книги: Доман Г. Что делать, если у вашего ребенка повреждение мозга. – М.: МЕДИ-АКИТ, 2013. – 177 с.

Рисунки: 202, 204 - использованы иллюстрации из книги: Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии: библиотека логопеда. – М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008. – 115 с.

Рисунок 203 – использована иллюстрация из книги: Дедюхина Г.В., Яньшина Т.А., Могучая Л.Д. Логопедический массаж и лечебная физкультура с детьми 3-5 лет, страдающими детским церебральным параличом. Учебно-практическое пособие для логопедов и медицинских работников. – М.: ООО «Издательство ГНОМ и Д», 2000. – 32 с.

Рисунок 205 – использована иллюстрация из книги: Новикова Е.В. Зондовый массаж: коррекция звукопроизношения. Наглядно-практическое пособие ч. 1. – М.: ООО «Издательство Гном», 2010. – 496 с.

Рисунок 206 – использована иллюстрация из книги: Фрост Л., Бонди Э. Система альтернативной коммуникации с помощью карточек (PECS): руководство для педагогов. – М.: Теревинф, 2011. – 416 с.

Рисунки: 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 67, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153,

154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 200, 201, 207, 208, 209, 210, 211, 212 - информация взята из открытых источников и не претендует на авторское право

Рисунки: 10, 33, 49, 56, 61, 62, 126 – фото и иллюстрации из архива специалистов ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»

Содержание

Оболезни	5
Об уходе с терапевтическим эффектом	35
Каким должен быть режим дня.....	35
Как поднимать и носить ребенка.....	36
Как выбрать позу для сна и бодрствования.....	39
Как кормить ребенка.....	43
Как купать ребенка с ДЦП.....	48
Как ухаживать за полостью рта.....	49
Как приспособить жилище к возможностям ребенка с ДЦП.....	56
Методы лечения и абилитации	70
Медикаментозное лечение ДЦП.....	70
Домашняя компьютерная игротерапия.....	72
Костюмы проприоцептивной коррекции.....	73
Ортезирование.....	74
Метод опорной стимуляции.....	76
Ботулинотерапия.....	77
Кондуктивная педагогика (кондуктивная терапия).....	79
Физическая (двигательная) абилитация ребенка с ДЦП	82
Оборудование для занятий лечебной физкультурой.....	85
Массаж.....	86
Позиционная терапия.....	95
Лечебная физическая культура.....	128
О технических средствах реабилитации	151
Протезно-ортопедические изделия.....	152
Средства передвижения.....	160
Средства для развития.....	165
Средства, облегчающие жизнь.....	169
Обеспечение ребенка-инвалида техническими средствами реабилитации.....	170
О навыках самообслуживания и гигиены	174
Учим одеваться.....	174
Учим есть самостоятельно.....	181
Обучаем гигиеническим навыкам.....	185
Приучаем к работе по дому.....	185
О речевом развитии детей с ДЦП и иных формах общения	189
Физиологическое питание – залог правильной и красивой речи.....	189
Готовим речевой аппарат.....	193
Начинаем как можно раньше.....	194

Тренируем дыхание.....	196
Делаем логопедический массаж	196
Делаем артикуляционную гимнастику	205
Выполняем пальчиковую гимнастику	212
Развиваем речь	215
Готовимся осваивать письменную речь.....	218
Осваиваем средства альтернативной коммуникации.....	222
Современные технические средства коммуникации.....	226
О психическом развитии детей с церебральным параличом.....	229
Психические особенности детей с ДЦП.....	229
Игра как важнейший компонент психической абилитации.....	235
Психотерапевтические упражнения и игры для ребенка с ДЦП младшего школьного возраста.....	246
Социализация детей с ДЦП.....	258
Профорентация и трудоустройство детей с ДЦП.....	274
Александр Ильин. Труд - атрибут полноценной жизни.....	281
Вместо заключения. Мария Ощепкова. Советы для полноценной жизни.....	296
Приложения.....	303
<i>Приложение 1.</i> Врожденные безусловные рефлексы здорового ребенка на первом году жизни	303
<i>Приложение 2.</i> Карта развития навыков ребенка в норме.....	304
<i>Приложение 3.</i> Психомоторное развитие здорового ребенка на первом году жизни.....	306
<i>Приложение 4.</i> Формализованная карта исследования психоневрологических функций у детей первых 7 лет жизни.....	313
<i>Приложение 5.</i> Основные формы ДЦП.....	327
<i>Приложение 6.</i> Шкала глобальных моторных функций (GMFCS) рекомендациями по обеспечению техническими средствами реабилитации детей с двигательными нарушениями (К. Экольдт-Альфай).....	330
<i>Приложение 7.</i> Планы коррекционных занятий с детьми.....	338
План коррекционных занятий с детьми до 6 месяцев	338
План коррекционных занятий с детьми от 6 месяцев до 1 года..	341
План коррекционных занятий с детьми от 1 года до 3 лет.....	344
План коррекционных занятий с детьми от 3 до 7 лет.....	348
Рекомендуемая литература	353
Источники иллюстраций.....	358

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

***Книга для родителей
ребенка с ДЦП***

Верстка: Анжелика Стринкевич

Подписано в печать 01.11.19. Формат 84 x108 1/32. Усл. печ. л. 19,01

Печать офсетная. Тираж 350 экз. Заказ № 13/11

Отпечатано в ООО «Спектр Пермь»

614090, г. Пермь, ул. Лодыгина, д. 53В

e-mail: start-perm@bk.ru