

Наталья Грищенко

РОДИТЕЛЯМ, УЧИТЕЛЯМ, ПСИХОЛОГАМ

ПУТЕМ ПРЕОДОЛЕНИЯ



В жизни мы прикасаемся ко многому не задумываясь, пропускаем что-то мимо себя, не замечая. Мы видим чью-то боль, но не чувствуем ее. Мы даже хотим ее понять, но не можем. И только когда мы сталкиваемся с ней близко, совсем близко, когда это происходит с нами, с нашими родными мы вдруг остро, как оголенные провода, начинаем чувствовать эту боль каждой клеточкой своего тела, своим сердцем.

И вот только тогда мы понимаем, что смысл всей жизни теперь: верить и надеяться.

- Спокойной ночи, мама!
- Спокойной ночи, сынок!

... Тихо тикают часы на кухне, в руках у меня вышивание; вроде все спокойно, и я пытаюсь вспомнить, а когда она, эта ночь стала действительно спокойной для нас обоих.

Говорят, человеческая память избирательна. Что – то остается в ней навсегда, а какие – то моменты отступают на второй план, либо стираются навсегда. Мне кажется, те, кто так думает, ошибаются. Или моя память устроена так, что я слишком хорошо помню каждую минуту того теплого августовского дня 17 лет назад, потому что тот день перевернул всю мою жизнь.

В тот день родился мой сын, Захар. После рождения он не закричал, его быстро унесли в соседнюю комнату, где пытались хоть что-то сделать для него.

Я пыталась сосредоточиться на ситуации, которая произошла. По той сумашедшей суete, скоплению стольких врачей возле моего сына я поняла: что-то произошло, и что-то серьезное.

Я даже не знала, кто у меня родился, мне же не сказали, не до этого было. Мне казалось: прошло очень много времени прежде, чем я услышала стон. Стон, от которого похолодело сердце. Я помню, как бегом, босиком бежали в реанимацию врачи, чтобы быстрее подключить его к аппарату.

Спустя время ко мне подошел врач и сказал, что у меня родился сын весом 3850, что положение тяжелое и до утра, скорее всего, он не доживет, добавил он напоследок.

Что могла я почувствовать в тот момент? Холод, который пронизывал мою душу и сердце. Казалось, что оно остановилось. Я совершенно не ожидала такого разрешения своей беременности. Я помню, как я сильно захотела прижаться к своей маме и спросить её: «За что?» Я так хотела этого ребенка.

Я всю беременность «летала», так мне было хорошо.

Но я не плакала. Наверное уже в тот миг Бог знал, что мне выпадет слишком много, чтобы плакать сейчас.

Ёще находясь в родильном зале я обратилась к Богу с просьбой: «Если он останется на всю жизнь инвалидом, забери его лучше сейчас, чтобы он не мучался всю жизнь. Но если я смогу «вытянуть» его из болезни ,то дай терпение и силы бороться». Я оставила всё на волю Господа.

Больше недели врачи боролись за его жизнь. Малейшее раздражение вызывало у моего сына судорожный синдром. Всё это время по телефону в роддоме звучала одна и та же фраза: «Положение тяжелое. Но ещё жив.»

Пост медсестры был рядом с моей палатой, поэтому утром, когда звонили родные, до прихода врача я уже слышала, что эту ночь он тоже выжил. Я молилась за него каждый день и он жил, мой маленький беспомощный, такой уже родной, сынок . Ведь я его ещё на тот момент не видела, меня в реанимацию не пускали. Самый большой эмоциональный всплеск произошел тогда, когда мне разрешили его посмотреть. Это был третий день его борьбы за жизнь. Я настраивалась долго. Я подходила к дверям реанимации и уходила. Я должна была выдержать!

Мой сын лежал в «инкубаторе». Он был очень красивый! Но всё его маленькое тельце содрогалось в судорогах, ручки, ножки ,

глазки. На это спокойно невозможно было смотреть. (Это уже много позже я научилась воспринимать и принимать всё спокойно и адекватно). Я не выдержала, как себя ни настраивала. Я упала на эту стеклянную колбу и разрыдалась.

В тот момент мне было больно смотреть на моего маленького сына, так сильно страдающего. Тогда я не думала, что ждет нас впереди. Врачи в один голос говорили, что лучше, если он не выживет, потому что 15 минут реанимационных мероприятий для головного мозга слишком много. Ну хотя бы 7 минут, а то 15!

Ведь у него сочетанная внутречепенная и спинальная травма, синдром двигательных нарушений, подвыших шейного позвонка и вдобавок остшая двусторонняя бронхопневмония. Всё это говорит о том, что ребенок не будет нормальным, это уже инвалид и зачем это тебе молодой такой надо.

Я взяла себя в руки и уже спокойно, каждый день приходила к нему в реанимацию, смотрела, как ставят ему системы, как его кормят (потому что грудь он взять не мог).

Через 10 дней нас перевели из роддома в I детскую городскую больницу. Месяц мы пролежали в отделении патологии. В этом отделении детки часто умирают, некоторых бросают мамы и отсюда подлеченные они направляются в Дом малютки.

Захар постоянно спал, так как препараты почти все были расслабляющего действия. Силы сосать грудь у него не было, хотя я постоянно прикладывала его. Ни цвета глаз, ни его голоса я видела и не слышала очень долго. Пока наш лечащий доктор не предложила мне эксперимент (это будет первый, на который я решусь, впереди будет ещё много, на что я решалась иногда вопреки всему). Она предложила пропустить кормление из бутылочки на 6 часов: «Не переживай, глюкозу всё равно получает, если что – подстрахуем. Ему тяжело, но давай попробуем».

Я согласилась, не раздумывая. В этот день я впервые услышала голос моего сына, он проголодался. Я так привыкла к тому, что он молчит, что когда вошла в отделение сразу услышала новый голос, он как-то басил даже, и не кричал, как младенец, а именно звал, спокойно, но напористо.

Я побежала через весь длинный коридор в самый конец (наша палата была последняя) и, подлетев к кроватке, наконец-то увидела его глаза – голубые-голубые!

Сколько радости я испытала в этот миг!

Но нашей победой было в этот день ещё одно событие. Он наконец-то попробовал пососать молоко из груди, у него получилось, два сосательных движения и после этого так тяжело дышал, как будто он бежал долгий и длинный марафон.

С этого дня мы с сыном «договорились»: никаких бутылочек, только теплое мамине молоко. К огромному моему счастью, здоровью моего сына и спокойствию врачей (так как много лекарств употреблял) молоком своим я кормила его почти 2 года.

Тогда, в самом начале нашего пути с сыном я надеялась и думала, что всё нормализуется, встанет на свои места. Ребенок подрастал, не подходил ни под одни мерки, установленные врачами в книгах. Всё делал с опозданием на год, а то и больше. Но я не паниковала, это не в моих правилах, просто я старалась делать всё, что может помочь моему ребенку.

Очень много читала ему сказок, стихов, включала ему классическую музыку, показывала репродукции художников, очень много с ним разговаривала, играла, придумывала разные упражнения (они далее приведены почти в полном объёме).

Основным ударом для меня стал диагноз, с которым мы живем и поныне – ДЦП (детский церебральный паралич).

Я вспомнила, что когда мне было 14 или 15 лет, я смотрела программу по телевизору, в которой шла речь о реабилитационном центре в Москве для детей с ДЦП. Показывали разные формы заболевания, как лечить и работать с ними. В тот момент я подумала: « Мне очень жаль этих детей. Не дай Бог, иметь такого ребенка». И что же, мысль бывает материальна.

Захар не реагировал на звуки, не поднимал ручки выше плеч, не чувствовал боли ,не сидел и еще очень многое не мог делать в свои девять месяцев, когда нам чисто случайно посоветовали обратиться к Орловой Людмиле Григорьевне (в то время она вела прием в г.Степногорске, а в настоящее время проживает в России). Людмила Григорьевна оказала нам огромную помощь в лечении и восстановлении Захара. После ее лечения ребенок постепенно начал восстанавливаться. Стал слышать,

переворачиваться со спины на живот, с интересом стал наблюдать за картинками в книжке, трогать их руками, стал играть с игрушками непродолжительное время, разгибать ручки. Когда врач увидела нас через год, то была искренне сама удивлена: «Я не ожидала такого результата. Он был почти безнадежен, когда вы привезли его ко мне. Я взялась его лечить потому, что в ваших глазах я увидела столько мольбы и страдания, что решила попробовать вам помочь».

Все эти годы было не просто трудно, а очень трудно. Каждая секунда моей жизни принадлежала Захару. Нельзя останавливаться! Главное, дорогие мои родители, не останавливаться даже если вам кажется, что всё напрасно. Пробуйте ещё, развивайте, разговаривайте как можно больше. Читайте! Читайте добрые, хорошие сказки, особенно на ночь. Пусть это будет у вас такой ритуал. Чтобы ваш малыш засыпал под сказку, которую ему читает мама или папа. Он будет счастлив, поверьте мне! Найдите 10-15 минут каждый день. Ведь это так мало, зато именно это он будет вспоминать, когда вырастет!

В два года Захар стал пытаться говорить. В четыре года начал ходить с моей помощью. В пять лет стал кушать самостоятельно.

Одеваться сам начал где-то в шесть лет, но еще в восемь мог одеть одежду на левую сторону, обуть кроссовки не на ту ногу и при этом совсем не чувствовать, что так неудобно.

Ну ему это действительно на тот момент было и не важно, у него плоскостопие, и стопы, как «лепешечки».

Давайте теперь разберемся, а что такое ДЦП?

Термин «Детский церебральный паралич» (ДЦП) объединяет ряд синдромов, которые возникают в связи с повреждением мозга. ДЦП развивается в результате поражения головного и спинного мозга от разных причин на ранних стадиях внутриутробного развития плода и в родах. Основным клиническим симптомом ДЦП является нарушение двигательной функции, связанной с задержкой развития, патологией тонуса, парезами. Помимо нарушений в центральной нервной системе вторично в течение жизни возникают изменения в нервных и мышечных волокнах, суставах, связках, хрящах.

К основному симптуу ДЦП – двигательным расстройствам – в большей части случаев присоединяются нарушения психики, речи, зрения, слуха и др. У некоторых детей наблюдается судорожный синдром.

ДЦП рассматривают как заболевание, возникшее в результате поражения мозга, перенесенного впренатальном периоде или в периоде незавершенного процесса формирования основных структур и механизмов мозга, что обуславливает сложную сочетанную структуру неврологических и психический расстройств. Наблюдается не только замедленный темп психологического развития в целом, но и неравномерный, диспропорциональный характер формирования отдельных психических функций. У ребенка с ДЦП в той или иной степени выключена из деятельности важнейшая функциональная система – двигательная. Выраженная двигательная патология, нередко в сочетании с сенсорной недостаточностью, может быть одной из причин недоразвития познавательной деятельности и интеллекта.

Причины развития ДЦП многообразны. Принято выделять : пренатальные, перинатальные и постнатальные неблагоприятные факторы, имеющие отношение к происхождению ДЦП. На практике чаще всего встречаются комбинации таких факторов, действующих на разных этапах развития.

Пренатальные факторы.

Обычно выделяют 3 группы этих факторов:

1. состояние здоровья матери;
2. отклонения в ходе беременности;
3. факторы, нарушающие развитие плода.

К факторам 1-й группы относят: конституцию матери; соматические, эндокринные, инфекционные заболевания матери; вредные привычки; осложнения предыдущей беременности.

Например, при поражении сердечно-сосудистой системы у матери в 45% развивается метаболический ацидоз, вызывающий кислородную недостаточность плода, что в свою очередь в 12-40% осложняется асфиксиею в родах. Неблагоприятное значение в развитии ДЦП имеет внутриутробная инфекция. Особо выделяют вирус краснухи. Частота поражения плода при

заболевании матери краснухой колеблется от 16 до 59 %. Клиническим проявлением патологии при врожденной краснухе может стать возникновение спастических парезов. В 17% всех пренатальных повреждений причиной является токсоплазмоз.

Причиной тяжелой патологии нервной системы плода может быть иммунная несовместимость матери и плода. Среди детей с ДЦП антигенная несовместимость наблюдается в 12 раз чаще.

К факторам 2-й группы могут быть отнесены неблагоприятно протекавшие роды, которыми закончилась предыдущая беременность, лечение тиреоидными гормонами во время беременности, кровотечение в поздние сроки беременности, употребление матерью экстрогенных гормонов, внутриматочные повреждения.

К 3-й группе факторов относят следующие: вес менее 1500 гр., ненормальная позиция плода, малый вес плаценты, беременность сроком менее 37 недель, выраженный дефект родов, аномалия конечностей, микроцефалия, генетические факторы.

Перинатальные факторы.

К этим факторам относятся:

1. асфиксия в родах;
2. родовая травма.

Особенно детально изучем механизм асфиксии: кислородная недостаточность в родах ведёт к расширению сосудов и их тромбозу, возникает **ишемия** мозга, и в итоге могут развиваться тяжелые церебральные нарушения.

Частота случаев ДЦП среди детей, родившихся в асфиксии, колеблется от 3 до 20%. Четкая связь прослеживается между родовой асфиксиеи и ДЦП у детей, рожденных преждевременно.

Причинами родовых травм могут быть механические повреждения при рождении, неправильное предлежание плода, скоротечные роды, длительные **потуги**, искусственные роды.

На начальной стадии могут быть и другие факторы риска развития ДЦП: патология плаценты или пуповины, обвитие пуповины, длительные потуги, слабость родовой деятельности, преждевременные роды.

Постнатальные факторы

На постнатальной стадии выделяются следующие причины отклонений:

- травмы: черепа и костей, **субдуральные** гематомы и т.д.
- инфекции: менингит, энцефалит, **абцесс** мозга:
- интоксикации: лекарственными веществами, антибиотиками (стрептомицин), свинцом, мышьяком и др.:
- кислородная недостаточность: при удушении, утоплении и др.:

-при новообразованиях и других приобретенных отклонениях в мозге, опухоли мозга, кисты, гидроцефалии и т. д.

Существует пять основных форм ДЦП:

- двойная гемиплегия;
- спастическая диплегия;
- гемипаретическая** форма;
- гиперкинетическая** форма;
- атонически- астатическая форма.

На практике выделяют еще смешанную форму ДЦП.

Двойная гемиплегия.

Это самая тяжелая форма ДЦП. Возникает при значительном поражении мозга в периоде внутриутробной жизни. Оказываются тяжело нарушенными все важнейшие человеческие функции: двигательные, психические, речевые.

Двигательные нарушения выявляются уже в периоде новорожденности, как правило, отсутствует защитный рефлекс, резко выражены все тонические рефлексы: шейные, рефлекс с головы на туловище и с таза на туловище. Ребенок не может научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить.

Функции рук и ног практически отсутствуют. Из-за повышенной активности тонических рефлексов ребенка в положении на животе или спине имеет резко выраженные сгибательную и разгибательную позы. При поддержке в вертикальном положении, как правило, наблюдается разгибательная поза при свисании головы. Все сухожильные рефлексы очень высокие, тонус мышц в руках и ногах резко нарушен. Произвольная моторика совсем или почти не развита.

Психическое развитие детей находится обычно на уровне умственной отсталости в умеренной или тяжелой степени.

Речь отсутствует: **анартрия** или тяжелая дизартрия. Прогноз дальнейшего развития двигательной, речевой и психических функций крайне неблагоприятен.

Спастическая диплегия

Это самая распространенная форма ДЦП, известная под названием болезни, или синдрома Литтля. По распространенности двигательных нарушений спастическая **диплегия** является тетрапарезом (т.е. поражены руки и ноги), но нижние конечности поражаются в значительной большей степени.

У детей с этой формой часто наблюдаются вторичная задержка психического развития, которая при рано начатом и правильно проводимом лечении к 6-8 годам может быть устранена: 30-35% детей страдают умственной отсталостью в легкой степени. У 70% наблюдаются речевые расстройства в форме дизартрии.

Тяжесть речевых, психических и двигательных нарушений варьируется в широких пределах. Это связано с временем и силой действия вредных факторов. В зависимости от степени тяжести поражения мозга уже в периоде новорожденности слабо выражены или вовсе не возникают врожденные двигательные рефлексы: защитный, ползания, опоры, шаговые движения новорожденного, т.е. нарушаются основы, на базе которых формируются установочные рефлексы. Хватательный рефлекс чаще всего, наоборот усилен, так же как и тонические рефлексы: шейные, лабиринтный; причем степень их выраженности может нарастать к 2-4 месяцам жизни.

Резко повышен тонус мышц языка, так что он оказывается приведенным к корню, а подвижность его резко ограничивается.

Глаза ребенка поднимаются вверх. Таким образом, в этот круг оказываются втянутыми функции зрения и речь.

При наклоне головы возникает сгибательная поза в руках и разгибательная в ногах, а при выпрямлении головы, наоборот возникает разгибание рук и сгибание ног.

К 2-3 годам в зависимости от степени тяжести двигательных нарушений различают тяжелую, среднюю и легкую степень спастической диплегии.

Дети с тяжелой степенью самостоятельно не передвигаются или передвигаются с помощью костылей. Дети себя не обслуживают или обслуживают частично. **Манипулятивная** деятельность рук и ног значительно снижена. Относительно быстро у них развиваются деформации во всех суставах нижних конечностей. У 70-80% детей наблюдаются речевые нарушения, у 50-60% - задержка психического развития, у 25-35% - умственная отсталость. У этих детей на протяжении 3-7 и более лет с трудом формируется установленные выпрямительные рефлексы. Дети со средней степенью тяжести двигательного поражения передвигаются самостоятельно, хотя с дефектной осанкой. У них неплохо развита манипулятивная деятельность рук. Тонические рефлексы выражены незначительно. Речевые нарушения наблюдаются у 65-75 %, у 15-25 % - умственная отсталость.

Детей с легкой степенью тяжести двигательного поражения отличает неловкость и замедленность темпа движений в руках, относительно легкое ограничение объема активных движений в ногах, преимущественно в голеностопных суставах, незначительное повышение тонуса мышц. Дети самостоятельно передвигаются, но походка их остается несколько дефектной. Речевые нарушения – у 40-50 % детей, задержка психического развития – у 20-30 %, умственная отсталость – у 5%.

Ребенок, страдающий спастической диплегией, может научиться обслуживать себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков.

Гемипаретическая форма.

Эта форма заболевания характеризуется односторонним поражением руки и ноги. При этой форме поражена одна сторона тела: левая при правостороннем поражении мозга и правая при левостороннем. При данной форме ДЦП обычно тяжелее поражаются верхняя конечность. Правосторонний гемипарез встречается чаще, чем левосторонний. У 25-35% детей наблюдается легкая степень умственной отсталости, у 45-50% - вторичная задержка психического развития, преодолеваемая при своевременно начатой восстановительной терапии. Речевые расстройства наблюдаются у 20-35% детей.

После рождения у ребенка с такой формой ДЦП все врожденные двигательные рефлексы оказываются сформированными. Однако уже в первые недели жизни можно выявить ограничение спонтанных движений и высокие сухожильные рефлексы в пораженных конечностях; рефлекс опоры, шаговые движения, ползание хуже выражены в пораженной ноге.

Хватательный рефлекс менее выражен в пораженной руке. Сидеть ребенок начинает вовремя или с небольшим опозданием, при этом поза оказывается асимметричной, что может привести к сколиозу. Проявление гемипареза формируется, как правило, к 6-10 месяцам жизни ребенка, постепенно нарастаю.

Начиная с 2-3 лет основные симптомы заболевания не прогрессируют, двигательные нарушения носят стойкий характер. Выделяют 3 степени тяжести гемипаретической формы ДЦП: тяжелую, среднюю и легкую.

При тяжелой степени поражения в верхней и нижней конечности наблюдаются выраженные нарушения тонуса мышц по типу спастичности и ригидности.

Объем активных движений, особенно в предплечье, кисти, пальцах и стопе, минимален. Манипулятивная деятельность верхней конечности практически отсутствует. Уменьшены кисть, длина всех фаланг пальцев, лопатка, стопа.

В паретичной руке и ноге отмечается гипотрофия мышц и замедление роста костей. Дети начинают ходить самостоятельно только с 3-3,5 лет, при этом наблюдается грубое нарушение осанки, формируется сколиоз позвоночного столба и перекос таза. У 25-35% детей выявляется умственная отсталость, у 55-60% - речевые расстройства, у 40-50% - судорожный синдром.

При средней тяжести поражения двигательной функции нарушения тонуса мышц, трофические расстройства, ограничение объема активных движений менее выражены. Функция верхней конечности значительно нарушена, однако ребенок может брать предметы рукой. Дети начинают ходить самостоятельно с 1,5-2,5 лет, прихрамывая на большую ногу, с опорой на передние отделы стоп. У 20-30% детей наблюдается задержка психического развития, у 15- 20% - умственная отсталость, у 40-50%- речевые расстройства, у 25-30% - судорожный синдром. При легкой степени поражения нарушения

тонуса мышц и трофики незначительны, объем активных движений в руке сохранен, но отмечается неловкость движений. Дети начинают ходить самостоятельно с 1г.1мес.-1г.3мес. без переката стопы в большой ноге. У 25-30% детей отмечается задержка психического развития, у 5%-умственная отсталость, у 25-30%- речевые расстройства.

Гиперкинетическая форма

Причиной этой формы ДЦП чаще всего является билирубиновая энцефалопатия как результат гемолитической болезни новорожденных. Реже причиной может быть недоношенность с последующей черепно-мозговой травмой во время родов, при которой происходит разрыв артерий, снабжающих кровью подкорковые ядра.

В неврологическом статусе у этих больных наблюдается гиперкинезы (насильственные движения), мышечная ригидность шеи, туловища, ног. Несмотря на тяжелый двигательный дефект, ограниченную возможность самообслуживания, уровень интеллектуального развития при данной форме ДЦП выше, чем при предыдущих.

После рождения у такого ребенка врожденные двигательные рефлексы оказываются нарушенными: врожденные движения вялые и ограниченные.

Сосательный рефлекс ослаблен, нарушена координация сосания, глотания, дыхания. В ряде случаев тонус мышц снижен. В 2-3 месяца могут наблюдаться внезапные мышечные спазмы. Сниженный тонус сменяется дистонией. Задержка формирования установочных рефлексов, мышечная дистония, а впоследствии и гиперкинезы нарушают формирование нормальных поз и приводят к тому, что ребенок длительное время не может научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Очень редко ребенок начинает ходить самостоятельно с 2-3 лет, чаще всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4-7 лет, иногда только в 9-12 лет.

При гиперкинетической форме ДЦП могут наблюдаться гиперкинезы различного характера.

Гиперкинез возникает с 3-4 месяцев жизни ребенка в мышцах языка и только к 10-18 месяцам появляется в других частях тела,

достигая максимального развития к 2-3 годам жизни. Интенсивность гиперкинеза усиливается под влиянием эмоциональных раздражителей. В покое гиперкинез значительно уменьшается и практически полностью исчезает во время сна.

Нарушение тонуса мышц проявляется дистонией. У многих детей наблюдается снижение мимики, паралич отводящего и лицевого нерва. Почти у всех детей выражены вегетативные нарушения, значительно снижена масса тела.

Нарушения речевой функции встречается у 90% детей, чаще в форме гиперкинетической дизартрии, задержка психического развития – у 50%, нарушения слуха – у 25-30%.

Интеллект в большинстве случаев развивается вполне удовлетворительно, а трудности в обучении могут быть связаны с тяжелыми расстройствами речи и произвольной моторикой из-за гиперкинезов.

Атонически-астатическая форма (этой формой страдает мой сын)

Эта форма ДЦП встречается значительно реже других форм, характеризуется парезами, низким тонусом мышц при наличии патологических тонических рефлексов, нарушением координации движений, равновесия.

С момента рождения выявляется несостоятельность врожденных двигательных рефлексов: отсутствуют рефлексы опоры, автоматический походки, ползания, слабо выражены или отсутствуют защитный и хватательный рефлексы. Снижен тонус мышц (гипотония), цепные установочные рефлексы значительно задерживаются в развитии.

Такие больные начинают самостоятельно сидеть к 1-2 годам, ходить к – 6 годам.

К 3-5 годам при систематическом, направленном лечении дети, как правило, овладевают возможностью произвольных движений. Речевые расстройства в форме мозжечковой дизартрии наблюдается у 60-75% детей, имеет место задержка психического развития.

Как правило, при этой форме ДЦП поражается лобно-мостомозжечковый путь, лобные доли и мозжечок. Характерными симптомами являются атаксия, гиперметрия, интенционный

тремор. В тех случаях, когда имеет место выраженная незрелость мозга в целом, и патологический процесс распространяется преимущественно на передние его отделы, обнаруживается умственная отсталость чаще в легкой, реже – в умеренной степени выраженности, наблюдается **эйфория**, суетливость, расторможенность. Эта форма прогностически тяжелая.

Смешанная форма

Наиболее часто встречающаяся форма ДЦП. При ней имеются сочетания всех перечисленных выше форм: спастико-гиперкинетическая., гиперкинетически – мозжечковая и так далее. Нарушение речи и интеллекта встречаются с той же частотой. Иногда заболевание протекает как спастическая форма, а в дальнейшем появляются и проявляются всё отчетливее гиперкинезы.

По двигательному дефекту различаются три степени тяжести ДЦП при всех перечисленных формах заболевания:

легкая – физический дефект позволяет передвигаться, пользоваться городским транспортом, иметь навыки самообслуживания;

средняя – дети нуждаются в частичной помощи окружающих при движении и самообслуживании;

- тяжелая – дети целиком зависят от окружающих.

Значительно ухудшает течение ДЦП наличие у больных гипертензионного гидроцефального, судорожного синдромов, нарушение функций гипоталамуса.

Установление раннего диагноза ДЦП очень важно для эффективности последующего его лечения. Такая диагностика достаточно сложна, чему, к сожалению, способствует и то, что такой диагностике не придают достаточного значения.

Обычно предположение о наличии ДЦП подтверждается во второй половине первого года жизни, когда нарушения движения становятся заметны. Анализ индивидуальных показателей отклонений показал, что если к 8 месяцам имеется три или более измененных показателя развития, то возможность развития ДЦП велика. Уже в возрасте 4 месяцев у детей с ДЦП значительно снижены показатели развития интеллектуальных способностей. Как симптом, подозрительный на наличие ДЦП, обычно

рассматриваются изменение тонуса мышц, состояние «детских» рефлексов, задержка развития движения, атипичные движения. У большинства больных ДЦП имеются расстройства зрения, кинестезий, вестибулярной системы, схемы тела, что влечёт за собой патологию пространственных представлений, а отсюда нарушения чтения и письма, ограничение в выборе профессии. У части детей с ДЦП отличаются сильное снижение активности, отсутствие мотивации к действию и общению с окружающими, нарушение развития познавательной деятельности, эмоционально-волевые расстройства, имеются и определенные нарушения внимания: низкая активность, инертность, трудность привлечения к целенаправленной деятельности, высокая отвлекаемость.

Повреждение ещё незрелых мозговых структур существенно влияет на дальнейшее развитие познавательных процессов и личности детей с ДЦП. Известно, что погибшие нервные клетки не способны к восстановлению, но необычная функциональная пластичность нервной ткани ребенка способствует развитию компенсаторных возможностей. Поэтому своевременно начатая коррекционная работа с больными детьми имеет важное значение в преодолении нарушений речи, зрительно-пространственных функций, личностного развития.

Особые трудности представляет прогностическая оценка психомоторного развития детей с ДЦП. Благоприятный прогноз наиболее вероятен при спастической диплегии и гемипаретической формах ДЦП.

Особенностью двигательных нарушений при ДЦП является то, что они существуют с рождения, тесно связаны с сенсорными расстройствами, особенно с недостаточностью ощущений собственных движений.

У детей с ДЦП задержано или нарушено формирование всех двигательных функций: удержание головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности.

Большие вариации в сроках развития двигательных функций связаны с формой и тяжестью заболевания, состоянием интеллекта, со временем начала систематической лечебно-коррекционной работы.

Для развития произвольных движений, навыков и умений нужна согласованная работа мышц. Мышцы всегда работают в

определенных схемах, регуляцию которых осуществляет ЦНС (центральная нервная система). Примером нормального движения может быть присаживание из положения лежа на спине: сгибание головы на грудь происходит одновременно со сгибанием и округлением спины, что позволяет сесть из положения лежа. Если в положении на спине прижать голову к подушке, спина выпрямляется, напрягается, и присаживание становится невозможным.

Подобное нарушение схемы движения имеется у детей с церебральным параличом. Таким образом, поражение ЦНС при ДЦП нарушает работу мышечных схем произвольных движений, что и определяет одну из основных навыков.

Неправильные схемы движений у детей с ДЦП могут закрепляться и приводить к формированию патологических поз положений тела и конечностей.

Наиболее часто встречаются следующие неправильные позы:

1) Голова поднята вверх и откинута назад, руки и ноги напряжены и разогнуты, спина разогнута. Эта поза затрудняет возможность сесть из положения лежа на спине, тормозит развитие прямостояния, ходьбы, манипулятивной деятельности, что препятствует овладению самообслуживанием, учебными и трудовыми навыками.

2) Голова повернута вправо, правые рука и нога разогнуты, а левые – согнуты; или наоборот: голова повернута влево. Левые рука и нога разогнута, а правые – согнуты. Эти неправильные позы приводят к тому, что ребенок не может согнуть руку, к которой обращено лицо, т.е. он не в состоянии рассмотреть взятый в руку предмет. У него не формируется важнейшая для психического развития совместная деятельность руки и глаза – зрительно-моторная координация. Это препятствует развитию как произвольных движений, навыков самообслуживания, письма, так и познавательной деятельности.

3) Голова опущена на грудь, руки и ноги согнуты. Эта поза затрудняет развитие прямостояния, ходьбы, манипулятивной деятельности, препятствует развитию произвольных движений ребенка. В школе крайне трудно овладеть навыками учебной и трудовой деятельности.

Все указанные неправильные позы препятствуют развитию движений и навыков самообслуживания у детей ДЦП. Они также

могут мешать ребенку в овладении предметно-практической деятельностью. Во всех случаях характерной особенностью двигательных расстройств при ДЦП является зависимость нарушений движений в конечностях от положения головы ребенка.

У некоторых детей при не резко нарушенном мышечном тонусе отличаются явления апраксии (неумение выполнять целенаправленные практические действия). Такие дети с особым трудом осваивают навыки самообслуживания: одевания, раздевания, застегивания пуговиц, зашнуровывания ботинок. Многие затрудняются в рисовании, конструировании.

Основными проявлениями ДЦП являются замедленность и несформированность двигательных навыков и умений, необходимых в учебной и трудовой деятельности. У некоторых детей отличаются неустойчивая ходьба, плохая координация движений, несформированность реакции равновесия, необычные позы тела, конечностей и головы. У отдельных детей нарушении моторики осложняются насильтственными движениями (гиперкинезами) головы, рук, плеч, гримасами лица и т.д., особенно усиливающиеся при волнении, испуге, неожиданном обращении к ребенку, а также при попытках выполнять те или иные целенаправленные действия.

Более подробно остановимся на тех трудностях, которые дети могут испытывать при овладении навыком письма, самообслуживания и трудовыми навыками. Трудности при овладении навыком письма у детей с церебральным параличом связаны прежде всего с несформированностью или нарушением хватательной функции кисти, затрудняющими захват и удерживание предмета.

Сам акт письма, требующий плавного движения кисти, нарушен за счет слабости мышц, расстройств мышечного тонуса в кисти, насильтственных движений, отсутствия возможности последовательного сокращения и расслабления мышц кисти. Обычно дети держат ручку неправильно, часть в кулаке, письмо выполняется за счет движений кисти, а иногда используются дополнительно движения всей рукой. Пальцы при этом резко напряжены, неподвижны и плотно сжимают ручку.

Это приводит к тому, что дети пишут очень медленно, неразборчивым почерком, буквы прыгают по строке,

неравномерны по величине, не соблюдаются строчки. Особенно затруднено соединение отдельных элементов букв в целое, резко нарушена плавность письма. Акт письма формируется крайне медленно. Мы потратили огромное количество времени, прежде чем Захар начал хоть как-то писать. «Рука в руке», так более понятно ему было объяснять, как нужно вести ручку на бумаге. Это очень сложный, кропотливый труд и для ребенка, и для вас.

Но даже уже при сформированном акте письма, при больших объемах письменных работ в старших классах, при увеличении скорости письма все дефекты моторики руки могут проявиться вновь в большей или меньшей степени.

При формировании трудовых и бытовых навыков значительно проявляются также дефекты моторики рук. Дети затрудняются работать с пластилином: не могут его раскатать, разделить на части, слепить различные фигурки.

Несформированность функции захвата и удерживания предмета, насильтственные движения и невозможность соразмерять мышечные усилия с двигательной задачей обусловливают невозможность и большую трудность в выполнении заданий с природным материалом и бумагой. При выполнении физических упражнений нередко у детей отмечаются нарушение дыхания, ребенок не может воспроизвести правильно исходное положение, сохранить устойчивость в статической позе, согласовать движение рук, туловища и ног.

Таким образом, двигательные расстройства у детей с ДЦП отрицательно влияют на весь ход их психического развития, формирование навыков самообслуживания, учебной и трудовой деятельности.

Без организованного специального обучения дети с ДЦП не могут усвоить отдельные признаки формы и величины предметов. У многих детей с церебральным параличом может быть нарушена тактильная чувствительность. Ощущения от касания кончиками пальцев какого-либо предмета у таких детей нечеткие, они сравнимы с впечатлениями, которые испытывает человек, когда берет предмет в плотных перчатках.

Особенностью двигательных нарушений при ДЦП является не только трудность или невозможность выполнения тех или иных

движений, но и слабость ощущений этих движений, из-за чего у ребенка не формируются правильные представления о движении.

Это препятствует становлению предметных действий, что отрицательно сказывается на общем уровне психического развития детей с ДЦП.

При ДЦП из-за недоразвития или снижения моторных функций имеется нарушение деятельности слухового анализатора. Может отличаться снижение слуха, что наиболее часто наблюдается при наличии гиперкинезов. При этом наблюдается характерные нарушения звукопроизношения.

Ребенок который не слышит звуков высокой частоты (т, к, с, п, э, ф, ш) затрудняется в их произношении и в речи пропускает их или заменяет другими звуками.

Любое нарушение слухового восприятия приводит к задержке речевого аппарата, а в тяжелых случаях – к недоразвитию речи.

Очень важно выявить нарушения слуха при ДЦП. Большую помошь в этом можем оказать мы, родители. Ранняя диагностика даже незначительного снижения слуха у ребенка с ДЦП имеет важное значение для предупреждения у него отставания в психическом развитии.

Зрительное восприятие у ребенка с ДЦП может быть нарушено за счет ограниченного движения глаз, нарушений фиксации взора, снижение поля зрения, снижения остроты зрения и т.п., поэтому ему трудно отыскать взглядом предмет, рассматривать его и прослеживать его перемещение.

Длительное, вынужденное положение в постели, нарушение движений глаз ограничивают поле зрения у таких детей.

Тяжелые нарушения зрения (слабовидение и слепота) встречаются примерно у 10% детей с ДЦП.

У детей с ДЦП (примерно в 20-30% случаев) отличаются косоглазие, двоение в глазах, нарушение согласованности движений глаз, опущенное вернее веко, непроизвольные движения глазных яблок.

У детей с нарушенной фиксацией взора с недостаточным прослеживанием предмета и ограничением поля зрения могут наблюдаться нарушения внимания и трудности сосредоточения на выполнении задания, а также выраженные пространственные нарушения. Им трудно при складывании различных картинок, при сооружении построек из кубиков.

Они не могут соблюдать линии в тетрадях, различать её правую и левую сторону, могут начать писать или рисовать в любом месте тетради или альбома, читать с середины страницы.

Дети с опозданием овладевают многими умениями и навыками самообслуживания: шнуровать ботинки, застегивать и расстегивать пуговицы, застилать постель и т.д.

Пространственные нарушения обычно наиболее выражены у детей со спастической диплегией, но могут отмечаться и при других формах заболевания.

Несформированность двигательных навыков и умений проявляется не только за счет собственно нарушенной моторики, но и в недостаточности более сложных функций, необходимых для познавательной деятельности, в основе которых лежит движение.

При ДЦП нарушается формирование личности ребенка. Негативное влияние на развитие личности оказывает изоляция от сверстников в связи с физическим недоразвитием, а также неправильное воспитание и своеобразное отношение окружающих к ребенку с ограниченными возможностями. Все это обуславливает незрелость эмоционально-волевой сферы, **эгоцентризм**, повышенную внушаемость у такого ребенка. Нормальное интеллектуальное развитие при этом заболевании часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности. Поэтому, старайтесь с самого детства не заострять внимание ни ваших родных, ни знакомых на болезни ребенка. Не нужно, чтобы ребенок слышал, что он болен, «инвалид» и что вы замучались с ним и т.п.

Старайтесь растить ребенка счастливым, не говорите ему о болезни, оправдывайте до определенного момента возраста все врачебные манипуляции спокойно. Если делают массаж, так это полезно, его все делают. Если пьем лекарства, так многие пьют, чтобы быть сильнее, здоровее, чтобы лучше думать, научиться быстрее бегать, писать и т.д.

А если ребенок постоянно будет слушать, что он болен, не как все, что у него ничего не получится, то скорее всего вы вырастите совершенно неуверенного, зажатого или озлобленного и на вас и на людей человечка.

Давайте ребенку посильную работу, которую он может делать, и проверяйте, как он сделал.

Если он высказывает неуверенность в том, что у него получится, обязательно поддержите, объясните, как легче и правильнее, удобнее будет сделать то или иное задание.

От негативного отношения окружающих защититься будет сложно. Постоянные замечания, косые взгляды, «добрьи» советы, попытка чем-то угостить вашего ребенка, во дворе вашего дома категорический отказ играть вместе с вашим ребенком.

Через всё это я прошла со своим сыном. Могу посоветовать следующее: четко и внятно ставьте на место оппонентов, откровенно обижают – не молчите, боритесь за вашего ребенка. Если во дворе не хотели играть с моим сыном, мы уходили гулять в другое место, обычно в парк, там и воздух почище и познавательных и обучающих моментов было больше.

Боритесь за своего ребенка, никто не вправе его обсуждать, судить и обижать. Он не виновен в своем заболевании. Очень часто интеллектуально они развиты лучше своих сверстников и объясню почему. По моему глубокому убеждению, если бы родители, у которых дети родились нормально, без проблем, уделяли столько внимания развитию интеллекта, сколько уделяют родители, у которых дети с ограниченными возможностями, то мы бы выращивали поколения талантливых, гениальных детей.

Мы, имея на руках больного ребёнка, (иногда с очень неблагоприятными прогнозами в будущем), стараемся помочь ему, используя разные методы лечения и воздействия на его психику. Мы используем любой шанс. Я постоянно придумывала какие-то упражнения, веселые задания, вырезала из цветной бумаги наглядные пособия. Читала много! Очень много! И постоянно разговаривайте с ребенком, причем правильно стройте фразы и предложения. Он должен слышать грамотную речь! Ему потом будет труднее переучиваться, ему и так нелегко, следите за своей речью: что вы говорите и как, с какой интонацией. Это очень важно!

Ключевым моментом, который нельзя упустить, остается развитие вашего ребенка как личности. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в

бытовых и практических вопросах жизни. У ребенка легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание самостоятельной практической деятельности. Поэтому-то вам необходимо, по возможности, приучать ребенка к труду и что особенно важно, обязательно проверять, как он его сделал.

Есть еще один опасный момент в формировании эмоционально-волевой активности наших детей. Негативное влияние органического поражения ЦНС (центральной нервной системы) в значительной степени определяет особенности личностного реагирования ребенка на физический дефект как пассивно-оборонительное или агрессивно-защитное. И то, и другое в нашем случае – крайности.

Одни дети бывают чрезмерно привязаны к матери, с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе (если в неё ходят). В школе у них наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, трусивости, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации, однако зачастую при повышенной самооценке.

У детей нередко возникают ситуационные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству, эгоцентризмом и неуверенностью в своих силах, повышенным торможением и пугливостью. Не найдя признания у сверстников, некоторые из этих детей проявляют склонность к уходу в свой внутренний мир фантазий, у них развивается чувство одиночества. Всё это приводит к ещё большей дисгармонии в развитии свойств личности.

Другая форма реакции – это аффект неадекватности. Это реакции протеста, которые представляют собой преходящие расстройства поведения, возникающие на основе переживаний, обид, ущемленного самолюбия. Для реакций протеста характерна определенная избирательность и направленность. Они проявляются в отказе от еды, от устного общения с определенными лицами (избирательный мутизм), в уходах из дома или школы. Иногда это может иметь очень печальные последствия. От суицидальных мыслей до попыток привести их в исполнения.

Глубокий психологический анализ показывает, что люди, подходящие к этой черте, отличаются следующими

психологическими особенностями: ранимостью, остротой переживаний, склонностью к самоанализу, повышенной чувствительностью, недостатком самоконтроля, импульсивностью, склонностью к сомнениям, неустойчивостью эмоциональной сферы, неуверенностью в себе, зависимостью от окружающих, впечатлительностью, неустойчивостью настроения, склонностью к депрессивным расстройствам, неадекватной самооценкой. Для наших детей – эти особенности крайне характерны.

Несмотря на то, что у детей с церебральным параличом при правильном их воспитании эти формы поведения встречаются чрезвычайно редко, поводом для возникновения суицидального поведения может быть незаслуженное наказание, получение плохой оценки, неразделенное чувство любви. Это поведение заранее не обдумывается, возникает внезапно, импульсивно, по механизму «короткого замыкания»; оно может быть достаточно неожиданным для окружающих.

Установлено, что лишь 10% детей в случае самоубийства или попыток к нему имеется истинное желание покончить собой, в остальных 90% - это «крик о помощи». Часто суицидальные действия носят демонстративный характер, осуществляется в виде своеобразного шантажа.

Важно не пропустить эти моменты и вовремя помочь своему ребенку.

Взаимоотношения детей в коллективе зависят от особенностей характера, поведения, от прежнего опыта социального общения.

Порицания учителя, воспитателя, выносимые в отношении медлительности, недостаточной сформированности навыков по самообслуживанию, «грязного» письма и так далее, травмируют детей, вызывают у них отрицательное отношение к школе.

Возникает конфликт между ставшей привычной самооценкой ребенка и оценкой его окружающими. В результате дети становятся упрямыми, раздражительными, плаксивыми, иногда агрессивными.

Аффективное поведение связано с тем, что предъявляемые требования окружающих начинают превышать возможности детей. Все это порождает атмосферу постоянного недовольства

педагога ребенком, приводит к возникновению у последнего чувства неполноценности.

Есть еще один вариант осложненного психического инфантилизма у детей с церебральным параличом – органический инфантилизм. В основе его лежит сочетания незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушением интеллектуальной деятельности, проявляющимися в виде инертности, тугоподвижности мышления.

Эти дети бывают двигательно расторможены, благодушны, у них грубо нарушена целенаправленная деятельность, снижен уровень критического анализа своих действий и поступков.

Эти проявления чаще наблюдаются при атонической-астатической форме церебрального паралича, когда имеется поражение или недоразвитие лобно-мозговых структур. Это связано с той ролью, которую играет лобная кора в развитии, т.е. того уровня психического развития, который является необходимым для формирования так называемого ядра личности.

Эмоционально-волевые расстройства при органическом инфантилизме характеризуются большой дисгармонией. Наряду с чертами «детскости», повышенной внушаемостью, несамостоятельностью, наивностью суждений для этих детей характерны склонность к «расторможению» влечений, недостаточная самокритичность; импульсивность сочетается у них с проявлением инертности.

Самооценка и уровень притязаний неадекватно завышены; отсутствует и адекватная реакция на неуспех.

Таким образом, формирование личности детей с церебральным параличом связано как с ранним органическим поражением мозга, так и с особенностями их воспитания и окружения. Специфика ДЦП определяет некоторые особенности формирования личности. Прослеживается связь развития личности с тяжестью и характером двигательных нарушений.

Ребенок нуждается в позитивной оценке и уважении. Ограниченные физические возможности усложняют восприятие человека окружающими, из-за них он может почувствовать недостаток позитивной оценки, под влиянием чего развивается негативный образ «Я».

Я думаю, что в основном из-за этого у детей и возникают сложности эмоционального и поведенческого плана.

Взаимоотношения «родители-ребенок» выглядят иначе, чем в семье, где растет здоровый ребенок. Также по-иному проявляются реакции родных, социальные контакты в школе, реакции окружающих на хорошее или плохое поведение.

Рождение ребенка с физической аномалией – часто только начало длительного процесса ,в ходе которого ребенок и родители переживают это событие и адаптируются к нему. Это лишь первый кризисный момент, и подобных моментов будет немало.

Их в вашей жизни будет пять:

- рождение ребенка с физической аномалией;
- потребность самоутверждения;
- планы получения образования;
- переходный возраст, сексуальность;
- подготовка к взрослой жизни.

Отношения родителей к таким детям бывает разное.

Внешность младенца, отсутствие лепета, улыбки может мешать проявлению родительской ласки. Это влечет за собой возникновение модели отношений, в которой у родителей нарушена ответная реакция: отсутствие полноценной связи с родителями.

Другая опасность – чрезмерная опека. Многие дети, подростки и взрослые люди с ограниченными физическими возможностями подвержены этой опасности, из-за чего социальные навыки и опыт самостоятельности проходят мимо них.

Гиперопека родителей создает почву для возникновения у детей таких нежелательных черт характера, как капризность, упрямство, пассивность, безразличие и безучастность ко всему происходящему вокруг. В этих случаях у детей резко снижается потребность в речевом общении, в овладении навыками самообслуживания, желание заниматься игровой и любой другой деятельностью. Таким образом, родители, имея самые добрые побуждения – максимально помочь больному ребенку - , гиперопекая его, приносят ему непоправимый вред.

Некоторые родители занимают неоправданно жесткую позицию в воспитании ребенка с церебральным параличом, требуя от него неукоснительного выполнения всех заданий,

упражнений, распоряжений, не учитывая при этом его двигательных и речевых возможностей. Нередко при невыполнении ребенком этих требований прибегают к наказаниям. В результате подобного родительского поведения у детей возникают излишняя плаксивость, раздражительность, повышенная возбудимость, что еще больше ухудшает их физическое и психическое состояние.

Как следствие, у детей отмечается расстройство сна, недержание мочи, подергивания в различных частях тела и даже возникновение судорог.

Правильное отношение к больному ребёнку родителей имеет огромное значение для формирования у детей с церебральным параличом адекватной самооценки, правильного отношения к своему состоянию и развитие у них необходимых в жизни волевых качеств.

По отношению к своему заболеванию и оценке своих возможностей детей с церебральным параличом можно условно разделить на две группы.

Одни дети осознают, что у них тяжелое заболевание, не позволяющее им двигаться, бегать, овладеть речевыми и двигательными навыками в той мере, в какой это делают их здоровые сверстники. Такие дети отчетливо понимают, что их успешное развитие, преодоление речевых и двигательных затруднений находятся в прямой зависимости от их настойчивости. Невзирая на физический дискомфорт, болевые ощущения, они охотно ходят на занятия лечебной физкультурой, принимают физиотерапевтические процедуры, занимаются с логопедом.

Дома эти дети выполняют все рекомендации специалистов. Их также отличает постоянное стремление овладеть всё более сложными навыками и умениями, им свойственна адекватная оценка достигнутых успехов.

Вторая группа детей также ясно осознает тяжесть своего заболевания, однако проявляет крайний негативизм и не стремится преодолеть недуг. Для включения их в активную деятельность требуется большое участие взрослых. Родители должны умело формировать мотивационную сторону поведения и интерес к занятиям по овладению двигательными и речевыми навыками, другими видами деятельности. Формирование

активных качеств личности в условиях семьи следует начинать с таких видов деятельности, как игра и элементарный труд. Включение труда в жизнь ребенка после 3-4 лет и систематическое развитие трудовых навыков положительно сказываются на образе жизни больного ребенка, формирует его умственные, физические и моральные качества. Постепенное усложнение задач, достигнутых ребенку воспитывает в нем упорство и настойчивость. При этом для формирования у детей адекватной самооценки взрослые должны постоянно оценивать результаты их деятельности, особенно в случаях, когда ребенок очень старался и приложил много усилий.

Оптимально организованные условия жизни в семье создают больному ребенку предпосылки для его успешного развития, обучения и дальнейшей социальной адаптации.

Ребенок с церебральным параличом, как и все дети его возраста, прежде всего должен научиться некоторым общим правилам поведения. Доброе отношение близких в сочетании с требовательностью помогают ему в этом. Необходимо также, чтобы ребенок начинал понимать себя таким, каков он есть, чтобы у него постепенно развивалось правильное отношение к своей болезни, к своим возможностям. Ведущая роль в этом принадлежит родителям: именно у них ребенок будет заимствовать оценку и представление о себе и о своей болезни. В зависимости от реакции и поведения родителей он будет рассматривать себя или как инвалида, не имеющего шансов занять активное место в жизни, или, наоборот, как человека, вполне способного достичь успехов.

Вы должны понять сами и внушить ребенку, что болезнь является лишь одной из сторон его личности, что у него есть много других качеств и достоинств, которые надо развивать. Я с самого детства растила своего сына так, как будто он совершенно здоров. Никогда при нем не говорила, что он болен и запретила кому-либо в доме говорить в его присутствии об этом. Даже на прием к невропатологу я сначала заходила сама, рассказывала, какие проблемы, просила не называть диагнозов при ребенке, а потом уже приглашала его войти. Когда сын подрос, как-то прия с улицы, спросил: «Почему все говорят, что я не могу бегать быстро, как все, прыгать?» Я объяснила ему, что у всех бывают определенные проблемы, не только ты не можешь быстро бегать,

очень многие люди на земле не могут быстро бегать, плавать, прыгать, но от этого они не становятся хуже или менее интересными в общении. Зато ты можешь запоминать 10-13-значные цифры с первого раза, знаешь наизусть всю схему московского метрополитена, названия всех станций и переходов во всех направлениях и на некоторых ветках с минутными промежутками поездов. Ну и сколько человек в нашем дворе, доме, улице это знает или хотя бы этим интересуется? Ты не можешь делать что-то физически, зато ты умеешь делать хорошо что-то другое.

Мы все разные, и если ты ограничен в движении, то ты можешь развивать себя интеллектуально, стать интересным человеком, при общении с которым можно узнать что-то новое.

Ни в коем случае, родители, вы не должны стыдиться своего ребенка, тогда и он сам не будет стыдиться своей болезни, не будет замыкаться в своем одиночестве.

С самого раннего детства я водила его в театр. Мы не пропускали ни одного спектакля. А после представления он обязательно шел пообщаться с артистами. Спасибо, нам никогда не отказывали в таких встречах с актерами театра. Водите в кино, в музеи, на концерты (по возрасту), в парки, где много людей, чтобы он чувствовал себя абсолютно нормальным в обществе.

Тогда такой ребенок будет лишен эгоцентризма, направленности только на себя, он будет с удовольствием выполнять посильную работу и радоваться тому, чего достигает. Это даст ему возможность вести спокойную, богатую впечатлениями и положительными переживаниями полноценную жизнь.

Ещё один момент, который вы не должны выпустить из виду. Это компьютер и телевизор. Всё должно быть под контролем. Страйтесь, если это касается телевизора, не разрешать смотреть фильмы и программы, где присутствуют сцены насилия, убийства, стихийные бедствия, откровенные эротические сцены.

Тоже касается и компьютера. Это очень угнетает детскую психику. Сразу ребенок может и не среагировать. Но он вспомнит кадры из фильма через день, неделю и будет очень нервничать, постоянно вас спрашивать, а не произойдет ли тоже, что он видел в кино, с ним, с его семьей. Иногда это становится навязчивым страхом. Он постоянно начинает вас об этом спрашивать. Далее

может пойти процесс «зацикливания» на этой теме, который легко (при такой подвижной психике, как у многих наших детей) перерастает в навязчивую идею.

Труднее в этой ситуации даже не ребенку, а вам, если постоянно слышать один тот же вопрос, одну и ту же фразу не день и не два, а месяцы, не говоря о годах. Я с этим столкнулась на собственном опыте. Нужно иметь такое терпение, чтобы не сорваться, не закричать и тем самым не напугать и не «забить» проблему глубоко внутрь души ребенка.

Могу сказать точно – это большое психологическое напряжение для родителей или того, кто рядом. В основном – это мама и основная доля нагрузки ложится на её плечи. И совсем не секрет, что очень многие семьи распадаются, когда рождается ребенок с ограниченными возможностями. Мужчина уходит из семьи, либо остается в ней, но обвиняет во всем жену, стыдится своего ребенка, не оказывает помощи, либо становится безучастным к семье. И то, и другое плохо. Судить мы их не вправе. Слабых не судят, их осудит Бог.

Мамы! Если вы живете в такой ситуации - крепитесь. Хорошо, если вам хоть кто-то помогает, потому что я знаю, какой это тяжелый труд – и физический, и моральный.

Иногда наступает момент, когда ты чувствуешь смертельную усталость. Тебе кажется, что все бесполезно и за этой чертой – конец. И так хочется опустить руки, закрыть глаза и не думать ни о чем. Просто посидеть в тишине, чтобы кто-нибудь укрыл тебя теплым пледом, и ты погрузилась в детство, где не было проблем, а если даже они возникали, то рядом были мама и папа, и ты знала, что чтобы ни случилось, они всегда будут рядом.

Но ты подумай! Ведь ему труднее, чем тебе, если он осознает, а что еще хуже – не осознает – ту боль и страдания, что ждут его впереди.

Он смотрит в твои глаза и верит. Верит тебе, той, что сделала все, чтобы он жил. И ты понимаешь, что не имеешь права обмануть эти глаза и ту надежду, с которой он смотрит на тебя.

Наши дети более ранимы, чем другие. Поэтому важно быть постоянно с ними рядом. Делиться с ними своими проблемами, тревогами. Не думайте, что они ничего не понимают в ваших взрослых делах. Ваш ребенок поймет главное: вы ему доверяйте, делитесь самым сокровенным, советуетесь, как поступить в той

или иной ситуации. А это очень важно для ваших взаимоотношений.

Я пишу это для тех, кто отчаялся найти понимание у своего ребенка и для тех, кто всё уже, как ему кажется, знает.

Но мы так часто бываем не правы по отношению к нашим детям. Не бойтесь просить прощения, когда вы не правы.

Я тоже не всё знаю, но я шла и продолжаю идти вместе с моим сыном методом проб и ошибок.

Самым сложным периодом в развитии ребенка является подростковый период. Я думала, что самым трудным было, когда сын не ходил и приходилось одной нести его в коляске на 4 этаж без лифта. Физически трудно, морально тяжело, но несёшь и плачешь, и пожаловаться некому и незачем. Вытираешь слёзы, улыбаешься сынуле и понимаешь, что это «твоё» и никому, кроме тебя, он не нужен.

Но оказалось, что самым сложным периодом в жизни у нас стал «переходный». Внутренние противоречия, возникающие в этот период проявляются в неустойчивости, изменчивости эмоциональной сферы. Эмоциональные переживания в этот период характеризуются напряженностью, беспокойством. Типичные черты – раздражительность и возбудимость. Эмоциональная нестабильность – основная черта этого периода. Вам будет казаться, что он всё делает назло, живет «вопреки» всем существующим правилам.

Что делать? У меня есть выражение: «Отпустите ситуацию, но держите её под контролем». Самое главное – это увидеть грань, за которой вы его можете упустить. Это тяжело, по себе знаю.

Самостоятельность они отождествляют со взрослостью, вследствие чего болезненно реагируют на реальные или кажущиеся ущемления своих прав, пытаются ограничить претензии взрослых по отношению к себе.

Несмотря на влияние противодействия, подросток испытывает потребность в поддержке. В этот период важна аргументация требований, исходящих от нас, простое навязывание требований, как правило, отвергается.

Многие дети пытаются избегать конфликтов. Они используют внешние формы отстаивания своей независимости, например,

дерзость в общении. Значительное большинство детей испытывают острую потребность в общении с нами, взрослыми.

Ещё одна острая проблема, с которой мы столкнулись – это конфликты в школе с некоторыми учителями и со сверстниками.

Желание добиться признания со стороны сверстников приводит к тому, что подросток стремится соответствовать их требованиям, что в свою очередь оказывает серьезное влияние на его нравственное развитие. Особенно на поведение ребенка начинают влиять нормы, стихийно складывающиеся в группе сверстников.

С развитием группового общения связана одна из наиболее сложных проблем подросткового возраста – проблема отверженности. С утверждением себя, своей позиции среди сверстников часть бывает связано стремление любой ценой утвердить своё лидирующее положение.

В этот период сверстники, можно сказать, почти сравниваются по силе влияния с семьей. И именно в этот момент важно не упустить вашего ребёнка из вида, совместная деятельность, общее времяпровождение помогают вашему ребенку лучше узнать вас и окружающих взрослых, может ваших друзей, которые помогают Вам воспитывать вашего ребенка. В результате создаются более глубокие эмоциональные и духовные контакты, поддерживающие подростка в жизни.

С подростком трудно уже играть в игры, но необходимо давать упражнения на формирование конкретных социальных навыков. Например, обучайте навыку «как начать беседу», «как принять критику», «как обратиться за помощью», «как сказать нет», «как научиться отстаивать свою точку зрения», обучения навыку «выражения благодарности».

Важнейшей особенностью личности в этом возрасте является развитие самосознания. Подростковый возраст характеризуется прежде всего повышением значимости «образа Я», системы самооценок на основании первых попыток самоанализа, сравнения себя с другими. Дети чрезвычайно чувствительны к важным событиям и переменам в своей жизни.

Самооценка у подростков часто **ситуативна**, неустойчива, подвержена внешними воздействиям. Причем очень часто самооценка бывает крайне полярной: либо всё, либо ничего –

середины нет. Важно не упустить момент, когда ваш ребенок начнет сравнивать себя со сверстниками. В физическом статусе это сравнение будет не в его пользу. Он может замкнуться, отгородиться от внешнего мира, начать обвинять вас в том, что вы его такого родили. Всё это происходит импульсивно, потом ребенок осознает, что был не прав, что вы его любите, но осознание, что он «не как все», переживается им очень тяжело.

И ещё одна «больная» тема для этого возраста у наших детей – это развитие половой идентичности. Девушки – подростки уже имеют представление о том, что значит быть женщиной. Мальчики – подростки также осведомлены о том, что они принадлежат к мужскому полу, и о том, что это такое. Для некоторых открытие своей собственной сексуальности и интерес к противоположному полу естественны, как и рост. Для других становление половой идентификации может смущать, а сфера сексуального казаться пугающей.

Почему я эту тему назвала «больной»?

Отверженность, неприятие противоположным полом наших детей, какие они есть, - основная головная боль и для детей, и для родителей. Надо найти такие теплые слова для ребенка, чтобы донести до его сердца и слуха, что такая любовь, обязательно привести примеры из жизни, когда соединяются пары с физическими недостатками и счастливо проживают свою жизнь. Мы должны вселять надежду и веру в любовь у наших детей.

Наша задача, как родителей, должна быть направлена на раскрытие личностных возможностей, создание внутренних критериев самооценки, базирующихся на его реальных и потенциальных возможностях.

Необходимо развивать в наших детях внимание, наблюдательность. Ведь творчество – это высшая форма психической активности, самостоятельности, способность создавать нечто новое, оригинальное.

Важное значение в процессе творчества имеет воображение, т.е. мысленное представление образов. Творческие возможности зависят не только от способностей ума, но и от определенных черт характера. Все психические свойства ребенка формируются и развиваются в ходе взаимодействия его с окружающим миром.

Как же развить внимание ребенка и подготовить его к занятиям художественным творчеством?

Вы гуляете с ребенком по осеннему парку и, конечно, невольно обращайте внимание на красоту падающих листьев. Вас привлекает всё: какие они разноцветные, как застилают землю и даже их полет.

Предложите ребенку найти два совершенно одинаковых кленовых листа. Он охотно примется за поиски и будет приносить вам многочисленные пары листьев, которые в первый момент покажутся ему неразличимыми. И каждый раз, внимательно разглядывая их, вы вскоре убедитесь, что листья хотя и очень похожи, но всё-таки неодинаковы.

Так ребенок откроет, что в природе вообще нет одинаковых предметов, что она никогда не копирует себя. Он начнет учиться пристальному взгляду, видению множества признаков там, где раньше он видел их очень мало (ну, лист, ну, большой, ну, желтый, по краям зубчики... и всё!).

А теперь он увидит с вашей помощью разные оттенки желтого цвета, их тонкие переходы, особый рисунок прожилок, приметит гладкость или шероховатость поверхности и даже то, как загибается корешок. Это и станет началом развития внимания, и по этому пути вы легко поведете ребенка, предлагая ему время от времени подобные задания. Их нетрудно придумать, если самим быть внимательным к тому, что нас окружает и что в этом окружении привлекательно для ребенка: цветы, камни, ветки, шишки, грибы. В процессе этих занятий вы и сами с приятным удивлением заметите, как обновляется ваше собственное видение простых и привычных вещей, которые казались вам одинаковыми и повторяющимися.

И будет готовы к тому, что ваш ребенок может опередить вас, оказаться более зорким: ведь у него больше интереса к видимому, слышимому, осязаемому; многие впечатления для него новы.

Специального внимания требует цветной облик окружающего мира.

Наше видение цвета осложняется одним, практически не устранимым, обстоятельством.

Дело в том, что человеческий глаз различает огромное количество оттенков цвета; слов для их обозначения в языке

гораздо меньше, на практике же мы пользуемся скучным набором цветообозначений: красный, зеленый, коричневый и т.п.

Обобщенные наименования цветов психологически необходимы человеку, чтобы навести какой-то порядок в своем восприятии цветового многообразия, быть понятым другими.

Но для развития художественного восприятия в этом есть и серьезная опасность: привычные и удобные слова заслоняют и подменяют собой реальные краски мира. Трава, листья – зеленые, снег – белый, небо – синее (голубое), либо серое. И мы методично внедряем в создание ребенка эти стереотипы. И очень скоро маленький человек начинает видеть (лучше сказать: не видеть) мир в соответствии с этой несложной таблицей. А ведь небо бывает и алое, и фиолетовое, и зеленоватое, и насквозь **прозолоченное** солнцем, и почти белое, и многоцветное...

Присмотритесь к яркости реального мира и не упускайте случая обращать на неё внимание ребенка. Да, летом все листья зеленые. Но положите маленький листок березы на большой дубовый: видите, какая разница? А посмотрите внимательно вверх: на что похожи облака, проплывающие над нашей головой? На вату – белизной, пухостью, хлопьями. На льва, разинувшего огромную пасть, - очертанием. На синеватые морские волны с белыми пенными «барашками», да и на самих курчавых барашков. На сказочный город со стенами, башнями, дворцами.

Так вы вместе со своим ребенком учитесь одной и бесхитростной вещи: зоркости и вниманию к внешней стороне окружающего мира.

Не забывайте: развивать у ребенка нужно и чувства, и образ.

Когда гуляете в парке, обратите его внимание на группу деревьев и предложите угадать, какое из них самое грустное. А когда он угадает, спросите, почему он так решил, по каким видимым чертам дерева это заметно.

Можно предложить, что грустное дерево будет поникшим, или засохшим или раньше других потерявшим листву! А может, ребенок обратит внимание на какие-то другие признаки, менее очевидные.

Спросите, какой из двух мячиков, которыми обычно играет малыш, бодрый, веселый по характеру, а какой – ленивый, сонный? И сделайте вывод, что один мячик упругий, блестящий,

от пола отлетает со звоном. А другой не совсем круглый, не очень-то тугой, почти не подскакивает.

Попросите свою дочь, рассадить кукол на диване. Пусть расскажет, какая из них лучше всех сумела бы развеселить своих подруг. Почему именно эта? Что забавного в выражении её лица, в положениях рук и ног, в платьице, бантиках, что говорит о веселом, неунывающем характере? А какую из подруг ей труднее всего будет заставить улыбнуться? Почему?

Постоянно обращайте внимание на органическую связь между внутренним состоянием. Предложите ребенку понаблюдать (а потом нарисовать, описать словами, изобразить пластически), как кошка нежится и как готовится к прыжку; какие движения характерны для собаки, когда она провинилась и просит прощения у хозяина.

Для того, чтобы ребёнок мог красочно и эмоционально описать различные ситуации, свои душевые переживания, его нужно научить овладеть словом.

Задания, в которых развивается чуткость ребенка к слову, к его выраженному потенциалу, могут быть самой разной степени сложности.

Обычно дети, даже совсем не склонные к сочинительству, с удовольствием заполняют «окошки» в готовом тексте, вставляя в них пропущенные слова. «Подходит такое слово? Почему не подходит?».

Предлагаю вам несколько текстов, пропуски в которых надо заполнить с помощью ряда близких по значению слов.

1) «На улице... буря, и ветер неистово рвал железо с крыш. Временами казалось – в трубе кто-то живой ... горько и безутешно. Потом в трубе затихало, и звуки слышались совсем с другой стороны дома, будто волки ... под самым окном. Васе было тоскливо и хотелось...»

Слова для вставок: плакать, рыдать, выть, реветь.

2) «В аквариуме, в зеленоватой воде, за стеклянными стенками, покрытыми ... серебристыми пузырьками плавали ... пёстрые рыбки ... породы. Они резвились в развалинах... замка из камней и ракушек, и от их движений плавно покачивалась узкая подводная трава, в которой прятались совсем уже .. червячки.»

Слова для вставок: карликовой, микроскопической, маленький, миниатюрный, крошечный.

3) «Уже совсем стемнело, и в небе ... первые звезды. Пора было разводить костёр, но серые ветки никак не хотели ... Куски бересты ... мгновение от поднесенной спички, но тут же сгорали и гасли, оставляя только едкий дым. Наконец, понемногу ... кора не толстом березовом полене, потом в глубине сложенного из дров шалашика. Что-то ... , и через мгновение разом ... лежащие еловые ветки».

Слова для вставок: зажигаться, вспыхивать, засветиться, загораться, заняться, запылать.

4) «За ... почерневшей оградой сада в тени ... дубов и лип кое-где ещё цвели на запущенных клумбах ... цветы – флоксы и золотые шары. На ... старомодной скамье, с ... пор стоявшей под кустами акаций, грелся на солнышке ... старик в рыжей шляпе. У его ног, положив острую морду на вытянутые лапы, лежал ... облезлый пёс. Иногда из дома доносились звуки ... расстроенного рояля, и тогда старик и собака вздрагивали».

Слова для вставок: старый, ветхий, древний, старинный, вековой, давний, многолетний, дряхлый.

Итак, мы убеждаемся в том, что выразительность слова связана не только с его значением, но и с ассоциациями, которые оно рождает. Читайте своему ребенку стихи Ф. Тютчева, А. Фета, Б. Пастернака, С. Есенина, читайте рассказы М. Пришвина, Бианки. Никто так красиво не говорил о природе, как они.

М. Пришвин старался понять, откуда у человека это удивительная способность – «судить по себе» обо всем на свете. Он писал: « ... мы, люди, миллионы лет двигаясь вперед, теряем способность плавать, летать или сидеть, как листики на черенках, прикрепленных к могучему стволу дерева, ползать по тонким стеблям растений, качаясь от ветра, кружиться в воздухе семенными летучками, трескаться, как орех, пылить воздух спорами – мы были всем и многое потеряли, такое хорошее, что очень хотелось бы опять иметь. И только потому, что мы в родстве со всем миром, мы силой родственного внимания общую связь и открываем своё же личное в людях другого образа, даже в животных, даже в растениях, даже в вещах».

Каждому из нас, и вашему ребенку в том числе, свойственна способность такого отношения к жизни, а наши занятия могут постепенно пробуждать и развивать её. Поощряйте ребенка к сочинительству, пусть фантазирует, придумывает небылицы ...

Давайте творческие задания: пусть ребенок попробует увидеть какой-нибудь предмет, например, зеркало глазами птицы, собаки, маленького ребенка. И аналогично можно решить эти задания средствами изобразительного искусства. Пусть ребенок попробует нарисовать, что видит во сне кот или петух, рыбка или заяц. Показать таким образом, как животное, которое вызывает у тебя интерес, «видит мир», что оно любит или, напротив, чего боится.

Может, ваш ребенок скажет, что зайцу снится вкусная морковка или капуста.

Здесь проникновение в мир другого существа выражается особыми средствами, свойственными художественно-изобразительной деятельности.

Важнейшие психологические предпосылки развития воображения формируются в различных играх. В игре следуя требованиям взятой на себя роли – врача, мамы, солдата, - ребенок приобретает способность и себя представить на месте другого в воображаемой ситуации. Иначе говоря – выразить в «ролевой речи», жесте, мимике особенности отношений между действующими лицами, их характерные черты и собственную оценку того, кого ребенок изображает.

Не забывайте, что только вы, родители, знаете, что в данный момент по силам вашему ребенку.

Вы можете свободно чередовать и сочетать задания, обеспечивая разнообразие занятий, учитывая сильные и слабые стороны вашего ребенка. Обязательно дайте ему почувствовать радость успеха – это крайне необходимо, особенно вначале; но чередуйте это с такими заданиями, которые для него наиболее трудны из-за недостаточного развития тех или иных качеств. Ребенку необходима, конечно, оценка его работ. И тут общим правилом должно стать отсутствие всякой категоричности, безапелляционности в содержании и в тоне того, что вы говорите ребенку. Разбирая и оценивая его работу, вы должны делать это в такой форме, чтобы он имел моральное право остаться при своем мнении, если не будет вполне убежден вами. (Не беспокойтесь, ваше мнение для ребенка и так слишком авторитетно).

Лучше, если прямая оценка будет заменена обсуждением. Если например, вы не смогли разобрать, где у него добрый

волшебник, а где – злой, то сам этот факт послужит для него косвенной оценкой работы.

А в более сложных случаях, чтобы дать глубокую личную оценку творческой работы, вам следует самим сделать то, чему учили его: встать на его точку зрения, проникнуть в его намерения, мечты, тогда вы сможете помочь ему понять, что удалось, а что не удалось в работе с его точки зрения, что помешало ему более полно и убедительно осуществить его собственный замысел. Тут-то и раскроется в полной мере диалогичность вашего общения. В этом диалоге вы будете ведущим, но и ребенок внесет в него нечто свое, что обогатит вас как личность. Вы дадите ему возможность выразить себя в творчестве, выявить свое отношение к тому, что встречается ему в жизни. А стремясь глубже понять его, вы будете открывать нечто новое и в себе самом, обогащать новыми гранями своё отношение к жизни, к миру.

Таковы некоторые советы, но, конечно, невозможно заранее предусмотреть и разрешить все трудности, которые встретятся на этом пути!

Ведь вы имеете дело не с ребенком вообще, а с неповторимым человеком, в индивидуальном психическом облике которого сплелись в сложный узор и черты, способствующие художественному творчеству, и черты, мешающие ему.

Вы знаете лучше своего ребенка, что у него получается лучше всего. Но часто, зная, что у него не очень красиво получается рисовать, ребенок откладывает это занятие, упрямится, не хочет им заниматься. Ребенок испытывает определенные трудности и постепенно теряет интерес. Это никак не связано с недостатком художественных способностей вашего ребенка. Просто у него нарушена двигательная функция рук. Когда шнурки зашнуровываются и пуговицы застегиваются втрое дольше, чем положено; когда он сталкивается с серьезными трудностями и в письме и в лепке, и в изобразительной деятельности.

Ему действительно трудно передать в рисунке те характерные черты и детали предметов, которые он, может быть, видит или помнит очень хорошо.

Недостаточное развитие у детей наблюдательности, зрительной памяти, двигательных навыков и словарного запаса

будет долго служить дополнительным препятствием, не дающим справиться с творческими задачами, которые ведь и сами по себе очень трудны. Пусть карандаш вашего ребенка совершает путь по «канатам, натянутым над куполом цирка», или « скакет с кочки на кочку, переправляясь через болото» ... Если ребенок в течение хотя бы нескольких недель будет охотно и регулярно играть в такие игры, рука его станет намного послушнее, а это положительно скажется на его рисунках. Дайте ребенку в руки самую обыкновенную морковку: « Рассмотри её хорошенько и расскажи о ней всё, что захочешь».

Ребенок готов наделить жизнью, характером, судьбой всё в окружающем мире.

Очень интересное задание, способствующее развитию внимания.

Вы показываете ребенку фотографию: «Водопад в горах и старое дерево, уцепившееся камнями за мокрые камни». И предлагайте ему принять на себя роль необычных «персонажей», изображенных на фотографии. Например: «Я буду говорить за дерево», «А ты – за поток водопада». Фотографию можно подобрать любую. Чем больше подобных заданий выполняет ребенок, тем более устойчивым делается его понимание мира т.е. способность видеть во всем, что окружает его внутреннюю жизнь, духовное содержание.

Играйте с детьми как можно больше и в процессе игры много разговаривайте, играйте в ролевые игры, играйте эмоционально, ярко.

Ведь важнейшие психологические предпосылки развития воображения формируются именно в играх, которые очень любят наши дети.

Такие игры способствуют развитию познавательной деятельности и отвлеченного мышления, увеличивают запас сведений и представлений, улучшают экспрессивную роль детей.

Обязательная реабилитация наших детей должна включать в себя также и медицинскую, и психологическую, и педагогическую и логопедическую помощь.

Опираясь на опыт профессиональных специалистов - реабилитологов, специальную литературу, которую я изучаю илагаю изучать, методики, упражнения, которые придумывала

сама, я хочу предложить вашему вниманию различные методы коррекции при детском церебральном параличе.

Музыкальная коррекция детей с ограниченными возможностями.

У наших детей в зависимости от состояния здоровья, внутренняя и внешняя активность ограничивается, и они начинают испытывать затруднения в выполнении тех или иных жизненно необходимых функций.

Сложности формирования эмоционально-личностных и социально-адаптивных процессов, затрудняющих социализацию детей с ограниченными возможностями, определяют необходимость оказания им своевременной психолого-педагогической помощи с использованием эффективных арттехнологий. Современная специальная педагогика и психология в значительной степени ориентированы на использование в коррекционной работе искусства как важного средства воспитания гармоничной личности ребенка.

В разных странах мира в настоящее время всё более активно применяется психотерапия искусством, представленная четырьмя направлениями: арт-терапией (психотерапия посредством изобразительного творчества), драматерапией (психотерапия посредством сценической игры), танцевально-двигательной терапией (психотерапия посредством движения и танца) и музыкальной терапией (психотерапия посредством звуков и музыки).

Музыкальная терапия – это контролируемое использование музыки в лечении, реабилитации, образовании и воспитании детей и взрослых, страдающих от соматических и психических заболеваний.

Выделяются следующие проявления лечебного и коррекционного воздействия музыки на человека: регулирование психовегетативных процессов, физиологических функций организма; регуляция психоэмоционального состояния; приобретение новых средств эмоциональной экспрессии, повышение социальной активности; облегчение усвоения новых

положительных установок и форм поведения; коррекция коммуникативной функции; активизация творческих проявлений.

Музыкальные занятия с ребенком начинайте с приветствия. Оно концентрирует внимание, стимулирует речевую деятельность.

Начать занятие можно разговором о текущем времени года (приметы, что происходит на улице, как одеты люди, во что играют дети, какое у них настроение). Далее пытаемся вместе изобразить на лице данное настроение (напоминайте, если ребенку трудно, как надо расположить губы, брови, глаза, чтобы было похоже на «радость», «грусть» и т.д.), помогите ребенку выразить эмоцию в голосе и жестах.

Возьмите бубен или маракасы и стучите ладонью на каждый слог, например: « Ме-ня зо-вут Ле-на». Передайте ребенку бубен спрашиваете: « А те-бя?» Ждем ответа, четко артикулируя с ребенком, поощряйте любую инициативу. Вопросы продумывайте заранее. В процессе ваших занятий расширяется словарный запас, формируется основа диалогической речи и развиваются коммуникативные возможности детей, что позволяет им здороваться следующим образом:

- «При-шла о-сень, ме-ня зо-вут (имя). На, ... (далее ваш вопрос и ответ ребенка)
- «При-шла ве-сё-лая ве-сна, по-бе-жа-ли ру-чей-ки и т.д.

Следующий этап включает в себя пространственные перестроения в процессе движения. Он развивает двигательную координацию, умение ориентироваться в игровом пространстве, «будит тело».

Включайте музыку (используйте разных жанров музыкальные произведения), но только следите, чтобы она не раздражала вашего ребенка.

Разложите в комнате объемные предметы и начните движение с ребенком, если ему нужна физическая поддержка, если нет, он сам начинает обходить их. Вы же сопровождайте его действия речевыми комментариями: «иди по кругу», «по центру», «между предметами», «вокруг предметов». Если ребенок не способен сам выполнять движения из-за грубых нарушений опорно-двигательного аппарата и передвигается в паре с вами, подбадривайте его словами и улыбкой.

Движения с музыкальным сопровождением (народные мелодии, классика в современной обработке) положительно влияют на развитие слуха, внимания, памяти, воспитывают временную ориентировку. Определенная метрическая пульсация, с которой связаны движения детей, вызывает согласованную реакцию всего организма (дыхательной, сердечной, мышечной систем), а также оказывает эмоционально-положительное влияние на психику, что содействует общему оздоровлению организма.

Упражнения для развития мелкой моторики, развития речевых и мимических движений.

Пальчиковые игры без предметов и с предметами

В пальчиковых играх выделяем 3 этапа:

1) Этап удивления. Заинтересуйте ребенка, вызовите желание поиграть. Покажите игру эмоционально, весело. Неповторимый колорит играм придают стихи, потешки.

2) Этап присоединения. Вы показываете движения и проговариваете слова, ребенок самостоятельно или вместе с вами («рука в руке») повторяет движения рук. Позднее появляются отдельные слова (как правило, ребенок старается договорить конец фразы).

3) Самостоятельное исполнение. Ребенок самостоятельно способен удерживать статичную позу кисти, а также выполнять динамические движения. Одновременно он проговаривает текст вместе с вами, или самостоятельно.

Пальчиковые игры, направлены на развитие тонких движений пальцев рук, психических процессов (речи, внимания, памяти, воображения.)

Примерный комплекс «Зимняя прогулка»,

«Ставим стулья, садимся на них и отдохнем».

Ножки, спинка и сидение –

Вот вам стул на удивленье.

(Левая ладонь вертикально вверх, к ее нижней части приставляем кулачок. Повторяем, меняем руки)

У стола четыре ножки,
Сверху крышка, как ладошка.

(Левая рука в кулак, стучим четыре раза. Сверху на кулак опускается ладошка. Повторяем, меняем руки)

Далее используем клавесы (Клавесы – ударный инструмент, состоящий из двух палочек разной толщины, сделанных из твёрдого дерева. При игре палочки ударяют друг о друга, извлекая звуки высокого тона. Клавесы можно сделать самостоятельно).

Мы бежим с тобой на лыжах,

(Зажимаем клавесы в кулаки, имитируем руками лыжные палки)

Снег холодный лыжи лижет.

(катаем клавесы между ладонями)

А потом – на коньках,

(claveсы «катятся» по коленям параллельно)

Но упали мы. Ах!

(Руки свободно «падают»)

А потом снежки лепим,

(Трем кулаки друг о друга вверх – вниз)

А потом снежки катим,

(«Катят» клавесы по коленям ладонями.)

А потом без сил упали

(Руки свободно «падают» вниз)

И домой мы побежали.

(по очереди стучим вертикально клавесами по коленям).

(Включаем веселую музыку.)

Мы пришли домой, замерзли, надо согреться, спрятали руки за спину!

1. Где же, где же наши ручки,

Где же наши ручки?

Где же, где же наши ручки –

Нету наших ручек.

(Прячем руки за спину)

Вот, вот наши ручки,

Вот где наши ручки,

Пляшут, пляшут наши ручки,

Пляшут наши ручки!

(Показываем руки, вращая кистями).

2. Где же, где же наши ножки,
Где же наши ножки?
Где же, где же наши ножки –
Нету наших ножек.

(Ребенок сидит, прикрыв колени ладонями)

Вот, вот наши ножки,
Вот где наши ножки,
Пляшут, пляшут наши ножки,
Пляшут наши ножки.

(Сидя, по очереди выставляем ногу на каблучок).

3. Где же, где же наш(а).....(имя ребенка) –
Где же, где же он?

Где же, где же наш(а).....(имя ребенка) –
Нету нашего(ей)....(имя ребенка)

(Закрываем глаза ладонями)

Вот, вот наш(а).....(имя ребенка),
Вот где наш(а).....(имя ребенка)!

Пляшут, пляшут наш(а).....(имя ребенка),
Маленький(ая)....(имя ребенка)!

(открываем глаза, двумя руками показывает на себя или вас, если произносил ваше имя).

Еще несколько примерных упражнений для развития мелкой моторики, речевых и мимических движений.

«Пароход».

Пароход плывет по речке,
(обе ладони поставлены на ребро (как ковшик), большие пальцы подняты вверх).

И пыхтит он, словно печка, пых-пых-пых.

(кисти сжаты в кулаки, 3 раза резко разжимаем, пальцы – в стороны).

«Шарики»

Надуваем шарик быстро,
Он становится большой,
(обе ладони поставлены на ребро (как ковшик), разводим руки
в стороны)

Вдруг шар лопнул,
(хлопок)

Воздух вышел
(обе ладони вверх)
Стал он тонкий и худой
(4 хлопка)

«Утреchко»

Утро настало,
(Руки скрещены на груди)
Солнышко встало,
(Руки поднимаем вверх, пальцы раздвинуты «как солнечные
лучики»)

Эй, братец Федя,
Разбуди соседей!
(стучим кулаком о ладошку)

Вставай, Большак!
(Массируем большой палец)

Вставай, Указка!
(Массируем указательный палец)

Вставай, Середка!
(Массируем средний палец)

Вставай, Сиротка!
(Массируем безымянный палец)

И крошка Митрошка!
(Массируем мизинец)

Привет, ладошка!
(«Скользящие» хлопки)

Все улыбнусь
(Указательными пальцами растягиваем уголки губ в стороны)

И проснулись
(Руки опускаем вниз. Повторяем, массируя пальцы другой
руки)

«Гвозди и молоток»

Гвозди и молоток

(Зажимаем клавесы в кулаки, показываем правую руку и левую руку)

Построили мосток.

(Стучим клавесами друг о друга крест – накрест)

Мы по мостику пойдем

(Стучим по коленям по очереди то правой, то левой рукой)

И друзей себе найдем

(стучим клавесами друг о друга торцами).

«Капуста»

Мы капусту рубим, рубим

(обе ладони поставлены на ребро, движения вверх – вниз)

Мы морковку трем, трем,

(трем кулачок о кулачок)

Мы капусту солим, солим,

(«Солим» щепоткой)

Мы капусту жмем, жмем.

(Сжимаем кулаки)

«Скачите, палочки»

Вы скачите, палочки, как солнечные зайчики.

(Зажимаем клавесы в кулаки, стучим по коленям по очереди то правой, то левой рукой)

Правой ножкой топ-топ

(Стучим по коленям правой рукой)

Левой ножкой топ-топ

(Стучим по коленям левой рукой)

На головку сели,

(Ставим клавесы на голову, «как ушки»)

Песенку запели.

(Стучим клавесами друг о друга крест – накрест)

«Фу-ты ну-ты»

Фу-ты ну-ты,
(Зажимаем клавесы в кулаки, стучим клавесами друг о друга крест-накрест)

Трали-вали,
(Стучим по коленям по очереди то правой, то левой рукой.)

Рядом с нею Васька-кот!
(Стучим клавесами друг о друга торцами)

Удивляется народ.
(Пожимаем плечами)

«Алые цветки»

Наши алые цветки распускают лепестки,
(ладони соединены в форме тюльпана, пальцы медленно распускаются)

Ветерок чуть дышит, лепестки колышет.
(Производим плавные покачивания кистями рук)

Наши алые цветки закрывают лепестки,
(пальцы медленно закрываются, приобретая форму цветка)
Головой качают, тихо засыпают.
(Производим плавные покачивания кистями рук, «головкой цветка»).

Артикуляционные упражнения выполняются либо в процессе проговаривания текстов стихов, потешек, сопровождающих пальчиковые игры, либо дозировано при отработке особо сложных в плане артикуляции и мимики фрагментов текста. Они направлены на стимуляцию речевой деятельности, на развитие умения через движение и интонацию выражать свои эмоции, изображать героев в мимике.

На протяжении всего музыкально-коррекционного занятия проводите работу над развитием точности переключаемости речевых движений, над увеличением их объема. Начинайте занятия всегда с общепринятых в логопедии упражнений. Например:

1. Упражнения для жевательно - артикуляционных мышц (опускание поднимание нижней челюсти, движение вперед - назад).

2. Упражнения для мимико - артикуляционных мышц (сморщивание всего лица, поднимание бровей, закрывание и открывание глаз, придавать лицу выражение радости, печали, обиды, удивления).
3. Упражнения на стимуляцию движений нижней челюсти (шепотное произнесение или пропевание ряда гласных, требующих различной ширины открытия рта «а-о-у-и-э-ы»).
4. Упражнения для мышц зева и глотки (позевывание, покашливание, имитация жевания).
5. Упражнения для активизации мышц мягкого нёба (глотание слюны, произнесение гласных на твердой атаке).
6. Упражнения для языка, губ и щек.
7. Произношение пословиц и скороговорок начиная с медленного темпа и постепенно увеличивая скорость произнесения:
 - Белку ловить – ножки отбить.
 - Всяк кулик в своем болоте велик.
 - Каково на дому, такого и самому.
 - Гость на порог – пеки пирог, ног не береги.
 - Домашняя дума в дорогу не годна.
 - Не тогда дугу загибают, когда запрягают.
 - До поры точи топоры, а придет пора - не надо топора.
 - Пекли пирожки, а вышли покрышки на горшки.
 - На чужой сторонушке рад родной воронушке.
 - Бобр добр до бобрят.
 - Варежки у Вари пропали на бульваре.
 - Проворонила ворона вороненка.

- Из загона три газели
На густой газон глазели:
- Вот бы сигануть с разгона
Через изгородь загона!

Ткет ткач ткани на платок Тане.

- Кукушка кукушонку купила капюшон
Надел кукушонок капюшон.
Как в капюшоне он смешон!
- Вез корабль карамель,
Наскочил корабль ни мель,
И матросы две недели
Карамель на мели ели
- Около кола колокола,
И на колах колокола.
- На дворе трава,
На траве дрова,
Не руби дрова
На траве двора.
- Купила Марусе бусы бабуся,
На рынке споткнулась о гуся бабуся,
Не будет подарка у юной Маруси:
Все бусы склевали по бусинке гуси.
- Черной ночью черный кот
Прыгнул в черный дымоход.
- Пищу на обед ища,
Плавниками трепеща,
И зубаста, и тоща
Ходит щука вокруг леща.
- Щебетал щегол с щеглихой,

Щекотал своих щеглят,
А щеглиха – щеголиха
И щеглята – щеголята
По – щеглиному пищат.

При церебральном параличе, когда налицо нарушение координации движения, речь у детей медленная, прерывистая, монотонная, с гнусавостью для разработки речи можно использовать следующие упражнения:

1. Вдох и выдох через нос 4-5 раз.
2. Вдох и выдох через рот (нос зажат).
3. Вдох через нос, выдох через рот.
4. Вдох через рот, выдох через нос.
5. Вдох через нос – короткий, выдох через нос – длинный.
6. Дуть ртом в бутылочку, в ключик, чтобы свистел, играть на духовых инструментах.
7. Короткий вдох ртом, длинный выдох с паузами.
8. Надувать левую, а потом правую щеки.
9. Надувать щеки и толчком выпускать воздух.
10. Дуть на карандаш, легкий шарик, чтобы он покатился.
11. Задувать свечку на расстоянии.
12. Зевать сильно, с потягиванием, покашливать.
13. Глотать воду маленькими глотками 10-16 раз.
14. Надувать мыльные пузыри.
15. Поддувать летающую в воздухе пушинку, чтобы она не опускалась на пол.
16. Свистеть.
17. Петь гласную «а», повышая и понижая голос, потом гласную «о».
18. Петь долго на одном выдохе «а», «о».
19. Произносить шепотом гласные звуки: а, о, и, э, е, у.
20. Поддувать легкие плавающие на воде предметы.
21. Длительно произносить звук «ф», одновременно сдувать ватку со стола.

22. Подражать свисту ветра «с-с-с» (нос при утечке воздуха зажать), шипению гусей «ш-ш-ш.»
23. Губы сомкнуты, резким разжиманием губ и выпуска воздуха сдувать ватку со стола.
24. Произносить гласные тихо – громко, быстро – медленно.

Примечание:

Все упражнения выполнять 4-6 раз. Дуть не более 10 секунд, затем делать перерыв. К последующему упражнению переходить, только отработав предыдущее.

Таким образом, включение пальчиковых игр и артикуляционных упражнений позволяет стимулировать развитие речи, формировать правильное звукопроизношение, корректировать и повышать уровень развития всех сторон психической деятельности, а также устанавливать творческий контакт между вами и ребенком.

Обязательно включайте в свои занятия обучение пению. Возможности голосового аппарата детей довольно ограничены и обычно не выходят за пределы определенного круга интонаций, их певческие навыки элементарны, а у детей с ограниченными возможностями, как правило, совсем не сформированы. Песни с нашими детьми не разучиваются, а поэтапно осваиваются в удобном для них темпе. Сначала вы поете сами или прослушиваете на пластинке, диске, затем ребенок пытается повторять отдельные слова, потом поет самостоятельно или с вами, если ему трудно. Лучше, если вы дополните песню атрибутами (платочки, головной убор) или музыкальными инструментами (ложки, колокольчики, погремушки, маракасы, бубен, трещотка). Пение развивает дыхание, речь, учит формам выражения неверbalных контрастных эмоциональных состояний, развивает умение переключаться в различные эмоциональные состояния, используя выразительные интонации, движения, темброво – шумовые эффекты. Обязательно, с самых первых минут жизни вашего ребенка, включайте ему музыку (классическую, народную).

Дальнейшее пассивное слушание музыки детей с ограниченными возможностями недоступно или дается с огромным трудом путем волевой организации вами статичной

позы ребенка, «насильственной тишины», что само по себе обесценивает применение музыки в терапевтических целях. Нужно проводить активное слушание музыки совместно с игрой на детских музыкальных инструментах.

Обязательно включайте в занятия с ребенком коммуникативные, ритмические игры и игры по правилам. Включайте их в структуру ваших занятий вариативно, по мере необходимости регуляции у ребенка процессов возбуждения и торможения для создания дополнительной мотивации, состояния эмоционального подъема.

Коммуникативные игры выполняют задачу развития преимущественно невербальных средств общения и связаны прежде всего с выработкой позитивного, доброжелательного отношения к окружающим, с желанием и стремлением общаться.

Ритмические игры выполняют стимулирующую функцию, активизируя ребенка, побуждая принять участие в предлагаемых ему играх, а также помогая организовать свою активность, соотнести ее с действиями других участников занятия (если вам помогают в игре ваши дети или знакомые).

Игры по правилам направлены на развитие у детей произвольного внимания и произвольной деятельности, умения вовремя вступить в игру и соблюдать условия игры.

Я предлагаю несколько вариантов коммуникативных игр, ритмических игр и игр по правилам.

1. «Солнышко»

Ритмическая игра с сенсорным компонентом на подражание и освоение схемы тела.

Солнце утром рано встало,
(Дети протягивают руки верх, «потягиваются»)
Всех детишек приласкало,
(Дети обнимают себя за плечи)
С добрым утром, глазки,
Вы проснулись?
(Дети гладят глаза пальцами от внутренних уголков к внешним)

С добрым утром, щечки,
Вы проснулись?

(Дети массируют щеки пальцами по кругу)

С добрым утром, ушки,
Вы проснулись?

(Дети массируют ушки пальцами сверху вниз)

С добрым утром, ручки,
Вы проснулись?

(Дети гладят кисти рук)

С добрым утром, ножки,
Вы проснулись?

(Дети поглаживают ноги)

С добрым утром, солнце,
Я проснулся?

(Дети протягивают руки вверх – «к солнцу»)

Везде в скобках я пишу «дети». Еще раз обращаю ваше внимание, что лучше, если в этих играх будут принимать участие еще дети, ваши, ваших друзей. Но, вы можете заниматься и вдвоем с ребенком, только обязательно эмоционально объясняйте, выполняйте вместе, будьте терпеливы, не у каждого ребёнка будет получаться сразу. Но постепенно он запомнит порядок действий, будет пытаться правильно делать и произносить. Будьте настойчивы! Страйтесь выполнять все действия с ребенком, если видите, что он нервничает, переключитесь на что – то другое, а затем вернетесь к занятию снова.

Нет ничего более радостного, чем увидеть лицо вашего ребенка, светящегося радостью, что у него наконец – то получилось выполнить всю игру.

Следующая игра называется

«Ванна - море»

Ритмическая игра, облегчает формирование образа себя, способствует развитию координации в пространстве.

Ванна – море,
(Руки развести в стороны)

Я – пароход,
(Руками сделать «нос корабля»)
Полный назад!

(Наклоны вперед)
Правый руля!
(Наклоны вправо)
Лево руля!
(Наклоны влево)
Плыту я по морю,
(Левая ладонь вертикально)
Ногами бурля!
(Ноги поднять от пола «побурлить»)
Я бы доплыть до Австралии мог,
(Медленно поднять руки вверх)
Но у Петровых протек потолок.
(Посмотреть вверх покачать головой)

«Жираф»

Ритмическая игра направлена на формирование схемы тела, на развитие слухового внимания, способствует развитию эмоций.

У жирафов пятна, пятна, пятна, пятнышки везде.
(хлопаем по всему телу ладонями).
На лбу, ушах, на шее, на локтях,
На носках, на животах,
На коленях и носках.
(обоими указательными пальцами дотрагиваемся до соответствующих частей тела)
У слонов есть складки, складки,
Складки, складочки везде.
(Щипаем себя, как бы собирая складки)
На лбу, ушах, на шее, на локтях,
На носах, на животах,
На коленях и носках.
(обоими указательными пальцами дотрагиваемся до соответствующих частей тела)
У котяток шерстка, шерстка,
Шерстка, шерсточка везде.
(Поглаживаем себя, как бы разглаживая шерстку).
На лбу, ушах, на шее, на локтях,
На носах, на животах,
На коленях и носках.

(Обоими указательными пальцами дотрагиваемся до соответствующих частей тела).

А у зебры есть полоски,
Есть полосочки везде.

(проводим ребрами ладони по телу, «рисуем полосочки»).
На лбу, ушах, на шее, на локтях,
На носах, на животах,
На коленях и носках.

(обоими указательными пальцами дотрагиваемся до соответствующих частей тела).

Проводить такие занятия надо с максимально раннего возраста ребенка, в процессе этой его деятельности совершенствуются двигательные, сенсорные и речевые функции, познавательные процессы, формируются навыки общения. Музыкальная психокоррекция детей с ограниченными возможностями эффективна как способ эмоционального воздействия на ребенка с целью коррекции имеющихся у них физических и умственных отклонений как способ невербальной коммуникации, способов познаний мира.

Кроме музыкальной психокоррекции можно выделить еще один уровень коррекционной работы с нашими детьми – это общеразвивающая работа. Основная цель коррекционной работы - способствовать полноценному психическому и личностному развитию ребенка. Можно указать на ряд индикаторов, возникающих в развитии наших детей:

- нарушение коммуникации в системе отношений «ребенок - взрослый», «ребенок - сверстники», утрата взаимопонимания;
- низкий уровень социальных достижений, значительно расходящийся с потенциальным уровнем развития ребенка;
- поведение, отличное от социальных норм и требований;
- переживание ребенком состояния эмоционального неблагополучия, эмоциональный стресс и депрессия;
- наличие экстремальных, кризисных жизненных ситуаций.

К нарушениям, создающим проблемы в межличностных отношениях, относятся: неадекватный уровень притязаний, эгоцентризм, неустойчивость самооценки, излишняя застенчивость, скованность и неуверенность в общении, тревожно – мнительные черты характера, фобические реакции.

Специфика каждого метода коррекционной работы определяет и спектр проблем, решение которых данным методом наиболее оптимально.

Игротерапия, психогимнастика необходима, когда у ребенка

- трудности коммуникации: несформированность коммуникативных действий и операций, неумение согласовывать свои действия с партнерами, отсутствие адекватных способов разрешения конфликтных ситуаций, необщительность.
- трудности произвольной регуляции ребенком поведения и деятельности: трудности принятия и сохранения цели, отсутствие или низкий уровень развития способности планировать свои действия в соответствии с поставленной целью, неумение контролировать свои действия и предвидеть их последствия, неспособность правильно оценить результаты действия и внести необходимые корректизы в деятельность, импульсивность и ненаправленность, чрезмерная зависимость от взрослого;
- нарушение поведения: умеренная агрессивность, вредные привычки (сосание пальца, обкусывание ногтей), отказ от пищи, воровство (в тех случаях, когда совершается только дома);
- трудности эмоционального развития: неадекватная или неполная ориентировка ребенка в эмоциональных состояниях и чувствах как самого себя, так и другого человека; трудности обозначения чувств и переживаний в речи и трудности осознания эмоциональных состояний;
- трудности личностного развития: трудности формирования Я – концепции, неадекватные представления о своих качествах, способностях и возможностях, неадекватная самооценка, неуверенность в себе, неадекватная полоролевая идентификация (как правило, у мальчиков)
- фобические реакции: страх определенных объектов, действий и событий, стремление избежать их, высокая ситуативная и личностная тревожность.

Арттерапия

- трудности эмоционального развития, актуальный и посттравматический стресс, депрессивные и субдепрессивные состояния, снижение эмоционального тонуса, высокая эмоциональная лабильность, импульсивность эмоциональных реакций;
- переживание ребенком эмоциональной отверженности и чувства одиночества;
- повышенная тревожность, страхи, фобические реакции;
- наличие конфликтных межличностных отношений в семье, со сверстниками, с педагогами, ревность к братьям, сестрам, низкая коммуникативная компетентность;
- дисгармоничная Я-концепция, низкая, искаженная, неадекватно завышенная самооценка, низкая степень самопринятия.

Занятия необходимо проводить с раннего возраста. Раннее детство приходится на период с 1-го года до 3-х лет. В этом возрасте происходят важнейшие изменения в психическом развитии детей: формируется мышление, активно развивается двигательная сфера, появляются первые устойчивые качества личности.

У многих из наших детей в силу заболевания эти процессы начинают работать значительно позже, но заниматься тем не менее необходимо начинать как можно раньше, т.к. они сложнее усваивают иногда даже элементарные навыки.

Необходимо постоянно объяснять, что ложкой едят, лопаткой копают, а молотком забивают гвозди ...

В раннем детстве обнаруживается связь ребенка с конкретной ситуацией: поведение ребенка целиком определяется ситуацией, он не привносит в неё знаний о других возможных вещах и явлениях. Это связано с своеобразным единством между сенсорными и моторными функциями, тесной связью восприятия и эмоционального отношения. Важной характеристикой этого возрастного этапа является лабильность эмоциональной сферы ребенка. Его эмоции и формирующиеся в это время чувства, отражающие отношения к предметам и людям, ещё не фиксированы и могут быть изменены при смене ситуации.

Восприятие является ведущей психической функцией этого периода, что обуславливает специфику других психических

функций: память проявляет себя в узнавании, мышление – как его наглядно-действенная форма.

Общение со взрослым имеет большое значение не только для формирования познавательной сферы, но и для развития личности детей раннего возраста. Окружающим надо помнить, что постоянные замечания, игнорирование пусть даже не всегда успешных попыток детей сделать что-то самостоятельно, недооценка их стараний могут привести уже в этом возрасте к неуверенности в себе.

Для детей с ограниченными возможностями важно развитие моторики. Любой малыш, ограниченный в передвижении в пространстве, отстает в развитии познавательной деятельности. Его исследования окружающего мира в этом случае исчерпываются очень небольшим пространством, расположенным вблизи него. Оказание ребенку продуманной поддержки дает ему возможность делать то, что он хочет, но не может без посторонней помощи из-за своих физических проблем. Если ребенок не получает поддержку в развитии, то это ведет к отставанию детей в моторном развитии. Несформированность крупной (грубой) моторики (движения руками, ногами, туловищем и т.д.) проявляется в виде плохой координации частей тела при выполнении сложных движений, их недостаточной точности и ловкости (неуклюжесть), в выраженных затруднениях при выполнении физических упражнений.

Если ребенок поставлен в условия хронической гипокинезии, в силу заболевания или по другой какой-то причине (ограничение произвольных движений, малая подвижность), то у него развиваются своеобразные **компенсаторные** двигательные действия: раскачивания тела из стороны в сторону, рассматривание своих рук, навязчивые движения руками, сосание пальцев.

Недостатки в развитии лицевой и речевой моторики проявляются в невыразительности мимики, в затруднениях или полной невозможности произношения некоторых согласных звуков, в общей нечеткости, невнятности, смазанности речи.

Чем раньше начата с ребенком работа по формированию у него двигательной сферы, тем менее заметны будут отклонение в его моторике и тем более благотворно скажется влияние двигательных функций на его психофизическое развитие.

Навыки крупной моторики – это фундамент, база для формирования тонких движений рук.

Развитие головного мозга у ребенка напрямую связано с развитием мелкой моторики рук. Она взаимодействует с такими высшими свойствами сознания, как внимание, мышление, координация воображение, наблюдательность, зрительная и двигательная память, речь. Развитие навыков мелкой моторики важно еще и потому, что вся дальнейшая жизнь ребенка потребует использование точных, координированных движений кистей и пальцев, которые необходимы, чтобы одеваться, рисовать и писать.

Начинать работу по развитию мелкой моторики нужно с самого раннего возраста. Грудному младенцу можно массировать пальчики (пальчиковая гимнастика), воздействуя тем самым на активные точки, связанные с корой головного мозга, делать массаж кистей рук, давать перебирать ему крупные, а затем более мелкие предметы: пуговицы, завязывать шнурки и т.д. Хорошим помощником в развитии мелкой моторики станут различные развивающие игрушки и игры (пазлы, картинки – вкладыши), рисование, лепка.

Все игры и упражнения, которые я предложу вам далее, выполняются с учетом физического состояния ребенка. Помогайте, поднимайте руки, ноги ребенка, чтобы он научился «ощущать» свое тело.

«Идем по мостику»

Цель: обучение ребенка правильной ходьбе, умению ориентироваться на местности.

Ход игры: На полу проводится линия.

Ребенок идет по прямой линии с помощью взрослого, потом постепенно самостоятельно.

Взрослый приговаривает:

Через мост перейти

Надо нам (имя ребенка).

В дальний лес

Мы пойдем,

Там грибы – маслята.

После того как вы освоите с ребенком это упражнение, добавляете ходьбу зигзагом (между кубиками) и по следам. Вы можете сшить длинное полотно и нашить на него следы. Следы шьёте из разноцветной ткани, весёлые, чтобы ребенку хотелось сделать шагок на след. Постепенно следы можно увеличивать и в размере и в расстоянии.

Нам эта дорожка очень помогла.

«Всё выше и выше»

Цель: развитие мышц туловища и конечностей, ловкости, координации движений.

Ход игры: С вашей помощью ребенок поднимается по спортивной стенке. На верхней ступеньке висит яркая (может, любимая) игрушка. При этом приговаривайте: «Лезет, лезет (имя ребенка), вот и влез(ла) высоко!».

Взяв игрушку, ребенок с вашей помощью медленно спускается вниз.

«Перешагни через веревочку»

Цель: развитие координации движений, ловкости, формирование правильной осанки, навыка преодоления препятствий.

Ход игры: Протягивается и закрепляется веревочка на расстоянии 10 см от пола. С помощью взрослого перешагиваете через веревочку. Постепенно можно увеличивать высоту веревочки от пола.

«Догони мяч»

Цель: развитие ловкости, инициативы, дисциплинированности, терпения, тренировка зрения и слуха.

Материал: корзина или коробка с мячами.

Ход игры: Разбрасываете мячи по комнате.

После команды: «Догони мяч!» ребенок бежит за мячом, подбирает его и кладет в корзину. Так он собирает все мячи. В то время, когда ваш ребенок бежит за мячом, ритмично читаете стихотворение:

Мой веселый звонкий мяч,
Ты куда пустился вскачь?
Красный, желтый, голубой,
Не угнаться за тобой!

Я тебя ладоною хлопал,
Ты скакал и звонко топал,
Ты пятнадцать раз подряд
Прыгал в угол и назад.

Впоследствии можно усложнить игру, попросить ребенка собрать только красные или только зеленые мячики.

«Кто попадёт»

Цель: тренировка меткости, ловкости, развитие координации движений, умения играть в мяч.

Материал: небольшой ящик или корзина, маленькие мячики.

Ход игры: По вашей просьбе ребенок подходит к ящику на расстоянии 50 см (показываете, где ему остановиться). Ребенок бросает мяч в ящик (корзину) попеременно то правой, то левой руками, или обеими, если ему трудно.

Постепенно увеличивайте расстояние от корзины.

«Игра с пальчиками»

Цель: развитие подвижности пальцев рук.

Ход игры: Ребенок сидит перед взрослым на стуле. Взрослый читает стихи, сопровождая последовательным загибанием пальцев на обеих руках.

Ребенок подражает, а в дальнейшем самостоятельно двигает пальцами.

При необходимости помогайте на первых парах ребенку, загибайте пальчики вместе.

Мой, Мизинчик, где ты был?
С Безымянным щи варил,
А со Средним кашу ел,
С Указательным запел.
А Большой меня встречал

И конфетой угощал.
Указательный на правой
Вел в поход нас всей оравой.
Средний брат несет рюкзак,
Безымянный ходит так,
А Мизинец стал играть:
Братьев слушать приглашать.
Правый же Большой плясал
И на танец приглашал.
Раз – два – три – четыре - пять!
На этот счете ребенок разгибает пальцы и начинает новую игру.

«Ладушки»

Цель: развитие мелких движений кисти, чувства ритма.

Ход игры: Ребенок выполняет хлопки в ладоши, вначале подражая взрослому, потом по его команде: перед собой, над собой, за спиной, в положении стоя, сидя, лежа на животе и спине.

«Кто внимательный»

Цель: развитие остроты слуха, умение правильно воспринимать словесную инструкцию независимо от силы голоса, которым её произносят.

Материал: кукла, игрушечный мишкa, машинка.

Ход игры: Ребенок сидит на расстоянии 2-3 м от взрослого, а на столе лежат игрушки. Взрослый предупреждает ребенка: «Сейчас я буду давать тебе задания, говорить буду шёпотом, поэтому сидеть надо тихо, чтобы было слышно. Будь внимательней!» Затем говорит:

Возьми мишку и посади в машину.

Возьми мишку из машины.

Посади в машину куклу.

Покатай куклу в машине.

Ребенок должен услышать, понять и выполнить эти команды.

Задания нужно давать краткие и простые, а произносить их тихо, но очень чётко.

Игры удовлетворяют многие потребности ребенка – потребность выплеснуть накопившуюся энергию, развлечься, насытить своё любопытство, исследовать окружающий мир. Ребенок приобретает сенсорный опыт. Они могут плескаться водой, отрывать лепестки у цветов. Благодаря сенсорной игре ребенок узнает о своих физических и чувственных возможностях, а также о свойствах вещей, которые его окружают. Ребенок учится выплескивать свои эмоции, разыгрывать роли, имитировать деятельность взрослых, узнают во время игры о свойствах различных предметов, тех законах, которым они подчиняются, развивается интерес к творческим видам деятельности (рисование, лепка, конструирование, пение).

Обязательно купите ребенку кубики с рисунками, цифрами, буквами, разного цвета. Ваша задача: начните постройку, ребенок 1,5-2 лет не обладает образным мышлением и не может создать то, чего он себе не представляет, а вот продолжить начатое взрослым, пусть даже стереотипно он вполне в состоянии. Обязательно хвалите его постройки, даже если они кривобоки и некрасивы: гораздо важнее оценить количество и разнообразие элементов строительного набора, который ребенок использовал. В ходе этой игры он практически овладевает представлением о геометрических формах и размерах фигур, о соотношении разных по размеру, но одинаковых по форме фигур, развивается координация его движений и тонкая моторика руки.

Используйте в занятиях мозаику. Для начала научите ребенка вставлять «кнопки» мозаики в дырочки. Пусть он делает это в любом порядке, пока не надоест; это прекрасное упражнение для развития тонкой моторики. Следующее задание может быть сложнее: расположите элементы мозаики на сплошной линии или через определенный интервал между ними.

Таких линий можно выложить несколько, так чтобы они различались по цвету: ведь даже если ваш ребенок ещё не пользуется понятием цвета, он способен выделить цвет как признак предмета и подобрать к нему другие предметы того же цвета. Произносите обязательно название цвета. Для изучения геометрических форм и цвета можно сделать следующее: вырежьте из цветной плотной бумаги геометрические фигуры (круг, треугольник, квадрат, овал, ромб). Предлагайте ребенку

вкладывать похожие фигуры, потом по цвету, постепенно усложняйте задание по мере усвоения материала.

Нам с сыном эти занятия очень помогли в дальнейшем, в школе. Выполнения этих заданий помогает развитию тонкой моторики, глазомера, способности к элементарному анализу и синтезу; попутно ребенок знакомится с наименованием цветов. Ребенку важно получить целостное представление о предмете (величина, форма, цвет), познакомиться с последовательностью размещения цветовых тонов в спектре. Непонимание пропорций и формы предметов может задержать развитие ребенка. У наших детей руки иногда действуют неловко, они с трудом удерживают предметы, частороняют их. Поэтому следующие задания очень важны.

«Какой мяч больше»

Цель: формирование понятий «большой», «маленький».

Материал: большие и маленькие мячи, произвольно перемешанные.

Ход игры: Взрослый стоит на расстоянии 3-5 м от ребенка просит принести ему самый большой мяч. Ребенок выбирает мяч и подает (при трудностях физического состояния ребенка, он или говорит, или кивает, а вы угадываете, о каком мяче идет речь) его вам. Если он не ошибся, вы его хвалите. Если ребенок приносит маленький мяч, вы объясняете и показываете разницу, дайте ребенку подержать большой и маленький мячи. Рукой ребенка взрослый обводит по окружности большого и маленького мяча, говоря при этом «большой» это или «маленький» мяч. При этом всегда повторяйте, какого цвета у вас мяч.

Далее просите принести маленький мяч.

«Елочки и грибочки»

Цель: научить чередовать предметы по цвету.

Материал: вырезаете из плотной бумаги ёлочки зеленого цвета, грибочки коричневого (шляпки) и белого (ножки).

Ход игры: говорите, что ёлочка бывают зеленого цвета. Ребенок берет ёлочку и кладет её на столе. Потом говорите, что

грибочки бывают такие, описываете, объясняете, какая шляпка, ножка. Грибочек ставим под ёлочку. И читаете:

Елочки нарядные стали все в рядок,
И за каждой елочкой маленький грибок!

Я всегда расширяла это задание. Заранее вырезала солнце, облака, траву, другие деревья, животных. Задание можно расширять, добавляя каждый раз новые элементы, получается уже сказка, можно фантазировать. Каждый раз, закачивая упражнение, говорите, что завтра в нашу сказку придет ещё один сказочный герой, но это будет завтра. Ребенок с нетерпением будет ждать следующее занятие. В игре он будет осваивать то, чего мы добиваемся, но он не будет замечать, что это занятие, оно не будет для него скучным, всегда будет интересным. Фантазируйте, подходите к каждому занятию с ребенком творчески!

Включайте в свои занятия с ребенком упражнения на развитие познавательной сферы (мышления, речи, воображения, памяти, внимания).

«Помоги художнику»

Цель: развитие мышления, восприятия.

Материал: простые рисунки, на которых не дорисован какой-либо элемент (ручка у чайника, ножка у стула и т.д.).

Ход игры: Ребенку показываете рисунок, на котором есть недорисованный элемент. Он должен сказать, чего не хватает. Сначала подбирайте простые рисунки, на которых нарисован предмет без какой-либо важной детали (например, лицо человека без губ, собаку без лапы и т.д.). Постепенно предлагайте картинки с предметами, у которых не прорисованы второстепенные, менее заметные детали.

«На что похоже?»

Цель: развитие операции классификации.

Ход игры: Предлагаете в качестве образца какую-либо геометрическую форму. Ребенок собирает изображения предметов, имеющих сходную форму. Набор: круг – пуговица, тарелка, таблетка, часы, мяч, яблоко; прямоугольник – чемодан,

кирпич, портфель, телевизор, книга, дом, окно; треугольник – крыша дома, сложенная из газеты шапка, ёлка, египетская пирамида; овал – огурец, слива, яйцо, рыба, лист.

«Противоположности»

Цель: развитие мышления, общей осведомленности, быстроты реакции, внимания.

Ход игры: вы называете ребенку слово и предлагаете ответить противоположным по значению. Примеры называемых слов: большой, старый, мокрый, тяжелый, грустный, умный, сложный, сильный, злой, внутри, над, сверху, открытый, длинный, чистый, тихий, богатый, быстро, начало.

«Путаница»

Цель: развитие словарного запаса.

Ход игры: Называете слова, а ребенок должен рассказать вам, что этот предмет может делать.

Метель – метет, а гром - ...,

Ветер - ..., а снег -,

Дождь - ..., а солнце -

При каждом ответе можно спрашивать к примеру: « А что ещё делает солнце, оно ведь не только светит? ». Важно, чтобы ребенок подобрал как можно больше слов, обозначающих действие.

«Найди ошибку»

Цель: развитие грамматического строя речи.

Ход игры: Предлагаете прослушать предложения, найти в них ошибки и исправлять.

Зимой в саду расцвели яблони.

Внизу над ними расстилалась ледяная пустыня.

В ответ я киваю ему рукой.

Мальчик стеклом разбил мяч.

После грибов будут дожди.

Весной луга затопили реку.

Снег засыпало пышным лесом.

Такие игры вы можете придумывать самостоятельно.

Необходимо уделять большое внимание коррекции и развитию эмоциональной сферы. Ваш ребенок растет, овладевает новыми и разнообразными видами деятельности, изменяется и усложняется общение и другими людьми, он активно познает мир и самого себя. Всё это окрашено яркими переживаниями ребенка. Он еще мал, чтобы воспринимать мир разумно, рационально осмысливая его. Многое усваивается через эмоциональную сферу. Роль эмоций и чувств в развитии ребенка трудно переоценить. Чувства не развиваются сами по себе. Ведущее влияние на их формирование оказывают условия жизни и воспитания ребенка.

Он будет успешно развиваться только тогда, когда у него будет создано бодрое, жизнерадостное настроение. Ласка и внимание - вот главные источники, питающие, поддерживающие детскую радость. Заботливое отношение к ребенку помогает развитию у него оптимизма, уверенности в своих силах, активности.

Очень часто дети страдают эмоциональными нарушениями:

- 1) острые эмоциональные реакции, окрашивающие конкретные эмоциональные конфликтные для ребенка ситуации: агрессивные, истерические, протестные реакции, а также реакции страха и чрезмерной обиды;
- 2) напряженные эмоциональные состояния: мрачность, тревожность, подавленное настроение, боязливость и робость;
- 3) нарушение динамики эмоциональных состояний: быстрые переходы от положительных эмоций к отрицательным и наоборот.

Повышенная эмоциональная напряженность приводит к снижению активности и устойчивости психики ребенка. Для снятия эмоционального напряжения, снижения чувства страха, снятия отрицательных эмоций, развития эмпатийных способностей, коммуникативных навыков используются специальные игры.

Спящий котенок

Цель: обучение приемам саморасслабления детей с такими невротическими проявлениями, как истощение нервной системы, возбудимость, страхи, навязчивые состояния, истерические реакции, избирательный мутизм, заикание.

Ход игры: Ребенок исполняет роль котенка, который ложится на коврик и засыпает. У котенка мерно поднимается и опускается животик.

До свидания!

Цель: развитие правильного понимания ребенком эмоционально-выразительных движений рук и адекватного использования жеста, что в свою очередь способствует специальной компетенции ребенка.

Ход игры: От пристани отходит огромный белый теплоход. Провожающие, глядя на стоящих на палубе моряков и пассажиров, машут им высоко поднятой рукой: «До свидания! До встречи!».

Узнавание эмоций

Цель: развитие способности понимать эмоциональное состояние окружающих людей, возможности к самовыражению, снятие барьеров в общении. Формирование моральных представлений, коррекция поведения.

Ход игры: Задумываете эмоцию и показываете её с помощью мимики. Предлагаете ребенку придумывать свою. Сделайте заранее карточки с изображением разных эмоциональных состояний. Пусть ребенок вспомнит, когда он бывает таким («я радуюсь, когда ...», «Я злюсь, когда ...» и т.д.)

Ребенок вспоминает что-то веселое и должен постараться выразить это мимикой, жестами, пластикой. Помогите ему, покажите сначала сами.

Важной чертой личности ребенка является мотив достижения успеха. Он связан с двумя противоположно направленными тенденциями: достижением успеха и избеганием неудач. На

мотивацию достижения успеха большое влияние оказывает самооценка и уровень притязаний.

Появление самооценки – не что иное, как рост самостоятельности, переход от системы внешнего управления к самоуправлению. В младшем возрасте внутренняя позиция ребенка по отношению к самому себе в основном положительная. Самооценка ребенка непосредственно зависит от тех оценок, которые дают ему и его успехам значимые для него взрослые. И если в этом возрасте самооценка еще неустойчива и находится в стадии формирования, то у детей младшего школьного возраста встречаются самооценки различных типов: адекватные, завышенные и заниженные.

Адекватная самооценка – реальное отношение к собственным способностям и возможностям, адекватное отношение к оценке себя другими людьми.

Ребенок с низкой самооценкой не уверен в своих способностях, возможностях. Даже имея представление о своих положительных качествах, он испытывает постоянный комплекс неполноценности, который мешает ему. Следовательно, ребенок с заниженной самооценкой обнаруживает общую негативную тенденцию в ситуации оценивания себя другими и самим собой. В основе формирования низкой самооценки лежит чувство вины и стыда, т.е. рассогласование того, каков я и мое поведение, с тем, каким я должен быть в соответствии с ожиданиями значимых для меня людей. Детям с заниженной самооценкой свойственны пассивность, повышенная ранимость, обидчивость. Они часто отказываются от участия в играх из-за боязни оказаться хуже других или вступают в игру, но не проявляют инициативу, довольствуясь подчиненными ролями.

Завышенная самооценка проявляется в том, что ребенок преувеличивает свои возможности и достоинства и обычно не обращает внимания на недостатки или вообще не признает их существования. В связи с этим возникает рассогласование между представлением ребенка о том, каким он себя видит, и реальным поведением, а также оценкой окружающими его поведения. Это порождает внутренний конфликт, который может вызвать агрессию, ложь и другие негативные проявления у ребенка.

Для изменения самооценки требуется работа по самовоспитанию, которую ребенок должен выполнить сам, но с

помощью взрослого. Необходимо научить ребенка концентрировать своё внимание на успехах и достижениях. Это поможет выработать привычку к успеху и уверенность в себе. Надо помнить, что фантазии и мечты имеют такое же значение, как и реальные достижения. Предлагаю следующие психологические упражнения и игры.

Угадайте, кто это?

Цель: оценить психоэмоциональное состояние, прояснить самооценку ребенку, сформировать позитивное отношение к себе.

Ход игры: Вы предлагаете ребенку догадаться, о ком вы будете говорить. Описывая внешность близких и знакомых людей, подчеркиваете их позитивные черты.

Например: «У этой девочки светлые волосы, аккуратная прическа, красивые голубые глаза, привлекательная родинка на щеке, милая улыбка» и т.д.

Угадай эмоцию

Цель: учить осознавать свои эмоции и распознавать эмоциональные реакции других людей; диагностировать эмоциональное самочувствие ребенка, выявить причины эмоциональных реакций.

Ход игры: Вы показываете мимикой, позой какую-нибудь эмоцию. Ребенок должен угадать эмоцию и постараться объяснить, чем может быть вызвано такое эмоциональное состояние. Потом меняетесь ролями.

Трудности межличностных отношений могут проявляться в особых формах конфликтного поведения – с одной стороны, а также является причиной формирования негативных черт характера с другой. Типичные проблемы поведенческого характера – повышенная агрессивность, конфликтность, обидчивость, застенчивость и тревожность. Застенчивые дети очень болезненно реагируют на какие - либо изменения в их жизни, испытывают страх перед чужими людьми и новой обстановкой. Они часто ведомы более активными сверстниками, подвержены их влиянию. Многие взрослые считают их хорошо воспитанными и послушными, в то время как внутренне ребенок

очень скован и испытывает дискомфорт в общении с незнакомыми людьми. Этим характеризуются и тревожные дети. Механизм тревожности заключается в том, что ребенок находится в постоянном ожидании неприятностей, проблем и конфликтов, он не ждет ничего хорошего от окружающих.

У детей застенчивость сопровождается повышенной тревожностью, мнительностью, неуверенностью в себе, робостью. В 20-30% случаев у таких детей бывают страхи темноты, одиночества. Они скованно чувствуют себя в присутствии незнакомых людей, молчаливы, замкнуты.

Между тем они довольно часто обладают большими способностями, легко осваивают компьютерную технику, любят читать, рисовать, но одаренность и даже выраженные таланты блокированы комплексом неуверенности в себе, внутренним напряжением при общении.

Важно помочь ребенку научиться свободно выражать свои эмоции, желания, чувства. Организовывая игры для таких детей, создайте ситуацию успешности, чтобы он не чувствовал себя проигравшим или отстающим, похвалите его за смелость, ловкость, выразите радость от того, что играли.

Многие дети с церебральным параличом страдают плоскостопием. При плоскостопии, сопровождающемся уплощением свода стоп, резко понижается опорная функция ног, изменяется положение таза, затрудняется походка. Дети, страдающие плоскостопием, не могут долго стоять или ходить, быстро устают, жалуются на боли в ногах и спине. В раннем детском возрасте маловыраженные формы плоскостопия обычно безболезненны, в дальнейшем же, по мере роста ребенка, этот недостаток может усугубляться и причинять много неприятностей.

Проводить лечение можно и дома. Необходимо ежедневно выполнять несколько специальных упражнений для укрепления стоп (предусматривается такой поворот стоп, при котором внутренние края их поднимаются, а наружные опускаются). При выраженном уплощении кроме этого, необходимо носить супинаторы (специальные стельки, вкладываемые в обувь), когда на ступни дается большая нагрузка, например, при длительных прогулках, стоянии. Только в случае резкой деформации стоп

кроме гимнастических упражнений и стелек врач назначает ванны, парафин, грязь, массаж стоп. И всё-таки основным средством лечения остается гимнастика, направленная на укрепление мышечно-связного аппарата стоп и голени. Появление боли в области ступни задних мышц голени при выполнении упражнений и после них не является противопоказанием для выполнения упражнения, в этих случаях только снизьте нагрузку.

Для примера ниже привожу комплекс упражнений:

1. Ходьба на носках.

Ходить на носках, не сгибая колен.

2. Ходьба на наружных краях стоп.

Ходить по комнате, руки на поясе, опираясь на наружные края стоп (как «косолапый мишка»).

3. Ходьба по палке.

Ходить по положенной на пол гимнастической палке (если необходимо, с вашей помощью), отводя ступни к наружу, подняв руки в стороны.

4. Катание мяча ногой сидя на стуле.

Катать ступней небольшой резиновый мяч. Выполнять упражнение поочередно каждой ногой в течение 2-4 минут.

5. Захватывание предметов.

Исходное положение – сидя на стуле. Захватывать, поднимать и перекладывать пальцами ног лежащие на полу палочки, платочки, карандаши.

6. Сгибание и разгибание стоп.

Исходное положение – сидя на стуле, ноги вытянуты.

Поочередно сгибать и разгибать стопы, не отрывая пяток от пола.

7. Вращение стоп.

Исходное положение – сидя на краю стула, ноги вытянуты, пятки опираются о пол. Энергичные вращения стоп внутрь.

8. Ходьба по бревну поперёк.

Каждое упражнение выполнять 2-4 минуты, босиком.

Развитие контроля за руками и ногами в различных положениях.

Из положения лежа на спине, животе, на боку ребенка просят поднимать и опускать ногу или руку, следя за тем, чтобы другие части тела не включались в движение. Если упражнение

проводится для ног, то под голову подкладывают подушечку, чтобы ребенок мог видеть свои ноги.

Формирование устойчивого движения и возможностей садиться из разных положений тела

В положении «по –турецки» у ребенка формируют реакции равновесия, производя толчкообразные подталкивания его в стороны, вперед-назад. Сила толчков постепенно увеличивается.

В положении сидя ребенок ловит мяч и бросает; перебрасывает мешочек с песочком из одной руки в другую, следя взором за движением руки.

Такие упражнения тренируют равновесие, фиксацию позы, захват и брасывание предметов под контролем зрения.

Взрослый сидит на полу лицом к ребенку, ставит его на колени между своими разведенными ногами. Поддерживая ребенка за локоть, слегка подталкивает его назад, вперед, в стороны. Ребенок должен пытаться сохранять равновесие, не опускать руки к полу и не приседать на пятки.

Обучение вставанию и ходьбе с поддержкой.

1. Ребенок стоит спиной к взрослому, который удерживает его за плечи, оттягивая их назад. Таким образом, достигается рефлекторное расслабление приводящих мышц бедер, что облегчает движение ноги вперед и предупреждает перекрест ног при стоянии и ходьбе.

2. Ребенок стоит лицом к взрослому, который поддерживает его за руки. Взрослый легкими движениями отклоняет ребенка назад, добиваясь опоры на пятки, а затем вперед, добиваясь опоры на носки.

Тренировка вестибулярного аппарата.

1. Исходное положение – лежа на животе, на коленях у взрослого. Опускание верхней части туловища и рук до упора с сохранением положения головы, перестановка рук по полу в разных направлениях без изменения положения головы.

2. Исходное положение – сидя верхом на коленях у взрослого. Различные пассивно-активные движения туловища с сохранением определенного положения головы.

Можно проводить специальные игры - упражнения в ползании, подлезании под натянутую верёвку (на уровне груди или пояса ребенка), пролезании в обруч.

Ребенок может выполнять упражнения любым способом.

Если вы проводите игры с мячом, то начинать их надо с катания мяча друг другу. Далее переходят к бросанию мяча в горизонтальную цель («попади в корзину»). Затем учат рукой отбивать мяч от пола, потом попадать в вертикальную неподвижную цель («сбить подвешенный мяч и шар»). И только потом надо попасть мячом в передвигающихся детей, взрослых («ловушки мячом»).

Детей с церебральным параличом учат не только бросать, но и ловить мяч. Для этих детей характерна неравномерность шагов, неустойчивость темпа ходьбы. Поэтому их надо учить ходить по следовой дорожке, в определенном заданном темпе. Следует обращать внимание на прямое положение головы и спины. Полезно ходить по доске, рейке гимнастической скамьи, между линиями, начертанными на полу или земле.

Хороши такие упражнения, как: метание мешочеков с песком в цель. Для этого необходимо встать на расстоянии 1-1,5 метра от круга по полу и бросать мешочки в круг. Или, например, ходьба с перешагиванием через различные предметы на полу.

Для совершенствования навыка ходьбы без опоры детей с церебральным параличом необходимо упражнять в ограничении боковых раскачиваний туловища и широкой расстановкой стоп, используя для этого дорожку с ограниченной шириной.

Очень большое значение для укрепления организма наших детей имеет массаж. Массаж мы должны делать с первых дней и всю последующую жизнь. Массаж улучшает питание мышц, активизирует удаление продуктов распада, способствует улучшению сократимости и растяжимости мышц. Под его воздействием восстановление работоспособности утомленной мышцы происходит быстрее, чем при полном покое. Различные приемы массажа позволяют разносторонне влиять на нервную систему. Так, поколачивание, «рубление» возбуждают ее, поглаживание, растирание – успокаивают.

Каждая мать или отец могут обучиться приемам массажа и делать его своему ребенку. Когда вам делает профессиональный массажист, следите за его руками, учитесь, это совсем несложно.

Можно пройти курсы массажистов, так как вам это очень пригодится. Было бы желание и терпение. Ведь делая своему ребенку массаж, вы в каждое движение вкладываете большую любовь, огромное желание помочь, ласку.

Любовь к нашим детям творит чудеса. И в нашем случае – это не громкие слова. Поверьте мне, я в этом убедилась на собственном опыте.

В завершении раздела о физических нагрузках хочется подчеркнуть, что спортивные упражнения, такие как лыжные прогулки, прогулки на велосипеде, плавание будут влиять на состояние нервной системы благотворно. После таких упражнений у детей повышается настроение, улучшается сон, появляется уверенность в своих силах.

Если говорить о медицинской коррекции ДЦП, она включает в себя широкий спектр методов лечения: медикаментозная терапия, физиотерапия, использование различных устройств и приспособлений, лечебная физическая культура (ЛФК), массаж, орто – нейрохирургическое лечение и другие методы.

На сегодняшний день существуют следующие Центры по изучению ДЦП, которые применяют комплекс различных мер профилактики, диагностики, коррекции и реабилитации детей с ограниченными возможностями:

- Центр изучения спастики (Сидней, Австралия).
- Центр СВАРА (Сидней, Австралия).
- Центр по изучению церебрального паралича (Сидней, Австралия).
 - Клиника по лечению церебрального паралича (Северная Каролина, США).
 - Американская национальная академия по исследованию церебрального паралича и развития ребенка (Луисвилл, Кентукки, США).
 - Институт Пето по изучению двигательной дисфункции (Будapest, Венгрия).
 - Терапевтический комплекс «Реацентр» (Самара).
 - Центр лечения ДЦП «Царицыно» (Москва, Россия).
 - Общество «Барнардос» (Москва, Россия).

- Реабилитационный центр «Элита» (**Львов** – Трускавец, Украина).
- Научно – терапевтический Центр профилактики и лечения детской неврологической инвалидности (Москва, Россия).
- Детская психоневрологическая клиника №18 (Москва, Россия).
- Детский экологический центр «Живая нить» (Москва, Россия).

Остановимся на работе некоторых из перечисленных центров.

В Австралии есть центр «СВАРА». «СВАРА» - это аббревиатура слов «Ассоциация Солнечного Благоденствия и Целения». Эта организация – убежище для исцеления, которая предоставляет помочь людям с ограниченными возможностями, многие из которых заброшены и совершенно забыты обществом.

В этом центре с этими людьми уже 34 года работают две женщины – близнецы Дороти и Мойя О`Брайен. Пациентов своих они обучают писать картины, держа кисть ногой или ртом. И они создают картины утонченного дизайна и цветов, а вы никогда не догадаетесь, как создавались эти полотна, так как они ничем не отличаются от написанных рукой. Хотя нет, видят они мир по – другому и изображают его как – то прочувствованно и глубоко.

При церебральном параличе повреждены различные части мозга. Если нарушена двигательная область, то они не способны двигаться, а если нарушена лобная часть головного мозга, они страдают различной степенью умственной неполноценности. Если повреждены обе области, то уже возникает комплекс проблем в различных сочетаниях степени неполноценности. Мойя и Дороти всегда смотрели за пределы физического тела своих пациентов, ценя их за прекрасную и часто счастливую личность. Они научились понимать их часто с трудом различимую речь.

Утром все собираются, чтобы продумать программу на день. Решают проблемы, кто займется садом, кто будет готовить бутерброды на кухне, кто будет работать в мастерской. Некоторые любят работать в офисе вместе с Дороти и Мойей. Трудные клиенты, которые могут что – то испортить, находятся с ними в офисе, там им стараются найти более подходящую

работу. «Мы им объясняем, что здесь они сами отвечают за себя», - и так оно и есть; однако им нужна большая поддержка и руководство.

Большинство в «СВАРЕ» сами не без физических трудностей, и они присутствуют просто для того, чтобы помочь в случае, если у кого – то возникают проблемы. Если кто – то порежется, его тот час уведут и с любовью наложат повязку на рану, а кто – то другой тихо займет его место, пока все не придет в норму. Поэтому, никогда не возникает чувства, что кому – то что - то не удается, ведь каждый по мере возможности тут же возвращается на свое рабочее место.

В «СВАРЕ» существует три уровня программ и каждому человеку предоставляется программа, соответствующая его нуждам и способностям. Первый уровень – это отбор тех, кто нуждается в поощрении и поддержке, и тех, кому очень нужно общение и связь с другими. Им предлагаются все виды терапии включая музыку, приготовление пищи, отдых (восстановление физического и психического потенциала), искусство и ремесло, а также обучение применению лекарственных трав. Единственная цель – помочь людям вести более счастливое и наполненное смыслом существование, чтобы их физические недостатки не мешали им достигнуть успеха в жизни. В этой терапевтической программе им разрешается, по их выбору, менять одну деятельность на другую; они могут избрать для себя задачу, которую в данное время им выполнять. Дороти и Мойя пытаются найти искру в каждом человеке и раздуть ее до пламени.

Второй уровень программы для более трудоспособных людей; они большую часть времени заняты в мастерских, производя игрушки, выпекая кексы и конфеты, которое любит местное население. Конечно, в этой области требуется контроль качества.

Третий уровень включает людей, которые способны нести ответственность за все, - это руководители, которые возглавляют различные мастерские, водители машин и все те, кто занимается работой в офисе. Когда прибывают новенькие, решают, какой уровень им подходит. В основном, они прежде всего попадают на первый уровень, но некоторые настолько хорошо работают, что их тот час переводят на более высокий уровень. У каждого создается впечатление, что он справляется, поэтому он не

чувствует разочарования. Каждый способен достигнуть своего полного потенциала. По мере того, как их работоспособность повышается, их переводят на новый уровень.

В «СВАРЕ» никто не имеет никаких привилегий, ко всем совершенно одинаковый подход – все чувствуют себя равноправными, как в семье, где старшие и более сильные помогают младшим и тем, кто послабее. И те, кто поспособнее, не чувствуют что другие хуже их.

Дороти говорит: «Мы делимся с нашими пациентами пониманием того, что, поскольку они не трудоспособные, им требуется большая поддержка, они привыкли «получать», но теперь им надо научиться «давать». Некоторым клиентам требуется большая помощь, особенно людям в инвалидных колясках. Другие кажутся настолько нормальными, что посетители центра часто удивляются, почему они здесь. Но для того, чтобы они могли нормально действовать, им нужна поддержка и **ободрение**. Однако каждый из них, определенным образом, вносит лепту в благосостояние остальных. Требование посещаемости очень мягкие. Они могут приходить и оставаться от половины дня или до пяти дней в неделю, в зависимости от того, что они хотят и на что они способны».

Дороти и Мойя О`Брайен, которые с Божьей помощью открыли «СВАРу» делают очень важное дело: они дают людям работу, полную смысла. Поэтому Бог помогает им на их трудном, но благородном пути.

Следующий центр – это Институт Пето по изучению двигательной дисфункции (Будапешт, Венгрия).

Основан на методе кондуктивной педагогики. Разработан профессором Пето в 1945-1967 гг. и нашел широкое применение в Институте Пето по исследованию и лечении двигательных расстройств. Кондуктивная педагогика (КП) представляет собой метод воздействия на больного, осуществляемого специально обученным в Институте кондуктором. Особое внимание в методе удаляют медико – педагогической коррекции. Последняя направлена на выработку самостоятельной активности и независимости ребенка. Метод базируется на концепции, согласно которой мозг развивается в конкретных условиях. В

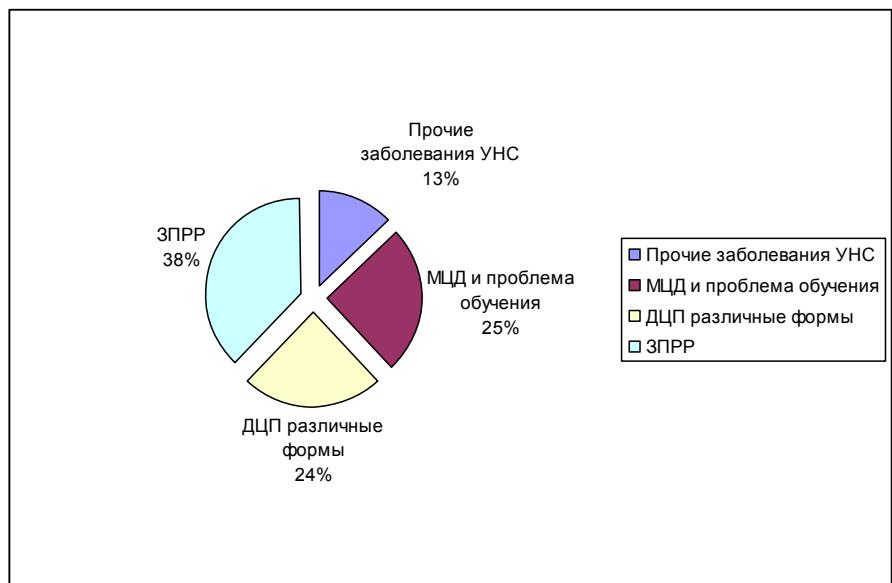
зависимости с этим кондуктор стремится, обучая ребенка, руководить удовлетворением биологических и социальных потребностей организма т. е. руководить адаптацией к окружающей среде. Полагают, что для удовлетворения повседневных потребностей в начале возникает подсознательное построение двигательного стереотипа. Затем организованный двигательный акт переходит в среду подсознания, как средство достижения цели, становится в конце концов, автоматическим. Кондуктор на основании мотивации выбирает задачу, при котором легче достичь эффективных результатов обучения. В процессе осуществления КП проводятся групповые занятия, в группу входят 6-7 человек. Занятия всегда проводит один человек - кондуктор, владеющий основными знаниями по широкому кругу проблем, таких, как медицина, педагогика, психологические методы воздействия, лечебная гимнастика, речевая терапия и др.

Обучение пациента кондуктором ведется в процессе повседневной жизни. Обучаются дети в том же помещении, в котором живут. В итоге обучение фактически оказывается частью жизни ребенка. Очень важно, чтобы в ходе проведения занятий господствовала атмосфера теплого общения, чтобы спокойный тон кондуктора располагал ребенка к занятиям. Во время занятия кондуктор никогда не делает замечаний конкретному ребенку, обращается только к группе. В ходе занятия осваиваются различные виды деятельности: вставание, умывание, одевание, еда и пр., а также рисование, письмо, счет. Ребенку не дают команды, не говорят: «Пройди комнату до конца!», а дают задание, маскирующее команду: «Брось, пожалуйста, бумагу в корзину». Действие при его выполнения сопровождается словами «я иду», «я сажусь» с певучим приговариванием. Движение подкрепляют словом, музыкальным сопровождением. Авторы методики придают этим элементам первостепенное значение в терапии, исходя из того, что все это способствует эффективному закреплению движения.

По данным авторов методики и их последователей в Институте Пето, эффективность методы высока. Положительный эффект колеблется от 90% до 100%. Наименьший эффект наблюдается при спастической диплегии. Важным показателем активности лечения является процент детей, переходящих после курса лечения в обычную школу и обычные дошкольные

учреждения. Показано, что в среднем 70% детей поступают в обычные детские учреждения, при этом среди детей 3-5 лет этот процент составляет 80%-85%, а среди детей 14 лет и старше – 50%-65%.

Самарский терапевтический комплекс «Реацентр» работает в Самаре более 14 лет (с 1994 года). Ежегодно более 1000 детей с различной неврологической патологией получают лечение в детских отделениях неврологии и рефлексотерапии в городах Самара, Тольятти, Саратове, Волгограде, Казани, Оренбурге. Распределение по нозологическим группам пациентов, находившихся на лечении в детских неврологических



отделениях СТК»Реацентр» в 2005 году ,следующее:

В
группу»прочие»
были объеденены
такие
неврологические
проявления, как
энурез,
гипервозбудимост
ь,нарушения

сна, локализованные
тики, нейросенсорная
тогоухость, цефалгические
кризы, нейроциркуляторная дистония
и т.д.

Базовым методом
лечения в детских
отделениях
неврологии и
рефлексотерапии»
Реацентра»
является
электрорефлексотерапия.
Формально
данный метод
лечения относится
к разновидностям
рефлексотерапии.
Фактически же он
развивался на
стыке
рефлексотерапии,
nevрологии и
физиотерапии.

Суть метода заключается в следующем:
лечебное воздействие оказывается на рефлексогенные
зоны, расположенные на различных участках кожного
покрова, сверхмальыми электрическими импульсами.



В результате в нейрональных сетях ЦНС возникают физиологические доминанты и выборочно стабилизируется работа центров нервной системы, ответственных за различные функции и патологические синдромокомплексы.

Так, например, при лечении спастических состояний лечебное воздействие оказывается на различные уровни ЦНС:

1. Локальное расслабляющее воздействие оказывается непосредственно на само мышечное волокно посредством рефлекторной атриггеризации.
2. Сегментарное рефлекторное воздействие оказывается на мотонейроны спинного мозга.
3. Дистальное рефлекторное стимулирующее воздействие оказывается на моторную зону коры головного мозга.

Особенности метода «Элкор-БАТ» следующие:

1. Лечебное воздействие оказывается на биологически активные точки (БАТ) и нейрорефлекторные зоны.
2. Воздействие оказывается сверхмалыми электрическими импульсами постоянного знакопеременного тока, не превышающими нормы, установленные Министерством здравоохранения и социального развития.
3. Воздействие не инвазивное, практически безболезненное.
4. Возможно применение данного метода начиная с 2х месячного возраста, так как ранее кожный покров считается не сформированным для оказания на него электрофизиологического воздействия.
5. Судорожная готовность не является противопоказанием. У пациентов с высоким уровнем судорожной готовности в результате проведения курса лечения не отмечалось учащения судорожных пароксизмов.
6. Также отмечается хорошая сочетаемость с лекарственной терапией, ЛФК и такими методами физиотерапии, как массаж, грязевые аппликации, хвойные ванны. Одновременное проведение электрорефлексотерапии и электромагнитных физиопроцедур не рекомендуется.

Противопоказанием для проведения электрорефлексотерапии являются:

1. Острые инфекционные заболевания.
2. Злокачественные новообразования любой

локализации.

3. Хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации.

Для каждой нозологической единицы был выделен и клинически апробирован специфический набор рефлексогенных зон.

Независимо от нозологической единицы, при проведении электрорефлексотерапии возможны следующие общие клинические эффекты;

1. Стабилизация ликвородинамики в большинстве случаев позволяет достигать стойкой ремиссии при лечении гипертензионно-гидроцефального синдрома.

2. Умеренное седативное воздействие на ЦНС приводит к снижению уровня невротизации и агрессивных проявлений.

3. Рефлекторная стимуляция антиноцицептивной системы приводит к повышению порога болевой чувствительности, вследствие чего интенсивность и частота головных болей значительно сокращаются.

Учитывая широкий круг неврологической патологии, целесообразно рассматривать направленность лечения и достигаемый эффект на конкретных примерах.

При спастических формах ДЦП

Основные особенности лечения заключаются в дополнительном проведении рефлекторной атриггеризации мышц.

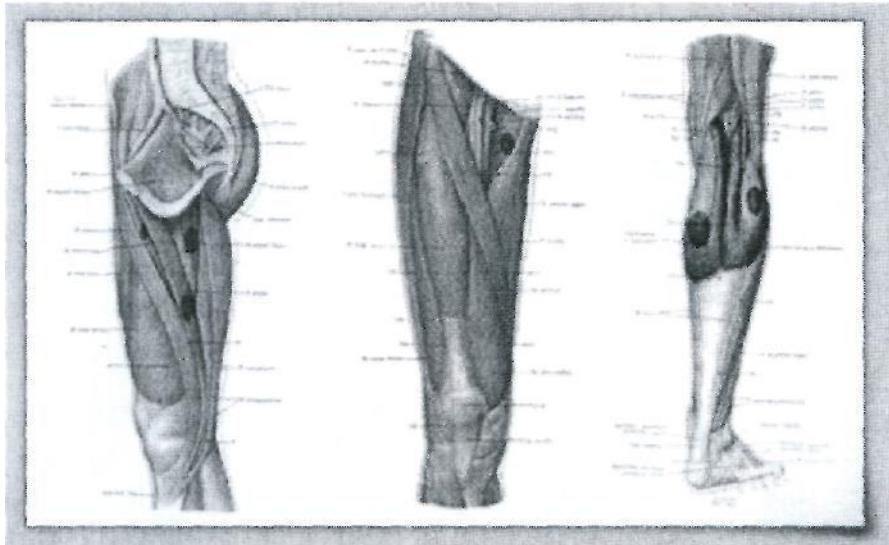
А именно: выявляются триггерные зоны в тех группах мышц, которые придают конечности патологическую установку. Затем эти зоны обрабатываются определенными электрическими импульсами, которые подбираются для каждой зоны в индивидуальном порядке, исходя из ее электрофизиологических показателей.

Пример проведения Атриггеризации.

Пациент З., 2003 года рождения. Поступил на лечение в детское неврологическое отделение №2 СТК «Реацентр» г. Самары в августе 2005 года. с диагнозом: ДЦП. Спастическая диплегия с выраженным нарушением двигательной функции. Грубая задержка психомоторного и речевого развития.



При пассивной вертикализации опора на передний край стопы с ярко выраженным перекрестом. Данную патологическую установку ног дают спастичные икроножные мышцы и приводящая группа мышц бедра.



При осмотре и обследовании были выявлены триггерные зоны в следующих мышцах:

m.gastrocnemius, m.pectineus, m. gracilis, m.adductor longus, magnus.

В процессе лечения проведена атриггеризация указанных мышц. Дополнительно проводилась стабилизация ликвородинамики и рефлекторная стимуляция функциональной активности моторных зон коры головного мозга, рефлекторная стабилизация мотонейронов соответствующих сегментов спинного мозга.

Было проведено 3 курса лечения.

В результате снизился мышечный тонус в указанных группах мышц, пациент стоит на полной стопе без перекреста, при ходьбе перекрест появляется только при значительном перевозбуждении и



выражен умеренно. Повысилась двигательная активность, появилось сознательное желание ходить по поверхности. Самостоятельно стоит на полной стопе у опоры до 5 минут. Вырабатываются новые двигательные навыки.

Особенности снижения мышечного тонуса при проведении атриггеризации:

1. Мышечный тонус снижается постепенно.
2. Эффект носит стойкий характер.
3. Увеличивается объем пассивных и активных движений в конечностях.
4. Появляется плавность движений.
5. Повышается желание двигаться.
6. Развивается крупная и мелкая моторика.
7. Улучшаются уже имеющиеся двигательные навыки и вырабатываются новые.
8. Наряду со стойким снижением мышечного тонуса длительное время сохраняются повышенные сухожильные рефлексы.

При задержках психоречевого развития

Основные особенности лечения заключаются в проведении рефлекторной стимуляции функциональной активности когнитивных и речевых зон коры головного мозга.

Первоначально при проведении обследования выявляются зоны коры головного мозга, функциональная активность которых недостаточна.

В дальнейшем проводится их дифференцированная стимуляция в зависимости от клинических проявлений и необходимой коррекции психоэмоционального и речевого состояния.

Дифференцированный подход к стимуляции рефлексогенных зон следующий:

- Рефлекторная стимуляция функциональной активности зоны Брокка проводится при нарушении дикции, сниженной речевой активности, бедном словарном запасе.
- Рефлекторная стимуляция функциональной активности зоны Вернике проводится при снижении внимания и затрудненном понимании обращенной речи.
- Рефлекторная стимуляция функциональной активности Ассоциативных речевых зон проводится при бедной описательной речи и затруднении в построении сложных предложений и рассказов.
- Рефлекторная стимуляция функциональной активности зоны интеллектуальных способностей проводится при низкой познавательной активности, сниженной концентрации внимания и плохом усвоении логического материала.

В данном случае мы перечислили только основные зоны коры головного мозга, подлежащие рефлекторной стимуляции.

Динамику улучшения психоречевого развития ребенка можно проанализировать на примере пациента Г., 2002 года рождения, На момент обращения полный возраст составлял 3 года и 2 месяца. Диагноз: Последствия перинатальной патологии ЦНС. ЗПРР.

Речевая активность низкая, редко произносит отдельные слоги, обращенную речь понимает. Ребенок возбудим, расторможен, частые истерические проявления. Игры носят примитивный разрушительный характер: разбрасывает игрушки, рвет книги.

Проведено 2 курса лечения.

После 1 курса лечения уровень невротизации снизился. Истерики крайне редкие. Повысилась речевая активность. Появилось много новых слогов, отдельные короткие слова. Повысилась познавательная активность. Стал слушать книги до 10 минут. Проявляет интерес к рисованию и играм, развивающим моторику.

После 2 курса лечения активно расширяется словарный запас, появились элементы фразовой речи: «дай сок», «мама, пока!». Активно использует речь в обиходе. Появились новые социальные навыки. Самостоятельно ест, пьет, появились попытки одеваться.

Через 2 месяца на контрольном обследовании родители отмечают продолжение набора словарного запаса, активное использование фразовой речи. Усложнение игр, в них появился

ролевой компонент, имитация быта. Капризы сохраняются , но истерик нет. Начали заниматься с дефектологом.

Таким образом, особенности повышения речевой активности при проведении электрорефлексотерапии следующие:

1. Речевая активность повышается постепенно .
2. Развитие речи происходит поэтапно, в соответствии с физиологической динамикой развития речи: гудение, лепетная речь, слоги, слова, фразовая речь.
3. Улучшается понимание и внимание к обращенной речи
4. Увеличивается словарный запас и улучшается дикция
5. Повышается продуктивность занятий с логопедом и дефектологом ,
6. Вырабатываются новые навыки самообслуживания и социализации.

7. После окончания курса лечения отмечается выраженный эффект последействия в виде расширения словарного запаса и усложнения речи.

При МЦД и проблемах обучения

Основные особенности лечения заключаются в проведении рефлекторной стимуляции зон коры головного мозга, ответственных за высшие психические функции.

При проведении обследования также выявляются зоны коры головного мозга ,функциональная активность которых недостаточна.

В дальнейшем проводится их дифференцированная стимуляция, в зависимости от клинических проявлений и необходимой коррекции состояния высших психических функций: письма, чтения, счета и т.д.

Дифференцированный подход к стимуляции рефлексогенных зон следующий:

- Рефлекторная стимуляция функциональной активности зоны счета коры головного мозга используется при затруднении запоминания чисел, сложностях с математическими действиями.
- Рефлекторная стимуляция функциональной активности зоны письма коры головного мозга используется при явлениях дисграфии.
- Рефлекторная стимуляция функциональной активности зоны чтения коры головного мозга используется при явлениях дислексии.
- Рефлекторная стимуляция функциональной активности

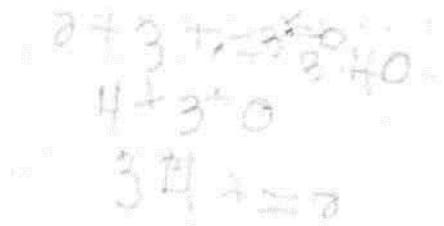
Ассоциативных речевых зон используется при затруднении в построении пересказов, написании сочинений.

- Рефлекторная стимуляция функциональной активности зоны интеллектуальных способностей используется при низкой познавательной активности, сниженной концентрации внимания, плохом усвоении логического материала.
- Рефлекторная стимуляция функциональной активности зоны социальности и зоны ЭГО используются при наличии элементов асоциального поведения.

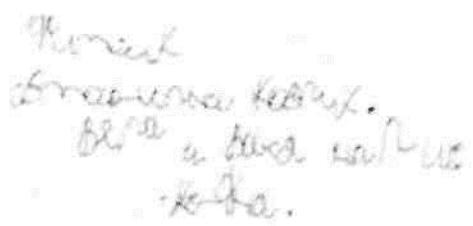
В данном случае мы перечислили только основные проекционные зоны коры головного мозга, подлежащие рефлекторной стимуляции.

Результаты лечения отражены на примере пациента Б. 7 лет. Поступил на лечение в ДНО №2 г. Самары в январе 2005 года с диагнозом: Последствия перинатальной патологии ЦНС. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Цефалгия. МЦД, дисграфия, дислексия, акалькулия.

До лечения у пациента периодически возникали выраженные головные боли, сопровождающиеся возбуждением и элементами асоциального поведения: бегал по классу, выкрикивал с места, дрался с одноклассниками, обращался к учителю на "ты".



До лечения



До лечения

После окончания 2 четверти встал вопрос о том, что ребенок не усваивает школьный материал: он не понимал смысла цифр и букв, при чтении не мог объединять буквы в слоги. При попытке написания буквы неровные, сложноузнаваемые, в строчки не попадает, фактически пациент бессмысленно перерисовывал материал с доски.

Было проведено 3 курса лечения в течение полугода.

В результате прекратились головные боли, возбуждение проявляется редко, только в случае выраженного переутомления.

$$20 - 1 = 19$$
$$18 - 1 = 17$$

Задание здравствуйте
запись национального языка в
в начальной школе
одна из задач

Школьный материал усваивает: выучил счет в пределах 100, стал правильно выполнять арифметические действия на сложение и вычитание. При письме соединяет буквы в слова, старается попадать в строку, количество ошибок допустимое.

Читает по слогам достаточно быстро, понимает прочитанное. Домашнее задание выполняет самостоятельно.

В сентябре 2005 году повторно начал обучение в 1 классе средней школы. На данный момент к усвоению школьного материала у преподавателя претензий нет.

По-прежнему сохраняются элементы асоциального поведения, хотя выраженность их значительно снизилась.

Таким образом, к особенностям положительной динамики у пациентов с МЦД и проблемами обучения можно отнести следующее:

1. Постепенное повышение интереса к занятиям.
2. Повышение скорости и качества выполнения задания.
3. Улучшение почерка, счета, чтения.
4. Выраженное снижение частоты и уменьшение интенсивности головных болей.
5. Для выраженного улучшения в сфере высших психических функций целесообразно проводить дополнительные занятия для восполнения пробелов в учебном материале.
6. По сравнению с усвоением школьного материала социализация развивается медленнее и положительная динамика выражена в меньшей степени.

Учитывая широкий круг возможных неврологических проявлений, мы сочли целесообразным лишь перечислить ряд заболеваний, для которых разработаны эффективные схемы лечения:

- Различные формы ДЦП, включая атонически-астатическую форму.
- Гипертензионно-гидроцефальный синдром со всем разнообразием его клинических проявлений.
- Задержки психического и речевого развития.
- Минимальная церебральная дисфункция с проблемами

обучения.

- Нейросенсорная тгоухость.
- Нейроциркуляторная дистония.
- Астено-невротический синдром.
- Энурез

Предполагаемую эффективность лечения в каждом конкретном случае уточняют при проведении предварительной консультации.

Перечень заболеваний, поддающихся эффективному лечению

- Последствия перинатальной патологии ЦНС.
- Гипертензионно-гидроцефальный синдром.
- Задержка психомоторного развития.
- Синдром мышечной дистонии.
- Перинатальная энцефалопатия (ПЭП).
- Аффективно-респираторный синдром.
- ДЦП. Двойная гемипаретическая форма .
- ДЦП .Двойная диплегия. Гиперкинетическая форма.
- ДЦП .Атонически-астатическая форма.
- ДЦП .Гемипарез.
- Натальная травма шейного отдела позвоночника
- Задержка психического развития.
- Задержка речевого развития.
- Аутистические проявления.
- Синдром гипервозбудимости.
- Истерические проявления.
- Нейросенсорная тгоухость.
- Задержка развития на фоне ФКУ и синдрома Дауна
- Минимальная церебральная дисфункция:
 - о Синдром дефицита внимания.
 - о Снижение памяти.
 - о Проблемы обучения.
 - о Головные боли.
 - о Носовые кровотечения.
- Астено-невротический синдром.
- Вегето-сосудистая дистония.

- Энурез.

Информация для пациентов и родителей

Практически всеми процессами в организме управляет головной мозг. При нарушении его работы возникают различные неврологические заболевания. Причины возникшего «сбоя» могут быть различны:

- гипоксия коры (нехватка кислорода головному мозгу, например, в родах)
- гидроцефалия (давление лишней внутричерепной жидкости на различные отделы головного мозга)
- крацио-спинальная травма (повреждение шейного отдела позвоночника при кесаревом сечении)
- дистония сосудов головного мозга (сужение сосудов, питающих головной мозг)

И это далеко не полный перечень. Прежде чем лечить пациента, его необходимо обследовать; для уточнения причин заболевания и составления индивидуального плана лечения.

1. В СТК «Реацентр» всем пациентам перед лечением в обязательном порядке проводится обследование.

2. Уникальный лечебно-диагностический компьютерный программно-аппаратный комплекс «Элкор» позволяет выявить во время обследования причины заболевания.

3. Обследование абсолютно безопасно и безболезненно, заключается оно в измерении электрофизиологических параметров с кожи верхних и нижних конечностей для уточнения состояния различных функций головного мозга.

4. Обследование проводится в течение 3-х дней, между обследованиями допустимы перерывы до 1 недели.

5. После проведения обследования и компьютерного анализа полученных данных консультирующий врач подробно объясняет родителям, какие функции головного мозга нарушены, в чем причина данного заболевания, и составляет индивидуальную схему лечения, учитывающую все особенности состояния ребенка.

Лечение методом «Элкор -БАТ»

Специалистами Самарского терапевтического комплекса «Реацентр» разработан уникальный метод лечения детской неврологической патологии - «Элкор-БАТ».

Лечение проводится по схеме, составленной после проведения обследования на программно-аппаратном комплексе «Элкор».

Благодаря предварительному обследованию и индивидуальному подходу к каждому пациенту, оказывается одновременное воздействие и на причину заболевания, например гидроцефалию, и на ее проявления (задержку развития, возбудимость и т.д.).

В ходе лечения методом «Элкор-БАТ» используются сверхмалые электрические сигналы, которые подаются на различные биологически активные точки для восстановления собственной нормальной работы головного и спинного мозга пациента.

- Полный курс лечения составляет 3 недели - 15 лечебных процедур.

- Лечение проводится ежедневно, длительность рефлексотерапевтической процедуры колеблется от 40 минут до 60 минут.

- Перерывы более 3-х дней во время лечения недопустимы.
- Лечебное воздействие проводится под постоянным компьютерным контролем.

- Используемые при лечении сверхмалые электрические сигналы равны по силе токам, протекающим в центральной нервной системе, а значит абсолютно безопасны.

- Лечение не противопоказано при повышенной судорожной готовности.

В случае необходимости, дополнительно к основному лечению проводится линейный массаж и работа с детским психологом.



При повышенном внутричерепном давлении дополнительно к лечению основного заболевания проводится рефлекторное снижение продукции ликвора и улучшение его адсорбции.

В результате лечения:

- устраняются истерические проявления,
- снижается возбудимость и агрессия,
- улучшается память и внимание,
- устраняются головные боли,
- улучшается сон .

У школьников лечение позволяет значительно улучшить успеваемость.

При повышенном мышечном тонусе дополнительно к лечению основного заболевания проводится рефлекторная стимуляция моторных зон коры головного мозга и сегментарное расслабление мышц.

В результате лечения:

- повышается двигательная активность,
- появляются сознательные движения,
- активизируется желание приобретать новые двигательные навыки (сидеть, ходить),
- снижается мышечный тонус.

Снизившийся во время лечения тонус не возвращается.

При задержках речевого развития дополнительно к лечению основного заболевания проводится рефлекторная стимуляция речевых зон коры головного мозга.

В результате лечения:

- В речи появляются сложные предложения,
- Улучшается понимание обращенной речи,
- Расширяется словарный запас,
- Улучшается дикция.

Рекомендовано для улучшения речи у детей, в том числе с судорожными состояниями.

Адрес: Самара, Заводское шоссе, 31 т. (846)2050343, 9227596.

Одним из лучших центров по медицинской коррекции ДЦП, включающих почти весь спектр методов лечения этого заболевания, является Детская психоневрологическая больница № 18, в которой несколько лет назад и мы с сыном проходили реабилитацию.

В больницу принимаются дети от 0 до 18 лет, из России (для них лечение бесплатно), СНГ, дальнего зарубежья (на платной основе).

Работают в отделениях только высококвалифицированные врачи.

Ребенок в клинике проходит предварительное обследование, затем назначается лечение.

Больница предлагает:

- лечение поражений центральной нервной системы врожденного и перинатального происхождения (ДЦП);
- лечение остаточных явлений перенесенных нейроинфекций;
- лечение нарушений тонуса и движений после травм головного мозга, хирургическое устранение деформаций и контрактур;
- костно-мышечную пластику
- двигательную и психическую реабилитацию;
- логопедическую помощь;
- социальную адаптацию;
- психолого-педагогическую коррекцию;
- лечение последствий травматических поражений позвоночника и спинного мозга;
- лечение последствий нарушений спинального кровообращения, спинномозговых грыж с нарушением функции тазовых органов;
- лечение врожденных аномалий позвоночника и спинного мозга;
- исправление деформаций позвоночника;
- лечение доброкачественных опухолей позвоночника и спинного мозга;
- реконструктивные операции на позвоночнике;

- декомпрессионные операции с использованием микрохирургической техники и высокотехнологических способов;
- двигательную реабилитацию;
- профессиональную ориентацию, социальную адаптацию пациентов;

Диагностика:

- функциональные исследования
- нейрофизиологические исследования
- ультразвуковая диагностика
- рентгенологические исследования, в том числе рентгенофункциональные методики и контрастная артография
- лабораторная диагностика
- плантография, стабиллография, биомеханические исследования.

Научные исследования и разработки:

- консервативное и хирургическое лечение больных с детским церебральным параличом в возрасте от 5 дней до 18 лет;
- консервативное и хирургическое лечение детей с травматической болезнью спинного мозга и застарелыми повреждениями позвоночника;
- разработка методов и лечение больных в резидуальной стадии черепно-мозговой травмы;
- лечение детей со спинно-мозговыми грыжами и нарушениями функций тазовых органов, доброкачественными опухолями позвоночника;
- биохимическое изучение и диагностика нарушения движений у больных церебральным параличом с использованием методов динамической проприоцептивной коррекции и компьютерным биоуправлением походки;
- консервативное лечение детей с церебральным параличом и спинно-мозговой травмой;
- логопедическая и психолого-педагогическая коррекция детей с церебральным параличом и реабилитация детей со спинальной травмой;

- хирургическое лечение больных с деформациями грудной клетки врожденного генеза.

Функционируют отделения:

- Приемное отделение

заведующая отделением Митенко Татьяна Ивановна

- 1 ортопедо-хирургическое отделение школьного возраста
заведующий отделением Ягупов Андрей Александрович
Перечень заболеваний: устранение деформаций и
контрактур конечностей, перемещение сухожилий,
корректирующие остеотомии конечностей у больных ДЦП

- 2 ортопедо-хирургическое отделение дошкольного
возраста

заведующий отделением д.м.н. Босых Владимир
Георгиевич

Перечень заболеваний - нестабильность тазобедренного
сустава, коррекция сгибательных деформаций коленных
суставов, эквинусной деформации стоп, пронаторной
деформации предплечий у больных с ДЦП, применение
подкожных тенотомий, перитендиальные спиртоновокайневые
блокады и контрастная артропневмография.

- 3 отделение патологии новорожденных

заведующий отделением Синицин Георгий Павлович

Перечень заболеваний - специализированное отделение
новорожденных от 5 дней жизни с различными поражениями
нервной системы.

- 4 психоневрологическое отделение

заведующая отделением Шор Татьяна Афанасьевна

Перечень заболеваний - для реабилитационного лечения
детей до 3-х лет с поражением центральной нервной системы
при ДЦП и другой психоневрологической патологии,
диагностика неврологической и ортопедической патологии,
формирование выпрямительных реакций, устранение
неврологического и речевого дефицита.

- 5 психоневрологическое отделение для детей раннего возраста

заведующая отделением Тирская Алла Федоровна

Перечень заболеваний - для реабилитационного лечения детей до 3-х лет с поражением центральной нервной системы при ДЦП и другой психоневрологической патологии.

- 6 психоневрологическое отделение для детей раннего возраста с поражением нервной системы при ДЦП

заведующая отделением Иванова Татьяна Петровна

Перечень заболеваний - для реабилитационного лечения детей до 3-х лет с поражением центральной нервной системы при ДЦП и другой психоневрологической патологии.

- 7 психоневрологическое отделение для детей дошкольного возраста

заведующая отделением к.м.н. Сологубова Ирина Евгеньевна

Перечень заболеваний - для реабилитационного лечения детей до 7-ми лет с поражением центральной нервной системы при ДЦП и другой психоневрологической патологии.

- 8 психоневрологическое отделение для детей школьного возраста

заведующая отделением Лузинович Валентина Максимовна

Перечень заболеваний - для реабилитационного лечения детей с ДЦП, последствиями черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, миелодисплазией и другой психоневрологической патологии.

- 9 психоневрологическое отделение для детей раннего возраста

заведующая отделением Фомина Людмила Алексеевна

Перечень заболеваний - для реабилитационного лечения детей до 3-х лет с поражением центральной нервной системы при ДЦП и другой психоневрологической патологии.

- 10 нейрохирургическое отделение

заведующий отделением д.м.н. Виноградов Алексей
Валерьевич

Перечень заболеваний - нейро-ортопедическая
реабилитация больных с травматической болезнью спинного
мозга, спинномозговой грыжей (оперированной и
неоперированной), для лечения больных при последствиях
нарушения спинального кровообращения, доброкачественных
опухолях позвоночника, спинного мозга и периферических
нервов, врожденных аномалиях развития позвоночника и
спинного мозга, сколиотических деформациях позвоночника,
остеохондрозах с болевым радикулопатическим синдромом,
акушерских параличах, травматических поражениях
периферических нервов и посттравматических невритах

- Отделение физиотерапии

заведующий отделением Денисов Вячеслав Леонидович

Перечень заболеваний - комплексное

физиотерапевтическое лечение с использованием сочетанного
применения низкочастотного ПeМП и СМТ-терапии, широкого
спектра методов электролечения, светолечения, применение
рефлексотерапевтического лечения, применение
трансорбитального электрофореза галоперидола и
транскраниальной микрополяризации у больных с
гиперкинетической формой ДЦП. Использование
гидрокинезотерапии, гидромассажа, грязелечения.

- Отделение функциональной диагностики

заведующая отделением к.м.н. Синельникова Анна

Николаевна

Методы диагностики - использование
электрофизиологических методов: реовазографии,
электромиографии, электрокардиографии,
электроэнцефалографии в состоянии сна и бодрствования,
резонансфалографии и эхо-энцефалоскопии,
нейросонографии, стабилографии, комплексное исследование
походки.

- Психолого-педагогическое отделение

заведующая отделением Садовникова Анна Владимировна

Методы работы - дифференцированный логопедический, перекрестный, точечный, зондовый массаж артикуляционной мускулатуры, искусственную локальную гипо- и гипертермии, пассивную и активную артикуляционную и дыхательную гимнастики, массаж кистей рук, сенсорный тренинг, арт-театро- и музыкотерапию.

- Аnestезиолого-реанимационное отделение

заведующий отделением к.м.н. Контакевич Михаил
Михайлович

В отделении используются многокомпонентные комбинированные эндотрахеальные виды анестезий (нейролептаналгезия, атрапалгезия, тотальная внутривенная анестезия на основе пропофола, комбинированные масочные анестезии с сохранным спонтанным дыханием и с использованием воздуховода типа ларингеальная маска. Широко использование метода гиперволемической гемодилииции на основе плазмозамещающего раствора гидрооксиэтилкрахмала -инфукол ГЭК.

- Отделение лечебной физкультуры и массажа
заведующая отделением д.м.н. Кожевникова Валентина
Титовна

Используются методы динамической проприоцептивной коррекции, компьютерной коррекции ходьбы с использованием восьмиканального корректора ходьбы КДМ-01, комплексной сенсорной стимуляции с использованием «сенсорной комнаты», прибора - «музыкальный луч» и мягкой игровой комнаты.

- Отделение клинической биомеханики
заведующий отделением д.м.н. Яворский Александр
Борисович

В отделении осуществляется оценка позных и двигательных нарушений, функционального состояния ЦНС, функционального состояния нервно-мышечной системы у больных с сегментарной патологией спинного мозга для оценки глубины и протяженности поражения, дифдиагностика

смешанных (надсегментарных и сегментарных) поражений ЦНС

- Рентгенологическое отделение

заведующая отделением Зоря Нелли Антоновна

Обследование опорно-двигательного аппарата у детей с поражением ЦНС, включая рентгеноанатомическое, рентгенофункциональное контрастные исследования при ДЦП и последствиях спинальной травмы.

- Лабораторное отделение

заведующая отделением Кулагина Юлия Михайловна

Всестороннее клиническое, биохимическое, иммунологическое бактериологическое и коагулологическое исследование детей с заболеванием ЦНС и спинномозговыми травмами.

- Консультативная поликлиника

заведующая поликлиникой Петрова Оксана Александровна

Консультативная помощь детям с последствиями перинатальных энцефалопатий, церебральным параличом и спинальной травмой жителям города Москвы, Московской области, России, зарубежных стран и СНГ.

- Аптека

Заведующая аптекой Трофимова Евгения Викторовна

Обеспечивает стационар всеми необходимыми лекарственными средствами

Специалисты

Ведущие специалисты:

- Сологубов Евгений Григорьевич - главный врач Детской психоневрологической больницы № 18 Департамента здравоохранения города Москвы, заведующий кафедрой восстановительной терапии и экспертизы трудоспособности ФУВ Российского государственного университета, врач высшей категории по специальностям «Травматология-ортопедия» и «Социальная гигиена и организация здравоохранения», заслуженный врач РФ, доктор медицинских

наук, профессор, академик Российской Академии медико-технических наук,

- Ильин Александр Васильевич - заместитель главного врача по хирургии, профессор кафедры восстановительной терапии и экспертизы трудоспособности ФУВ Российского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, врач высшей категории по специальностям «Травматология-ортопедия», «Нейрохирургия», «Социальная гигиена и организация здравоохранения».

- Яворский Александр Борисович - заведующий отделением клинической биомеханики, профессор кафедры восстановительной терапии и экспертизы трудоспособности ФУВ Российского государственного медицинского Университета, доктор медицинских наук. Врач функциональной диагностики высшей категории, врач-невролог.

- Виноградов Алексей Валерьевич - заведующий 10 нейрохирургическим отделением, доктор медицинских наук, врач высшей категории по специальности «Травматология-ортопедия», доцент кафедры восстановительной терапии и экспертизы трудоспособности ФУВ Российского государственного медицинского Университета.

- Босых Владимир Георгиевич - заведующий ортопедическим отделением, доктор медицинских наук, врач высшей категории по специальности «Травматология-ортопедия». Доцент кафедры восстановительной терапии и экспертизы трудоспособности ФУВ Российского государственного медицинского Университета, академик Российской Академии медико-технических наук

- Немкова Светлана Александровна - заведующая организационным методическим кабинетом, врач – невролог, доктор медицинских наук.

- Кожевникова Валентина Титовна - заведующая отделением лечебной физкультуры, доктор медицинских наук. Врач высшей категории по специальности «Лечебная физкультура и спортивная медицина».

Адрес: 119602 г. Москва мичуринский проспект, д.74
Главный врач: Сологубов Евгений Григорьевич

Телефоны для справок:
справочная - (495) 430-80-40
приемное отделение - (495) 430-80-76
регистратура - (495) 430-02-29
главный врач - (495) 430-80-81
секретарь/факс-(495) 430-93-78
заместитель главного врача по медицинской части - (495)
430 02 55
главная медицинская сестра - (495) 430-80-61
Адрес электронной почты: dnb18@mosgorzdrav.ru
Режим работы:
стационар - круглосуточно
консультативная поликлиника-с 9.00 до 15.00 час.

Центр «Барнардос» был создан в 1993 г. По инициативе ведущих специалистов в области педиатрии, отдела по церковной благотворительности и социальному служению Московского Патриархата и английского благотворительного общества «Барнардос», которое долгие годы патронировала принцесса Диана.

Центр состоит из профессиональных врачей и педагогов и занимается разработкой и реализацией программ лечения и реабилитации детей, подростков и взрослых с ограниченными возможностями.

С 1999 г. в сотрудничестве с немецким католическим благотворительным обществом «Либенау», «Холдингом реабилитологов Гейдельберга» при центре была создана ортопедическая мастерская, работающая на основе немецких технологий.

Были разработаны новые модели современных ортопедических аппаратов, ортезов, стелек из лёгких высокопрочных материалов, с экономически обоснованной доступной стоимостью изделий. С 2003 г. отрабатывается комплекс новейших высокоэффективных нагрузочных методов реабилитации больных ДЦП и лечения сколиоза. Создана система амбулаторной реабилитации с сочетанием профессионального нагрузочного лечения в течение 15-20

дней, обучения родителей доступным методам реабилитации и ведением детей в домашних условиях, когда родители ежедневно занимаются со своим ребёнком, сохраняя и развивая полученные результаты.

Организованы семинары для родителей детей, больных ДЦП, с участием профессиональных реабилитологов и родителей больных детей, готовых поделиться своим успешным опытом.

Комплексный подход в лечении и реабилитации больных ДЦП, с парезами, сколиозами и нарушениями осанки, патологией стоп. Воздействие на причины и патогенетические механизмы болезни. Нагрузочная физическая реабилитация в сочетании с домашними занятиями.

Основные методы лечения: фармакологическая баротерапия, нагрузочная лечебная физкультура в ЛНК "Адели", "Гравистат", искусственная коррекция движений путём электро-нейро-миостимуляции мышц и двигательных центров мозга в ходьбе на беговой дорожке, ортопедическое лечение. А также: массаж, мануальная терапия и миофасциальный релизинг, микрорезонансная и лазерная рефлексотерапия, введение препаратов ботокса, логопедия, психологическая коррекция. Обучение родителей домашним методам реабилитации, использованию ортопедических аппаратов и реабилитационных тренажёров. Консультации по оснащению домашнего реабилитационного пространства.

Диагностический контроль: ЭЭГ, РЭГ, миография, ЭКГ, УЗИ, нейроофтальмологическое обследование, биохимическое обследование крови с выявлением аутоиммунной и инфекционной составляющей патологического процесса. Консультации невролога, ортопеда, психиатра, окулиста, психолога, логопеда и других специалистов.

"Золотой ключик для детей больных ДЦП – это использование баротерапии (нормокислической лечебной компрессии), насыщающей клетки кислородом и восстанавливая тканевое дыхание. Поднимают на ноги больных, перенесших инсульт, тяжёлые черепно-мозговые травмы, лечат гипертонию.

Неожиданно для врачей баротерапия оказалась тем "золотым ключиком", который открыл двери в царство успешной реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом. Щадящий режим баротерапии с подачей кислорода под небольшим давлением позволяет восстановить работу пострадавших клеток мозга, прервать цепочку патологических изменений в ЦНС, остановив так называемый "воспалительный синдром" аутоаллергической природы, нормализовав микроциркуляцию крови в сосудах мозга и эндокринных органах. После сеанса баротерапии, получив возможность "дышать", клетки мозга обретают удивительную работоспособность. Ускоряется интеллектуальное развитие, возрастают физические возможности ребёнка. Логопеды и педагоги, занимающиеся с больными детьми после сеансов баротерапии, отмечают значительное улучшение интеллектуальных и речевых возможностей, улучшение памяти и скорости ассоциативного мышления, существенное улучшение мелкой моторики рук.

При этом уменьшается спастичность пострадавших мышц, они становятся более пластичными, способны/ми расслабляться. После пребывания в барокамере у детей с ДЦП в значительной степени нормализуется патологический мышечный тонус, уменьшаются гиперкинезы, увеличивается объём движений во всех суставах. Последующие за сеансом баротерапии занятия лечебной физкультурой переносятся детьми гораздо легче и дают более ощутимое улучшение двигательных функций. Полученные результаты при этом сохраняются в течение 4-12 месяцев-, до следующего курса реабилитационной терапии.

Необходимые лекарства на фоне баротерапии лучше усваиваются и гораздо более эффективны даже в малых дозах и при меньшей длительности их приёма. Баротерапия оказалась мощным катализатором восстановления работоспособности нервных клеток и улучшения психомоторного развития у детей, больных ДЦП, не уступающим по эффективности стволовым клеткам.

Посещая данный центр в режиме детского сада с дневным или пятидневным пребыванием, дети получают полноценную физическую и педагогическую реабилитацию. Данный центр

обеспечивает существенную материальную поддержку семьи больного ребёнка, поскольку является полностью бесплатным для родителей больных детей.

С 2003 года, осуществляя программу улучшения ортопедической помощи и комплексной реабилитации инвалидов с двигательными нарушениями, была организована система внестационарных нагрузочных методов реабилитации для детей с нейро-ортопедическими нарушениями. Наряду с наблюдением квалифицированных специалистов и обеспечением детей современными ортопедическими изделиями, проводимыми на бесплатной основе, опираясь на фундаментальные работы отечественных учёных - К.А.Семёновой, Е.Г.Сологубова, Е.Т.Лильина, А.С.Витензона и Б.Г.Спивака, была организована комплексная реабилитация детей и подростков с применением нагрузочных методик в амбулаторных условиях - метода динамической функциональной проприоцептивной коррекции (ПДК) в лечебных нагрузочных костюмах «Адели» и метода искусственной коррекции движений (ИКД) посредством программируемой многоканальной электростимуляции мышц. Как известно, метод ДПК в лечебных наружочных костюмах «Адели» позволяет воздействовать на структуры мозга и вестибулярные анализаторы потоками скорректированной проприоцептивной импульсации с суставно-мышечного аппарата за счёт нормализации афферентного потока, создания нормализованных, но отягощенных актов движения в суставах опорно-двигательного аппарата с ослаблением или усилением тех или иных мышечных групп, создания близких к норме позовых характеристик. Скорректированная афферентная проприоцепция активирует вестибулярный аппарат, ретикулярную формуацию и различные структуры двигательного анализатора, стимулирует восходящие влияния общетонизирующего характера, воздействует на двигательную активность, речевую и психоэмоциональную сферу ребёнка. Занятия в ЛНК позволяют снизить спастичность мышц, уменьшить гиперкинезы, подавить патологические синкинезии, уменьшить сгибательные установки и контрактуры в суставах опорно-двигательного аппарата. В целом применение ЛНК значительно усиливает эффективность основного метода

лечения ДЦП - лечебной физкультуры (кинезотерапии), а также ортопедического лечения. Метод ИКД путём программируемой многоканальной электромиостимуляции в точном соответствии с естественным возбуждением и сокращением мышц в двигательном акте в процессе длительной тренировки повышает функциональное состояние мышц, одновременно корректируя неправильно выполняемые движения и постепенно вырабатывая приближающийся к нормальной ходьбе двигательный стереотип. В отличие от традиционной ЭСМ, многоканальная моделирует выработанную в процессе эволюции пространственную организацию мышечной активности. Это служит предпосылкой для формирования и закрепления физиологических паттернов движения на более высоких уровнях ЦНС - в стволовых и полушарных мозговых структурах управления двигательной деятельностью, а также обуславливает стойкость достигнутых перестроек.

Таким образом, оба метода воздействуют не только на периферический двигательный аппарат, но и на двигательные мозговые центры, оказывая при этом опосредованное воздействие на психомоторное и речевое развитие ребёнка, его поведение. При этом основой лечения являлся индивидуальный комплекс лечебной физкультуры (кинезотерапии).

В комплекс лечебных мероприятий в период терапии включались подготовительные методы, предшествовавшие нагрузочной лечебной физкультуре (кинезотерапии) : различные виды лечебного массажа, криоконтрастная терапия, микрорезонансная терапия по биологически активным точкам (БАТ) рефлексотерапии, лечебные ортопедические укладки.

Зал лечебной физкультуры для проведения комплексной нагрузочной терапии был оформлен разнообразными тренажёрами, приспособлениями и игрушками для проведения различных упражнений с ребёнком, обеспечения игровой гимнастики:беговой дорожкой с фиксацией в вертикальном положении для детей не передвигавшихся самостоятельно двухъярусными брусьями, батутом, степпером, горками и лесенками, надувными мячами различной формы, шведской стенкой, массажными мячиками и валиками, утяжелителями и

разнообразными игрушками различной величины и назначения.

Реабилитация осуществлялась при непосредственном участии родителей больных детей, обеспечивавших между курсами нагрузочной терапии доступный им в домашних условиях реабилитационный комплекс в соответствии с рекомендациями и обучением специалистов.

В ходе занятий и, особенно, в домашних условиях между курсами нагрузочной терапии, широко использовались необходимые ортопедические аппараты, ортезы, тутора и бандажи, ортопедическая обувь и стельки, прочие приспособления для ортопедических укладок с целью соблюдения непрерывного ортопедического режима.

Комплекс занятий ЛФК составлялся индивидуально для каждого ребёнка в соответствии с рекомендациями невролога, ортопеда и врача ЛФК с учётом оценки двигательного статуса больного, выделением ведущего патологического звена и конкретной этапной задачи для данного цикла занятий. Учитывались рекомендации специалистов 18-й ДПНБ, ФЦЭРИ, Всероссийского центра «Детство», где дети обследовались перед и между курсами амбулаторной реабилитации. Лечебная физкультура обеспечивала развитие необходимых активно-пассивных движений, направленных на увеличение объёма движений в суставах, укрепление мышечной силы, погашение патологических рефлексов и синкинезий, развитие возрастных двигательных навыков. Обычно после 2-3 занятий нагрузочной физкультурой родители больных детей получали рекомендации психолога по их поведению с ребёнком во время занятий дома, что значительно повышало эффективность реабилитационного процесса. Лекарственная терапия применялась ограниченно, строго по показаниям. Занятия с логопедом-дефектологом могли проводиться в ходе курса нагрузочной реабилитации, но чаще родители обеспечивали их проведение между курсами, в домашних условиях или на базе амбулаторного отделения Всероссийского реабилитационного центра "Детство".

Следует сразу отметить, что, занимаясь без отрыва от семьи и обычной домашней жизни, не испытывая отрицательного воздействия психологической и социальной

депривации, неизбежной в условиях стационарного лечения, дети, даже с проблемным интеллектом и поведением, быстро адаптировались к условиям нагрузочных занятий и уже на первых занятиях включались в выполнение физических упражнений. Занятия всегда проводились с необходимыми словесными инструкциями методиста ЛФК и родителей, по возможности с игровым компонентом.

Родители принимали активное участие в ходе занятий, помогая методистам в выполнении некоторых сложных упражнений. А также помогали ребёнку преодолевать нагрузки и неизбежные болевые ощущения, используя словесную поддержку и поощрение. В конце каждого занятия дети получали желаемые и обещанные заранее маленькие подарки в виде сладостей или маленьких игрушек. В конце занятий всегда отводилось время для свободных игр с использованием любых нравящихся РЕБЕНКУ ТРенажёров, среди которых любимыми были различные лесенки, напольная машина, передвигавшаяся путём отталкивания ребёнком ногами от пола, и беговая дорожка с игрой «догони кота Леопольда». Это оставляло у ребёнка, вопреки тяжести проводимых занятий, положительное эмоциональное ощущение и настроение прийти на следующее занятие. Хотя при этом основным психологически-положительным фактором для всех детей была возможность ежедневного возвращения домой, поскольку именно этого дети лишены во время стационарного лечения.

Активное участие родителей в занятиях физкультурой позволяло обучать их доступным и необходимым для домашних занятий упражнениям, которые следовало выполнять в периоды между нагрузочными курсами терапии.

За время нагрузочных занятий (обычно 20-25 дней) детям подбирались ортопедические изделия, необходимые для обеспечения непрерывного реабилитационного процесса. Они нередко применялись во время нагрузочного цикла реабилитации и всегда рекомендовались для ежедневного домашнего употребления, что значительно улучшало результаты домашней работы с ребёнком. Определялась также необходимость оформления домашнего реабилитационного уголка с оптимальным набором

тренажёров и реабилитационных приспособлений. С целью помочи родителям детей-инвалидов было организовано постоянное льготное с максимальной скидкой приобретение, тренажёров и приспособлений в фирме "ДРИАДА-СПОРТ" (тел. в Москве - 689-61-75, 8-926-530-34-26).

В течение года больные обычно получали 2 курса комплексной нагрузочной терапии. Реже, при тяжёлой степени нарушений, - 3 и даже 4 курса. Это зависело от динамики двигательного статуса больных в периодах между нагрузочными занятиями. В результате комплексной нагрузочной терапии в конце курса отмечалось увеличение силы мышц и активно-пассивного объёма движений в суставах конечностей на 8-12%. В этапах физического развития за год реабилитации прирост баллов по разным позициям составлял от 2 до 4 баллов и более интенсивным был при сочетании обоих методов нагрузочной терапии.

Биомеханическое исследование походки больных со спастической диплегией до и после курса комплексной нагрузочной терапии показывало постепенное уменьшение времени цикла шага (в среднем на 9-10% за каждый курс лечения), уменьшение периода опоры и увеличение периода переноса, т.е. улучшение рисунка и темпа ходьбы.

Постепенно корректировались деформации позвоночника - кифотическая, сколиотическая, шейный и поясничный гиперлордоз. На рентгенограммах тазобедренных суставов отмечалось формирование нормальных возрастных рентгенологических показателей, при наличии явлений дисплазии - постепенная коррекция патологических проявлений от курса к курсу нагрузочной терапии. Данные ЭНМГ свидетельствовали о снижении патологической электрической активности мышц нижних конечностей.

Полученные после курса нагрузочной терапии результаты, при активных занятиях родителей с ребёнком дома и соблюдении ортопедического режима, сохранялись в течение от 3 до 6 месяцев. Это позволяло с каждым курсом амбулаторной нагрузочной терапии непрерывно улучшать двигательное развитие ребёнка. При этом параллельно отмечался стойкий прогресс психического и речевого развития детей, улучшение их поведения и эмоционально-волевого

статуса. Ни у одного пациента за период лечения и наблюдения не возникало показаний к проведению оперативного лечения по поводу органических контрактур суставов конечностей.

При применении нагрузочных методов реабилитации положительные результаты были более очевидными, чем при обычном лечении ДЦП без использования вышеназванных методов. Это отмечали не только специалисты, но и сами родители больных детей. Поскольку нагрузочная реабилитация осуществлялась на платной основе, частота её проведения во многом зависела от качества проводимой родителями доступной им в домашних условиях комплексной реабилитации, родители относились к проведению домашних занятий с большой ответственностью. Домашняя работа с детьми проводилась гораздо активнее и регулярнее, чем в тех случаях, когда такие же рекомендации они получали после бесплатного стационарного лечения в государственных учреждениях.

Таким образом, эффективность комплексной нейро-ортопедической реабилитации с применением нагрузочных методик достаточно высока. Обеспечение её в амбулаторном режиме предпочтительнее стационарного лечения, поскольку при значительно больших экономических затратах на стационарное лечение, невозможно избежать факторов психологической и социальной депривации больного ребёнка, его длительного стрессового состояния, частых интеркуррентных инфекций, нивелирующих положительный эффект восстановительного лечения. Активное вовлечение родителей в процесс реабилитации больного ребёнка, подкрепляемое экономическим фактором, значительно повышает ответственность родителей и эффективность реабилитационного процесса.

Адрес: 129110 Москва, Щепкина ул. 61/2 (ст. м. проспект Мира) Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского (Моники)
89265303426

В 1990 году во Львове был создан реабилитационный центр «Элита», оснащенный современной лечебно-диагностической аппаратурой и оригинальной методикой лечения. Руководит центром доктор медицинских наук, профессор В.И. Козявкин. Он возглавляет институт проблем медицинской реабилитации, является президентом украинской ассоциации детских неврологов. За создание и внедрение в практику новой системы лечения был отмечен высокими правительственные наградами – орденом «За заслуги» III ст. и званием «Заслуженный деятель науки и техники Украины». Его вклад в медицинскую реабилитацию признан не только на Украине, но и за рубежом.

Основой новой технологии лечения стала биокоррекция позвоночника и крупных суставов, которая с присоединением классических методов восстановительной терапии постепенно переросла в стройную Систему Интенсивной Нейрофизиологической Реабилитации – СИНР.

Эта система применяется не только для лечения церебральных параличей, но и для больных с патологией позвоночника, с последствиями травм, инфекций, инсультов. Высокая эффективность новой технологии реабилитации способствовала официальному признанию СИНР в Украине, а затем и в других странах мира. Выполняя Государственную программу "Дети Украины", Кабинет Министров принял решение №662 от 20 августа 1993 г. о широком внедрении СИНР в практическое здравоохранение.

В своей научно-практической работе коллектив центра тесно сотрудничает с кафедрами Львовского медицинского Университета им. Д. Галицкого, Украинским НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии в Харькове, Киевской медицинской академией послдипломного образования, немецкой академией реабилитации и развития, Мюнхенским детским центром. Совместно с украинскими и зарубежными коллегами проводилось более глубокое изучение проблемы восстановительного лечения больных с органической патологией мозга и заболеваниями позвоночника.

Постепенно увеличивалось количество пациентов, вырос коллектив, а в Трускавце был построен современный реабилитационный центр. На его базе в 1996 г. создан Институт проблем медицинской реабилитации.

Во Львовском и Трускавецком реабилитационных центрах работает 112 сотрудников. Среди медицинского персонала врачи-неврологи, ортопеды, специалисты по мануальной-, рефлексо- и физиотерапии, а также массажисты, инструкторы ЛФК, педиатры.

В начале 80-х годов, впервые в практике реабилитации ДЦП, применив биомеханическую коррекцию позвоночника, в центре получили отчетливый положительный клинический эффект. Подход к реабилитации ДЦП со стороны мануально-терапевтического влияния на позвоночник целесообразен и оправдан с анатомической точки зрения. Природой устроено так, что на позвоночнике или вблизи него находятся все основные "транспортные магистрали" организма - аорта; вены; лимфатические протоки; симпатический нервный ствол. Поэтому восстановление подвижности позвоночника оказывает положительное влияние на сегментарный аппарат спинного мозга и иннервируемые им структуры, через проводящие пути нервной системы влияет на вышележащие отделы головного мозга, а также улучшает кровообращение, лимфоотток, вегетативные и трофические функции.

Проведенные научные исследования показали, что применение этой системы реабилитации с учетом больших пластических компенсаторных возможностей мозга, способствует нормализации тонуса мышц, улучшению вертикализации тела и двигательных возможностей, восстановлению командных влияний нервной системы на внутренние органы, а также стимуляции психо-речевого развития ребенка. Она также показана больным вертеброневрологическим, с двигательными нарушениями вследствие травм, инсультов, а также с заболеваниями периферической нервной системы.

Показания и противопоказания для лечения по СИНР.

- Задержки темпа моторного развития детей раннего возраста (перинатально обусловленные).

- Детский церебральный паралич, все формы.
- Черепно-мозговые травмы, двигательные нарушения в периоде остаточных явлений.
 - Нарушения мозгового кровообращения (геморрагический и ишемический инсульты), - двигательные нарушения в периоде остаточных явлений.
 - Последствия нейроинфекции (менингиты, энцефалиты, миелиты) с остаточными явлениями в виде двигательных нарушений.
 - Головные боли, мигрени.
 - Вертеброгенная патология с выраженными мышечно-тоническими синдромами, болевыми, двигательными, чувствительными и сосудистыми нарушениями.
 - Вторичные вертеброгенные висцеропатии (кардиалгии, бронхиальная астма, хронический бронхит, дискинезии желудочно-кишечного тракта и др.).
 - Заболевания периферических суставов невоспалительного характера (артропатии, артрозы) вне периода обострения.
 - Сколиотическая осанка у детей, сколиозы I-II ст.
 - Заболевания периферической нервной системы (плекситы, полиневропатии, невропатии различной этиологии).

Противопоказания для лечения по СИНР

- Злокачественные новообразования.
- Острый и подострый периоды после перенесенных травм, нейроинфекции, инсультов (первые 6-8 месяцев).
- Врожденные аномалии головного, спинного мозга и позвоночника.
- Состояния после оперативных вмешательств на позвоночнике.
- Тяжелые формы нестабильности (спондилolistеза) позвоночника.
- Выраженный остеопороз костей.
- Прогрессирующая гидроцефалия в фазе декомпенсации.
- Тяжелые формы эпилепсии с частыми припадками.
- Заболевания внутренних органов в остром периоде и в состоянии декомпенсации

- Выраженные сколиотические деформации (выше II ст.).

В сомнительных случаях вопрос о целесообразности проведения лечения решается индивидуально.

Диагностический процесс и формирование программы реабилитации.

Диагностический процесс по сути начинается еще до поступления пациента в РЦ. Комиссия врачей центра проводит отбор больных на курс лечения путем всестороннего и тщательного анализа выписок из историй болезни пациентов.

При поступлении на курс интенсивной реабилитации в первый день пациенты проходят комплекс начальной, первичной, старт-диагностики. Он включает углубленные клинико-неврологическое, нейроортопедическое и соматическое обследования, видеоконтроль моторных функций, исследование биомеханики движений, функции кисти и сложные параклинические методики электроэнцефалографию, электрокардиографию, миографию. Данные всех обследований вносятся в компьютерную базу данных с помощью разработанного в центре программного комплекса.

После проведения старт-диагностики пациенту устанавливается реабилитационный диагноз и составляется индивидуальная программа реабилитации. Она включает биомеханическую коррекцию позвоночника и суставов конечностей, специальную систему массажа, рефлексотерапию, воско-парафиновые аппликации, мобилизирующую гимнастику и др. Больному выдается специальный листок - маршрут реабилитации, в котором четко указаны назначенные процедуры, время, место и последовательность их проведения.

В конце курса, для оценки эффективности реабилитации, больному проводится заключительный комплекс финиш-диагностики, результаты которого сравниваются с показателями при старт-диагностике.

В заключительной беседе с пациентами или их родственниками сообщаются результаты проведенного курса лечения. Особое внимание обращается на увеличение объема движений и улучшение координации, достижении новых форм

передвижения, а также навыков самообслуживания и психоречевых возможностей. Демонстрация их пациенту и его родителям дает мощный стимул для дальнейшего продолжения лечения. Согласовываются сроки повторного курса интенсивной реабилитации и предлагаются конкретные рекомендации для дальнейшей работы с больным в домашних условиях.

Особенности отдельных элементов лечения по СИНР.

"Биомеханическая коррекция позвоночника (мануальная терапия).

- Устранение блокад суставов позвоночника и коррекция биомеханики его движений.
- Нормализация мышечного тонуса.
- Создание предпосылок к образованию новых двигательных моделей.

Основой СИНР является оригинальная авторская методика мануальной терапии в форме одномоментной полисегментарной коррекции блокированных сегментов позвоночника. После соответствующей подготовки, она проводится последовательно во всех отделах позвоночника - поясничном, грудном, шейном.

Манипуляция на поясничном отделе позвоночника в классической мануальной терапии осуществляется всегда путем поворота (ротации) позвоночника кпереди (центрально). Принцип методики состоит в ротации позвоночника кзади (дорзально). Коррекция грудного отдела осуществляется последовательно сверху вниз во всех блокированных отделах позвоночника специальными приемами. Последней осуществляется коррекция шейного отдела позвоночника. Мануальное воздействие проводится во всех шейных сегментах одномоментно - специальным поворотом головы по сложной траектории.

Параллельно используются специальные приемы релаксации мышц и мобилизации пораженных суставов позвоночника. Все эти виды воздействия на позвоночник в целом позволяют уменьшить проявления дизрегуляции на различных уровнях чувствительных и двигательных систем.

Создается новое функциональное состояние организма за счёт нормализации тонуса мышц (как повышенного, спастического, так и пониженного, гипотонического); уменьшения контрактур в суставах конечностей; улучшения кровообращения и трофики тканей; снижения проявлений патологических рефлекторных стереотипов. Положительный эффект методики одномоментной мануальной коррекции позвоночника сказывается как на горизонтальном рефлекторном уровне (позвоночно-двигательные, спинальные сегменты и соответствующие им части тела), так и на вертикальном уровне (различные отделы головного мозга и связи между ними).

Мобилизация суставов (восстановление их подвижности).

- Улучшение подвижности в суставах конечностей, увеличение амплитуды, скорости и разнообразия движений **в них**.
- Создание предпосылок для формирования новых двигательных навыков, коррекция суставно-мышечного дисбаланса, улучшение трофики в суставах и связках.

Известно, что нарушение тонуса в определённых группах мышц (спастика в одних и гипотония в других) и мышечная дисрегуляция способствуют возникновению функциональных блокад в суставах конечностей. Это ограничивает подвижность не только самого сустава, но и окружающих его мышц, сухожилий и связок. Постепенно во всех этих тканях нарастают дистрофические изменения, ухудшается питание, что приводит к укорочению пораженных мышц. В суставах возникают контрактуры сначала функциональные, которые могут быть ликвидированы в процессе активного лечения, а в тяжелых случаях - органические, когда движения в суставе полностью отсутствует.

Вначале мобилизируются крупные суставы (в ногах - тазобедренные, коленные, в руках - плечевые, локтевые), затем мелкие суставы стоп и кистей. Мобилизация суставов производится путём пассивных движений в физиологических плоскостях из нейтрального положения. Эти действия врача осуществляются с определённым напряжением на капсулу,

связочный аппарат сустава и мышцы, благодаря чему в них дополнительно увеличивается объём движений. Крупные суставы деблокируются, то есть, в них увеличивается амплитуда движения, благодаря внезапным импульсам на суставные щели. На малые суставы воздействуем методом очень быстрых поступательных движений. На протяжении курса лечения интенсивность влияния на суставы постепенно увеличивается. При наличии показаний проводится мобилизация височно-нижнечелюстных суставов, что в сочетании со специальным массажем артикуляционных мышц способствует улучшению речи.

Рефлексотерапия.

- Потенцирование (приумножение) эффекта расслабления спастических мышц.
 - Активирование гипо- и атонической мускулатуры.
 - Коррекция дисбаланса между функциональными группами мышц, ликвидация болевых (алгических) проявлений со стороны мышц (миотендинозы, болезненные периоды), суставов, внутренних органов.
 - Активация новых функциональных и физиологических возможностей организма.

Влияние на миотендинозы (мышечные уплотнения), чувствительные периостальные зоны (места прикрепления мышц) и классические точки иглоукалывания осуществляется по правилам древневосточной медицины. Для раздражения биологически активных точек у детей используется портативный аппарат, действующий электрическим током низкого напряжения сложной конфигурации пачками импульсов переменной полярности.

Электропунктурное влияние на миотендинозы, триггерные или алгические точки мышечно-сухожильного аппарата производится одновременно с изотонической или постизометрической релаксацией мышц в направлениях ограничения движений. Последовательность расслабления мышц осуществляется в направлении от центра (оси тела) к периферии: мышцы позвоночника, крупные, средние, мелкие суставы конечностей. Сеанс проводится под постоянным контролем врача-рефлексотерапевта.

Электропунктурное воздействие не повреждает кожу, не вызывает выраженных болевых реакций и хорошо воспринимается больными. Снижается тонус в спастических группах мышц, улучшаются их двигательные характеристики - амплитуда, скорость движений, сила сокращения, выносливость к нагрузке. Увеличиваются двигательные возможности больного, уменьшается энергоёмкость двигательных затрат. Движения даются больному легче и производятся с меньшими физическими усилиями. Улучшается кровообращение, трофика тканей и тем самым улучшается функциональное состояния мышц, суставов, связок. Уменьшаются проявления вегетативных нарушений (слюнотечение, потливость, акроцианоз и т.д.).

Мобилизирующая гимнастика.

- Поэтапная активация двигательных и статических функций пациентов на основании новых возможностей организма, которые постепенно появляются и заметно возрастают в процессе реабилитации.
- Повышение внутренней мотивации пациентов; стимуляция пластических возможностей мозга.

Основой мобилизирующей гимнастики являются классические принципы кинезотерапии (лечение движениями), с учетом индивидуальных особенностей и психоневрологического статуса пациента. Активация двигательных возможностей пациентов проводится поэтапно в направлении от центра к периферии, от пассивных к активным движениям, от простого к сложному. Пассивные и активные движения в суставах проводятся во всех плоскостях в направлении до физиологического упора с постепенным увеличением числа повторов, скорости и точности движений. Используются упражнения с постепенным уменьшением площади опоры, упражнения для развития координации, а также включается дыхательная гимнастика.

Во время занятий с пациентами для активации внутренних мотиваций инструктор демонстрирует пациентам приобретенные новые функциональные возможности, поощряя их за это. В занятиях широко используются элементы игры,

танцев и музыки, а также проводятся детские олимпиады, соревнования и конкурсы.

Применяются специально разработанные компьютерные игры для активации, разнообразия и усовершенствования движений в периферических суставах, для улучшения тонкой моторики кистей и координации движения с использованием биологической обратной связи.

Мобилизирующая гимнастика улучшает подвижность позвоночника и периферических суставов, укрепляет мышечно-суставной аппарат. Она способствует постепенной вертикализации тела и достижению более совершенных форм передвижения. Мобилизирующая гимнастика способствует улучшению компенсаторных возможностей организма и повышению внутренней мотивации пациента к дальнейшему совершенствованию движений.

Специальная система массажа.

- Релаксация (расслабление) мышц, находящихся в состоянии повышенного тонуса.
- Уменьшение активности миотендинозов (уплотнений в мышцах).
- Стимуляция мышц со сниженным тонусом.
- Подготовка к проведению мануальной коррекции позвоночника и закрепление достигнутого эффекта.

В начале процедуры массажист определяет у больного состояние мышечного тонуса, выявляет в мышцах уплотнения, болезненные точки или зоны. Специальная система, разработанная в центре включает классические приемы массажа, элементы постизометрической релаксации, точечный и дренажный массаж в сочетании с мобилизацией всех суставов. Специальная система массажа оказывает стимулирующее влияние на кожу, мышцы, сухожилия, связки, суставы и весь позвоночник. Она имеет рефлекторное влияние на внутренние органы, нервную систему и обмен веществ. Массаж способствует оптимизации мышечного тонуса, в результате чего улучшается осанка, двигательные возможности, а также функциональное состояние всего организма.

Ритмическая гимнастика направлена на развитие координации, улучшение двигательных возможностей, улучшение эмоциональной сферы, интеллектуальных, речевых и коммуникативных функций пациентов.

Занятия проводятся для групп пациентов с разными двигательными и психоречевыми возможностями. Широко используется музыка, танцы, разнообразные игры.

Разминка в начале занятия служит для концентрации внимания и подготовки мышц к основной части занятия. В последней широко применяется игровой метод, который служит для развития координации, подвижности в суставах, улучшения работы сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Кроме того, у больных при групповых занятиях повышаются внутренняя мотивация, коммуникабельность и социальная адаптация. В занятия также активно включаются родители пациентов. В конце физическая нагрузка постепенно снижается. Инструктор отмечает активность детей и поощряет их.

В результате ритмической гимнастики улучшается координация, синхронность движений, чувство ритма, возможность импровизации. Развивается социальное поведение, а также вера больного в свои собственные силы. Эти занятия способствуют также обогащению речи, развитию её выразительности, чёткости и плавности.

Апитерапия (применение продуктов пчеловодства).

Со времен античной медицины продукты пчеловодства (пчелиный яд, прополис, воск) использовались при лечении различных заболеваний.

Апитерапия способствует улучшению кровообращения, трофики и обмена веществ (местное и общее влияние), стимуляция защитных сил организма.

Всем пациентам применяется методика воско-парафиновых аппликаций, а также по показаниям проводятся пчелоужаливания.

Воско-парафиновые аппликации применяются ежедневно в виде тепловых укутываний различных групп мышц и суставов по определенной схеме. Они оказывают не только тепловой

эффект, но и влияют путем диффузии активных веществ через кожу больного на мышечно-суставной аппарат.

Пчелоужаливание применяется на область суставов позвоночника, конечностей и мышечных уплотнений. Использование удаленного из пчелы жала позволяет дозировать введение пчелиного яда и уменьшает влияние факторов страха и боли. В месте воздействия яда возникает асептическое воспаление (покраснение, припухлость и локальное повышение температуры). Количество сеансов назначается индивидуально под строгим контролем переносимости пчелиного яда. При наличии аллергической предрасположенности данная процедура не проводится.

Как пчелоужаливание, так и воско-парафиновые аппликации улучшают кровоснабжение, обмен веществ и трофику в области воздействия, а также оказывают рефлекторное и общестимулирующее влияние на организм.

Результаты лечения по СИНР.

Результаты лечения оцениваются врачами и специалистами центра в процессе старт- и финиш-диагностики. Кроме того, используется анкетирование пациентов и их родственников в конце каждого курса лечения, что помогает оценивать динамику состояния больного в процессе реабилитации. По месту жительства, в научно-медицинских учреждениях лечащими врачами и инструкторами лечебной физкультуры проводится оценка статуса больного и даются заключения об изменениях после курса интенсивной реабилитации,

После курса интенсивной нейрофизиологической реабилитации у пациентов возникают новые физиологические двигательные стереотипы. Пациенты становятся более самостоятельными в повседневной жизни, вследствие чего отчётливо улучшается их социальная адаптация.

После проведенной реабилитации, 79% начали удерживать голову, 87% открыли кисть, 27% начали ползать, 61% - самостоятельно сидеть, 40% начали стоять и 18% - самостоятельно ходить. Снижение мышечного тонуса при спастических формах наблюдалось у 90% больных, увеличение мышечной массы у 65%, стабильное улучшение

функции хватания - у 69% больных. У 9% больных отмечалось значительное улучшение активной и пассивной подвижности в больших (9% и 86% соответственно) и мелких (84% и 79%) суставах.

Кроме двигательных изменений, во многих случаях наблюдается улучшение со стороны других органов и систем: уменьшаются вегетативные нарушения (слюнотечение, потливость и др.) - 40%; улучшается поведение и возрастает концентрация внимания -66% обогащается словарный запас - 64%, восстанавливается артикуляция и звукопроизношение - 79% пациентов. Никаких осложнений, связанных с лечением, у пациентов не было.

По результатам анкетирования пациентов или их родителей установлено, что в 49% случаев эффект лечения остается стабильным, а у 40% пациентов состояние постепенно улучшается. В большей степени это зависит от того, как работают родители с ребенком в домашних условиях.

Как попасть на курс лечения?

Для того чтобы пройти курс амбулаторного лечения, необходимо выслать по адресу центра подробную выписку из истории болезни. В ней должны быть описаны история развития заболевания, настоящее состояние пациента, данные дополнительных обследований. Комиссия врачей центра рассмотрит выписку и решит вопрос о целесообразности лечения в реабилитационных центрах в г. Львове или г. Трускавце. Предложение о времени и условиях проведения лечения будет выслано Вам почтой или согласовано по телефону. Длительность курса реабилитации в среднем составляет 10 рабочих дней.

Документы, которые необходимо иметь при поступлении на лечение.

При поступлении на лечение пациенту необходимо иметь: выписку из истории болезни, данные рентгенологического обследования шейного отдела позвоночника в двух проекциях, для детей справку об эпидокружении за последние недели. Желательно, иметь результаты проводимых ранее нейрофизиологических обследований

(электроэнцефалография, эхоэнцефалография, электромиография, томография и др.).

В каком возрасте предпочтительнее начинать лечение?

Чем раньше начато лечение, тем лучше прогноз у ребенка в плане достижения положительных результатов. Детский мозг имеет более высокие компенсаторные возможности, а патологический двигательный стереотип в раннем возрасте только начинает формироваться. У пациентов с явной задержкой темпов моторного развития лечение целесообразно начинать с возраста 3-6 месяцев.

Дата повторного курса лечения определяется заблаговременно и при этом учитываются с одной стороны возможности пациента, а с другой - его реакция на лечение. Как правило, после 6-8 месяцев организм пациента вполне готов для повторного курса интенсивной терапии. Если пациент за это время перенес болезни, операции и др., то период между курсами интенсивной коррекции увеличивается до 10-12 месяцев.

Что необходимо делать родителям пациента дополнительно к лечению

Рекомендуется пациентам или их родителям вести дневник и очень детально учитывать в нем изменения в состоянии тонуса мышц, появление новых движений и тонкой моторики (хватание, рисование, письмо), обогащение речи (новые слова, выразительность произношения и т.д.), эмоции, поведение больного и социальные контакты, улучшение зрения, слуха, внимания, сна, работу внутренних органов (аппетит, пищеварение, навыки опрятности и т.д.). Желательно записывать также антропометрические данные (например, окружность мышц плеча, бедра, рост, вес и др.), цвет кожи (если он был изменен), наличие аллергических реакций на медикаменты или продукты питания.

Все изменения, наблюдаемые в состоянии пациента, являются важными и должны быть четко зафиксированы в дневнике. При возможности необходимо периодически

проводить видеоконтроль моторного развития пациента.

Каково отношение врачей центра к проведению ортопедических операций в детском возрасте?

Опыт врачей центра заставляет сдержанно относиться к проведению реконструктивных ортопедических операций, особенно в детском возрасте, до окончания периода роста. Эффект, достигнутый после ранней операции, часто является только косметическим и, в некоторых случаях, не только не приводит к функциональным улучшениям, а даже ухудшает двигательные возможности пациента.

Плановые детские ортопедические операции необходимо проводить только тогда, когда исчерпан потенциал доступных реабилитационных мероприятий.

Месторасположение реабилитационного центра

Реабилитационный центр "Элита" находится в древнем украинском городе Львове. Он расположен в центральной части города и оснащен современной лечебно-диагностической аппаратурой. В широко известном далеко за пределами Украины бальнеологическом курорте Трускавец, расположенном в живописном Прикарпатье на расстоянии 100 км от Львова, находится новый девятиэтажный реабилитационный центр. На его базе основан и функционирует Институт проблем медицинской реабилитации. В Трускавецком центре находится около 40 комфортабельных и оптимально технически оснащенных лечебных кабинетов, научные лаборатории, учебные комнаты, конференц-зал. Здесь есть также кафе, большая игровая комната для детей, функционирует сеть кабельного телевидения.

Адреса:

290058, г. Львов, просп. В.Черновола, 45 "а".

293780, г. Трускавец, ул. Карпатская, 2.

Телефоны и факсы.

Во Львове: 0038 (0322) 72-50-30; 0038 (0322) 59-25-94.

В Трускавце: 0038 (03247) 6-70-40; 0038 (03247) 6-91-29.

E-mail:

center@reha.lviv.ua.

Одним из новых высокоэффективных методов лечения ДЦП является рефлекс реабилитация.





Кинезотерапия занимает важное место в системе немедикаментозного лечения и реабилитации больных с ДЦП. Среди множества применяемых и наиболее известных у нас кинезотерапевтических методов и методик следует отметить метод Войта (Войта

терапия), методику Бобатова, метод нейромоторного перевоспитания, методика кондуктивной педагогики А. Пете. Методик и методов много, но в конечном счёте лечит больного не громкое название метода или рекламируемое оборудование, а специалист-реабилитолог, и что бы не предлагалось, важно понимание простого факта, что только в умелых руках профессионала с его знаниями, опытом и умением можно добиться выраженного положительного результата при таком тяжёлом заболевании, как ДЦП.

Наш медицинский центр предлагает уникальный комплексный немедикаментозный метод "Рефлекс - реабилитация" для лечения двигательных синдромов с нарушением мышечного тонуса у детей с ДЦП 1 года жизни и старше.

В основе метода «рефлекс - реабилитация» лежат авторские разработки лечения ДЦП, построенные на принципах рефлексотерапии с использованием современных методов воздействия, защищенные двумя патентами Российской Федерации, как способы лечения ДЦП и новый подход в формировании и проведении кинезотерапевтических комплексов, ярко отличающий его от общепринятых методик. Метод позволяет за сравнительно короткий курс добиться максимального результата, в полном объёме раскрыть имеющийся потенциал больного ребёнка, сформировать и закрепить необходимые ему двигательные навыки. Дополнительное включение приёмов мануальной терапии повышает общий положительный эффект и ведёт к дополнительному сокращению сроков проводимого лечения. В работе не используются укладки, выпускаемые тренажеры, вертикализаторы или другие подобные средства. По мнению автора, в них нет необходимости, пока ребёнок

самостоятельно не ходит, и в определённом смысле они вредны. Метод учит родителей больного ребёнка видеть первостепенные задачи в цели достижения положительного результата, наглядно демонстрируя им, как можно самостоятельно работать в домашних условиях, добиваясь поставленной цели.

Перечень заболеваний:

Грудной возраст

- Перинатальная энцефалопатия (ПЭП) и синдромы.
- 1. Мышечный гипер - гипотонус, мышечная дистония.
- 2. Гемисиндромы, гемипарезы.
- 3. Задержки темпов психомоторного развития.
- Угроза инвалидизации с формированием ДЦП

(детского церебрального паралича)

Старший возраст

- ДЦП (различные формы).
- Акушерские плекситы.
- Двигательные нарушения в результате перенесенных нейро-инфекционных заболеваний.
- Двигательные нарушения в результате перенесенного инфаркта или инсульта мозга.
- Гидроцефалия (шунто-зависимые формы с двигательными нарушениями в периоде восстановления).

Относительными противопоказаниями для лечения являются:

1. Глубокие степени олигофрении (психического недоразвития).
2. Эпи-синдром на фоне грубого органического поражения центральной нервной системы.

Медицинский центр предлагает уникальные комплексные немедикаментозные методики лечения двигательных синдромов с нарушением мышечного тонуса у детей с ДЦП 1 года жизни и старше. Применение указанных методик позволяет значительно сократить сроки проводимого лечения и, используя минимум лекарственных препаратов, добиться максимального положительного результата.

Приём и консультации ведет опытный специалист - детский невропатолог-реабилитолог, автор ряда методов

лечения, получивших высокую оценку в специализированных клиниках и стационарах (ДКПНБ №18, санаторий "Калуга-Бор", центр по лечению детского церебрального паралича "Царицыно") М.М Грейс.

Не откладывайте с началом проведения курса лечения. Ваш ребёнок растёт, но проблемы остаются. Драгоценное время уходит, с ним уходят и шансы на возможное улучшение состояния.

Только своевременное обращение к специалисту позволит быстро и эффективно решить ряд проблем, связанных со здоровьем вашего ребенка. В частности, речь идет о состояниях, где ведущими патологическими проявлениями являются нарушения мышечного тонуса в сочетании с задержками моторного развития. Чаще этим страдают дети из так называемой "группы риска", где вероятность появления неврологической симптоматики значительно выше. К этой группе относятся различные нарушения нормального течения беременности, недоношенность, низкий вес ребенка, внутриутробные инфекции, затяжные роды, стимуляция, кесарево сечение, асфиксия, гипоксия плода, желтуха новорожденных, проблемы адаптационного периода и т.д.

Важнейшей особенностью развития ребенка первого года жизни, что подчеркивается всеми специалистами, является закономерная, соответствующая возрастному этапу (с 0 до года, по месяцам), последовательность формирования определенных двигательных навыков. При этом правильность и своевременность формирования соответствующих двигательных навыков ребенка определяет в дальнейшем его нормальное развитие на последующих этапах. Патология мышечного тонуса приводит к задержке уже на ранних этапах развития ребенка, затрудняет, нарушает или делает невозможным дальнейшее формирование его нормальных двигательных актов. При отсутствии соответствующего лечения происходит не только сохранение двигательной патологии, но и ее дальнейшее усиление, которое может привести к стойким нарушениям двигательной активности нередко к инвалидизации ребенка. Своевременность обращения и лечения у специалиста являются важным фактором не только выраженного уменьшения патологических проявлений заболевания у ребенка, но и реальной

возможностью избежать формирования детского церебрального паралича.

Курс лечения больных с ДЦП включает в среднем 15 сеансов, с увеличением при необходимости до 20 сеансов, с закономерным появлением положительных изменений на фоне проведения однократного курса лечения. Средняя продолжительность сеансов составляет 60 мин. Лечение комплексное, строится по индивидуальной программе и включает кинезотерапию, проведение МРТ, НЛИ, мануальной терапии с дополнительным применением ряда методик пролонгирования миорелаксирующего эффекта.

Регулярность проведения курсов строится с учётом состояния двигательного статуса больного. Количество курсов составляет в среднем 3-4 в год с перерывом от 1 до 4 месяцев. Иногда между курсами назначается медикаментозная терапия по патогенетическому принципу. Следует отметить, что в период проведения курса лечения не отменяются получаемые и не назначаются новые лекарственные препараты. Это делается с целью объективизации клинической динамики - как результата предложенного метода лечения, так и с целью страховки от появления возможных побочных эффектов при применении некоторых лекарственных препаратов (аллергия, непереносимость, повышение судорожной активности и т.п.).

Наибольшая эффективность метода отмечается при лечении детей младшего возраста (до 7-8 лет) с детским церебральным параличом, детей грудного возраста с различными синдромами двигательных нарушений (гипертонус, мышечная дистония, гемисиндромы, парезы, задержки темпов моторного развития и т.д.), при лечении больных с акушерскими плекситами, двигательными нарушениями в результате перенесенных нейро-инфекционных и сосудистых поражений головного мозга.

При лечении у больных с ДЦП , в зависимости от формы, отмечается снижение спастичности, возрастание силы паретичных мышц-антагонистов, увеличение амплитуды движений в пораженных суставах, уменьшение по частоте и выраженности гиперкинезов, а также улучшение координации. Наблюдаются положительные изменения в функции артикуляционно-мимической мускулатуры и произносительной стороне речи.

Основной упор при оценке клинической динамики делается не на изменение состояния отдельных компонентов двигательного стереотипа больного (мышечный тонус, объём движений в отдельных суставах, степень выраженности патологических тонических реакции и т.д.), а на состояние его двигательной активности, количестве и качестве его

двигательных навыков (умение сидеть, ползать, ходить и т.д.). Акцент делается на положительные изменения в виде развития существующих и появления новых двигательных навыков, повышающих уровень социально - бытовой адаптации ребёнка. Также с этой целью проводится специальное анкетирование с проведением фото- и видеосъёмки, позволяющее нагляднее показывать положительные изменения, произошедшие с ребенком за период лечения. Анкеты и видео сохраняются как своеобразный отчетный материал и предлагаются для ознакомления родителям при последующих осмотрах ребенка.

Среди детей с ДЦП основную массу составляли больные с тяжёлой формой спастической диплегии (50-60%), при этом дети до 3-5 лет составляли большинство.

Особое внимание уделяется больным со спастической диплегией и особенно с гемипаретической формой детского церебрального паралича с поражением руки. В этих случаях лечение направлено на активизацию функциональной активности дистальных отделов руки, кисти и пальцев, а также на увеличение сектора свободного манипулирования за счет уменьшения патологических тонических установок в плечевом, локтевом и лучезапястном суставах.

В процессе наблюдения за клиническими результатами были сделаны следующие выводы:

1. Эффективность применяемого способа наблюдалась у больных всех возрастных групп. Возрастной критерий не является определяющим фактором, однако крайне желательно начинать лечение как можно раньше, не дожидаясь развития стойких патологических двигательных изменений. Наиболее предпочтительными являются пациенты до 5-7 лет с сохранным интеллектом.

2. Клиническая положительная динамика в виде появления новых стато-кинетических и функциональных навыков отмечалась на фоне проведения однократного курса лечения с тенденцией к увеличению при последующих.

3. Активное использование ребёнком полученного навыка в комплексе самостоятельных движений обеспечивало стойкость полученного результата. Правильное выполнение между курсами рекомендованных упражнений не только укрепляло полученные результаты, но и способствовало их дальнейшему развитию.

4. Менее выраженными и стойкими были полученные результаты у больных с выраженной задержкой психического развития, эпи-синдромом в структуре патологии, у часто болеющих, соматически ослабленных детей.

Новое в лечении детского церебрального паралича и патологических двигательных синдромов ряда заболеваний центральной нервной системы.

Проблема лечения детского церебрального паралича (ДЦП) до настоящего времени остается острой.

Совершенствование методик реабилитационной терапии больных с ДЦП, составляющих значительный процент детской инвалидности, представляет собой актуальную задачу детской неврологии и ортопедии. Среди методов комплексной терапии особое место занимают безмедикаментозные, базирующиеся на принципах рефлексотерапии.

Выраженное действие микроволновой резонансной терапии (МРТ) на различные функциональные системы организма нашли применение при лечении всех форм детского церебрального паралича. В последние годы в медицинской практике, и в частности в неврологии, успехом используется энергия низкоинтенсивного инфракрасного лазерного излучения (НЛИ).

В 1990 году сотрудником отдела по лечению детского церебрального паралича Российского НИЦ перинатологии акушерства и гинекологии (на базе Московской городской детской клинической психо-неврологической б-цы №18 ГМУ Мосгорисполкома. Гл.врач Сологубов Е.Г.) Грейсом М.М в соавторстве с руководителем отдела профессором Семеновой К.А был предложен новый способ лечения ДЦП, объединяющий применение МРТ, НЛИ и определенные методики из раздела рефлексотерапии. На способ лечения подана заявка на изобретение и получена приоритетная справка 48634466/24 от 10.07.90 года, патенты на изобретение "Способ лечения больных детским церебральным параличом"

№ 2058773 от 27 апреля 1996 года и №2000109 от 11 июня 1993 года.

Использование нового принципа в выборе точек воздействия, способа их идентификации, а также методик, позволяющих продлевать (пролонгировать) эффект расслабления (миорелаксации), дали возможность добиваться выраженной и устойчивой положительной динамики в двигательном статусе больного за сравнительно короткое время.

Предложенный способ лечения ДЦП был **апробирован** на базе городской детской клинической психо-неврологической больницы №18 ГМУ Мосгорисполкома, где получил положительный отзыв и был рекомендован к широкому применению в специализированных клиниках и отделениях.

Основой метода «рефлекс - реабилитация» являются разработанные кинезо-терапевтические комплексы, направленные на нормализацию патологических познотонических и стато-кинетических рефлексов больного.

С целью повышения эффективности проводимого лечения применяется ряд методик, дополнительно способствующих снижению мышечного тонуса и закреплению полученного результата (мануальная терапия, МРТ, НЛИ, методики пролонгирования миорелаксирующего эффекта и др.)

МРТ-микроволновая резонансная терапия.

Выраженное действие микроволновой резонансной терапии (МРТ) на различные функциональные системы организма нашло широкое применение **при лечении** всех форм детского церебрального паралича.

При лечении МРТ у больных, страдающих ДЦП, отмечается снижение спастичности, возрастание силы паретичных мышц-антагонистов, увеличение амплитуды движений в пораженных суставах, уменьшение по частоте и выраженности гиперкинезов, а также улучшение координации движений и тонкой моторики пальцев кистей. Отмечается

положительная динамика в речевом развитии, в функции артикуляционно-мимической мускулатуры и произносительной стороны речи ребенка и т.д.

НЛИ-низкоинтенсивное лазерное излучение.

В последние годы при лечении некоторых заболеваний нервной системы используют энергию лазерного излучения. Особенностью данного метода лечения является низкая энергия лучевого воздействия (до 3 мВт). Излучение красного инфракрасного диапазона влияет на метаболизм нервной клетки, улучшает микроциркуляцию в тканях головного мозга. Отмечено положительное влияние НЛИ на биоэлектрическую активность головного мозга.

Контактная информация: Михаил Михайлович Грейс, кандидат медицинских наук, детский невропатолог-реабилитолог. Телефоны: 8(903)261-65-40

E-mail: mikgre@mail.ru.

Следующий центр по реабилитации детей – это Научно-терапевтический центр по профилактике и лечению психоневрологической инвалидности.

Центр работает под руководством доктора медицинских наук, профессора И.А. Скворцова на основе нового высокоэффективного метода лечения неврологических нарушений и стимуляции функций центральной и периферической нервной системы. Этот метод является комплексным и включает **метамерную** медикаментозную терапию (инъекционную и безыгольную), метамерный фармакомассаж, форсированную стимуляцию двигательной системы, зрительного и слухового восприятия, а также другие терапевтические воздействия. За 16 лет работы Центра пролечено более 16 тысяч больных, среди них ряд очень тяжелых детей, которым отказывали в лечении во многих клиниках, ссылаясь на неперспективность ребенка.

Научно-терапевтический центр принимает на лечение больных:

с последствиями поражений нервной системы во внутриутробном и родовом периодах;

с последствиями нейроинфекций, травм;
с детскими церебральными параличами любой формы;
с вялыми акушерскими параличами конечностей;
с параличами лицевой мускулатуры, лицевыми болями;
с нарушениями развития слухового и зрительного восприятия;
с интеллектуальной недостаточностью;
с нарушениями развития речи;
с нарушениями развития функций общения, детским аутизмом, аутистическими синдромами, нарушения поведения;
с минимальной мозговой дисфункцией,
психоэмоциональной и двигательной расторможенностью;
с невнимательностью, плохой памятью, сниженной интеллектуальной активностью, особенно в предшкольном периоде;
с нарушениями развития психоневрологических функций при врожденных аномалиях развития нервной системы, наследственных заболеваниях хромосомных синдромах.

При необходимости проводятся специальные обследования;

компьютерные электроэнцефалография и электронейромиография;
компьютерное исследование вызванных потенциалов мозга;
транскраниальная магнитная стимуляция;
компьютерное исследование равновесия и координации движений;
компьютерное нейропсихологическое картирование мозга;
компьютерное исследование профиля развития психоневрологических функций ребенка и родительско-детских отношений.

Диагностику проводят квалифицированные специалисты: неврологи, психологи, логопеды, педагоги-психокорректоры.

Психологическая, диагностическая и коррекционная работа в Центре складывается из 3-х направлений:

1) составления «Профиля развития» с помощью специальной разработанной в НТЦ ПНИ компьютерной программы, позволяющей установить качественную и количественную характеристику отставания в двигательном,

перцептивном, коммуникативном и психоречевом развитии по сравнению с возрастной нормой и подобрать комплекс реабилитационных и психокоррекционных мероприятий ;

2) определение локализации функциональной недостаточности в коре головного мозга и составление рекомендаций по коррекции нарушений развития высших психических функций (компьютерная программа «Адаптированный нейропсихологический тест»);

3) Оценка и коррекция отклонений в родительско-детских отношениях в диаде «мать-дитя»

В Центре проводятся занятия с логопедами, методистами по ЛФК и массажу. Высококвалифицированные психологи дадут консультацию по состоянию ребенка и оптимальной форме общения с ним в семье.

Созданы и с успехом используются следующие лечебные аппараты:

Аппарат стимуляции зрительного восприятия (АСЗВ-2).

Имитационный электростимулятор ходьбы «ШАГ-2».

Аппарат направленного инфракрасного облучения.

Многоканальный имитационный электростимулятор мышц.

Пневмоимпульсный массажный костюм «Пилот».

Применяется лечебная транскраниальная и трансспинальная магнитная стимуляция при:

а) нарушениях зрительного и слухового восприятия, детском аутизме;

б) миелодисплазии, энурезе и других спинальных нарушениях.

В реабилитации используются психофизиологические приборы:

Атакситест (ВНИИМТ);

Стабилотест (ВНИИМП);

Психофизиологический комплекс «Психомат» (ВНИИМП) ;

Программно-аппаратный комплекс «Рука».

В научно-терапевтическом центре по профилактике и лечению психоневрологической инвалидности (НТЦ ПНИ) проводится эффективное лечение нарушений развития психомоторных функций у детей. В Центре успешно

применяется оригинальная методика, разработанная под руководством доктора медицинских наук, профессора И.А. Скворцова, позволяющая точно адресовать вводимые лекарственные препараты в нужные отделы головного и спинного мозга. Осуществляется это на основе принципа метамерии или сегментарного строения тела человека в целом и его нервной системы, в частности.

Препараты гидролизатов мозга вводятся в микродозах в виде инъекций или безыгольно (с помощью точечного микроэлектрофореза или фармакомассажа) в сегментарные зоны кожи, мышц, соединительно-тканых связок и надкостницы, а также по ходу основных нервов конечностей, шеи и туловища. В Центре разработана оригинальная методика метамерного фармакомассажа-втиранье в сегментарные кожные зоны, соответствующие уровню поражения или дисфункции нервной системы, биологически активных препаратов (церебролизата и др.) в составе мази, которая «проводит» препарат через кожу, создавая в подкожной ткани своеобразное «дело».

Гидролизатные препараты действуют аналогично факторам роста. Введенные указанным способом, они захватываются тонкими нервными окончаниями и по нервным волокнам относительно быстро (в течение первых часов) доставляются в сегментарные нервные клетки, расположенные в спинном и головном мозге, оказывая на них стимулирующее воздействие. Они стимулируют перестройку нервных клеток, ветвление отростков, приводя к увеличению их числа и образованию новых связей с другими нейронами. При этом резко возрастает способность нейронов к усвоению внешних сигналов и, следовательно, - к обучению и переучиванию.

Однако для реализации, трансформации этой потенциальной способности к обучению в конкретные нормативные навыки (двигательные, интеллектуальные, речевые и т.п.) необходимы соответствующие, настойчиво проводимые воздействия, которые усваиваются и запечатлеваются мозгом в виде качественно новых связей и способов деятельности нервных клеток и нервных центров. К таким воздействиям относятся: имитационное воссоздание нормальных поз тела, имитация нормального ползания и ходьбы на полной стопе, специальные упражнения для

тренировки различных сфер умственной деятельности, логопедические занятия для облегчения формирования правильной речи, световая стимуляция при врожденной слабости зрения и врожденной тугоухости и пр. Кроме того, в Центре разработаны оригинальные подходы к проведению физиолечения с акцентом воздействия на определенные сегментарные (метамерные) зоны кожи и мышц.

В основу инструментальных методов лечения в НТЦ ПНИ положен тот же метамерный принцип, что и при микроинъекционном введении гидролизатных препаратов мозга и «факторов роста». Осуществляются различные по характеру воздействия на чувствительные нервные окончания, расположенные в сегментарных зонах кожи, мышц, сосудов, надкостницы, соответствующих сегментам спинного и головного мозга, работа которых нуждается в коррекции.

К таким воздействиям относятся разработанный сегментарный массаж-надкостничный (склеромерный) с применением специальной массажной палочки, точечный метамерный микроэлектрофорез и фармакомассаж с биологически активными веществами, вибрационно-вакуумный пневмомассаж, проводимый аппаратом «ЛИДА», массаж кожи специальными шипованными катками различного размера, воздействие с помощью аппликаторов Кузнецова, сегментарная электростимуляция кожи и мышц аппаратом «Элеан», «Элеаст» и др.

Метамерная стимуляция кожи, сосудов, надкостницы возбуждает расположенные в них сенсорные, чувствительные нервные окончания сегментарных клеток, посылая в сегменты спинного и головного мозга избыточную информацию, которая побуждает сегментарные нейроны к активизации и перестройки своей деятельности. Сочетание метамерной сенсорной стимуляции с метамерными микроинъекциями «факторов роста» дает оптимальный терапевтический эффект, создавая условия для освоения нормальных навыков и умений (двигательных, речевых и др.).

Важное место в методике, наряду с метамерной стимуляцией, принадлежит воздействиям, имитирующими у больного нормальные функции. Так, у больных со спастической формой детского церебрального паралича, сгибательной контрактурой в тазобедренных и коленных суставах, экстензорной установкой стоп и заторможенным

шаговым автоматизмом бригада в составе врача, массажиста и матери проводит имитацию вертикальной ходьбы (а в тяжелых случаях и ползания). Занятия должны проводиться 4-5 раз в день по 22-30 минут с неуклонной настойчивостью даже в случаях, когда ребенок самостоятельно не сидит и не стоит.

При имитации ползания ребенок находится в горизонтальном положении на животе. Мать придерживает тело ребенка на весу, а врач и массажист согласно переставляют руки и ноги ребенка, как при четвероногой ходьбе животных, с подчеркнутой опорой на кисти рук и колени. После многократных повторений сеансов у ребенка появляются самостоятельные движения ползания, после чего можно перейти к ползанию по наклонной поверхности (под углом 30 градусов) вниз. Если ребенок приобретает способность ползать по наклонной поверхности вниз, угол наклона постепенно снижается до горизонтальной плоскости.

После освоения ребенком навыка самостоятельного ползания, что свидетельствует о реабилитации шагового рефлекса, переходят к занятиям по имитации ходьбы. Мать держит ребенка в вертикальном положении на полу, следя за вертикальной позой головы (препятствуя ее наклону вперед) и поддерживая руки ребенка вытянутыми вдоль туловища, а врач и массажист препятствуют сгибательной контрактуре ног ребенка в тазобедренных и коленных суставах и одновременно осуществляют ногами ребенка медленные шаговые движения с акцентуацией опоры на полную стопу и пятку. По мере продвижения шаг за шагом мать переносит тело ребенка вперед, также стараясь усилить опору на стопу. Таким образом, основу метода составляют два важнейших компонента: во- первых, – стимуляция ростового потенциала нервных клеток путем метамерного введения биологически активных гидролизатных препаратов и, во-вторых, - нормализация работы нервных центров путем их настойчивой «бомбардировки» нормативными сигналами (двигательными, зрительными, слуховыми и др.), создающие в мозге «здоровые» образы действия и восприятия.

За многие годы работы центра успешно пролечено более 7 тысяч пациентов с детским церебральным параличом и другими нарушениями неврологического и психического развития, менингитами и энцефалитами, рядом других

неврологических заболеваний проведено более 16 тысяч курсов лечения. В среднем каждый ребенок прошел в центре 2-3 курса лечения. За это время у сотен детей с детскими церебральным параличом удалось достичь полного выздоровления или заметного улучшения в состоянии: больными осваивалось нормальная поза тела, ходьба с опорой на полную стопу, устранилась сгибательная установка в коленных и тазобедренных суставах, приобретались навыки самообслуживания, улучшались тонкая моторика пальцев кисти, уменьшались сложности речевого общения, отставание в умственном развитии. Оптимальный и наиболее эффективные результаты достигались у детей, лечение которых начиналось в первом или во втором полугодии жизни: в большинстве этих случаев удавалось достигнуть полного выздоровления ребенка с дальнейшим развитием его без существенного отставания от сверстников.

Применение метода позволило восстановить координацию движений не только у детей с мозжечковой формой детского церебрального паралича, но и у пациентов с врожденным недоразвитием мозжечка, который ранее считались практически не излечимыми. Предметом гордости центра является восстановление зрения у ряда детей с врожденной слепотой и слуха у пациентов с врожденной тугоухостью. Успешно пролечены со значительными улучшениями десятки детей с ранним детским аутизмом и другими аутистическими синдромами.

Заметные положительные сдвиги на фоне лечения отмечаются и у взрослых пациентов, перенесших мозговой инсульт, а также у больных с последствиями различных травм и инфекционных поражений нервной системы: ускоряется восстановление движений, чувствительности, речевых функций.

Лечение в дневном стационаре центра осуществляется только вместе с матерями.

Мать – основной помощник в комплексной реабилитации больного ребенка. Она должна создавать оптимальный психологический климат, общий эмоциональный положительный фон и благоприятную среду окружения ребенка, формируя у него веру в выздоровление. К сожалению, психологическое состояние самой матери ребенка- инвалида, как правило, нуждаются в специальной

коррекции, поскольку тяжелая болезнь ребенка является для матери хронической, психотравмирующей ситуацией.

Проводимое специальное психологическое обследование матерей и их отношений с больным ребенком позволяет определить характер отклонений в родительско-детских отношениях и скорректировать их в нужном направлении для оптимизации реабилитационного лечения ребенка.

Продолжительность курса-10 дней интенсивного лечения и сопутствующих процедур с трехмесячным перерывом.

Таким образом, НТЦ ПНИ работает на основе современных представлений о патогенезе дизонтогенетических неврологических расстройств и нового концептуального подхода к лечению нарушений двигательного и интеллектуального развития, ведущим принципом которого является использование информационных метаболических и сенсорных триггеров развития нейронов, аксонодендритного ветвления и обновления функциональных систем. Строгая топографическая адресованность обеспечивается за счет метамерного воздействия, а также избирательности и специфичности эффекта гидролизатных препаратов на мозговые структуры.

Изучение особенностей структурного и функционального нейроонтогенеза в условиях внутриутробного и\или перинатального поражения нервной системы позволило разработать дифференцированные по возрасту подходы к восстановлению статико-моторных функций восприятия, общения и психоречевых навыков.

За более, чем 16 лет работы Центром пролечены тысячи больных, среди них ряд очень тяжелых детей. В Центре им помогли обрести веру в возможность излечения. В нем проходят лечение не только российские дети, в Центре проходят курсы лечения больные из других государств: стран СНГ, Югославии, Македонии, Польши, Чехии и Словакии, Германии, США, Вьетнама и др.

Хочется напомнить родителям о том, что разнообразные неврологические нарушения легче и успешнее поддаются лечению при их ранней диагностике. Консультация у невропатолога и, может быть, небольшой курс лечения – пусть будут эпизодом в жизни вашего ребенка, и он вырастет здоровым, умным, красивым и сильным.

Вам необходимо обратить внимание на следующие основные моменты, которые должны вызвать тревогу при наблюдении за ребенком:

- в 2 мес. не держит голову;
- в 2-3 мес. не следит за игрушками, не поворачивает голову в сторону звука;
- в 5-6 мес. не сидит, не переворачивается, не узнает родных;
- в 8 мес. не начинает ходить, не произносит первые слова.

Даже при частичном отставании в развитии ребенка, задержке формирования навыков речи, движения и обучения крайне важно обратиться к невропатологу. Это развеет ваши сомнения и явится залогом успешного лечения.

Научно-терапевтический центр по профилактике и лечению психологической инвалидности успешно ведет лечебную работу в городе Москве с декабря 1990 года. Центр является реабилитационным для больных, страдающих психоневрологической недостаточностью разной степени выраженности и работает под руководством доктора медицинских наук, профессора И.А. Скворцова, обеспечивая эффективное лечение детей с различными нарушениями развития психоневрологических функций.

В центре разработан оригинальный комплексный метод лечения неврологических нарушений, направленный на стимуляцию функций центральной и периферической нервной системы, который включает метамерную медикаментозную терапию (инъекционную и безыгольную), метамерный фармакомассаж, форсированную стимуляцию двигательной системы, зрительного и слухового восприятия, а также другие терапевтические воздействия. Метод применяется в течении 20 лет: первоначально - в Институте педиатрии и детской хирургии РФ, а с 1990 года - в Научно-терапевтическом центре по профилактике и лечению психоневрологической инвалидности.

Сотрудники центра применяют метод комплексно, в сочетании с другими общепринятыми методиками нейрореабилитации. Все основные методы реабилитации (массаж, лечебная гимнастика, психокоррекция, медикаментозная терапия) обязательно проводятся в центре,

но, помимо этого, - проводится метамерная фармакотерапия. Центр обеспечивает высокий уровень неврологической диагностики с применением детального неврологического и компьютеризированного психологического обследования, а также электроэнцефалографии, электромиографии, электронейрографии, исследования зрительных, слуховых и соматосенсорных вызванных потенциалов. К сожалению, периодически появляются лжеспециалисты, которые выдают себя за учеников Центра и профессораИ.А Скворцова, занимаются так называемым «обкалыванием», нередко не только не владея этим методом, но даже не являясь неврологами. Это дискредитирует методику, которая помогла тысячам больных детей.

Естественно, этот метод не является панацеей. В центр нередко попадают дети с грубейшими дефектами мозга, которые не позволяют надеяться на полное восстановление его функций. Но состояние даже таких детей можно несколько улучить. Родители не всегда правильно оценивают возможности нейрореабилитации ребенка. Нередко надежды родителей, основанные на вере в чудо, существенно превышают возможности любой реабилитационной терапии. Родители должны понимать, что используя этот метод, врачи ничего «не вкладывают» в мозг, они только стимулируют те отделы и клетки его, которые сохранены.

Адрес Центра; 125080 г. Москва, Волоколамское шоссе, 15/22.

Тел.8(499) 1582551, 1589102
Факс (499) 1582551.

На сегодняшний день уникальным средством реабилитации детей с ограниченными возможностями признана иппотерапия.

Детский экологический центр (ДЭЦ) «Живая Нить»- один из старейших некоммерческих благотворительных организаций Москвы. Уже более восемнадцати лет специалисты центра занимаются комплексной реабилитацией людей с ограниченными возможностями. Довольно часто получается так, что к ним за помощью приходят те, от кого отказываются другие специалисты, т.е. «Живая Нить» заполняет вакуум, образовавшийся в практике профильных учреждений. Они уделяют большое внимание распространению инновационных методов и программных разработок в российской реабилитационной практике, а также развитию конного спорта среди людей с ограниченными возможностями. Программа Центра строится на применении инновационных методик, в том числе разработанных специалистами коллектива.

Иппотерапия - лечебная верховая езда – получила заслуженное признание в мировой реабилитационной практике и повсеместно используется как наиболее эффективное реабилитационное средство при ряде тяжелых заболеваний, в первую очередь, детском церебральном параличе. Центр «Живая Нить» одним из первых в России (в целом) и в Москве (в частности) стал применять и развивать методы иппотерапии в российской реабилитационной практике. На сегодняшний день они занимают лидирующее положение в этой области.

Реабилитационная технология основана не только на достижениях в области иппотерапии, накопленных в мировой реабилитационной практике, а прежде всего на уникальных учебно-практических материалах по применению иппотерапии, разработанных ДЭЦ «Живая нить» впервые в России при поддержке комитета по науке и технологиям Правительством Москвы в 2001-2002 г.. Данные разработки не имеют столь досконально нозологически проработанных аналогов в мире.

Уже несколько лет центр реализует уникальную по эффективности и оказываемому лечебному воздействию программу комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями. Она включает в себя не только проведение с детьми курсов иппотерапии, но и занятия лечебной

гимнастикой и адаптивной физкультурой, массаж, психолого-педагогическую и социально-творческую реабилитацию. Эта программа называется экологической потому, что она действует в согласии с окружающей средой, с естественными природными законами: никакой боли, никакого страха или насилия, ничего, что может вызвать негативные последствия. Это является важным преимуществом. Благодаря применению комплексной реабилитационной программы уже сегодня сотни маленьких детей с тяжелыми нарушениями встали на ноги.

Иппотерапия – это нейрофизиологически ориентированная терапия с использованием лошади (от греческого *hippos* – лошадь). Она оказывает уникальное биомеханическое воздействие, в том числе передает всаднику двигательные импульсы, аналогичные движениям человека при ходьбе. Это уникальное по эффективности средство реабилитации при ряде тяжелых заболеваний, в первую очередь, ДЦП, широко применяемое в мировой реабилитационной практике. В частности, особое воздействие иппотерапии на ребенка с ДЦП заключается в стимулировании развития двигательных рефлексов. Идущая шагом лошадь служит терапевтическим средством для воспроизведения двигательной активности. Когда пациент сидит верхом, его осанка вырабатывается благодаря специфике движения лошади, идущей вперед, а с помощью слабых координационных реакций вырабатываются и тренируются удержание равновесия и компенсаторные мышечные сокращения. Специфическая стимуляция улучшает осанку, так как облегчает нахождение и закрепление наиболее близких к норме двигательных реакций, доступных пациенту. Одновременно такая двигательная коррекция тренирует мускулатуру, устранив её непропорциональность, и регулируют мышечный тонус, что также максимально увеличивают объём двигательной активности в суставах. На фоне такого комплексного развития мышечно-связочного аппарата при занятиях верхом на лошади происходит выраженное развитие двигательных функций. Лечебная верховая езда оказывает уникальное биомеханическое воздействие на организм человека. Например, передает всаднику двигательные импульсы, аналогичные движения при ходьбе. Сложные движения мышц спины лошади, состоящие из множества элементов, оказывают массирующее и разогревающее (температура тела лошади на 1,5 градуса

выше, чем у человека) воздействие на мышцы ног всадника и органы малого таза, усиливают кровоток в конечностях. На шагу лошадь совершает около 110 разнонаправленных колебательных движений. Для того чтобы сохранить правильную посадку во время движения всадник должен удерживать равновесие, координировать и синхронизировать свои движения. Таким образом, у больного человека в работу включаются те мышцы, которые хотя и не поражены, но обычно находятся в бездействии. Кроме того, верховая езда стимулируют развитие мелкой моторики, способствует формированию сложных точных движений.

Сидя верхом, всадник подчиняет лошадь себе, несмотря на ее физическое превосходство. Научается управлять ею, соотносить свои действия и последующую реакцию животного, а также координировать свои действия с другими всадниками, находящимися на манеже. Учится доверять лошади, ухаживать за ней. Лечебная верховая езда кардинально повышает самооценку и уверенность в своих силах. Верховая езда способствует максимальной мобилизации волевой деятельности, социализации и формированию более гармоничных отношений человека с миром, помогает находить новые, неординарные решения стоявших перед ним задач. Упражнения и игры на спине лошади, общение с ней стимулирует у ребенка желание слушать, учиться, трудиться. Положительный эмоциональный настрой, отличающий занятия верховой ездой, способствует подъему активности и улучшению настроения и общего состояния пациентов.

В процессе реабилитации происходит последовательный перенос приобретенных физических, коммуникативных и прочих навыков из ситуации верховой езды в повседневную жизнь.

Метод иппотерапии применяется при:
нарушениях опорно-двигательного аппарата, возникших в результате поражений центральной нервной системы (в первую очередь, детском церебральном параличе),
полиомиелита, в результате травм, а также нарушения осанки (сколиозах, кифозах):

различных формах нарушения интеллекта, возникших в результате органических и генетических заболеваний;

нарушениях психо-эмоциональной сферы: аутизме, неврозах, шизофрении и т.п.

поражениях органов чувств: слуха, зрения; нарушении мозгового кровообращения (по окончании острого периода); травмах головы (по прошествии острого периода); послеоперационной реабилитации; реабилитации после перенесенных инфарктов миокарда; в работе с социально дезадаптированными подростками.

Лечебная верховая езда не только способствует улучшению физического самочувствия, но и удивительным образом пробуждает у больных детей и подростков тягу к активной жизни и деятельности. Поэтому все дополнительные (по отношению к иппотерапии) модули программы специально построены так, чтобы не только провести комплексную психофизическую реабилитацию, но и дать ребенку необходимые навыки социального поведения, творческой активности, владением тем или иным ремеслом в наиболее подходящей для него форме.

При таком подходе очень скоро «лошадкотерапия » для ребят из необходимости превращается в удовольствие и стимул к активной жизни! Ведь любимое занятие, которым становится иппотерапия для детей с различными нарушениями здоровья, не только помогает восстановить двигательные функции, но и вырабатывают уверенность в себе, приносит радость и развивает различные навыки, необходимые для интеграции в общество.

Занятия проводятся в теплом индивидуальном манеже, только на собственных лошадях, предназначенных исключительно для иппотерапии, тщательно отобранных и проходящих специализированный ежедневный тренинг.

В центре работают квалифицированные профессионалы, поэтому принимают детей независимо от тяжести заболевания. Занятие проводит опытный инструктор по иппотерапии с двумя помощниками (один ведет лошадь, второй постоянно работает в паре с инструктором для обеспечения полной безопасности ребенка и максимальной эффективности занятия). Ведется постоянное медицинское сопровождение на протяжении всего занятия и посещения центра. Также ДЭЦ “ЖИВАЯ НИТЬ” организует летом реабилитационный лагерь.

Ниже я привожу программу курса реабилитации, проводимого в лагере.

Программа интенсивного курса реабилитации детей с ограниченными возможностями на основе иппотерапии и досуговых мероприятий, проводимых в летнем выездном лагере ДЭЦ “Живая Нить”.

На базе санатория “Велегож” Благотворительная Некоммерческая Автономная Организация и Детский Экологический Центр “Живая Нить” организует семейный реабилитационный лагерь для детей с ограниченными возможностями.

Место нахождение – санаторный курорт “Велегож”, расположенный на границе Московской и Тульской областей в 120 км. от Москвы, на живописнейшем берегу реки Оки в окружении сосново-лиственного леса, в экологически чистом районе с уникальными климатическими характеристиками, прежде всего, уникальнейшим воздухом на уровне Кисловодска.

Время проведения- одна смена продолжительностью 21 день на 25 детей с сопровождающим родителем.

Начало смены-25 июля.

Размещение - отдельный номер со всеми удобствами и лоджией для каждого ребенка с сопровождающим лицом.

Питание – диетическое, заказное.

Санаторный курс лечения – для каждого ребёнка-участника лагеря, и частично- для сопровождающего его родителя.

Программа лагерных мероприятий, проводимых ДЭЦ “Живая Нить”:

интенсивный курс иппотерапии (лечебной верховой езды), проводимый по индивидуальной программе;

индивидуальные занятия с опытными коррекционными педагогами в кружках (керамика, изобразительное искусство, рукоделие, бисероплетение, вышивка, изготовление мягких игрушек, поделок, сувениров и деталей интерьера и т.д.);

игротерапия, арттерапия (в т.ч. театр), ежевечерние фольклорные игры с песнопениями;

праздники открытия и закрытия лагеря, спектакли и конкурсы, празднования дней рождения, костер, конные походы и др.;

занятия с логопедом;

консультации психолога, в том числе для родителей; семейный клуб.

Контингент детей в основном, дети с ДЦП и другими неврологическими заболеваниями, сопровождающимися нарушениями опорно-двигательного аппарата, а также дети с нарушениями интеллекта, ЗПР, РДА, сенсорными нарушениями, диабетом.

ДЭЦ “Живая Нить” организует реабилитационный лагерь по собственной оригинальной реабилитационной технологии основными особенностями которой являются: комплексный системный подход, в том числе задействование семейной терапии;

*индивидуальная ориентация, учитываяющая особенности и потребности данного пациента в физической, психоэмоциональной, педагогической, социальной и личностной реабилитации;

*использование экологичных, неинвазивных методов и средств реабилитации, которые не наносят ущерб организму и личности пациента. Основной девиз центра - реабилитация, приносящая радость, без боли, страха и насилия;

*базирование на инновационном методе иппотерапии, который обладает уникальной способностью одновременного и значительного позитивного воздействия на физический статус и психоэмоциональную сферу пациента и, несомненно, является своеобразным катализатором и двигателем всего реабилитационного процесса;

*опора на творческий подход и ценностные ориентации;

*неформальное, уважительное отношение ко всем участникам программы, реализующей данную технологию.

ДЭЦ имеет восемнадцатилетний опыт организации летних интеграционных реабилитационных семейных лагерей в соответствии с данной технологией, получивший высокую оценку специалистов Комитета РФ по делам молодежи, Министерства труда и социального развития РФ, Комитета по делам семьи и молодежи при Правительстве Москвы, Института педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ. Программа летних реабилитационных лагерей стала

лауреатом Российского конкурса вариативных программ в сфере отдыха, оздоровления и занятости детей, подростков и молодежи в 1996 году и победителем - в 1998 году, а также вошла в группу лидеров конкурса в 2000 и 2001 годах.

Неоднократно побеждала в Конкурсе программ и проектов НКО, проводимом Комитетом общественных связей г. Москвы. В течение ряда лет поддерживается Правительством Москвы и Московским одолением Фонда социального страхования.

Отдельные разработки, вошедшие в данную технологию, получили свое развитие в качестве экспериментального модуля Президентской федеральной программы «Дети России» (программа «Дети-инвалиды»), осуществляемого ДЭЦ в 1993-1995 годах. А на 9-ом Международном конгрессе по иппотерапии, прошедшем в г. Денвере (США) в 1996г., доклад, основанный на рассматриваемой технологии, вызвал неподдельный интерес специалистов.

Полученный опыт организации лагерей по данной технологии по показателям результативности превзошел все ожидания. А дети и их родители живут из года в год в ожидании этой прекрасной поры, наполненной полноценной, счастливой и творческой жизнью.

Если вы желаете посетить лагерь или центр “Живая Нить” можете позвонить по телефонам 8(495)449-30-64, 903-783-00-20 или заполнить анкету и отправить ее удобным вам способом: e-mail izhivayanit@yandex.ru.

И еще один уникальный способ реабилитации наших детей - это дельфинотерапия.

Ученые давно обнаружили, взаимодействие дельфина и человека может оказаться

единственным лечением заболеваний. Метод благотворного влияния дельфинотерапии известен во всем мире. Сначала положительный эффект был замечен у детей с нестабильной психикой, которые долгое время проводили в обществе дельфинов. С тех пор отношения дельфинов и детей стали предметом



что тесное

некоторых

пристального внимания ученых многих стран. Сегодня наибольшее распространение этот метод получил в США и Мексике. В России же дельфинотерапия начала применяться недавно. Общение с дельфинами целебно - об этом сейчас знают очень многие.



А вот откуда берутся эти лечебные свойства? Из чего складывается полезный эффект дельфинотерапии?

По сути своей дельфинотерапия - это комплексное воздействие на организм. Оно складывается из ультразвуковых волн, излучаемых дельфином, двигательной активности, пребывания в морской воде, обладающей определенными целебными свойствами. И, конечно, мощного психологического эффекта. Дельфин побуждает человека, находящегося с ним в бассейне, к общению - совместному плаванию, играм, неверbalному обмену информацией. И в результате мы получаем настолько эффективное и позитивное воздействие, которого не могут дать самые современные лекарства.

Основная составляющая дельфинотерапии - это ультразвук. Он применяется в медицине уже больше 40 лет. Для лечения ультразвуком в медицине есть специальный термин - сонофорез или фонофорез. Чем же так ценен этот метод лечения? в отличие от многих других методов, ультразвук действует не на отдельные органы или ткани, а на клетки, из которых состоит наш организм. При этом природный ультразвук вдвое ценнее, чем «механический», испускаемый лабораторными установками. И этим объясняется уникальность дельфинотерапии. Дельфины - это природные «излучатели» ультразвука, которые охотно лечат человека.

Ультразвук производит массаж на клеточном уровне, благодаря этому полезные активные вещества лучше и быстрее проникают в клетки. Соответственно, улучшается межклеточный обмен веществ и циркуляция жидкости в организме. Ультразвук разгоняет жидкость в застоявшихся зонах, способствуя более эффективному и быстрому ее передвижению в тканях тела. А еще ультразвуковые сигналы дельфина способны действовать как анальгетик, снимая боль.

Дельфины могут интенсивность звуковых сигналов. Для более чем естественный. волн они просто не обнаруживать предметы под водой. Зрение у дельфинов не столь совершенное, как у орла, и под водой они пользуются тонким слухом и эхолокацией. Вода отлично переносит звуки, поэтому зрение здесь вторично.



менять силу и испускаемых ими этот процесс. Без ультразвуковых они бы

На расстоянии менее полуметра от человека дельфин испускает импульсы частотой 500 Герц, которые повторяются каждые 2,5 секунды. Когда человек находится в воде в положении на спине, дельфин располагается рядом, ориентируя эхолокационный пучок в направлении черепа. В других случаях на близком расстоянии дельфин направляет эхолокационный пучок на позвоночник пациента.

Не менее сильно и психологическое воздействие дельфина на пациента. Дельфины исключительно коммуникабельны, они любознательны и добры. Пациент в бассейне не чувствует опасности, более того - общение с дельфином дает чувство защищенности. Большую роль играет интерес к умному и сильному животному, восхищение им, причем не только силой и ловкостью, но и моральными качествами. Совместное выполнение упражнений показывает, что дельфин может быть чутким партнером, оказывать помощь и поддержку. Все это вместе разрушает барьеры психики, неверные психологические установки.

В курсе дельфинотерапии общение с дельфином должно быть регулярным, а не эпизодическим. Нужна определенная система взаимодействия. Курс имеет определенную длительность и программу. Просто «поплавать с дельфином» вы можете и без всякой программы, а можете каждый раз делать одно и то же. При лечении программа меняется от сеанса к сеансу, появляются новые упражнения. Стоять на месте нельзя, иначе курс не даст результатов.

Дельфинотерапия для каждого пациента индивидуальна. Программу курса разрабатывают терапевты и психологи. Они учитывают все особенности состояния пациента. Дельфин, участвующий в лечении, перед началом курса обучается по специальной программе. А сами сеансы проводятся в

присутствии терапевта, который наблюдает за происходящим и корректирует программу, если нужно.

Дельфинотерапию можно совмещать с другими видами лечения. Это может быть психотерапия, виброакустическое воздействие или светолечение. Совместно с дельфинотерапией можно использовать и такие не слишком распространенные формы лечения, как талассотерапия - воздушные ванны, морские купания, лечение солнцем как единый комплекс процедур. Особенно удобно проводить такую терапию в лечебном центре, расположенном на берегу моря. Используется и кинезотерапия - лечение движением, массаж, гимнастика.

С какими заболеваниями можно обратиться за помощью к дельфинам?

Перечень их огромен – ребенку будет только на пользу дельфинами. В целом же, к дельфинотерапии обращаются заболеваниями аутизмом, церебральным параличом, олигофренией, синдромом Дауна. Дельфины помогают при усталости (астенический мышечной астении, посттравматическом синдроме, задержке умственного развития, раке, депрессии...).

Даже дети, у которых нарушен слух, могут слышать дельфинов, потому что они издают не только звуки, но и ультразвуки. Играя с дельфинами, ребята получают огромную радость, осознавая, что они тоже могут слышать и общаться. Детишки с заболеванием ДЦП, плавая на дельфине, непроизвольно пытаются двигать ножками и ручками. Дети, которые получили серьезную психотравму, начинают смеяться, плавая с дельфином, и прижимаясь к его теплой и мокрой спине.

Даже самые упрямые скептики оттаивают, когда видят положительный эффект от общения ребенка с дельфином. Еще один плюс в пользу дельфинотерапии - никакого побочного действия, как это часто бывает с лекарственными препаратами и курсами химиотерапии. Только удовольствие и радость общения!



любому
общение с
пациенты с

Дауна.
хронической
синдром),

Адреса и телефоны дельфинариев



Утришский дельфинарий

Адрес: г. Анапа, поселок Большой Утриш.

<http://www.delfinary.ru/>

Телефоны: (86133) 3-07-33, 3-07-39, 4-60-07, 6-02-76

Часы работы кассы: 11.00-16.00

Московский дельфинарий (филиал Утришского дельфинария) Адрес: г. Москва Мироновская ул. д.27 (Дворец водного спорта) <http://www.delfinary.ru/msk> Телефоны : (495) 369-79-66, 958-12-60 Часы работы кассы: 11.00-18.00

Петербургский дельфинарий (филиал дельфинария)

Адрес: г. Санкт-Петербург, остров, Константиновский пр., д.19 (бассейн «Спартак»)

<http://delfinary.ru/spb>

www.dolphinarium.ru

Телефон: (812) 235-46-31

Часы работы кассы: 11.00-18.00



Утришского
Крестовский

Геленджикский дельфинарий (филиал Утришского дельфинария)

Адрес: г. Геленджик, ул. Луначарского 130

Телефоны: (86141) 3-30-55, 3-19-70, 3-30-55

Часы работы кассы: 10.00-18.00 (выходной - понедельник)

Сочинский дельфинарий (филиал Утришского дельфинария)

Адрес: г. Сочи, ул. Ленина, 219/2 (адлеровский курортный городок)

<http://dolphinarium.sochi.ru>

Телефон: (8622) 45-27-98

Часы работы кассы: 10.00-18.00



Кисловодский дельфинарий (филиал Утришского дельфинария)

Адрес: г. Кисловодск, ул. Промышленная, 5

Телефон: (87937) 5-61-61

Часы работы кассы: 11.00-18.00

Одесский дельфинарий

Адрес: Украина, г. Одесса, пляж Ланжерон, 25 (левая нижняя терраса)

www.nemo.od.ua

<http://www.delfinariy.od.ua/>

Телефон: +3 (8048) 787-20-10

Часы работы кассы: 10.00-20.00

Евпаторийский дельфинарий

Адрес: Украина, г. Евпатория, ул. Горького 16

Телефон: + 3 (806569) 2-70-99

Часы работы кассы: 10.00-19.30

Территориальный центр курортологии и реабилитации "Крым", пгт. Партенит

(в 20 км от г.Ялта по направлению к Алуште).

Адрес: Украина, Крым, г. Алушта, пгт. Партенит, санаторий «Крым».

Забронировать курс дельфинотерапии можно в туристической фирме "Вердни"

Адрес: г. Москва, ул. Маршала Василевского, дом 17.

тел.: (495) 967-94-34, (495) 641-02-31

Международный Институт Дельфинотерапии (г. Евпатория, Крым)

Евпатория, ул. Кирова, 49/51

База дельфинотерапии расположена в заливе Донузлав (30 км от Евпатории).

+380 6569 3-67-41 — (понедельник)

+380 692 46-96-61 — тел/факс

+380 50 562 34 66 — моб. (Евпатория)

info@dolphintherapy.ru

В заключение хотелось бы сказать, что родиться не таким как все, с такими - то физическими проблемами, - это по мнению церкви, выбор самих людей. Они выбирают это либо для своего духовного роста, либо для своих родителей и учителей. Даже младенцы, которые умирают сразу после рождения, приходят для того, чтобы чему-то научить своих родителей.

Наши дети, как ангелы, спускаются на землю именно к нам, они сами нас выбирают, не мы их, а они нас. Чтобы научить и сделать, может, духовно богаче и чище душой. Когда ты живешь рядом с таким ребенком, ты понимаешь что ему повезло в жизни чуть меньше, чем тебе. А мы имеем величайший в мире дар, который мы когда – либо могли получить от Бога – делиться с ним любовью.

Я вместе со своим сыном иду трудной дорогой его становления полной боли, страданий, сомнений и радости. И меня трудно уже чем – то сломить. Пережившим многое и дается столько же. Но я согласна, что видеть боль собственного ребенка – немилосердная часть. И несмотря ни на что жить можно и жить нужно, и несмотря ни на что твой ребенок самый хороший и самый лучший. Потому что он – твой.

Вот и все. Так просто. И это главное. Вот в этом простом и главном нуждается каждый день наш ребенок. Этого простого и главного ждет от нас каждый день, как от Бога, НЕСМОТРЯ НИ НА ЧТО.

Примите закон:

КАЖДЫЙ ДЕНЬ С РЕБЕНКОМ НАЧИНАТЬ РАДОСТЬЮ, ЗАКАНЧИВАТЬ МИРОМ.

Полчаса после сна и полчаса перед сном во избежание нервных срывов никогда и ни у кого не должно быть эмоционального и умственного напряжения.

Повторяете себе и ребенку: “Ты хороший уже тем, что живешь на свете. Такого, как ты, никогда не было, нет и не будет. Ты – капля росы, успевающая отразить солнце, и это чудо. Ты – чудо!”

Верьте в своего ребенка и в себя. Наша вера способна превращать возможность в действительность. Поверить в возможное. И передать веру - внушить!

Взрыв любви может оказаться единственным спасением при угрозе отчаянного поступка, сумасшествия, самоубийства. Может восстановить безнадежно разрушившиеся отношения. Требует особого вдохновения - состояния иступленной влюбленности. Оно всегда с нами, только вовремя угадать.

Теперь главное. Любят не за, а вопреки. Любовь и оценивание – несовместимы. Любовь не имеет никакого отношения к похвале.

Истинная любовь есть любовь ни за что и несмотря ни на что.

У нас есть огромный материал для изучения детской души - наше собственное детство, запечатленное в глубинах памяти, влияющее так или иначе на всю нашу взрослую жизнь.

Если вам трудно стало с ребенком, если чувствуете, что не понимаете его, всего лишь минуту в день отдайтесь воспоминанию о себе в том или ином возрасте, в положении близком, подобном, хоть в чем - то схожем. Усилие не пропадет, найдется может быть, неожиданное решение.

Родитель! С тебя лепится первообраз мира. Глубина отпечатка, оставленного тобой в душе твоего ребенка никакому сравнению не поддается – сильнее этого только сама природа.

Мир ребенка строится из кусочков твоего утра. Этот мир хрупок, как хрусталь. Пытается подражать твоему, но, как сон, рассыпается. В нем другое пространство, другое время.

Мы думаем, что ребенок живет с нами, а он, оказывается, живет только рядом.

Признаемся себе честно, что часто думаем, что ребенок неблагодарный, не знает цены ни деньгам, ни времени, ни здоровью, а, потеряв игрушку или пятиминутное развлечение, приходит в отчаяние. Глупый маленький эгоцентрик не знает и не желает знать, что почем и как оно все дается, не хочет думать, не понимает твоей любви и страданий!

Все так и есть, ваш ребенок маленькая модель человека. И вы были такими и остались такими же, только научились ловко это скрывать.

Каждая ссора, каждый удар по самолюбию, каждая ложь - след на всю жизнь. Конфликты неразрешенные, скрытые, подавленные - тем более. Забытые, вытесненные из сознания, они потом вылезают, как крысы из всевозможных щелей, могут принимать вид болезни, переносятся и в любовь.

Если ссоры и недоверие составляют атмосферу ваших отношений, ребенок понесет их с собою дальше, как мешок с отравляющими веществами. Закончит то (что вы хотели), станет тем-то(кем вы хотели, чтобы стал), добьется того- сего...

Но если ценой потери жизнерадостности? В угоду ограниченности, духовной ущербности?

Подготовка к взрослости должна быть не за счет детства. Счастье - не за счет остальной жизни, имеющей те же права на счастье.

Хотите добра ребенку, только добра? Заботливы , предусмотрительны, требовательны, иначе нельзя? Спросите себя, где кончается **ЕМУ ЭТО НУЖНО** и начинается **Я ЭТОГО ХОЧУ?**

Не забыли ли вы, что ребенок- не ваше продолжение?

Не забыли ли, что это - живая душа, которую мы не знаем. Тайна? Что это и есть ваше *НАСТОЯЩЕЕ* продолжение?

Свою жизнь человек начинает с единства. С собой и с мамой, а через нее - со всем мирозданием, просто потому, что сначала это мироздание - в ней. А потом он отделяется и приходит в этот мир как в неизвестное место. Он будет исследовать, узнавать его, постигать законы и правила и учиться по ним жить. И искать свое место, настоящее место в этом большом человеческом мире. Но через месяцы и годы, через десятки лет в нем не загаснет, не растворится та смутная

память о единстве, из которого он однажды пришел. И всю свою жизнь он будет стремиться снова его обрести.

И обретет - в гармонии с миром и в той безусловной любви, что дает ощущение первозданного счастья и веры, что ты не один. Говорят, что родительская любовь трагична, потому что разлука изначально заложена в ней. Думается тот, кто сказал так, все-таки ошибался. Дети вырастают и покидают нас, и ничто не вернется обратно. Но как раз само осознание этого факта (если помнить о нем всегда) заставит нас просто и радостно принимать то, что есть у вас сейчас. Если накрепко запомнить это - вы не будете растить- страдать и мучиться: вы поймете, что самое ценное не "вчера" и не "завтра", а то, что есть и что происходит у вас "сейчас". СЕЙЧАС.

Родительская любовь проста и радостна, пока вы принимаете этот закон. Мы растим и отпускаем ребенка все дальше и дальше от себя. Но именно поэтому и именно тогда происходит удивительная вещь: дети нас не покидают. Они остаются рядом. На расстоянии, но рядом. Сохраняется душевное, духовное единство. Дети, по-прежнему, нуждаются в нас и видят в нас и надежный тыл, и опору, и советчика. Всегда.

Остаются, если все начинается и все продолжается с нашей истинной безусловной любви.

Посмотрите, как это просто. И как это правильно, и как здорово жить и любить. И оставаться рядом. **ВСЕГДА.**

Список специальных терминов.

Атаксия - нарушение координации движений вследствие поражения лобных долей головного мозга, мозжечка и др. Проявляется нарушением равновесия при стоянии (статическая атаксия) и собственно расстройством координации движения (динамическая атаксия).

Анартия- расстройство речи из-за нарушения артикуляции, возникающее вследствие поражения нервов или мышц, участвующих в произношении.

Акалькулия- нейропсихологический симптом, проявляющиеся в нарушении счета и счетных операций по причине поражения разных участков коры головного мозга.

Артерапия – метод психотерапии, использующий для лечения и психокоррекции художественные приемы и творчество, такие как, рисование, лепка, музыка, фотография, кинофильмы, книги, актерское мастерство, создание историй и многое другое.

Антиноцицептивная система - система нейронов ствола мозга, предназначенная для угнетения боли.

Атриггеризация мышц - выявляются триггерные зоны в тех группах мышц, которые придают конечности патологическую установку. Затем эти зоны обрабатываются определенными электрическими импульсами.

Абилитация – создание новых возможностей, наращивание социального потенциала, т.е. возможности личности реализовываться в данном обществе.

Акроцианоз – синюшная окраска конечностей, преимущественно при расстройствах кровообращения.

Артропневмография – это артография после введения газа в полость сустава.

БАТ – биологически активные точки.

Гидроцефалия – увеличение количества спинно – мозговой жидкости в полости черепа из – за чрезмерной продукции или затруднения оттока. Возникает главным образом после

внутриутробной, родовой травм, энцефалита и других заболеваний мозга: увеличение объема черепа, задержка развития, головные боли.

Гиперметрия – чрезмерность, несоразмерность движений, наблюдающаяся при поражении мозжечка и его проводящих путей.

Гипоталамус – отдел промежуточного мозга, в котором расположены центры вегетативной нервной системы; тесно связан с гипофизом. Гипоталамус регулирует обмен веществ, деятельность сердечно – сосудистой, пищеварительной, выделительной систем и желез внутренней секреции, механизмы сна, бодрствования, эмоций.

Гемипарез – неполный паралич половины тела.

Гемолитическая болезнь новорожденных. Возникает на почве изоиммунизации, развивающейся на почве несовместимости крови матери и плода по резус – фактору, его подтипу, группам крови. Чаще гемолитическая болезнь возникает в результате резус – конфликта.

Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, расстройство артикуляции, голосообразования, темпа, ритма и интонации речи.

Дисграфия и дислексия – неспособность (или затрудненность) овладения письмом и чтением при сохранным интеллекте и физическом слухе.

Дренажный массаж применяется при травмах и заболеваниях опорно – двигательного аппарата, при варикозном расширении вен. При проведении дренажного массажа нижняя конечность должна быть приподнята на 30-35. Последовательность проведения массажа нижних конечностей такова; вначале массируют мышцы бедра, затем голени, в заключение осуществляется поглаживание всей конечности от тыла стопы до паховой области. Массажные движения плавные, скользящие, мягкие. Исключаются такие приемы как похлопывание, поколачивание, выжимание и рубление даже на здоровых тканях. Верхнюю конечность также массируют с proxимальных отделов. Перед массажем конечностей вначале осуществляют сегментарный массаж шейно – грудного отдела (при отеке кисти), и поясничного отдела (при отеке на стопе,

голеностопном суставе). Продолжительность массажа 10-15 минут.

Зона Брука – двигательный центр речи. Является зоной речедвигательных органов – моторики речи.

Зона Вернике (сенсорная речевая зона) – зона коры головного мозга, участвующая в работе с информацией, связанной с речью. Расположена в заднем отделе височной извилины, чаще левого полушария мозга.

ЗПРР – задержка психоречевого развития.

Идентификация полоролевая – процесс и результат обретения ребенком психологических и поведенческих особенностей человека определенного пола; отождествление им себя с человеком определенного пола и обретение психологических черт и особенностей поведения человека того же или противоположного пола, включая типичное ролевое поведение.

Интенционный тремор – тремор (дрожательный гиперкинез) при целенаправленных движениях. Наблюдается при поражениях мозжечка.

Инфантилизм – сохранение у взрослых физических и психических черт, свойственных детскому возрасту. Возникает при нарушениях внутриутробного развития, в результате перенесенных заболеваний. Инфантилизм психический – особенность психического склада личности, обнаруживающий черты, свойственные более раннему возрасту: эмоциональная неустойчивость, незрелость суждений, капризность и подчиняемость.

Когнитивные способности – познавательные, мыслительные процессы, которые дают нам способность как для объяснения, так и для предвидения.

Коммуникативная компетентность – это владение навыками взаимодействия с окружающими людьми, умение работы в группе. Знакомство с различными социальными слоями.

Лабиринтный рефлекс – общее название тонических рефлексов, обусловленных раздражением рецепторов вестибулярного аппарата.

Локализованные тики – тик, охватывающий лишь ограниченную область тела, например, лицо, шею.

Ликвородинамика – отражает процесс циркуляции спинномозговой жидкости.

Миелодисплазия – общее название аномалий развития спинного мозга.

Микроцефалия – порок развития: малая величина черепа и мозга при относительно нормальных размерах других частей тела.

Миофасцеальный релизинг – массажная техника, включающая преимущественно приемы разминания и направленная на растяжение массируемой мышцы.

МРТ – микроволновая резонансная терапия.

Мутизм – состояние, когда больной не отвечает на вопросы и даже знаками не дает понять, что он согласен вступить в контакт с окружающими. В основе мутизма лежит реакция организма на резкий психический раздражитель (испуг, обида, конфликт, непосильное требование)

МЦД – минимальная церебральная дисфункция. Зачастую – это свидетельство небольшой органической дисфункции мозга.

Мышечная дистония. Чрезмерное мышечное напряжение называется мышечной гипертонией или гипертонусом, а сниженное – мышечной гипотонией или гипотонусом. То есть изменение тонуса мышц – мышечная дистония – не заболевание, а лишь его проявление.

Мышечная ригидность – это устойчивое повышение мышечного тонуса, равномерное сопротивление мышц во всех фазах пассивного движения, одинаково выраженное в сгибателях и разгибателях.

Нейросонография – это метод эхографической визуализации головного мозга новорожденного и ребенка раннего возраста (до 1 года) через естественные отверстия в черепе (открытые роднички).

НЛИ – низкоинтенсивное лазерное излучение.

Нейросенсорная тугоухость (сенсоневральная тугоухость, кохмарный неврит, неврит слухового нерва) – неинфекционное

заболевание уха, при котором страдает слуховой нерв и, соответственно, звукосприятие. Основной причиной является атрофия звуковоспринимающих нервных окончаний. Когда ставится диагноз: «Хроническая нейросенсорная тугоухость», слух, к сожалению, восстановлению не подлежит.

Нейроциркуляторная дистония – заболевание, основными признаками которого являются неустойчивость пульса и АД, кардиалгия, дыхательный дискомфорт, вегетативные и психоэмоциональные расстройства, нарушения сосудистого и мышечного тонуса, низкая толерантность к физическим нагрузкам и стрессовым ситуациям при доброкачественности течения и хорошем прогнозе для жизни.

Плантография – общее название методов определения плоскостопия по отпечатку подошвенной поверхности стопы.

Плекситы – поражение нервного сплетения, образованного передними ветвями спинномозговых нервов; характеризуется чувствительными, двигательными и трофическими расстройствами.

Посттравматический стресс – наличие травмирующего события в прошлом и реакция человека на пережитые им события.

ПЭП – перинатальная энцефалопатия. Это нарушение структуры и функции головного мозга, возникающее в перинатальном периоде ребенка. Перинатальный период начинается на 28 неделе внутриутробной жизни ребенка и заканчивается к 7 суткам после рождения (у доношенных детей) или к 28 суткам (у недоношенных)

РДА – ранний детский аутизм. Это аномальное психическое развитие ребенка, характеризующееся главным образом особенностями в сфере контакта с окружающими людьми и миром в целом.

Реовазография – метод диагностики состояния сосудов конечностей, оценки движения крови в них.

Стабилография – графическая регистрация колебания центра тяжести тела в положении стоя. Больного помещают на платформу и регистрируют давление, оказываемое на нее стопами. Метод позволяет оценить способность удерживать равновесие и применяется для исследования функционального состояния вестибулярного анализатора, мозжечка.

Субдепрессивные состояния – состояние легко выраженной депрессии, характеризующееся пониженным настроением, пессимистической оценкой событий и снижением работоспособности.

Постизометрическая релаксация (ПИР) – это метод восстановления нормального тонуса напряженной мышцы с помощью ее растяжения. ПИР состоит из двух фаз: изометрического напряжения мышцы пациента, выполняемого с задержкой дыхания, и пассивного растяжения мышцы, выполняемого массажистом в момент выдоха и расслабления пациента.

Проксимальный – расположенный ближе к центру тела или к его медианной плоскости, например, плечо – проксимальный отдел по отношению к предплечью, а кисть – дистальный.

Тиреоидные гормоны – йодированные производные аминокислоты тирозина, обладающие общими физиологическими свойствами и производимые в щитовидной железе.

Транскраниальная магнитная стимуляция – метод, позволяющий неинвазивно стимулировать кору головного мозга при помощи коротких магнитных импульсов.

Триггерные зоны – участки кожной поверхности, в которых в период заболевания возникают временные рефлекторные связи с очагом патологии.

Токсоплазмоз – инвазионное заболевание человека и животных, вызываемое токсоплазмами: поражение лимфатических узлов, глаз, головного мозга. Человек заражается от кошек и собак. Возможно внутриутробное заражение. Нередко протекает в скрытой форме

Точечный массаж – это воздействие на точки акупунктуры пальцем. Сущность массажа сводится к механическому раздражению небольших участков (2-10) поверхности кожи, которые названы биологически активными точками (БАТ), так как в них размещается большое количество нервных окончаний.

Цефалгия – головная боль. Локализуется от уровня орбит до под затылочной области.

ЦНС – центральная нервная система.

Электромиография – метод регистрации электрической активности мышц с помощью электродов, вводимых в мышечные волокна.

Эмпатия – способность поставить себя на место другого человека или животного, способность к сопереживанию.

Эмпатия включает способность точно определить эмоциональное состояние другого человека на основе мимических реакций, поступков.

Эмоциональная лабильность – неустойчивость эмоциональных состояний, быстрая смена одних другими (например, радости – грустью и наоборот). Эмоциональная лабильность – один из признаков дискоординации высшей нервной системы.

Энурез – ночное недержание мочи у детей.

Фенилкетонурия (ФКУ) – наследственное нарушение обмена фенилаланина, характеризующееся прогрессирующими, особенно в первые 2 г. жизни слабоумием.