

**«ПОВЫШЕНИЕ РОЛИ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ СТРУКТУР,
СЕМЬИ И ОБЩЕСТВЕННОСТИ
В РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКЕ
ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ»**

Нижекамск
2004

Под общей редакцией Н.Ф. Бухановой

Содержание

1. «Профилактика детской инвалидности как важная составляющая в системе профилактики болезней детского возраста» Яруллина Г.Р. — главный педиатр министерства здравоохранения Республики Татарстан.
2. «Профилактика детской инвалидности доступна и экономически выгодна» Буханова Н.Ф. — заместитель председателя Нижнекамского объединенного Совета народных депутатов, директор РЦ «Надежда», руководитель проекта.
3. «О совместной работе РЦ «Надежда» и лечебно-профилактических учреждений города по реализации проекта «Повышение роли государственных структур, семьи и общественности в ранней профилактике детской инвалидности» Пироженкова Татьяна Александровна — заместитель директора РЦ «Надежда» по медицинской части, исполнительный директор проекта.
4. «Педагогические аспекты в работе по реализации проекта: «Повышение роли государственных структур, семьи и общественности в ранней профилактике детской инвалидности» Мильчакова Елена Александровна — дефектолог РЦ «Надежда», руководитель рабочей группы по реализации проекта.

Контактные телефоны:

- 34-46-66** — Буханова Н.Ф., директор РЦ «Надежда», руководитель проекта.
- 34-77-40** — Пироженкова Т.А., заместитель директора РЦ «Надежда», исполнительный директор проекта.
- 42-11-33** — приемная РЦ «Надежда», Мильчакова Е.А., дефектолог РЦ «Надежда», руководитель рабочей группы по реализации проекта.

Профилактика детской инвалидности как важная составляющая в системе профилактики болезней детского возраста

*Гузель Рашидовна Яруллина —
главный педиатр Министерства
здравоохранения Республики Татарстан*

Детская инвалидность является острой проблемой современного общества. В России около 1,7% детского населения имеют статус ребенка-инвалида. Основными причинами инвалидности у детей являются врожденные и наследственные заболевания, хромосомные болезни, болезни внутриутробного и перинатального периодов.

Среди причин детской инвалидности по обусловившему ее заболеванию первое ранговое место принадлежит болезням нервной системы и органов чувств, причем в эту группу болезней входит ДЦП, распространенность которого составляет 19,4 на 10000 детей от 0 до 14 лет включительно.

Второе место принадлежит психическим расстройствам, более 80% которых составляет умственная отсталость. Третье — врожденным аномалиям развития. Эти три класса заболеваний определяют структуру причин детской инвалидности, составляя в ней около 70%. Анализ возрастной структуры распространенности детской инвалидности от наиболее значимых заболеваний, обусловивших ее возникновение, показал, что в возрасте 0-4 года наиболее значимым классом болезней являются состояния, возникающие в перинатальном периоде, которые в других возрастных группах не оказывают инвалидизации.

Профилактика инвалидности у детей не может рассматриваться изолированно. Она является важной составляющей в общей системе профилактики болезней детского возраста и состоит из нескольких уровней.

Первый уровень — система мер охраны здоровья здорового человека, второй — раннее выявление заболеваний, предупреждение их рецидивов, прогрессирования патологического процесса, предупреждение осложнений; и третий — предупреждение непосредственно инвалидизации ребенка.

Профилактика детской инвалидности в Республике Татарстан проводится согласно республиканской комплексной программы «Дети Татарстана» и подпрограмм «Основные направления охраны здоровья детей и подростков в Республике Татарстан», «Дети-инвалиды», «Безопасное материнство».

Ключевыми разделами работы по профилактике детской инвалидности, увеличения степени инвалидизации явились охрана плода новорожденного, а также медицинская реабилитация детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов на этапах внебольничной и больничной помощи, включая специализированную.

Впервые в 2001 году в число детей-инвалидов были включены подростки 16-17 лет включительно и общее число инвалидов-детей и подростков от 0 до 17 лет в Республике Татарстан составило 17 173, а уровень инвалидности — 184,4, что ниже российского за 2001 год (189,3 на 10 000 детей соответствующего возраста). За 2002 год число инвалидов составило 17155, уровень инвалидности незначительно возрос — 190,6 на 10000 детей 0-17 лет. Уровень впервые выявленной инвалидности составил 23,4 на 10000 населения до 17 лет (в 2001 году — 21,8).

Ниже среднереспубликанского уровня детская инвалидность в г. Казани — 167,1 и Набережные Челны — 185,4, в Альметьевском — 177,4, Бугульминском — 181,8, Лениногорском 156,5 районах; выше республиканского уровня этот показатель в районах: Сабинском — 292, 4, Нижнекамском (с г. Нижнекамск) — 233,8, Менделеевском — 239,4, Арском — 232,0, Кукморском — 228,0, Сармановском — 232,6 (на 10000 населения 0-17 лет включительно).

В структуре причин инвалидизации детей ведущими являются болезни нервной системы (41,9 на 10000 детей) и психические расстройства — (40,5), врожденные аномалии и пороки развития занимают третье место — (34,0), уменьшилась значимость новообразований, болезней крови, глаз, уха, системы кровообращения, органов дыхания, инфекционных болезней. Основными нарушениями состояния здоровья детей-инвалидов являются висцеральные и метаболические нарушения — (23,7%), двигательные — (23,5%), умственные — (20,7%).

Психические расстройства за год возросли на 12,8%, болезни эндокринной системы — 6,4%, заболевания нервной системы — на 3,5%, врожденные аномалии на 3,0%.

Профилактика детской инвалидности в Республике Татарстан осуществляется по 4 основным направлениям: антенатальная охрана плода, интранатальная помощь, медицинское обеспечение новорожденных, детская реабилитация на этапах внебольничной и больничной помощи, включая специализированную помощь.

В антенатальной охране плода в последние годы сделан особый акцент на проведение преконцепционной профилактики и социальной поддержки беременных. С этой целью принято постановление Кабинета Министров Республики Татарстан № 603 от 03.09.2001 г. «О дополнительных мерах по обеспечению безопасного материнства». В Республике внедрен двух кратный скрининг беременных, а с 2002 г. начато трех кратное обследование будущих матерей — (охват 40%).

Ежегодно расширяется спектр инвазивных диагностических процедур (амниоцентез, кордоцентез, плацентез, биопсия ворсин хориона), за 5 лет их число возросло более чем в 10 раз и в 23% случаев была выявлена тяжелая патология роста и развития плода. В итоге число прерываний беременности по показаниям со стороны плода возросло в 4 раза, всего выполнено около 1500 прерываний беременности (в том числе в 2002 г. — 347).

Неонатальным скринингом в 2002 г. охвачено более 98% новорожденных и выявлены 10 детей с врожденным гипотиреозом и 2 — с фенилкетонурией.

На этапе внебольничной помощи реабилитационные мероприятия и восстановительное лечение детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов осуществляются в отделениях восстановительного лечения детских поликлиник, реабилитационных центрах системы здравоохранения и социальной защиты, в домах ребенка, специализированных детских образовательных учреждениях (группах), на базе местных санаториев.

Впервые в системе здравоохранения республики в 2002г. организована ранняя реабилитация развития детей на базе

отделения нейрореабилитации детей раннего возраста детской больницы №8 г. Казани. Эта методика внедрена и в программу реабилитации воспитанников специализированного дома ребенка № 2 г. Казани.

Эффективность реабилитации в условиях внебольничной помощи составляет около 80%. Среди воспитанников домов ребенка за 2000-2002 гг. усыновлены 292 ребенка, в том числе российскими гражданами — 103.

В условиях стационарной помощи детская реабилитация представлена оперативной коррекцией и консервативным лечением, выполняемыми в детских центрах в гг. Набережные Челны, Нижнекамск, Лениногорск, Альметьевск и на базе профильных отделений Детской республиканской клинической больницы, где сконцентрирована высококвалифицированная специализированная помощь этой группе детей, начиная с периода новорожденности. За 2002 г. здесь по поводу врожденных пороков развития были прооперированны 656 детей, причем 44% составили дети с пороками развития почек и мочевыводящих путей, 34% — пороками сердца и сосудов.

В целом в Республике Татарстан за последние 5 лет смертность новорожденных снизилась с 10,1 до 7,7 на 1000 родившихся (на 23,8%), а в структуре причин младенческой смертности уменьшилось влияние врожденных пороков развития (4,8 — в 1998 г; 2,5 — за 2002 г. на 1000 родившихся), что во многом определило снижение уровня смерти детей на первом году жизни (1998 — 15,3; 2002 г. — 11,9 на 1000 родившихся).

Наряду с продолжением принятия мер по профилактике детской инвалидности перед Министерством здравоохранения РТ стоят следующие задачи:

- оздоровление и медицинская реабилитация всех детей с отклонениями в состоянии здоровья, выявленных в ходе проведенной в 2002 году Всероссийской диспансеризации детского населения;

- отработка в учреждениях здравоохранения преемственности в работе по реализации программ реабилитации детей-инвалидов;

— внедрение программ ранней реабилитации развития детей в лечебно-профилактических учреждениях республики;

— внедрение трехкратного ультразвукового скрининга беременных;

— завершение оснащения лаборатории молекулярной генетики медико-генетической консультации РКБ;

— обеспечение внедрения новых технологий хирургической коррекции врожденных пороков развития нервной системы у детей, начиная с периода новорожденности.

Таким образом, принимая во внимание распространенность инвалидности и структуру ее причин, наиболее значимыми являются следующие меры профилактики детской инвалидности:

— дальнейшее развитие антенатальной и перинатальной помощи, основанное на внедрении высокотехнологичных ее видов;

— внедрение скринирующих программ в тех возрастных периодах, которые являются критическими для развития той или иной патологии;

— дальнейшее развитие и внедрение профилактических и лечебных технологий, направленных на предотвращение хронизации патологического процесса;

— целенаправленное формирование реабилитационной службы с предпочтительным развитием реабилитационных учреждений многопрофильного типа, ориентированных на использование комплексных методов реабилитации;

— разработка интегративных реабилитационных подходов, учитывающих особенности не только основного инвалидизирующего заболевания, но и усугубляющего его соматического недуга.

Профилактика детской инвалидности доступна и экономически выгодна

*Буханова Нина Федоровна —
заместитель председателя Нижнекамского
объединенного Совета народных депутатов,
директор РЦ «Надежда»,
руководитель проекта.*

Анализ мировой, российской статистики показывает, что масштабность проблем инвалидов и необходимость их приоритетного решения обусловлены устойчивой тенденцией к увеличению доли инвалидов в структуре населения. По оценкам экспертов ООН инвалиды составляют в среднем 10% населения. В России отмечается увеличение как абсолютного, так и относительного показателей инвалидности, что происходит на фоне уменьшения численности населения страны и ее отдельных регионов, увеличения заболеваемости и смертности. Неуклонно увеличивается число детей-инвалидов.

Поэтому целью реализации проекта явилась теоретически, да и практически (а может и в обратной последовательности) обоснованная необходимость профилактики детской инвалидности, снижения ее степени без привлечения больших дополнительных финансовых затрат. Основа — изменение организационной структуры взаимодействия, разноместных структур.

Анализ (в том числе российской статистики) показывает, что число детей с недостатками развития и неблагоприятным состоянием здоровья среди новорожденных составляет 85%, из них 30% нуждаются в реабилитации; у 30–40% детей старшего дошкольного возраста отмечаются очевидные расстройства нервно-психической сферы; среди детей, поступающих в школу, свыше 60% относятся к «группе риска» и т.д.

Ежемесячно в роддоме г. Нижнекамска в среднем рождается 150–160 детей, из них от 82% до 89% с группой риска по неврологической патологии. Уже в роддоме от 62 до 68% родившихся детей имеют те или иные проявления по-

ражения центральной и периферической нервной системы и требуют дальнейшего наблюдения невролога.

Но лишь 40–60% из этих детей имеют повторные консультации районного невролога и возможность получить курс реабилитации в виду большой очередности к специалистам.

Неонатологи роддома считают, что причиной такого большого количества детей с патологией является нездоровье матерей, в том числе хроническая гипоксия (кислородная недостаточность) плода из-за низкого гемоглобина беременных (у 96,9 % детей обследованных в РЦ «Надежда»). В результате происходит задержка развития внутренних органов, в том числе мозга ребенка.

Раньше (в конце 80-х начале 90-х годов) в г. Нижнекамске женщины получали бесплатно препараты железа и витамины, в результате гемоглобин у беременных держался на нормальных цифрах и только 7–8% беременных имели анемию средней и тяжелой степени. В структуре детской инвалидности на I месте были висцеральные нарушения, то есть соматическая патология, на II месте — двигательные, на III месте — умственные.

Сегодня бесплатно обеспечиваются препаратами железа и витаминами только беременные женщины из малообеспеченных и многодетных семей, и то нерегулярно из-за отсутствия стабильного финансирования. Назначение препаратов производится всем беременным, но не все приобретают их либо из-за непонимания важности назначения, либо из-за отсутствия денег, тогда как на профилактический и лечебный курс достаточно 150 рублей, на 2 курса в течение беременности — 300 рублей.

На «кесарево сечение» (каждая восьмая беременная) идут женщины в основном по причине слабости потуг и опять же гипоксии плода. Слабость потуг обусловлена слабой физической подготовкой к родам. Беременные ведут малоподвижный образ жизни и имеют (до 70% из них) экстрагенитальную патологию (патология внутренних и других органов), которая ведет к слабости мускулатуры. Нельзя забывать, что состояние здоровья новорожденных во многом зависит и от состояния здоровья мужчин.

Хронические заболевания — заболевания, передающиеся половым путем у мужчин и женщин дают врожденную патологию, внутриутробные инфекции, гипоксические состояния у детей. Более того, информации по здоровью передаются на генном уровне. Эти изменения возникли в результате воздействия вредных факторов окружающей среды (в г. Нижнекамске вредные выбросы составляют 85000 тонн в год).

В то же время организацию оздоровления подростков, юношества в целом нельзя считать удовлетворительной. Эта тема требует серьезного изучения и принятия действенных неотложных мер. Ибо проблема здоровья юношей — это не только готовность к Армии, но и, что более на наш взгляд важно, то, что «от худого семени не жди доброго племени».

Возникла серьезнейшая проблема: воспитание у молодых ответственности за здоровье их будущих детей. Мы продолжаем настойчиво предлагать массовое информирование молодежи как о норме, так и о патологии детей раннего возраста (учащихся старших классов, ПТУ, колледжей, студентов институтов).

Особое значение приобретает значимость этой работы на фоне анализа структуры детской инвалидности:

І. По главному нарушению жизнедеятельности

	Республика Татарстан	г. Нижнекамск, Нижнекамский район
I место	Висцеральные и метаболические нарушения — 23,7%	Умственные нарушения — 26,1%
II место	Двигательные нарушения — 23,5%	Двигательные нарушения — 25,1%
III место	Умственные нарушения — 20,7%	Висцеральные и метаболические нарушения — 22,4% (соматическая патология)
IV место	Зрительные нарушения — 10,1%	

**II. Структура детской инвалидности
по ведущему ограничению жизнедеятельности**

	Республика Татарстан	г. Нижнекамск, Нижнекамский район
I место	Не могут адекватно вести себя — 32,2%	Неумение вести себя — 30,4%
II место	Не могут передвигаться — 28,9%	Неумение передвигаться — 28,7%
III место	Не могут общаться с окружающими — 22,4%	Неумение обращаться окружающими — 28,4%

**III. Структура детской инвалидности
по ведущему заболеванию**

I место	Заболевания нервной системы — 22%	Психические заболевания — 27,0%
II место	Психические заболевания — 21,2%	Заболевания нервной системы — 19,9%
III место	Врожденные заболевания — 17,8%	Врожденные заболевания — 18,7%

При этом, как показывает анализ, только 3% детей-инвалидов — это дети в возрасте до 7 лет (вопрос об инвалидности возникает только при решении обучаемости в условиях массовых школ — общеобразовательной или коррекционной). Тогда как теоретически и из опыта РЦ «Надежда» следует — чем раньше начата реабилитация (после законного установления инвалидности) — тем выше результат (степень реабилитации).

В результате реализации Проекта разработаны и тиражированы «нормы» и «отклонения» развития детей раннего возраста.

Особо необходимо отметить следующее: степень тяжести, или выраженности отклонений в психофизическом развитии детей различна: от неярко выраженных (стертых, латентных с микросимптоматической, с девиантным поведением и пр.) до выраженных и тяжелых случаев (умственной отсталости, речевой патологии, серьезных нарушений опорно-двигательного аппарата, слуха, зрения, их сочетаний) вплоть до инвалидности.

Причины, приведшие к увеличению числа детей с отклонением в психофизическом развитии, общеизвестны. Они предопределены реалиями современной жизни и являются следствием, как уже выше сказано, неблагоприятия экологического, демографического, экономического и социально-бытового характера.

Ученые считают также, что одной из важнейших причин следует считать также отсутствие необходимой, своевременной и квалифицированной помощи детям со стороны разных специалистов на уровне раннего распознавания (выявления) недостатков развития, их дифференцированного диагностирования и консультирования родителей, а также лечебно-оздоровительной и коррекционной психолого-педагогической помощи.

Обращает на себя внимание почти полная беспомощность и недостаточная подготовленность к коррекционно-педагогической работе педагогов. Особо важным для коррекционно-педагогической работы является умение видеть и понимать возрастные закономерности и отклонения в психическом развитии детей: умственном, речевом, слуховом, зрительном, эмоционально-двигательном и социально-личностном. В связи с этим необходимо уметь оценивать и результаты педагогической работы с ребенком по уровню сформированности у них знаний, умений, навыков и личностных качеств.

Поэтому представляется, что в систему взаимодействия должны входить следующие структуры: женская консультация — детская больница (отделение патологии новорожденных), поликлиника — и далее либо особая работа узких специалистов, либо, в случае серьезной психоневрологической патологии — РЦ «Надежда».

Специально организованным этапом взаимодействия представляется целенаправленная работа ДОУ (дошкольных образовательных учреждений) по адаптации, индивидуальному подходу к обучению и воспитанию детей с отклонениями в развитии (умственном, физическом).

Главным организующим звеном должен явиться кабинет здорового ребенка детской поликлиники. Именно здесь родители должны получить ответы на вопросы:

— нормы возрастного развития ребенка:

а) по месяцам — до 1 года;

б) по годам — 1–3 года;

— где можно получить помощь, если развитие их ребенка отличается от нормы развития.

Для решения этой проблемы необходимо, чтобы в кабинетах здорового ребенка работали специалисты с высшим педагогическим (дефектологи, логопеды) образованием, сотрудничали специалисты ДОУ.

Особое место во взаимодействии в работе с находящейся в трудной жизненной ситуации семей занимает центр помощи семье и детям. Именно этот центр должен обеспечить до рождения и после рождения ребенка психологическую (возможно материальную) поддержку нуждающимся в этом женщинам. Как показывает анализ, процент таких семей достаточно высок, поэтому включенным в систему взаимодействия государственным структурам следует вести учет семей по степени риска.

Опыт работы РЦ «Надежда» показывает, что интенсивный курс (2–3 курса в первый год жизни) дает реальную возможность до 80% имеющим угрозу инвалидности и получившим специализированную помощь избежать инвалидности. А это значит, что условно экономятся затраты государства на выплаты возможных пенсий по инвалидности ребенка, оказание предусмотренных льгот.

Таким образом, экономически более выгодны мероприятия предупреждающие инвалидность, снижающие ее степень.

В свою очередь, ранняя профилактика детской инвалидности возможна на фоне формирования общественного мнения о повышении ответственности за будущее поколение, начиная со старших классов средней школы, других средних и высших образовательных учреждений.

Анализ, исследования проведенные в процессе реализации проекта приводят к выводу необходимости реализации практического взаимодействия государственных структур, семьи и общественности в определенной системе (Приложение №1).

О совместной работе РЦ «Надежда» и лечебно-профилактических учреждений города по реализации проекта «Повышение роли государственных структур, семьи и общественности в ранней профилактике детской инвалидности»

*Пироженкова Татьяна Александровна —
заместитель директора РЦ «Надежда»
по медицинской части,*

*Чернова Людмила Борисовна —
главный специалист*

*Управления здравоохранения
Нижнекамского района и г. Нижнекамска*

Проблема инвалидизации детей является одной из актуальных, решение ее требует безотлагательного комплекса мер, направленных на улучшение уровня здоровья, качества психолого-педагогических и медицинских мероприятий, обеспечивающих высокую социальную адаптацию детей с ограниченными возможностями. Инвалидность в детском возрасте является показателем, характеризующим наряду с младенческой смертностью состояние здоровья детского населения.

На сегодня в городе Нижнекамске и районе проживают 68 тысяч детей до 18 лет, из них 1591 ребенок являются инвалидами. Уровень инвалидизации составляет 234,2 на 10 тысяч детей в структуре детской инвалидности на I месте стоят психические заболевания (27%), на II месте заболевания нервной системы 19,9%, на III месте врожденные заболевания — 18,7%.

За 5 лет уровень инвалидизации среди детей вырос с 203,2 до 234,2 на 10000 детей.

Большая работа по профилактике детской инвалидности, реабилитации детей-инвалидов проводится в стационаре детской городской больницы, отделениях восстановительного лечения в детских поликлиниках, детском терапевтическом санатории, родильном доме и женской консультации, психоневрологическом диспансере, специализированных дошкольных образовательных учреждениях. Но веду-

щая роль в реабилитации детей-инвалидов с психоневрологической патологией в нашем городе принадлежит реабилитационному центру «Надежда».

Ежегодно в центре амбулаторно получают лечение около 500 детей имеющих заболевания нервной системы и угрожаемых по развитию этой патологии.

За годы существования центра сложилась достаточно стройная система взаимоотношений между лечебно-профилактическими учреждениями города и РЦ «Надежда» в обслуживании детей, имеющих нервно-психические расстройства и поражение опорно-двигательного аппарата.

Все дети с неврологическими проявлениями и из группы риска по развитию заболеваний центральной нервной системы из роддома передаются под наблюдение врача невролога межрайонного неонатального центра детской городской больницы или врачей-неврологов детских поликлиник, где на них составляется индивидуальный план комплекса реабилитационных мероприятий. Наиболее тяжелые дети и угрожаемые по развитию инвалидности уже с месячного возраста направляются к специалистам центра «Надежда» на лечение в амбулаторных условиях, в дальнейшем, как возможные кандидаты, на стационарное пребывание в центре.

В центре после осмотра и при необходимости дополнительных обследований, назначается время лечения и определяется объем медицинской и педагогической реабилитации. В комплекс входит медикаментозное, аппаратное физиотерапевтическое лечение, массаж, лечебная физкультура, Войта-терапия, для более старших детей — механотерапия и занятия в кабинете биологической обратной связи, занятия в комнате сенсорного развития, индивидуальные занятия с логопедом, дефектологом, психологом. В «Школе родителей» мамы и папы обучаются элементам массажа, лечебной гимнастики, Войта-терапии, методам и приемам педагогической реабилитации.

За 9 месяцев 2003 года в амбулаторных условиях комплекс реабилитационных мероприятий получили 296 детей, из них 173 ребенка (58%) в возрасте до 3-х лет (в том числе до 1 года — 109 детей, оформлена инвалидность на первом году жизни — 33 детям).

Необходимость раннего лечения обусловлена большой пластичностью нервных структур и способностью к большей адаптации в первые годы жизни ребенка.

Неблагоприятный дородовой и родовой анамнез, неврологическая симптоматика после рождения, первые признаки отставания возрастного формирования психомоторных функций являются основанием для отнесения ребенка к группе риска по развитию патологии центральной нервной системы. Таким детям следует как можно раньше проводить целенаправленную тренировку возрастных навыков, не ожидая появления первых угрожаемых симптомов и синдромов.

К сожалению, опыт показывает, что молодые мамы не знают возрастных норм и не видят, а порой и не хотят видеть имеющихся отклонений в развитии ребенка и зачастую достаточно поздно обращаются за помощью к специалистам поликлиник, или эти отклонения обнаруживает невролог при осмотрах в декретированные сроки (как правило в 1 год).

Заручившись поддержкой руководителей медицинских учреждений города, специалисты центра выступили с инициативой участия в Республиканском конкурсе «Общественная инициатива-2002» с проектом «Повышение роли государственных структур, семьи и общественности в ранней профилактике детской инвалидности». Главной целью проекта стало создание целостной системы ранней диагностики и ранней коррекционной помощи детям группы риска по психоневрологической патологии.

Для повышения знаний участковых врачей, врачей-неврологов и других специалистов детских поликлиник, отделений детской городской больницы и центра на средства Гранта на базе РЦ «Надежда» был организован 2-х недельный выездной цикл Казанской медицинской академии постдипломного образования.

Сотрудники кафедры детской неврологии под руководством заведующего кафедры В.Ф. Прусакова проводили практические занятия и читали лекции, посвященные актуальным вопросам детской неврологии, в том числе ранней диагностике и ранней реабилитации в детском возрасте. Обучение прошли 47 человек, 30 из них получили документ установленного образца.

За последние годы в Нижнекамском роддоме ежегодно рождаются в среднем 2500–2700 детей. За отчетный период реализации проекта (с ноября 2002г. по июль 2003 г.) родилось 2029 детей. Все новорожденные были тщательно дополнительно обследованы с привлечением педиатров и неврологов детских поликлиник с целью выявления минимальных неврологических симптомов. Выяснилось, что около 85% детей выписываются из роддома с неврологической патологией разной степени тяжести. Из них 22,2% (451 ребенок) имели выраженную неврологическую патологию и нуждались в детальном обследовании, регулярном наблюдении и длительном лечении. Все дети этой группы были переведены в неонатальный центр детской городской больницы. После выписки из стационара все дети остались под наблюдением невролога в кабинете диспансеризации для детей с неврологической патологией, организованном при отделении патологии новорожденных детской городской больницы. Дети с более тяжелой неврологической патологией направлялись как и в предыдущие годы, для проведения комплекса реабилитационных мероприятий в РЦ «Надежда». Остальные дети этой группы проходили лечение в детских поликлиниках. За 9 месяцев работы в условиях проекта в РЦ «Надежда» были направлены 135 детей в возрасте от 1 месяца до года жизни для проведения реабилитации в амбулаторных условиях.

1273 ребенка (62,8%) после выписки из роддома были переданы под наблюдения участкового педиатра с рекомендацией проведения обязательной консультации детского врача в возрасте 1 месяц. Рост неврологической патологии у новорожденных и детей раннего возраста в последние годы убедил руководителей детских ЛПУ ввести дополнительные должности за счет общей численности детских неврологов. Неврологическая помощь детям стала доступнее и возможность осмотра детей неврологом в возрасте 1 месяца стала реальностью.

86% детей из группы «риска» по неврологии были осмотрены неврологом в месячном возрасте, из них было назначено лечение, которое в зависимости от симптоматики варьировало от рекомендаций до назначения 2–3 лекар-

ственных препаратов; ЛФК, массажа на срок от 2-3 месяцев до полугода. На этом этапе значительно возросла роль кабинета для выполнения рекомендаций по оздоровлению детей.

В начале 90-х годов, когда произошло резкое сокращение штатных единиц в лечебно-профилактических учреждениях республики из-за недостатка финансовых средств, кабинеты здорового ребенка ликвидировали. Но жизнь показала, что данные кабинеты выполняли никем невосполнимую организационно-методическую работу по воспитанию здорового ребенка. В последние годы педиатры постоянно чувствовали отсутствие помощи специалистов кабинета, неоднократно поднимали вопрос о необходимости возрождения данной службы. В августе 2002 г. в план реализации проекта был включен целый ряд мероприятий по работе с родителями именно в кабинетах здорового ребенка детских поликлиник. 14.02.03г. вышел приказ МЗ РТ «Об организации работы кабинета здорового ребенка». В настоящее время кабинеты функционируют в детских поликлиниках города, в детской поликлинике Камско-Полянской городской больницы.

С целью выполнения задач по реализации проекта в кабинеты здорового ребенка центром «Надежда» была передана необходимая методическая литература с диагностическими материалами, таблицами, материалами Монтессори и развивающими игрушками. Ежедневно в кабинетах вели прием специалисты из центра «Надежда» (логопед, дефектолог, психолог).

Работа в течение года по реализации проекта показала высокую потребность кабинетов в специалистах с высшим образованием: педиатров, логопедов, методистов по дошкольному воспитанию, которые могли бы дать исчерпывающую информацию по подготовке детей в дошкольные учреждения, по нервно-психическому развитию детей раннего и дошкольного возраста, не посещающих образовательные дошкольные учреждения и обучить родителей методам ранней коррекционной помощи: медицинской, педагогической, психологической при появлении у ребенка симптомов заболевания нервной системы.

В рамках проекта специалисты кабинетов здорового ребенка прошли дополнительную подготовку на базе РЦ «Надежда» по Войтга-терапии, массажу, другим приемам педагогической реабилитации. В медико-психолого-педагогической реабилитации наряду с лечебными приемами широко использовались развивающие игрушки, пособия, которым обучал родителей дефектолог.

Необходимо отметить, что в приобретении игрушек и игр в кабинетах здорового ребенка огромную помощь оказали торговые организации. В кабинетах оформлены стенды с информацией о местах возможного приобретения развивающих игрушек, игр, пособий и получения рекомендаций по их применению.

В целях повышения эффективности работы в ходе реализации проекта проводилось анкетирование среди беременных в женской консультации, среди родильниц в родильном доме и молодых мам в кабинетах здорового ребенка в детских поликлиниках. 82,9% опрошенных были в возрасте от 20 до 30 лет, из них около 60% ждали или имели первого ребенка в семье. На вопрос: «Что вы знаете о развитии ребенка первого года жизни?» 68% ответили, что они информированы полностью. 97,9% женщин, несмотря на отклонения в состоянии собственного здоровья, наличие у них острых и хронических заболеваний и нарушений в течение беременности и родов, ориентированы на рождение здорового ребенка.

Наиболее частыми трудностями на первом году жизни молодые родители считали нарушения в физическом состоянии здоровья: отставания в весе, росте, проблемы вскармливания, появления острых заболеваний: диатез, боли в животе, нарушение стула, прорезывание зубов. Только одну маму из всех, прошедших анкетирование, беспокоило нервно-психическое развитие ребенка и его умственные способности в дальнейшем.

На вопрос: «Из каких источников они черпают и будут получать информацию о развитии ребенка и уходе за ним?» 81% женщин ответили, что они доверяют врачу. Специальную литературу читают 1/3 молодых родителей, советуются с соседями и своими родителями половина опрошенных.

Таким образом, у основной массы родителей нет настороженности появления у ребенка нервно-психического заболевания, они, зачастую, не видят первых симптомов развития заболевания нервной системы и не предъявляют жалобы участковому педиатру для своевременного направления их ребенка к специалисту. Согласно нормативов на приеме у участкового врача ребенок находится всего 12 минут. За это время врач должен измерить вес, рост, осмотреть ребенка, оценить его состояние и дать рекомендации. Вместе с тем основное время своей жизни ребенок проводит с мамой и папой, которые могут раньше и лучше, чем иной специалист, распознать те или иные отклонения в развитии ребенка, но для этого они должны иметь знания о среднестатистических нормах развития здоровых детей. С этой целью специалисты центра «Надежда» в ходе работы над проектом разработали методические рекомендации для молодых родителей «Возрастные нормы нейропсихического развития ребенка»:

- от 0 до 1 года
- с 1 до 2 лет
- с 2 до 3 лет

и «Руководство для родителей, имеющих новорожденных детей с физическими недостатками» (Приложение № 3). Материалы родители получали в кабинетах здорового ребенка поликлиник.

В этих рекомендациях описаны этапы развития грудного ребенка, подробно отражены основные навыки и умения, которыми должен обладать малыш в различные периоды этого самого важного первого года жизни человека.

Родители могли сравнить развитие их собственного ребенка по месяцам с тем, что представлено как норма развития. Все это помогает родителям своевременно обратиться к врачу, если у ребенка отмечаются признаки отставания в физическом, психическом, двигательном или эмоциональном развитии. Ведь рано начатое лечение всегда оказывается более эффективным и значительно улучшает прогноз.

В своей работе специалисты РЦ «Надежда» опирались на уникальный опыт немецкого детского врача и педагога Теодора Хельбрюгге, автора необычной, нетрадиционной кон-

цепции медико-социально-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями. Необычность ее в том, что центр тяжести ранней терапевтической помощи переносится в родильный дом. Специалисты (педиатры, неврологи, дефектологи) осуществляют подробную и многопрофильную диагностику, составляют индивидуальный план реабилитации, который далее отрабатывается с родителями и продолжается дома.

Курсы реабилитации, как правило, дети проходят амбулаторно в условиях поликлиник или РЦ «Надежда». Но если у родителей возникали трудности понимания предложенной программы или правильного ее выполнения, ребенка с родителями помещали в стационар или принимали на лечение с мамой в условиях РЦ «Надежда», чтобы в спокойной обстановке практически показать как необходимо заниматься решением проблем ребенка комплексно.

В «Школе родителей» центра опытные врачи, дефектологи, массажисты, инструкторы обучали маму самым необходимым реабилитационным приемам, методам, давали исчерпывающую информацию о сути дефекта и его преодоления, в свою очередь социальные работники контролировали выполнение всех рекомендаций в домашних условиях и назначение повторных консультаций и медико-педагогических реабилитационных курсов.

Анализ работы с детьми раннего возраста в рамках проекта показал высокую ее эффективность.

В процессе работы также выработаны «Рекомендации по повышению уровня взаимодействия различных структур в целях ранней профилактики детской инвалидности» (Приложение №2), реализация которых должна значительно способствовать снижению детской инвалидности.

ВЫВОДЫ:

1. В результате реализации проекта отработана целостная система в организации помощи семье ребенка, родившегося с отклонением в развитии и состоянии здоровья:

— преемственность в работе женской консультации, роддома, неонатального центра, специалистов детских поликлиник и РЦ «Надежда», детского сада, разработана схема ежемесячных отчетов лечебно-профилактических учреждений;

— работа с семьей на педиатрических участках, в кабинетах здорового ребенка, лекториях и школах родителей в поликлиниках и РЦ «Надежда», в кабинете дородового воспитания «Санотал»;

— обеспечение родителей специальной литературой по уходу, воспитанию и коррекции детей с отклонениями в развитии.

2. Целенаправленно улучшена материально-техническая методическая база РЦ «Надежда» и кабинетов здорового ребенка детских поликлиник.

3. Получили повышение квалификации 47 специалистов, непосредственно работающих с детьми раннего возраста: заведующие отделениями ДГБ, ординаторы отделения патологии новорожденных, детского отделения роддома, главный педиатр района, неврологи детских поликлиник и специалисты РЦ «Надежда»: неврологи, ортопед, психиатр, массажисты, инструкторы ЛФК, 30 из них получили соответствующие удостоверения.

4. Отдельно на базе РЦ «Надежда» по специальной программе, отражающей специфику работы с детьми, имеющих отклонения в состоянии здоровья, обучены медицинские работники кабинетов здорового ребенка детских поликлиник. Ими изучены методики ранней диагностики и методы функциональной диагностики развития и реабилитации больных детей раннего возраста.

5. Все специалисты, работающие с детьми раннего возраста, обеспечены диагностическими материалами и методической литературой.

6. К проблеме диагностики и реабилитации детей раннего возраста привлечено внимание средств массовой инфор-

мации, которые регулярно освещали в прессе, на радио и телевидении ход реализации проекта, а также торговые организации, которые организовали закупку и продажу развивающих пособий, игрушек, игр и специальной литературы.

7. Проведено анкетирование родителей, которое помогло выявить узкие места в работе государственных структур с детьми раннего возраста.

8. Выяснилось, что кроме осмотра в декретированные возраста (1 год, 5 лет, 6 лет) имеется крайняя необходимость организации осмотров детей на 2-3 месяце жизни врачами-неврологами.

9. Активизация работы кабинета здорового ребенка помогла понять крайнюю необходимость привлечения к работе в них специалистов с высшим педагогическим и медицинским образованием из дошкольных образовательных учреждений и самих детских лечебно-профилактических учреждений.

10. Целенаправленная работа женской консультации, роддома помогла убедить двух мам не оставлять детей, имеющих неврологическую патологию и врожденные дефекты, в отделении патологии новорожденных ДГБ, так как у них появилась уверенность, что они не одиноки в борьбе за своего ребенка и надежда на помощь.

Педагогические аспекты в работе по реализации проекта: «Повышение роли государственных структур, семьи и общественности в ранней профилактике детской инвалидности»

*Мильчакова Елена Александровна —
дефектолог РЦ «Надежда»*

В целях реализации проекта: «Повышение роли государственных структур, семьи и общественности в ранней профилактике детской инвалидности» было принято решение о работе дефектолога реабилитационного центра «Надежда» в женской консультации и детских поликлиниках.

Работа по организации кабинетов здорового ребенка в детских поликлиниках города была начата в январе 2003 года. (Соответствующий приказ министра здравоохранения вышел в феврале 2003 г.)

Основными задачами кабинетов здорового ребенка были определены: профилактическая работа с детьми и санитарно-просветительская работа с родителями, обучение их не только особенностям воспитания и взаимодействия со здоровыми детьми раннего возраста, а также с детьми, имеющими отклонения и нарушения в развитии. Для решения этих задач требовались не только медицинские знания, но и педагогические. Поэтому остро встала проблема подготовки кадров для работы с семьей в кабинетах здорового ребенка, обеспечение всех специалистов единым методическим материалом, на основе которого будет проводиться диагностика детей и планирование коррекционной работы с ними. А также вопросы оснащения вновь созданных кабинетов дидактическими и развивающими литературой и пособиями.

Для решения этих задач специалисты Реабилитационного центра «Надежда»: заместитель директора по медицинской части и исполнительный директор данного проекта Пироженкова Т.А., заведующая диагностическим отделением, врач-невропатолог Галеева В.И., руководитель рабочей группы по реализации этого проекта, дефектолог Мильчакова Е.А., дефектолог диагностического отделения Береж-

ная Н.А на основе современных методик ранней диагностики и коррекции детей с ограниченными возможностями разработали «Возрастные нормы нервно-психического развития детей первого года жизни» (по материалам книги Теодора Хелльбрюгге «Первые 365 дней из жизни ребенка»). По основным направлениям: перцептивное, речевое развитие, общие движения, движения рук, тем самым был определен единый инструмент для оценки состояния и качества здоровья детей раннего возраста.

По материалам книг Ю.А. Разенковой «Игры с детьми младенческого возраста», О.Жуковой «Как вырастить умного ребенка», А. Гирасимовой, В. Кузнецовой «Школа раннего развития от рождения до трех лет», В.В.Кантан «Как вырастить вундеркинда», Л.Н. Павловой, Э.Г. Пилюгиной, Е.Б. Волосовой «Раннее детство: познавательное развитие», Л. Ивановой «Я — мама», А.М. Казьмина, Л.В. Казьминой «Дневник развития ребенка» дефектологом РЦ «Надежда» Мильчаковой Е.А. были разработаны и переданы в кабинеты здорового ребенка консультационные материалы для медицинских сестер и родителей «Особенности развития детей», где широко и доступно освещаются вопросы развития детей первого года жизни по периодам: 0–3 месяца, 3–6 месяца, 6–9 месяцев, 9–12 месяцев.

На средства гранта в детские поликлиники города для кабинетов здорового ребенка были приобретены методическая литература и дидактические пособия для детей первых лет жизни:

Ю.А. Разенкова «Игры с детьми младенческого возраста», Олеся Жукова «Как воспитать умного ребенка», А. Герасимова «Школа раннего развития», «Разговорчивые пальчики», из серии «Школа раннего развития» — «Первые уроки для детей от 0 до 6 месяцев», «Первые уроки для детей от 6 до 12 месяцев», «Первые уроки для детей от 1 года до 2 лет», пирамидки, матрешки, каталки, различные шнуровки, развивающие игры Никитина — «Сложи узор», «Уникуб» и другие.

В поликлинике при детской городской больнице кабинет здорового ребенка начал работать с 13 марта 2003 года ежедневно, кроме выходных, с 8 до 17 часов. Ежедневно

Фотографии к статье Мильчаковой Е.А. «Педагогические аспекты в работе по реализации проекта: «Повышение роли государственных структур, семьи и обществу в ранней профилактике детской инвалидности»



Рис. 1. Выставка рекомендуемых развивающих игр



Рис. 2. Игрушки для детей от рождения до 6 месяцев; от 6 месяцев до 1 года



Рис. 3. Игрушки для детей 1-2 лет

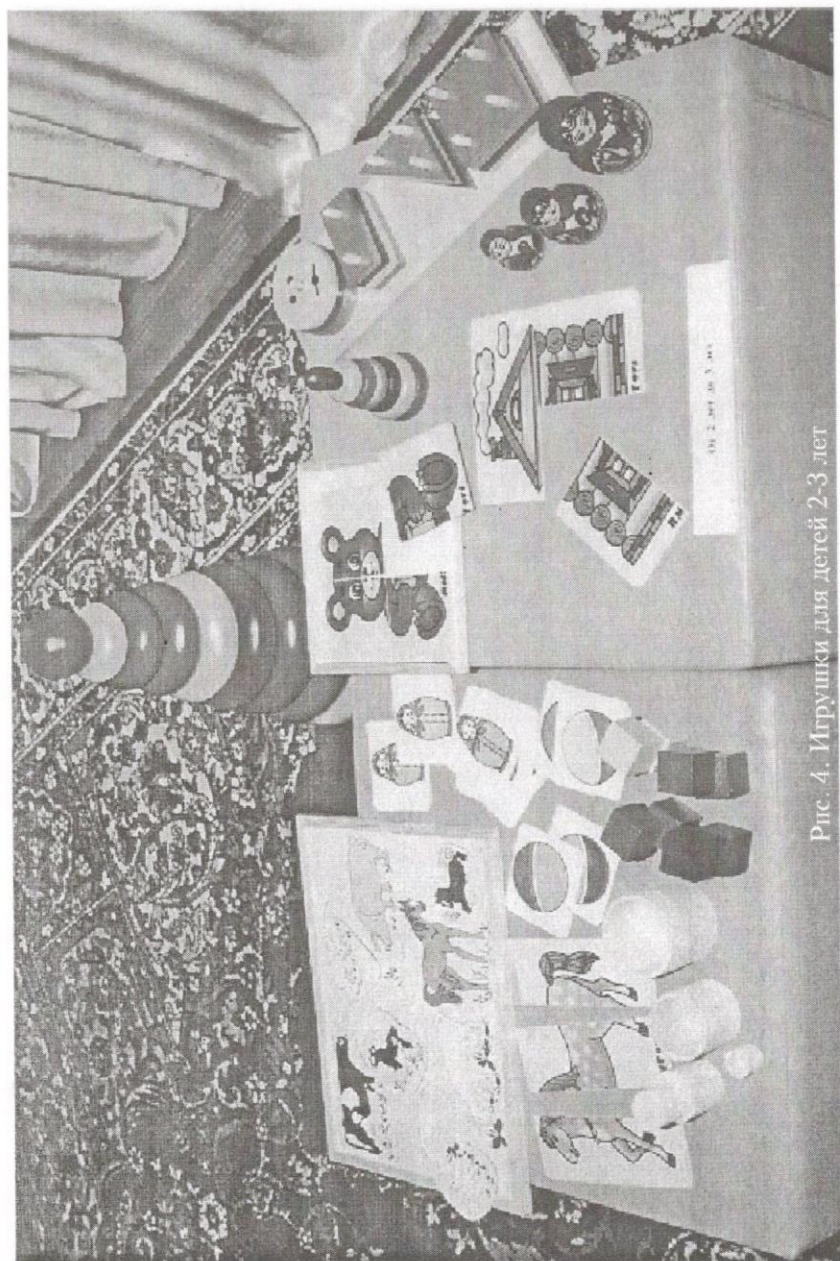


Рис. 4. Игрушки для детей 2-3 лет

по вторникам, с 10 до 12 часов, в работе кабинета принимал участие дефектолог РЦ «Надежда». В его работе с родителями использовались различные формы работы: индивидуальное первичное обследование и консультации для родителей; групповые занятия с детьми 3-4 месяцев, 6-7 месяцев по 4-6 человек, направленные на развитие эмоций, сенсорного восприятия, общих движений и мелкой моторики, по подготовке к овладению речью. А также 2 раза в месяц, по вторникам, проводились лекции для родителей, чьи дети впервые идут в детское дошкольное образовательное учреждение.

Непосредственная работа с родителями показала, что подавляющее большинство родителей, особенно имеющие первого ребенка, обладают крайне ограниченными представлениями, знаниями и навыками в вопросах воспитания и развития детей вообще, а особенно детей от 0 до 3-х лет жизни.

Приведу один случай. По направлению педиатра одна мамочка двухмесячного малыша (в семье он четвертый ребенок), посетила кабинет здорового ребенка. По настоятельному совету медицинских сестер этого кабинета она прочитала информацию об особенностях развития детей раннего возраста и расплакалась, оказалось, что она не знала, что ее ребенок в два месяца слышит, видит и практически готов к воспитанию и «обучению».

Если основные этапы физического созревания ребенка в норме (держание головы, сидение, стояние, ходьба) мамам и папам еще как-то знакомы, то о закономерной последовательности формирования зрительного и слухового анализаторов, о развитии мыслительной и речевой деятельности родители имеют самые примитивные представления. Анкетирование показало, что их в большей степени волнуют вопросы, связанные со здоровьем ребенка, а проблемы физического и умственного развития, вопросы воспитания и нарушения поведения остаются за пределами их внимания.

На приеме у дефектолога консультировались родители, дети которых в возрасте около 3-х лет (2 г. 10 мес.) еще очень плохо разговаривали или практически молчали. Эти дети чаще всего не посещают детский сад. Родители никуда не обращались с этой проблемой, думая, что все само собой нормализуется.

Статистика такова, что: 100% — новорожденных детей — это группа риска, из них 75-80% — детей имеют те или иные неврологические нарушения при выписке из роддома. Тогда как к воспитанию таких детей родители вообще не готовы, поскольку они практически ничего не знают об особенностях развития и поведения детей с отклонениями и нарушениями в развитии.

Сотрудники кабинетов здорового ребенка призваны помогать родителям не только адекватно оценивать состояние физического и психического здоровья своего малыша в соответствии с его возрастной нормой, но и научить конкретным приемам работы с детьми раннего возраста. Занятия специалистов направлены на развитие эмоций, зрительного и слухового восприятия, общих движений, мелкой моторики, на подготовку ребенка к овладению речью, предметной деятельностью.

Специалисты показывают простые и доступные каждому родителю игровые упражнения для всех возрастных периодов. Игры-занятия, способствующие развитию у ребенка всех познавательных процессов: внимание, восприятие, память, мышление, речь, не могут обходиться без развивающих игр и игрушек. Но, к сожалению, не все родители придают должное значение игрушке как основному источнику получения малышом первоначальных знаний об окружающем мире. Отдавая предпочтение вопросам общего состояния здоровья, многие взрослые воспринимают игрушки детей как что-то несерьезное и совсем не важное. Родители плохо представляют себе, что функциональная, полезная игрушка, соответствующая возрасту ребенка, поможет развить у него творческие и познавательные способности, совершенствовать двигательные навыки. Пирамидка, матрешка, кубики, различные конструкторы, шнуровки и другие развивающие игры научат маленького человечка быть сообразительным, любознательным, самостоятельным и умелым.

Следует однако учитывать, что игрушка может повлиять на формирующуюся личность и отрицательно: монстры и страшилки, непонятные существа и жуткие чудовища способствуют появлению у ребенка различных нарушений эмоционально-волевой сферы (эмоциональная неустойчивость, детские неврозы).

В настоящее время при наличии в торговой сети огромного изобилия различных игрушек, родителям самостоятельно, без помощи специалиста, трудно определиться в выборе наиболее правильной, подходящей для своего ребенка определенного возраста (0–3, 3–6, 6–9, 9–12 месяцев; 1–2, 2–3 года) игрушки, имеющей развивающую направленность. Мы рассчитываем, что подобранная дефектологами и приобретенная на средства Гранта игротека кабинетов здорового ребенка позволит родителям познакомиться с особенностями игрушек для детей раннего возраста и получить необходимую консультацию по их использованию.

В кабинете здорового ребенка проводится работа и по обучению родителей упражнениям общеукрепляющей гимнастики и массажа детей первого года жизни. Медицинские сестры помогают родителям определиться с индивидуальным выбором оптимального вскармливания ребенка грудного и младенческого возраста.

Одним из направлений профилактической работы было проведение дефектологом лекций для родителей, чьи дети впервые поступают в дошкольное образовательное учреждение. На лекции обсуждались вопросы физического (общие движения, мелкая моторика), психического (восприятие, внимание, память, мышление) и умственного (понимание речи, накопленные представления, закрепленные умения и навыки) развития детей второго и третьего года жизни. На конкретных примерах родителей знакомили с особенностями адаптационного периода ребенка при поступлении в детский сад. Родителям давались практические советы, которые помогут детям легче привыкнуть к условиям и требованиям жизни в детском коллективе. Считаем, что специалистам детских дошкольных учреждений необходимо продолжить эту работу.

Подводя первые итоги, приведем некоторые цифры. За прошедшие пять с половиной месяцев медицинскими сестрами этого кабинета было принято и проконсультировано 1100 детей. Из них на приеме и занятиях дефектолога побывало 112 детей, а на лекциях дефектолога для родителей, чьи дети впервые идут в детский сад — 464 человека.

Первоначальный анализ работы кабинета здорового ре-

бенка за прошедшие пять месяцев показывает, что большая часть детей (55%) — это первично побывавшие на приеме в кабинете здорового ребенка новорожденные в возрасте 1–3 месяца, направленные педиатром. Позже, на повторный прием многие родители приходили с детьми в возрасте 4–6 месяцев без направления педиатра, лишь по устному приглашению медсестер кабинета, видимо заинтересовавшись информацией и занятиями с детьми раннего. Такие посещения составляют — 35% от общего количества. Остальные 25% — это дети, проходившие медосмотр в возрасте 10–12 месяцев.

Можно констатировать, что интерес и потребность родителей в работе кабинетов здорового ребенка постоянно растет. Мы убеждены, что кабинеты должны стать и постепенно становятся методическим центром получения педагогических знаний родителями об особенностях роста и развития детей раннего возраста. Но для более эффективной работы с детьми и родителями штаты этих кабинетов должны быть укомплектованы врачами и педагогами (лучше дефектологами, логопедами), т.е. специалистами с соответствующим высшим образованием.

Удачным мы считаем и проведенный дефектологом центра «Надежда» курс лекций в женской консультации по теме: «Особенности внутриутробного и раннего развития ребенка». Лекции читались каждую неделю, по вторникам в 12 часов.

Благодаря хорошо организованной работе врачей женской консультации стал возможен контроль за посещаемостью лекций. Включив в материнский паспорт обязательную отметку о прослушивании лекции дефектолога, мы добились 100% присутствия беременных.

В целях первоначального определения обобщенного портрета будущей мамы, в начале каждой лекции задавались вопросы о социальном статусе женщин: образование (высшее, медицинское, педагогическое), занятость, наличие детей в семье. Ответы женщин показали, что: 18% будущих матерей имеют высшее образование, педагогическое образование имеют 14% женщин, 6% — имеют медицинское образование. Имели постоянную работу перед выходом в декрет-

ный отпуск — 63% опрошенных. Ожидают первенца — 78,5%, второго ребенка — 21%, третьего — 0,5%. Посещают занятия в кабинете «Санотал» — 12%.

Практически все родители заранее задумываются о будущем своих детей, они хотят видеть их здоровыми, умными, всесторонне развитыми, коммуникабельными, уверенными в себе, умелыми. Но на вопрос: «Когда можно начинать занятия с малышом?», от мам ожидающих детей можно было услышать различные варианты ответа. Были такие, кто собирался начать развивать своего ребенка в 6 месяцев, кто-то с 3-х месяцев, некоторые с рождения, а посещающие занятия кабинета «Санотал» высказывались о возможности воздействия на ребенка еще внутриутробно.

Поэтому для будущих родителей должна быть интересна информация о том, как формируется личность ребенка, развиваются его способности, закладываются черты его характера еще внутри утробно и в самом раннем детстве в процессе общения со взрослым, с показателями физического и психического развития детей первого года жизни в норме.

Из материалов этих лекций многие женщины впервые узнавали о том, что их не рожденный ребенок всегда чувствует настроение мамы, испытывает те же эмоции, что и мама; на протяжении всего срока вынашивания плод нуждается в проявлении любви и заботы со стороны родителей; что состояние физического и психического здоровья не рожденного ребенка напрямую зависит от здоровья, привычек, убеждений, и увлечений его мамы; что еще внутриутробно, в 14 недель он корчит рожицы, в 22 недели улыбается. Рассматривались конкретные и простые, доступные каждому родителю приемы стимулирования развития ребенка, используя воздействие развивающей среды, музыкального и изобразительного искусства, как внутри утробно, так и в первый год жизни,

Большое внимание уделялось раннему развитию ребенка в семье. Поскольку именно родители, особенно мама, находятся со своим малышом первые месяцы постоянно и имеют возможность наблюдать за своим ребенком как никто другой. Поэтому важно научить родителей внимательно относиться к своему малышу, понимать его состояние, на-

строение и желания, создавать развивающую среду, для правильного развития ребенка подбирать необходимые игрушки в соответствии с его возрастом.

Очень важно помнить: наукой доказано — за первые 3 года жизни человек усваивает 50–60% всей информации, что узнает за всю свою жизнь. Исходя из чего, многие ученые и утверждают, что «после трех лет уже поздно».

На каждой лекции присутствовало в среднем 25 беременных женщин. Иногда женщины приходили вместе с мужьями, что очень радует. Они внимательно слушали лекционный материал, активно задавали вопросы, интересовались литературой по внутри утробному и раннему развитию. Многие женщины задерживались после лекций, общались с вопросами, касающимися не только развития детей раннего возраста, но и воспитания дошкольников и школьников. Были и те, кто приходил на лекции дефектолога не один раз.

Из этого можно сделать вывод о недостаточной доступности профессиональных источников информации по проблемам воспитания, развития и обучения детей как раннего, так и дошкольного, и школьного возраста.

В ходе работы по реализации проекта возникла необходимость дополнительного включения в единую систему государственных структур различных ведомств, занимающихся диагностикой, лечением и реабилитацией детей первых лет жизни еще одной государственной структуры — дошкольных учреждений.

Так как первоначально проектом не предусматривалось их участие в совместной работе, то по просьбе руководителя проекта решением управления дошкольного образования, на заключительном этапе в общую работу был включен ДОУ № 82.

В силу сложившейся экономической ситуации и необходимости выхода на работу многие родители стараются пораньше отдать своего ребенка в детский сад. В подавляющем большинстве это дети 1,5–2 лет. В настоящее время дошкольные учреждения переживают очередной бум наполняемости, что затрудняет вопросы диагностики и подготовки детей к условиям детского сада. Совместная работа

специалистов РЦ «Надежда» и педагогов ДОУ № 82 показала, что вновь поступающие в дошкольные учреждения дети (до 90%) имеют в анамнезе ту или иную патологию, или относились к группе риска по развитию.

12 летний опыт работы РЦ «Надежда», обслуживающего детей с отклонениями в психическом и физическом развитии, показывает, что самым приемлемым и самым эффективным путем снижения числа детей с серьезными нарушениями в развитии и повышения их социальной адаптации является система ранней коррекционной помощи им: медицинской, педагогической, психологической. Чем раньше начато коррекционное воздействие, тем выше его эффективность (до 80% обратившихся на первом году жизни).

Поэтому мы считаем, что одной из важнейших задач, требующей совместного решения специалистов родильного дома, детских поликлиник, центра «Надежда» и дошкольных учреждений является обеспечение максимально раннего включения нуждающегося ребенка в лечебно-коррекционный процесс. Без объединения общих усилий в системную, последовательную работу с родителями и семьей эту проблему не решить, но для этого родители должны знать как растет и развивается здоровый малыш.

Изучение показало что, к сожалению, многие родители не занимаются подготовкой ребенка в детский сад, перекладывая тем самым свою ответственность за воспитание и обучение собственного ребенка на дошкольные образовательные учреждения. Многие считают что, вот пойдет ребенок в детский сад, там его всему научат.

Требует совершенствования и существующий в настоящее время порядок оформления вновь поступающих детей в дошкольное образовательное учреждение: и со стороны медиков, и со стороны педагогов подход абсолютно формален. Это в свою очередь приводит к недостаточной готовности детей к поступлению в детские дошкольные учреждения. Изучение показало, что это объясняется низкими требованиями со стороны дошкольных учреждений и детских поликлиник по отношению к родителям в вопросах подготовки ребенка при поступлении в детский сад. Выбор родителями детского сада редко определяется индиви-

дуальными возможностями и уровнем подготовленности малыша к жизни в коллективе. В подавляющем большинстве родители, имеющие детей с теми или иными нарушениями и отклонениями в развитии, не хотят принимать детей такими, какие они есть или не готовы к этому. В лучшем случае при определении ребенка в детский сад родители руководствуются близостью учреждения по месту жительства, а теперь все чаще просто наличием свободного места в дошкольном учреждении.

Принимая во внимание объективные причины сложившейся ситуации, мы предлагаем внести следующие изменения в порядок оформления вновь поступающих детей в детские сады:

1. Организовать для родителей цикл лекций, которые должны читать педагоги-дошкольники (3-4 лекции). Обеспечить строгую явку посещения.

2. Для решения особых ситуаций, требующих диагностического обследования необходимо:

а) активизировать работу психолого-медико-педагогического консилиума при управлении дошкольными образовательными учреждениями;

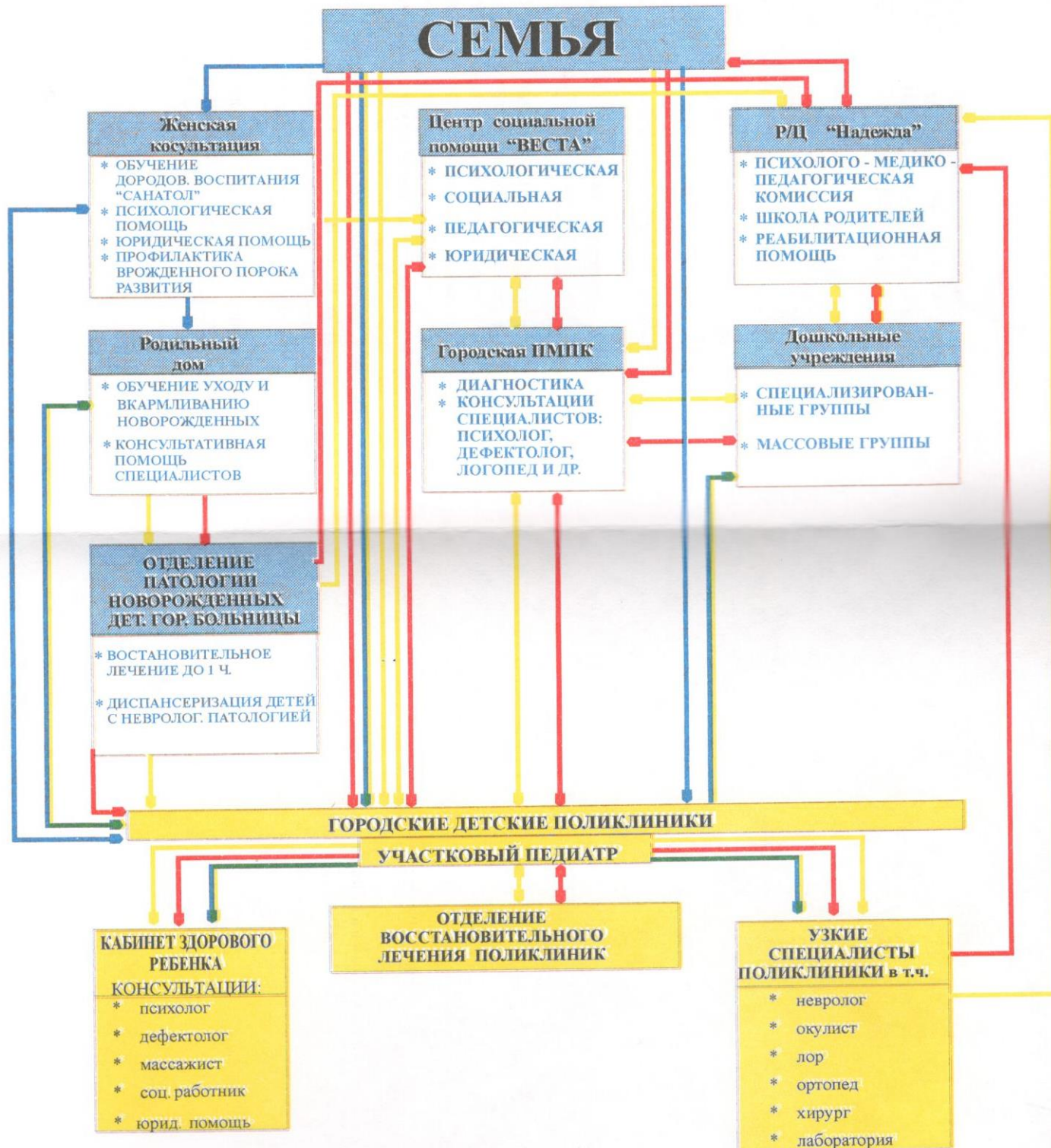
б) активно использовать городскую ПМПК.

Работа по реализации проекта показала, что для повышения эффективности ранней профилактики детской инвалидности необходимо самое активное участие педагога-дефектолога в деятельности всех государственных учреждений, занимающихся диагностикой, лечением, коррекцией, воспитанием и обучением детей раннего возраста.

СИСТЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СЕМЬИ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ОБЩЕСТВЕННОСТИ В РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ:

- ЗДОРОВЫЕ
- ГРУППЫ РИСКА
- БОЛЬНЫЕ











При формировании общественного мнения средства массовой информации взаимодействуют:















- * с детскими лечебными учреждениями;
- * семьей
- * РЦ "Надежда", "Веста" центром социальной помощи;
- * учреждениями дошкольного образования.

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СТРУКТУР,
СЕМЬИ И ОБЩЕСТВЕННОСТИ В ЦЕЛЯХ РАННЕЙ
ПРОФИЛАКТИКИ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ:**

1. Укомплектовать детские поликлиники штатными единицами и физическими лицами врачей-неврологов согласно штатных нормативов (Приказ МЗ РФ № 317 от 16.10.01 г. «О штатных нормативах медицинского и неврологического персонала детских городских поликлиник в городах с населением свыше 25 тыс. человек»).
2. Ввести осмотр неврологом всех детей до 3-х месячного возраста в обязательном порядке.
3. Ввести единицы социального работника в кабинеты здорового ребенка.
4. Подключить к работе в кабинетах здорового ребенка специалистов с высшим педагогическим и медицинским образованием.
5. Организовать продажу развивающих игр, игрушек, пособий с обеспечением консультации по их использованию.
6. Шире привлекать к работе средства массовой информации для повышения информированности молодых родителей по вопросам раннего выявления отклонений здоровья ребенка, ответственности родителей за воспитание здорового образа жизни у ребенка и его состояние здоровья.
7. Ежегодно в комплексный план мероприятий управления здравоохранения, социальной защиты и образования вносить раздел по ранней диагностике и реабилитации детей с неврологическими отклонениями в состоянии здоровья.
8. Обучить на выездных циклах в районах РТ специалистов по вопросам ранней диагностики и ранней реабилитации детей с неврологической симптоматикой.

Родители! Вам необходимо обратиться к врачу, если Вы обнаружили при рождении или сразу после рождения следующие симптомы:

Если у ребенка наблюдается это	а также это	у него может быть
<p>родился слабым или вялым</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • тяжелые роды • не сразу начал дышать • родился посиневшим и малоподвижным • родился недоношенным и очень слабым 	<ul style="list-style-type: none"> • ДЦП • отставание в развитии
<p>поздно начал поднимать голову или двигать руками</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • круглое лицо • раскосые глаза • толстый язык  <ul style="list-style-type: none"> • маленькая голова или узкая верхняя часть головы 	<ul style="list-style-type: none"> • болезнь Дауна (генерализованная фетальная эмбриодия) • кретинизм <ul style="list-style-type: none"> • микроцефалия (маленький мозг) • умственная отсталость
<p>плохо сосет, захлебывается молоком или пищей</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • выталкивает молоко изо рта языком • или не заглатывает • плохо глотает • захлебывается • молоко выливается через нос 	<ul style="list-style-type: none"> • ДЦП • расщелина неба • сильная умственная отсталость 
<p>одна или обе стопы вывернуты внутрь или назад</p> 	<p>никаких других признаков</p> <ul style="list-style-type: none"> • слабые, тугоподвижные или изогнутые руки • некоторая тугоподвижность суставов в согнутом или выпрямленном положениях  <p>темное вздутие на спине</p>	<p>косопалость</p> <p>артрогрипоз</p> <p>незаращение позвоночника (Spina bifida)</p>
<p>“мешок” или темное вздутие на спине</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • косопалость • стопы сильно подняты вверх • стопы неподвижны, в них отсутствует чувствительность 	<p>незаращение позвоночника (иногда вздутие отсутствует, но признаки, связанные со стопами, могут присутствовать)</p>

<p>слишком большая голова; продолжает расти</p> 	<p>могут появиться такие симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • глаза, подобные “заходящему солнцу” • увеличивающееся отставание в умственном и/или физическом развитии • слепота 	<p>гидроцефалия (водянка головного мозга)</p> <p>появление этого симптома при рождении является признаком незаращения позвоночника</p> <p>появление этого симптома у ребенка старшего возраста может свидетельствовать о наличии в мозге гельминтов или опухоли</p>
<p>недоразвитая верхняя губа и/или небо</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • затруднения, связанные с кормлением • позже затруднения с речью 	<p>расщелина губы (заячья губа) и расщелина неба</p>
<p>врожденные деформации, дефекты или отсутствующие части тела</p> 	<p>(могут быть связаны или нет с другими заболеваниями)</p>	<p>смотри:</p> <ul style="list-style-type: none"> • врожденные дефекты • ампутации • болезнь Дауна • отставание в развитии
<p>патологическая неподвижность</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • врожденный дефект • слабость некоторых мышц • тугоподвижность некоторых суставов • нормальное владение головой и мышление • мышцы большие напряжены в определенных положениях • с трудом зажимает в кулак свой большой палец 	<p>артрогрипоз</p> 
<p>одна рука слабая или находится в странном положении</p> 	<p>плохо двигает рукой, держит ее вот так</p> 	<p>паралич Эрба (слабость вследствие поражения нервов плеча во время родов)</p>
<p>врожденный вывих бедра, одна нога короче другой; лоскут кожи на ножке частично закрывает половые органы</p> 	<p>при разведении ног, как показано на рисунках, в ноге раздается шелчок, и она плохо отводится в сторону</p>  	<p>врожденный вывих бедра (часто обоих бедер)</p> <p>может иметь место в случае:</p> <ul style="list-style-type: none"> • незаращения позвоночника • болезни Дауна • артрогрипоза
<p>плохо реагирует на звуки или следит за предметами</p> 	<p>(может быть связано с одним или несколькими заболеваниями)</p>	<p>проверьте, нет ли симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • отставания в развитии • ДЦП • слепоты • глухоты

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ
С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ ПРОЕКТА**

- | | |
|--|----------------------|
| 1. Количество детей, родившихся с XII 2002 г. по VIII 2003 г., | — 2029 чел. |
| 2. Количество детей, прошедших скрининговую диагностику в роддоме | — 2029 чел. (100 %) |
| 3. Количество детей, имеющих группу «риска» по неврологическим заболеваниям (по данным роддома) | — 1730 чел. (85,3 %) |
| 4. Количество детей, прошедших осмотр невролога в ОПН, в детских поликлиниках в возрасте 1 месяца | — 1487 чел. (86 %) |
| 5. Количество детей, прошедших осмотр невролога на 3 месяце жизни | — 214 чел. (12,3 %) |
| 6. Количество детей, которым даны рекомендации и назначено лечение по поводу неврологической патологии | — 1634 чел. (96,1 %) |
| 7. Количество детей, получивших лечение в РЦ «Надежда» в возрасте: | |
| до 1 года | — 135 чел. (8,3%) |
| из них инвалидов | — 15 чел. |
| 8. Сняты с неврологического учета к возрасту 6 месяцев | — 396 чел. (24,2 %) |

Таким образом, своевременно проведенный осмотр невролога, оздоровление выявленной патологии, активное участие мам в процессе реабилитации позволяют уже к возрасту 6 месяцев снять с учета 25 % детей, имевших неврологическую симптоматику легкой и средней степени тяжести.

**«ПОВЫШЕНИЕ РОЛИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
СТРУКТУР, СЕМЬИ И ОБЩЕСТВЕННОСТИ
В РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКЕ
ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ»**

Редактор И.В. Савельева

Компьютерный набор и верстка Л.К. Валеева

Корректор И.В. Савельева

Печать Р.А. Гарифуллина

Подписано в печать 01.02.2004 г.

Печать ризограф, печ. л. 2.75. Формат 60x84 1/16

Заказ № Е 4080 Тираж 250 экз.