Специализированное издание
Государственного автономного
учреждения Астраханской области
«Областной реабилитационный
центр для детей и подростков с
ограниченными возможностями»

Ступени

Газета для специалистов и родителей

№ 3 - сентябрь 2022

Уважаемы читатели!

Представляем Вашему вниманию очередной выпуск специализированной газеты для сотрудников и родителей, подготовленный специалистами астраханского областного реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями.

Рубрика «Микрореабилитационный центр» расскажет читателям о предварительных итогах работы этой социальной службы, созданной в рамках проекта «Особые дети – особая семья». Реализация этого проекта при грантовом участии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, позволила организовать процесс непрерывной социальной реабилитации для 90 детей, воспитывающихся в 78 семьях из пяти сельских районов области.

В рубрике «Школа для родителей» продолжается публикация советы и инструкции для родителей по организации семейных занятий с детьми.

Очередной выпуск традиционно содержит информацию о событиях, произошедших в учреждении в летний период, а также разъяснения медицинских работников центра об организации ранней помощи ребенку.

Более подробную информацию о жизни нашего учреждения Вы найдете на сайте нашего центра:

https://centr-reabilitacii.ru.

Редколлегия

В астраханском детском реабилитационном центре подвели итоги работы социальной службы «Микрореабилитационный центр»

В областном реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями состоялась конференция для специалистов разного профиля, участвующих в организации процесса комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в Астраханской области. Предметом обсуждения стали итоги реализации социально значимого инфраструктурного проекта «Особые дети – особая семья».

«В рамках проекта, реализованного в течение полутора лет совместно с Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, была создана и успешно действует социальная служба «Микрореабилитационный центр». Деятельность службы стала продолжением развития мобильных форм работы, стационарозамещащих технологий социального обслуживания и семейного воспитания детей с особенностями развития, в том числе с тяжелыми и множественными формами заболеваний,» - отметила в своем приветствии к участникам конференции директор детского центра – ответственного исполнителя проекта Татьяна Кишко.

Слаженная работа специалистов областного реабилитационного центра, комплексных центров Володарского, Камызякского и Приволжского, Красноярского, Наримановского районов позволила обеспечить непрерывность реабилитационного процесса и оказать услуги 90 детям и членам 78 семей, в которых они воспитываются. Об особенностях оказания реабилитационной помощи по двум проектным направлениям «Выездной микрореабилитационный центр» и «Домашний микрореабилитационный центр» с точки зрения врача-невролога, учителя-логопеда, педагога-психолога, а также об организации работы с родителями, значении постоянного очного и дистанционного сопровождения рассказали сотрудники детского реабилитационного центра и КЦСОН.

Подводя итоги конференции, участники единодушно подтвердили социальную значимость работы «Микрореабилитационного центра» для семей с детьми-инвалидами, проживающих в селах региона, и рекомендовали представленный опыт для тиражирования в других районах Астраханской области.

Семьям с особенными детьми из сельских районов Астраханской области помогают создать реабилитационное пространство на дому

Родители детей с особенностями развития стали полноправными партнерами специалистов в проектном направлении, реализуемом областным реабилитационным центром для детей и подростков с ограниченными возможностями. Сотрудники социальной службы «Микрореабилитационный центр» снабдили их необходимым оборудованием, инструкциями и обеспечивают постоянную консультативную поддержку.

В рамках проекта «Особые дети – особая семья», одобренного Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, сотрудники учреждения впервые комплексно подошли к решению вопроса об организации непрерывного реабилитационного процесса для детей, проживающих в астраханских селах. Это особенно важно для детей-инвалидов с тяжелыми и множественными нарушениями развития, так как родители теперь сами владеют инструментами для поддержания достигнутого уровня развития ребенка между курсами профессиональной социальной реабилитации, а значит, повышают его реабилитационный потенциал.

В этом еще раз убедились специалисты домашнего микрореабилитационного центра во время выездов в семьи Наримановского и Красноярского районов. Согласно индивидуальным планам реабилитационных услуг дети и их родители получают социально-медицинское, социально-педагогическое, социально-психологическое сопровождение в виде консультаций и индивидуальных услуг как очных, так и дистанционных. Для проведения домашних занятий и оздоровительных процедур семьи получили во временное пользование из пункта проката необходимые диагностические приборы, реабилитационное, развивающее и игровое оборудование, разрешенное для применения в бытовых условиях. О том, как правильно его применять, мамы и папы узнают в школе для родителей «Ступени» на постоянно действующей консультационной площадке у специалистов центра разного профиля.

Сегодня проект «Особые дети – особая семья» действует в пяти сельских районах области, но при успешной реализации будет распространен по всей территории региона.

В детском реабилитационном центре проводили в «страну Знаний» подготовленных к учебному году школьников

Торжественное мероприятие, посвященное очередному выпуску воспитанников школьного возраста состоялось в областном реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями. По доброй традиции праздник прошел на территории любимых ребятами дворового парка и автоплощадке, на которой дети учились правилам поведения на городских улицах.

Участники мероприятия - будущие первоклассники, дети и подростки разного возраста, посещающие группы дневного пребывания центра, показали Клоуну-недотёпе, чему они научились в центре с помощью специалистов и родителей. В этом году первый школьный звонок прозвучал для 3 воспитанников центра. Они показали всем мастер-класс по сбору портфеля, наперебой отвечали на каверзные вопросы ведущей, рассказали малышам, как прилежно готовились в школе.

Многие из сегодняшних школьников сумели преодолеть немалые трудности на пути к самостоятельности с помощью врачей, психологов, логопедов, дефектологов, воспитателей центра. Вместе с ребятами учились быть их наставниками все члены семьи. Постоянное сопровождение специалистов и умелые действия родителей позволили компенсировать и достичь максимального возможного для каждого ребенка уровня развития и социализации для поступления в образовательное учреждение. При этом каждому ребенку гарантировано дальнейшее сопровождение и социальные услуги центра для формирования навыков общения, развития речи, восстановления двигательных функций и поддержки коммуникативного потенциала.

В этом году в период летних каникул получили услуги специалистов центра 68 школьников, проживающих в Астрахани и сельских районах области, при этом в условиях группы дневного пребывания прошли курс реабилитации в 2,5 раза больше детей школьного возраста, чем в прошлом году.

Воспитанники детского реабилитационного центра получили творческий подарок от волонтеров

В областном реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями проходит много мероприятий, направленных на социокультурную адаптацию и социализацию воспитанников. Сегодня в стенах центра состоялась очередная встреча со сказкой.

Артисты из клуба молодых людей с ментальной инвалидностью при социальном отделе Астраханской епархии под руководством куратора проекта Екатерины подарили детям мюзикл «Кот в сапогах». Современная интерпретация спектакля, незаурядная игра актеров и веселые интерактивные моменты оставили яркие впечатления у зрителей разного возраста.

«Такие мероприятия способствуют общению детей с особенностями развития и их эмоциональному подъему. А социальная активность и талант старших ребят придают нашим воспитанникам уверенность в своих силах, повышая их реабилитационный потенциал,» - отметила директор центра Татьяна Кишко.

.

В Областном реабилитационном центре состоялись мероприятия антитеррористической направленности

Ежегодно в первые сентябрьские дни в России проходят общественные акции, посвященные Дню солидарности в борьбе с терроризмом. В эти скорбные для истории нашей страны дни старшие воспитанники Областного реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями всегда вспоминают жертв террора.

В этом году неравнодушные к чужой боли ребята в форме интерактивной беседы «Терроризм не имеет границ» обсудили меры предупреждения распространения терроризма в молодежной среде.

Воспитатель Ольга Симонова рассказала участникам им о сути терроризма, печальных датах произошедших террористических актов, героях, спасших детей в школе № 1 г. Беслана, а также мерах безопасности и правилах поведения для предотвращения возможных терактов. Особое внимание было уделено соблюдению информационной безопасности в сети Интернет.

Ребята решили внести свою посильную лепту и выпустить информационные плакаты «Мы помним Беслан» для предупреждения окружающих.

В реабилитационном центре отметили международный день светофора

Каждый год 5 августа, в день установки первого работающего светофора, весь мир отмечает Международный день светофора.

В ГАУ АО «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» прошло тематическое развлечение «Веселый светофор».

Ребята увлечённо отвечали на вопросы,

принимали участие в игровых эстафетах и конкурсах, закрепляли знания о значении сигналов светофора и его работе, о правилах безопасного и культурного поведения на улице, дорогах, в общественном транспорте; о безопасном переходе дорог в разных местах; о назначении дорожных знаков.

«Учить детей дорожной грамоте, следует с самого раннего детства. Изучение правил дорожного движения является одной из главных задач на сегодняшний день. Дети – наше будущее, и их безопасность зависит только от нас самих» — подвела итог мероприятия, первый заместитель директора Ольга Карелина.

В детском центре встретили День России многонациональным флешмобом

В областном реабилитационном центре состоялась интегрированная музыкально-развлекательная программа «Я, т, он, она – вместе дружная семья!». Выбор формы проведения, тематики концертных номеров и развлечений не случаен, ведь в Астраханской области на протяжении многих веков бок о бок живут представители разных национальностей, сохраняя свою самобытность и уважая традиции добрых соседей.

Все это отразилось в детском празднике: оркестр юных талантов исполнил попурри из народных песен и танцев, поиграли в игр народов, живущих в родном крае, участвовали в состязаниях кавказских скакунов.

Кульминацией праздника стал флешмоб под песню о дружбе народов нашей страны с

В областном реабилитационном центре отметили лучших сотрудников

По доброй традиции в День социального работника России, который отмечается ежегодно 8 июня, в областном реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями состоялось торжественное собрание коллектива. Директор центра Татьяна Владимировна Кишко обратилась к коллегам с поздравлениями и наилучшими пожеланиями, касающимися профессиональной сферы и личной жизни.

Во время церемонии награждения сотрудники центра поддерживали награжденных бурными овациями. В 2022 году победителем областной отраслевого конкурса «Лучший по профессии» в номинации «Специалисты основных служб» стала Мулыкова Гульсина Испулатовна, воспитатель центра.

Почетные грамоты министерства социального развития и труда Астраханской области вручены Карелиной Ольге Владимировне, первому заместителю директора, Власовой Елене Владимировне, учителю-дефектологу.

За добросовестный труд, достигнутые успехи в решении задач профессиональной деятельности и в связи с праздником «Днем социального работника» почетными грамотами учреждения награждены Гафаров Сару Иняйевну, врач-невролог, Донич Надежда Борисовна, воспитатель, Коваленко Наталья Анатольевна, педагог-психолог, Федорова Любовь Викторовна, младший воспитатель.

Благодарственными письмами учреждения поощрены: Бикбаева Ильмира Хазбулатовна, специалист по социальной работе, Дьяконова Елена Михайловна, заведующий складом, Ералиева Эльмира Мухамбетовна, медицинская сестра процедурная, Жукова Ольга Константиновна, воспитатель, Малинина Ольга Александровна, инструктор по ЛФК, Рахимова Елена Владимировна, заведующий социальной службой «Микрореабилитационный центр», Тулегенов Амангелды Сагиндыкович, дворник, Жиглова Юлия Владимировна, врач функциональной диагностики, Пащенко Сабина Насибовна, врач-рефлексотерапевт.

Праздничное настроение с самого утра создали дети, получающие услуги в группе дневного пребывания, подготовившие вместе с воспитателями поздравительную газету. После торжественного собрания душевные песни в качестве подарка коллегам прозвучали в исполнении механика центра Олега Николаевича Родионова, а также состоялась шуточная беспроигрышная лотерея для всех участников мероприятия.

Профилактика ОРВИ у часто болеющих детей

Самыми распространенными болезнями среди людей являются острые респираторные заболевания (ОРЗ). ОРЗ, вызванное вирусами, называют острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ), которые в 95% случаях вызываются респираторными вирусами.

Практически на земле не найдется человека, который бы не болел ими в детстве или в зрелом возрасте. С ОРВИ связано 30-50% потерь рабочего времени у взрослых и 60-80% пропусков школьных занятий у детей.

К сожалению ОРВИ могут поражать одного и того же ребенка в течение «простудного сезона» не единожды, и таких детей становится все больше. Они относятся к группе так называемых «часто и длительно болеющих детей» (ЧДБ) и находятся на диспансерном наблюдении. Но следует отметить, что ЧДБ – это не заболевание и не диагноз. В каждом конкретном случае следует выяснить причину частых респираторных инфекций у ребенка, так как от этого зависит комплекс мероприятий его реабилитационной программы.

Что представляют собой ОРВИ и причина их возникновения

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – это группа заболеваний, в которую входят: грипп, парагрипп, аденовирусная, риновирусная, реовирусная, коронавирусная инфекции, характеризующиеся коротким инкубационным периодом, непродолжительными лихорадкой и интоксикацией, поражением различных отделов респираторного тракта.

Возбудителями ОРВИ являются различные вирусы. Известно более 200 респираторных вирусов. В основном они поражают верхние дыхательные пути (нос, глотку, гортань, трахею), однако у детей раннего возраста во время эпидемий возникают бронхиты и пневмонии.

Каждый из видов ОРВИ имеет своего возбудителя и свои особенности протекания.

Риновирусная инфекция-считается основной причиной банальной простуды. Чаще всего протекает легко и специального лечения не требует.

Коронавирусная инфекция-протекает аналогично риновирусной инфекции, однако продолжительность заболевания несколько меньше (6-7суток).

Аденовирусная инфекция-этому виду заболевания подвержены в основном дети, в том числе грудные. Часто сопровождается симптомами конъюнктивита (ощущение песка в глазах, покраснение, слезотечение).

Парагрипп-частыми симптомами парагриппа являются боль в горле, осиплость, лающий кашель.

Причин возникновения ОРВИ множество, основные из них следующие:

значительная распространенность вирусов в природе и большое количество видов (серотипов) каждого из них;

повышенная восприимчивость детей (особенно раннего возраста) к возбудителям респираторных инфекций.

Чувствительность ребенка к различным вирусам в значительной мере определяется пассивным иммунитетом, который мать передает ребенку во время беременности (через плаценту), а также с грудным молоком. Если же ребенок находится на искусственном вскармливании, то материнской защиты хватает лишь на первые 2-3 месяца жизни. Потом малыш остается практически беззащитным перед группой ОРВИ, поскольку его иммунная система еще не сформирована полностью, а потому противодействие вирусам будет слабым;

наследственная предрасположенность к ОРВИ, характеризующаяся наличием у ребенка с рождения каких-либо «малых аномалий» иммунитета;

влияние неблагоприятных экологических и социальных воздействий достаточно быстро истощают иммунную систему ребенка - различные загрязнители внешней среды (ксенобиотики – вещества промышленного производства, отходы, загрязнения, лекарства, пестециды), оказывающие вредное воздействие на организм;

частые психоэмоциональные стрессы;

нерациональное питание;

недостаточность витаминов и микроэлементов в пищевом рационе;

социальная и экономическая нестабильность семьи;

наличие хронических очагов инфекции у ребенка (хронический тонзиллит, аденоиды, кариозные зубы и т.д.), способствующих напряжению иммунной системы и приводящих к развитию вторичных иммунодефицитных состояний, что способствует хронизации инфекции, особенно вирусной (чаще герпетической).

Источники инфекций, пути передачи и течение болезни:

Источником инфекции выступает больной человек, который выделяет вирусы в окружающую среду, а поэтому он опасен для окружающих. Максимальное выделение вирусов больным длится 2-3 дня. Но до седьмого дня, при неосложненном течении ОРВИ, и к четырнадцатому - в осложненных случаях, больной остается опасным для окружающих в плане заражения.

Кроме того, для детей источником инфекции могут быть взрослые, которые переносят болезнь "на ногах". Вирусоносителями становятся также дети с хроническими очагами инфекции, поскольку в случае заболевания они более длительно выделяют вирусы.

Путь передачи ОРВИ-воздушно-капельный. Во время кашля, чихания, а также с выделениями из носа вирусы из дыхательных путей больного попадают в воздух, а дальше в органы дыхания лиц, которые контактируют с больным.

Из всех ОРВИ наибольшую опасность для организма ребенка своими осложнениями представляет грипп.

Болезнь начинается внезапно, и первым признаком является повышение температуры тела. В первые же часы температура достигает 39-41о и держится на протяжении нескольких дней.

У детей первого года жизни повышение температуры может сопровождаться рвотой, общим беспокойством. Для гриппа характерны и такие признаки, как сильная головная боль, слезотечение, боль в мышцах, горле, заложенность носа, охриплость голоса, общее недомогание. В дальнейшем больного может тревожить частый сухой и болезненный кашель, который через 2-3 дня приобретает влажный характер.

Течение гриппа у детей грудного возраста имеет определенные особенности. Температура достигает максимума на вторые сутки заболевания, сопровождается двигательным беспокойством, раздражимостью, нарушением сна, отказом от груди, покашливанием. Ребенок дышит полуоткрытым ртом, сопит носиком. Нередко вздувается животик, стул частый, жидкий, с примесями слизи.

Заболеваемость парагриппом по большей части характерна для детей первого года жизни. Первые симптомы это появление незначительного кашля, изменение голоса, нарушение носового дыхания, повышение температуры тела. Кашель имеет стойкий характер, но остается сухим и грубым. В среднем на 2-3 день заболевания возможно ухудшение состояния ребенка: в ночное время возникает грубый, приступообразный кашель ("лающий"), с длительным шумным вдохом, который сопровождается отдышкой.

Аденовирусная инфекция представляет не меньшую опасность для организма ребенка при несвоевременном лечении. Она имеет острое начало с повышением температуры тела до 38-39о. Одновременно появляется вялость ребенка, быстрая утомляемость, сонливость, снижение аппетита, насморк (с первых же дней избыточные водянистые выделения). Течение аденовирусной инфекции сопровождается увеличением миндалин и шейных лимфатических узлов.

Все перечисленные ОРВИ не столь опасны, если они своевременно выявлены и начато лечение. В противном случае не исключены осложнения, перерастающие в хроническую форму; осложнения в первую очередь касаются органов дыхания. 60% осложнений составляют пневмонии, поражения нервной системы (энцефаломиелиты) - 0.3-3%, патология ЛОР-органов - 1%, воспаление сердечной мышцы до 1%.

Лечения ОРВИ при несложных формах осуществляется в основном в домашних условиях при строгом выполнении рекомендаций лечащего врача.

Должен соблюдаться спокойный полупостельный режим при регулярном проветривании комнаты больного.

Обильное теплое питье (не менее 2л в сутки), лучше богатое витамином С - чай с лимоном, настой шиповника, морс.

Профилактика заболеваний ОРВИ у ЧБД

Наилучшей системой профилактики острых респираторных заболеваний у часто и длительно болеющих детей является формирование у них стойкого иммунитета к болезням.

Этому способствуют:

здоровый образ жизни;

рациональный режим дня;

полноценное питание;

разнообразные программы закаливания;

ограничение контактов ребенка с больными гриппом и ОРВИ;

проведение санитарно-гигиенических мероприятий;

одежда ребенка должна соответствовать его возрасту (быть по размеру) и погодным условиям;

сокращение использования городского транспорта и удлинение времени пребывания ребенка на воздухе;

исключение пассивного курения;

в случае наличия у ребенка очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, аденоидит, кариес и др.) они должны быть санированы;

закаливание ребенка (как основного метода повышения сопротивляемости организма различным инфекциям) должно начинаться с самого раннего детства;

проведение профилактических прививок в соответствии с возрастом ребенка;

использование адаптогенов (по рекомендации врача).

Систематическое контрастное воздушное или водное закаливаниесопровождается повышением устойчивости организма к температурным колебаниям окружающей среды и повышением иммунологической реактивности организма.

Закаливание не требует очень низких температур, важна контрастность воздействия и систематичность процедур. Максимальная деятельность закаливающих процедур не должна превышать 10-20 минут. Закаливающие процедуры хорошо сочетать с проведением гимнастики и массажа грудной клетки.

Из средств неспецифической профилактики хорошо известны такие растения как: китайский лимонник, элеутерококк, женьшень, эхинацея, левзея.

Нередко возникает вопрос о возможности и целесообразности проведения календарной вакцинации или гриппозной прививки детям, получающим лечение бактериальными вакцинами. Специальными исследованиями было доказано, что вакцинация часто болеющих детей является одним из самых важных профилактических мероприятий, поскольку частые ОРВИ у этой группы детей не свидетельствуют о наличии иммунодефицита, они не могут быть поводом для отвода от прививок.

Родителям часто болеющих детей необходимо знать и помнить, что их дети нуждаются в проведении регулярных комплексных профилактических мероприятий, а при развитии острой респираторной инфекции – в своевременной и адекватной терапии.

Самое главное – постоянное родительское внимание к детям!

Ребенок не говорит: советы логопеда

1. Больше говорите с ребенком, озвучивая все действия (кормление, одевание, купание), комментируя окружающее, не боясь повторения одних и тех же слов, произносите их четко, медленно, терпеливо, доброжелательно.
2. Развивайте понимание речи, используя простые инструкции типа «Дай ручку, Где ножка?» Опирайтесь на то, что ребенку доступно. Неоднократно повторяйте уже усвоенное.
3. Используйте в речи наряду с полными словами их упрощенные варианты: машина-би-би, кукла-ля-ля, упал-бах.
4. Пойте ребенку перед сном. Лучше не менять часто репертуар.
5. Вызывайте желание подражать взрослому. Это возможно, когда сочетаются эмоциональная заинтересованность и доступность слов, которые ребенок произносит во время совместных игр (Прятки-ку-ку, Паровозик-ту-ту). Можно вместе удивляться увиденному: «Ух, ты!» Первые слова, произносимые на эмоциональном фоне, могут быть междометиями: ой, ай, ух. Ребенку позволительно повторять только гласные: о, а, у.
6. Почаще рассказывайте, читайте первые детские сказки, стихи. Побуждайте досказывать слова по мере речевой возможности.
7. Не перегружайте ребенка телевизионной, видео - и аудио-информацией. При чтении сокращайте текст до понятных фраз.
8. Не говорите при ребенке о его отставании.
9. Не раздражайтесь, не стесняйтесь того, что ваш ребенок не говорит. Не проявляйте излишнюю тревогу: у каждого свои сроки, свои проблемы.

10. Не дожидаясь, пока ребенок заговорит, начинайте учить его различать предметы по размеру (большой – маленький), соотносить цвета, форму (дай такой же), количество (один – много).

11. Проводите массаж пальчиков рук и ладошек, игры типа «Сорока-белобока».

12. Рассматривайте семейные фотографии, иллюстрации в книгах.

13. Развивайте мелкую моторику рук (с помощью мозаик, паз-лов, пластилина, крупы, прищепок.)

14. Говорите с ребенком о том, что вы делаете «здесь и сейчас», медленно и четко.

15. Стараться не вставлять в каждую свою фразу бессмысленных восклицаний: ой, какой!, ой, какая! Заменяйте эти слова на информативные: желтый, большой, твердый и т. д.

16. Вместо слова “хочешь” говорите, например, тебе дать мяч? Когда видите, что он хочет именно мяч, попросите его: “Дать мяч?». Так у ребенка появится и закрепится слово “да”.

Главные составляющие красивой речи: правильность, четкость, внятность, умеренные темп и громкость, богатство словарного запаса и интонационная выразительность. Такой должна быть ваша речь.

Советы дефектолога: пальчиковая гимнастика

Развитие мелкой моторики рук, памяти.

В гости к пальчику большому,
Приходили прямо к дому.
Указательный и средний,
Безымянный и последний,
Сам мизинчик малышок,
Постучался на порог.
Вместе пальчики друзья
Друг без друга им нельзя!

Согнуть пальцы в кулачок, затем по *очереди разгибать их, начиная с большого пальца.*

«Семья»

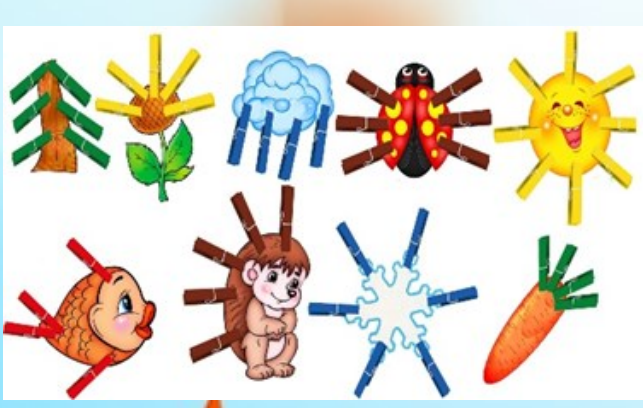
Формирование способности соотносить слово с действием.

Этот пальчик — дедушка,
Этот пальчик — бабушка,
Этот пальчик — папочка,
Этот пальчик — мамочка,
Этот пальчик — я (имя)
Вот и вся моя семья.

Согнуть пальцы в кулачок, затем по очереди разгибать их, начиная с большого пальца.

Игры с прищепками: выкладывание предметов по образцу (солнышко, тучка, ежик и др.) Развивать у детей мелкую моторику рук, изучать цвета, счет, математические представления, развивать логическое мышление, творческое воображение. А с детьми постарше и алфавит можно выучить, и цифры

Бельевые прищепки разных цветов. Силуэты: солнышко, ежик, тучка, и др.



Как определить ранние признаки проявления перинатального поражения центральной нервной системы у детей первого года жизни. Значение ранней реабилитации ребенка

Перинатальное поражение центральной нервной системы, когда оно происходит? В особо интенсивных и напряженных условиях современной жизни человек нередко подвергается вредным влияниям окружающей среды, вызывающей временные или стойкие отклонения от нормы. В настоящее время приходиться учитывать воздействие на организм человека факторов биосферы. Как известно, состояние здоровья ребенка является одним из самых чувствительных биологических показателей, отражающих качество биосферы. Перинатальное поражение центральной нервной системы происходит либо внутриутробно, либо в процессе родов, либо в ранний постнатальный период (первые 10 дней после рождения). Название получено от названия периода в который произошло поражение. Перинатальным, называется период развития организма от 28 недели беременности до 10 дня после рождения. В этот период мозг очень чувствителен к гипоксии (недостатку кислорода), а к гипоксии приводят более 400 причин.

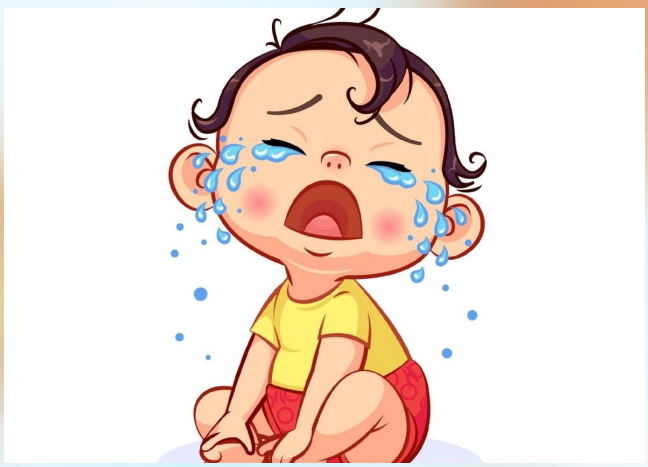
Вредные факторы:

воздействуют на головной мозг плода

приводят к задержке внутриутробного развития

на 1-ом году жизни неблагоприятно влияют на развитие эмоциональной и психической деятельности ребенка, становление которой происходит в этот период

Несмотря на улучшение демографических показателей в последнее десятилетие как в России, так и в Астраханской области, сохраняется негативная тенденция в состоянии здоровья детей: падают показатели здоровья, растет детская инвалидность, растет количество детского населения с ограничением жизнедеятельности вследствие перинатальной патологии ЦНС, проявляющейся в постнатальном периоде различной по выраженности и тяжести неврологической патологией.



Перинатальные поражения центральной нервной системы (ЦНС) и различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод вредных факторов:

в периоде внутриутробного развития;

во время родов;

в первые дни после рождения

Перинатальные повреждения мозга дают более 60% детской неврологической патологии:

у детей, перенесших гипоксию, формируется широкий спектр соматических и психоневрологических расстройств

если не применять меры вовремя – у ребенка могут развиться следующие заболевания – детский церебральный паралич (ДЦП), задержка речевого развития (ЗРР), синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), минимальная мозговая дисфункция, эпилепсия.

Причины перинатального повреждения головного мозга - это:

различные хронические и острые заболевания будущей матери:

пограничный возраст матери (моложе 20 и старше 35)

генетически отягощенная наследственность (сахарный диабет у матери)

преждевременная отслойка плаценты

преэклампсия

многоплодие

длительный безводный период

внутриутробные инфицирования

механические повреждения ЦНС при родах

стрессовые состояния у матери

вредные привычки у родителей (алкоголизм, курение, наркомания)

поздняя постановка беременной на учет в женскую консультацию

несовместимость крови матери и плода (несвоевременное определение титра антител) и.т.д.

В настоящее время 40-50% детей страдают, за счет того, что происходят мозговые кровоизлияния из-за несостоятельности сосудов головного мозга. Небольшие кровоизлияния в желудочек мозга не опасно, но если оно выражено сильно, то сдавливает стенку желудочка или повреждает ткань мозга, то может привести к серьезным функциональным нарушениям.

Существенно страдают именно те отделы мозга которые, как известно отвечают за управление движениями. При тяжелых внутрижелудочковых кровоизлияниях церебральный паралич развивается более чем у 90% таких младенцев. Поэтому крайне важно постоянно наблюдать за новорожденным, причем при наблюдении обязательно используют ультразвуковые исследования головного мозга. При этом обследовании можно увидеть все, что происходит в желудочках мозга и диагностировать повреждение мозговой ткани.

С первых дней жизни ребенка мама должна принимать активное участие в правильном его психомоторном развитии. Выполняя режимные моменты по кормлению и уходу за ребенком мама должна знать:

- нельзя туго пеленать ребенка на сон, чтобы его бедра были в положении отведения – это способствует правильному формированию тазобедренных суставов;
- на дневной сон следует с каждым укладыванием менять положение ребенка по отношению к естественному источнику света и стороне, с которой подходит мама – это правильно формирует мышцы шеи ребенка и препятствует установочной кривошее и деформации черепа ребенка (скошенности на той части, где больше прилегает голова к поверхности постели, т.к. на первом году превалирует хрящевая ткань над костной);
- при тенденции поворота головы в одну сторону лучше, чем в другую - необходимо укладывать на ортопедическую подушку, стимулировать поворот в противоположную сторону, развивая грудино-ключично-сосцевидную мышцу шеи ребенка и обратиться за помощью к специалисту;
- перед каждым кормлением необходимо выкладывать ребенка на живот и осуществлять поглаживания мышц спины вдоль позвоночника сверху вниз, т.к. это положение является

активным для формирования установочных рефлексов вертикализации тела, связанных с преодолением сил земного притяжения и формированием самостоятельного удержания головы;

- затем переворачиваем на спину ребенка и делаем дыхательную гимнастику, диагональную (скрестную) гимнастику для ручек и ножек для выравнивания мышечного тонуса, поглаживание животика по часовой стрелке (по ходу кишечника), упражнение «потоптывание» для формирование опорности стоп и отведение каждой ножки в тазобедренном суставе по 10-15 раз для правильного формирования этого сустава;

- ранними неблагоприятными признаками являются: запрокидывание головы назад из-за высокого тонуса задних мышц шеи туловища, отсутствие самостоятельного удержания головы к 2 месяцам жизни, отсутствие опоры на ноги при вертикальной поддержке ребенка и опускании его до опорной поверхности, либо перекрест ног на уровне голеней с опорой на пальчики стоп, асимметричная поза ребенка по типу «фехтовальщика», отсутствие фиксации взгляда и прослеживающей реакции глаз за предметом, вместо этого мелкоразмашистое движение глаз (нистагм), закатывание глаз, отставание в формировании основных моторных навыков от возрастной нормы.

Вы должны знать сроки, когда у вашего ребенка должны быть сформированы основные двигательные навыки, стараться вызывать правильную стимулированную активность общую и манипулятивную (движение рук), чтобы не было задержки в развитии ребенка, т.к. задержка на месяцы на 1 году, дает задержку на годы далее. Это влечет за собой задержку сопутствующих речевого и психического развития, так как не передвигаясь ребенок не познает мир в достаточной степени.

Привожу пример возрастных норм формирования двигательной активности:

- удержание головы вертикально к 2 месяцам;

- лежа на животе опора на предплечья (симметрично) к 2,5-3 месяцам;

- лежа на животе опора на кисти рук (симметрично) к 4,5 месяцам;

- оптическая опора на руки (при опускании ребенка, лежащего на животе на руке мамы лицом к поверхности, он должен выставить руки вперед и опереться на них, предотвращая удар лицом) к 4,5 месяцам;

- перевороты туловища со спины на живот к 3,5-4месяцам и наоборот к 4,5 – 5 месяцам симметрично в обе стороны;

- сидеть при придании ему положения «сидя» к 6 месяцам;

- присаживание – это самостоятельное принятие положения «сидя» к 7-7,5 месяцам;

- ползание по-пластунски 6-7 месяцев;

- удержание позы на четвереньках - к 7,5 месяцам;

- ползание на четвереньках – 8 месяцев;

- вставание в кроватке – 7,5-8 месяцев;

- фронтальная ходьба (ходьба приставным шагом вдоль опоры, держась за нее руками) к 8,5-10 месяцам;

- прямолинейная ходьба вперед с 10-12 месяцев.

Это средние возрастные нормы для освоения двигательных навыков ребенком. Если Вы заметили, что ваш ребенок отстает, или навыки не формируются, то необходимо как можно быстрее обратиться к специалистам.

Ранняя реабилитация в основе, которой лежит кинезотерапия (выработка двигательной активности по разным методикам, приводящая к активному освоению ребенком всего

Под этим положением лежит нейро-физиологическая основа созревания проприцептивной (мышечно-суставной) сенсорной системы. Она созревает одна из первых. Формирование проприорецепторов - мышечных веретен и сухожильных рецепторов (нервных окончаний) начинается уже с 2-4 мес. внутриутробного развития (до рождения) и продолжается до 4-6 лет. Подкорковые отделы двигательной сенсорной системы созревают раньше, чем корковые : к возрасту 6-7 лет объем подкорковых образований увеличивается до 98% от конечной величины у взрослых, а у корковых - лишь до 70-80%. У детей 1,5-2 мес. возраста осуществляется лишь грубый анализ проприорецептивной информации. В дальнейшем тонкость анализа увеличивается.Это улучшает возможность регуляции двигательной активности и выработке новых навыков.

Условные (приобретенные) рефлексы на проприоцептивные раздражители вырабатываются с 3-4 недельного возраста и приводят к совершенствованию сферы моторных возможностей, поэтому лечебные упражнения носят в этом возрасте рефлекторный характер. К 12-14 годам развитие этой системы достигает взрослого уровня. Повышение мышечной чувствительности происходит до 16-20 лет и приводит к развитию тонкой координации мышечных усилий.

Опорно-двигательная система ребенка также имеет свои возрастные особенности:

Пропорции тела в первые годы жизни существенно отличаются от взрослых сравнительно большой длиной головы и более короткими конечностями. На протяжении 1 года жизни происходит заметный прирост длины тела. В первые 2 года усиленно растут мышцы, обеспечивающие стояние и ходьбу. В возрасте от 2 до 4 лет - преобладает рост широчайшей и большой ягодичных мышц, 7 - 12 лет – 3-х главных мышц голени. Прим этом заметно увеличивается длина сухожилий по сравнению с длиной основной массой мышц «в брюшке». Интенсивный рост стоп у девочек - после 7 лет, у мальчиков - после 9 лет. С 5-7 до 10-11лет быстро увеличивается длина конечностей, превышая скорость роста тела. Прирост массы тела отстает от скорости увеличения длины тела.

В костях и скелетных мышцах у детей много органических веществ и воды и мало минеральных веществ. Гибкие кости могут легко изгибаться при неправильных позах и неравномерных нагрузках. Легкая растяжимость мышечно- связочного аппарата обеспечивает хорошо выраженную гибкость, но не может создать прочного «мышечного корсета» для сохранения нормального расположения костей. В результате возможны деформации скелета и конечностей, возникновения плоскостопия.

Новорожденным необходимо уделять внимание нормальной позе и физической нагрузке. Мышечные волокна ребенка тонкие и слабые, они гораздо менее возбудимы, чем у взрослых Их рост в толщину продолжается до 30-35 лет, а в длину до 20 – 25 лет.

Происходит перестройка иннервационного аппарата мышц. В дошкольном и младшем школьном возрасте увеличиваются размеры и дифференцируются элементы проприорецепторов (нервных окончаний), достигая совершенства к 6 годам. Происходит перераспределение положения мышечных веретен в скелетных мышцах; от равномерного их расположения у новорожденных к сосредоточению веретен в концевых образованиях мышц, где они подвергаются большему растяжению и точнее информируют мозг о движении мышц. До 11-12 лет происходит созревание нервно- мышечных синапсов (контактов между нервной и мышечной клетками), улучшая продвижение моторных команд.

Мышечная масса тела детей невелика. Она составляет у новорожденных-20% от веса тела, в 2-3 года - 23%, в 7-8 лет - 27%, в 15 лет - 32%, у взрослых нетренированных людей - 44%, спортсменов - 50%. В первые годы жизни (до 9- 10 лет) тонус мышц сгибателей превышает тонус разгибателей. Детям трудно сохранять длительное время вертикальную позу при стоянии, поддерживать выпрямленное положение спины при сидении.

Мышцы конечностей (особенно мелкие мышцы кисти) относительно слабее, чем мышцы туловища. Недостаточное развитие мышечно - связочного аппарата брюшного пресса может вызвать образование отвисшего живота и появление грыж.

Сила мышц мальчиков в дошкольном и младшем школьном возрасте равна силе мышц девочек.

Какова же роль массажа? Она второстепенная, потому что правильно выполненный лечебный массаж улучшает крово- и лимфоток, ускоряет обменные процессы, расслабляет спастичные мышцы и тонизирует ослабленные, тем самым восстанавливает возможность правильного взаимодействия между ними. Массаж подготавливает мышцы к движению, но не формирует их. Формированием правильной двигательной активности занимается: кинезотерапия, лечебная физкультура по различным методикам.

Мы приглашаем Вас в наш Центр (г. Астрахань, ул. Ботвина 26а, 28) на консультативную помощь и комплексную реабилитацию. Желаем здоровья Вам и вашим детям.

Торишнева Е.Ю., к.м.н, заведующий отделением реабилитации - врач ЛФК ГАУ АО «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»

УГАДАЙ - КА!

***

Он вслед за августом приходит,
Листопады хороводит.
А как богат он урожаем,
И мы его ведь точно знаем!
(Сентябрь)

***

С деревьев сыплются монетки
От сильного дождя и ветра.
Я подниму десять монет
И соберу большой букет.
(Осенние листья)

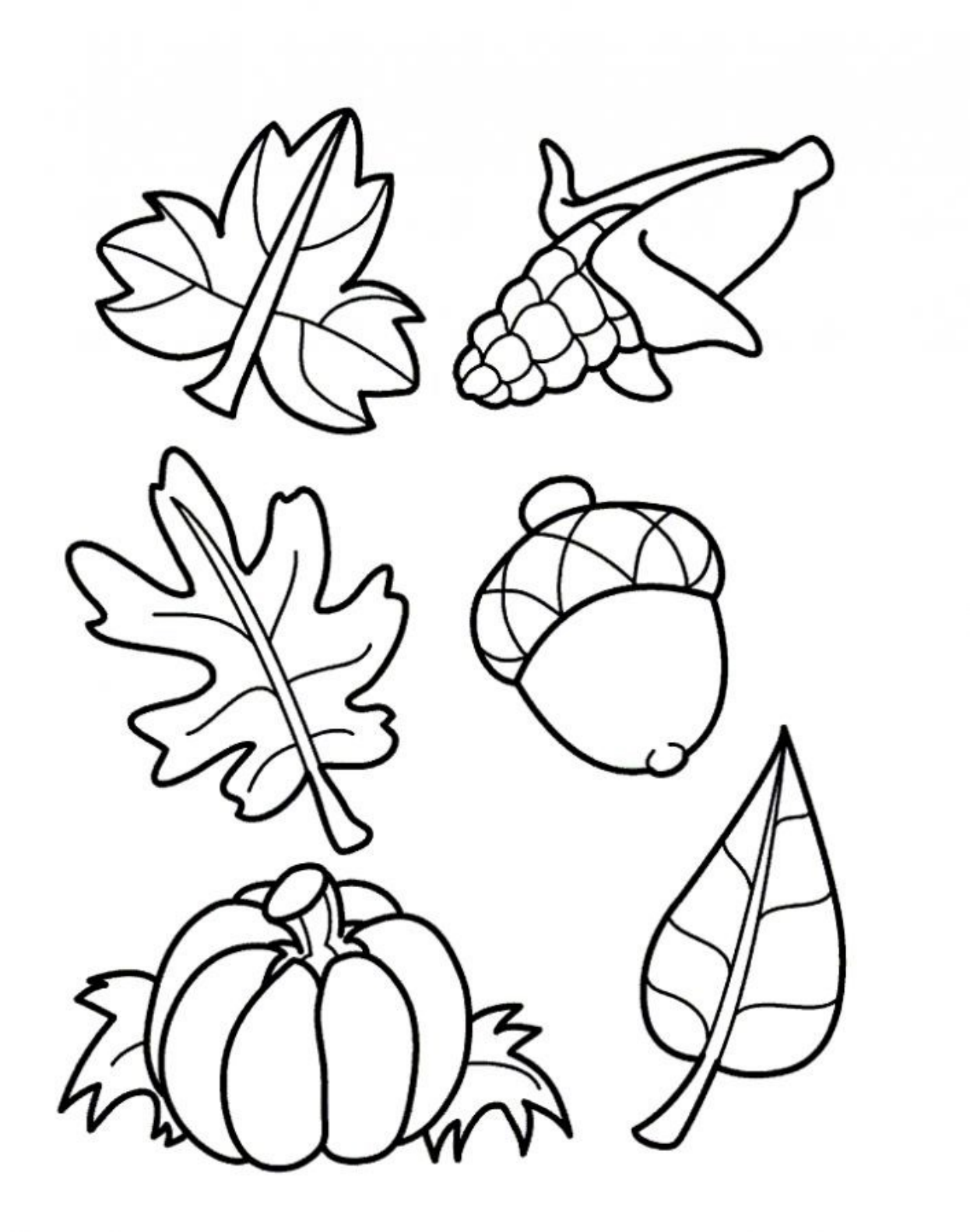
***

В сентябре и в октябре
Их так много во дворе!
Дождь прошел — оставил их,
Средних, маленьких, больших.
(Лужи)

***

Собрались в небе дружно,
На юг лететь им нужно.
Далёк их путь, мои друзья,
Туда, где тёплые края.
(Перелетные птицы)

РАСКРАСЬ – КА!



Газета «Ступени» - специализированное издание ГАУ АО «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями». Редактор: Кишко Т.В. Редколлегия: Борисова Е.В., Карелина О.В.
Вёрстка: Борисова Е.В. Фотограф: Байрамалиев А.Р.
Адрес редакции: г. Астрахань, ул. Ботвина 26 А, тел. 36-52-89, тираж 60 экз. E-mail: 38-06-82@mail.ru сайт: www.centr-reabilitacii.com