

ОКАЗАНИЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

МОСКВА – 2016 год

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Организация службы ранней помощи как структурного подразделения отделения медико-социальной реабилитации детей	
Цели и задачи Службы ранней помощи	10
Структура Службы ранней помощи	11
Кадры Службы ранней помощи	15
Материально-техническое оснащение Службы	16
Основные направления деятельности Службы	26
Формы работы специалистов с детьми и семьями в Службе ранней помощи	26
Критерии включения детей в программу и порядок их зачисления на курацию Службой ранней помощи	31
Порядок ведения детей специалистами Службы ранней помощи	33
Основные методики, используемые при проведении пролонгированного медико-социального сопровождения детей раннего возраста с нарушениями развития	
Психологическое сопровождение семьи	36
Коррекционно-педагогическая работа с детьми	39
Лечебная физкультура	42
Медико-социальные показатели деятельности Службы ранней помощи	
Методы оценки медико-социальной эффективности деятельности Службы ранней помощи	51
Средства контроля обеспечения результатов	52
Практическое применение полученных результатов	52
Заключение	53

ВВЕДЕНИЕ

Создание Службы ранней помощи в составе многопрофильных детских реабилитационных Центров особенно актуально в связи с тенденцией к увеличению числа детей-инвалидов. Так, если в 2008 году, по данным Московского городского регистра лиц с ограничениями жизнедеятельности, в Москве насчитывалось 26 819 детей-инвалидов, то в первом полугодии 2016 году их насчитывалось уже более 36 тыс. Количество детей-инвалидов в возрасте от 0 до 3-х лет в 2008 году составляло 3 301, в 2016 году их число выросло до 5 146 человек.

Рождение ребёнка-инвалида долгое время воспринималось как фатальность. Родители очень тяжело переживают сообщение о наличии у ребёнка врожденной патологии или нарушения развития. Все исследования подтверждают: понимание того, что их ребёнок не такой, как они себе представляли, является для родителей тяжелым потрясением. В этот момент они испытывают чувства несправедливости, отчаяния и вины. Нарушение функций у ребёнка влекут за собой изменения психологического климата в семье.

Инвалидность в детском возрасте – это не только наличие значительных нарушений в состоянии здоровья и ограничение жизнедеятельности, но и одна из форм социального неблагополучия ребёнка и семьи. Отсюда становится понятной необходимость социального, медицинского, психологического сопровождения детей-инвалидов, а также членов их семей для того, чтобы оказать помощь семьям, испытывающим страдание, чтобы обеспечить гуманное отношение окружающих к «проблемным» детям, чтобы максимально обеспечить медицинскую, психологическую и социальную безопасность для их полноценной интеграции в общество. Для этого нужны подготовленные специалисты, их организованное взаимодействие.

Актуальность проблемы нашла свое отражение в перечне поручений Президента Российской Федерации от 18 апреля 2013 года по итогам первой конференции Общероссийского народного фронта на тему «Строительство социальной справедливости» (поручение Правительству РФ о внедрении системы ранней помощи семьям с детьми-инвалидами, сопровождении таких семей, а также о методическом обеспечении работы субъектов Российской Федерации по данным вопросам). Сложившаяся тенденция увеличения в структуре первичной инвалидности доли детей раннего возраста требует развития системы служб, ориентированных на

своевременное выявление нарушений в развитии детей и их эффективную коррекцию, расширение спектра предоставляемых услуг. Раннее начало проведения лечебных и реабилитационных мероприятий позволит обеспечить профилактику необратимых изменений в организме, предупредить инвалидизацию и, следовательно, улучшить социальную адаптацию ребенка к обучению, труду, жизни в семье и обществе.

В Москве специалистами организаций, подведомственных Департаменту образования, Департаменту здравоохранения, Департаменту труда и социальной защиты населения города Москвы, Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, Московской городской ассоциации родителей детей-инвалидов, специалистами общественных организаций накоплен определенный опыт оказания ранней помощи. Были созданы вариативные формы дошкольного образования: Центры игровой поддержки ребёнка (ЦИПР), Консультативные пункты (КП), Лекотеки и Службы ранней помощи (СРП) для детей, воспитывающихся в условиях семьи и родителей (законных представителей). Работа с детьми раннего возраста ведется в ППМС центрах практически в каждом округе столицы. Службы ранней помощи открыты на базе дошкольных учреждений в каждом округе города Москвы: 12 СРП в САО, 4 в ЮАО, 19 в ЗАО, 2 в ВАО, 3 в СВАО, 7 в СЗАО, 5 в ЮВАО, 20 в ЮЗАО и 4 в Зеленограде. Постоянную коррекционную помощь оказывает Институт коррекционной педагогики РАО. Кроме учреждений образования существуют негосударственные центры: Центр лечебной педагогики, Центр ранней помощи детям с синдромом Дауна «Даунсайд Ап» (работает с детьми с синдромом Дауна от рождения до 8 лет), Центр «Наш солнечный мир» (работает с детьми со сложной структурой дефекта, ранним детским аутизмом и ДЦП от 2 лет до 21 года) Центры, где с детьми занимаются иппотерапией, нейропсихологической коррекцией и кинезотерапией «Живая нить», «Московский конно-спортивный клуб инвалидов» и т.д.

Начал осуществляться процесс институционализации системы ранней помощи. 25 мая 2016 года в Москве состоялся I Учредительный съезд Московской ассоциации специалистов Службы ранней помощи по профилактике детской инвалидности. Ассоциация призвана инициировать и организовать работу по разработке предложений для создания в городе: правовых основ деятельности в городе служб ранней помощи; Московской городской Программы ранней помощи, включая разработку Московской городской концепции ранней помощи детям с ограничением жизнедеятельности и детям из групп биологического и социального риска и сопровождения семей, имеющих таких детей; Московских отраслевых

стандартов деятельности Службы ранней помощи — механизмов выявления детей, нуждающихся в ранней помощи и методологических подходов к созданию Единого городского регистра детей, нуждающихся в помощи Службой ранней помощи; механизмов, обеспечивающих своевременное начало, доступность и полный спектр услуг ранней помощи; механизмов, обеспечивающих психологическую и социальную поддержку семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, в рамках программ Службы ранней помощи; механизмов межведомственного взаимодействия в рамках программ Службы ранней помощи — этапное взаимодействие центров планирования семьи, специалистов женских консультаций, перинатальных центров, родильных домов, врачей-неонатологов городских больниц и научно-практических центров, врачей-специалистов (педиатров, неврологов, травматологов-ортопедов и т.д.) поликлинического звена и специалистов (врачей по медицинской реабилитации, психологов, логопедов, педагогов-дефектологов, специалистов по социальной работе и т.д.), работающих в области медико-социальной реабилитации и психолого-педагогической коррекции детей раннего возраста с нарушениями развития; механизмов, обеспечивающих управление качеством услуг ранней помощи.

Однако Служба ранней помощи, как целостная семейно-ориентированная система длительной медико-социальной и психолого-педагогической помощи, находится в настоящее время на начальной стадии.

Важным этапом формирования комплексного системного подхода к решению этой задачи стал проект по созданию Службы ранней помощи на базе детского отделения Государственного автономного учреждения города Москвы Научно-практического центра медико-социальной реабилитации инвалидов им. Л.И. Швецовой.

Теоретико-методологическое обоснование необходимости организации Служб ранней помощи. Необходимость оказания ранней медико-социальной, психолого-педагогической помощи детям младенческого и младшего возраста с нарушениями развития научно обоснована работами как российских, так и зарубежных авторов:

– гетерологический подход в философской антропологии (Н.А. Бердяев, Э. Брейзах, А. Камю, Ж. Сартр, М. Хайдеггер, К. Ясперс и др.);

– системный подход (С.Л. Рубинштейн, П.К. Анохин, В.П. Зинченко, Б.Ф. Ломов, В.Ф. Венд и др.). Основоположниками системного подхода в изучении ребенка с нарушениями в развитии в отечественной науке являются Л.С. Выготский, В.И. Лубовский, В.В. Ковалев, В.В. Лебединский,

А.Р. Лурия. Л.С. Выготский дает описание моделей ребенка с ограниченными возможностями в зависимости от разнообразия видов нарушения и структуры дефекта, предупреждает о корректном понимании единства законов развития нормального и аномального ребенка и необходимости учета индивидуальных особенностей развития каждого ребенка при разработке системы оказания специальной помощи;

- теория единства законов развития нормального и аномального ребенка (Т.А. Власова, Л.С. Выготский, А.Н. Граборов, Г.М. Дульнев, В.П. Кащенко, В.И. Лубовский, А.Р. Лурия, М.С.Певзнер, В.Г. Петрова, Т.В. Розанова, Е.А. Стребелева, Ж.И. Шиф и др.);

- общепсихологические, общепсихологические и специальные основы реабилитации и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья (Э.А. Абгарян, К.М. Астахова, Л.И. Божович, Л.В. Василенко, Т.А. Добровольская, М.А. Егорова, Т.В. Жданова, М.Н. Коган, А.В. Кротова, В.В. Линьков, А.А. Осипова, Л.Ф. Сербина, В.Ф. Стан, Е.М. Старобина, И.В. Цукерман, Н.Б. Шабалина, Л.М. Шипицина);

- медицинские принципы, методы, базовые методики комплексной реабилитации детей (Л.О. Бадалян, С.А. Бортфельд, Л.Т. Журба, В.Т. Кожевникова, Е.Т. Лильин, К.А. Семенова, Т.И. Серганова, Е.Г. Сологубов, О.В. Тимонина, Г.П. Бертынь);

- социальная модель реабилитации инвалидов, включая социальную работу с детьми-инвалидами и их семьями, их социальное обслуживание и т.п. (Е.И. Холостова, Е.Р. Ярская-Смирнова, В.П. Романов, В.А. Петросян, Н.Ф. Дементьева, И.В. Мкртумова, И.В. Малофеев, Л.И. Кононова, Т.В. Зозуля, Л.П. Храпылина, Л.Ю. Савина и др.).

Период раннего детства (от рождения до 3 лет) является уникальным и имеет ряд психофизиологических особенностей, отличающих его от последующих возрастных этапов и требующих создания для детей специальных условий окружающей среды, всего уклада жизни, воспитания (Н.М. Аксарина, Н.М. Щелованов, К.Л. Печора, Г.В. Пантюхина, Э.П. Фрухт). Этот период характеризуется наиболее интенсивным темпом развития ребенка; это сензитивный период для развития его моторики, психики, речи. Для раннего детства свойственны скачкообразность и неравномерность развития, высокая пластичность высшей нервной и психической деятельности, легкая обучаемость; большие потенциальные, компенсаторные возможности развития; единство и взаимосвязь физического и психического развития; ведущая роль взрослого в развитии ребенка.

Понятийный аппарат

В данной работе были использованы следующие термины и сокращения:

Ранняя помощь (ранее вмешательство, прямой перевод англ. «early intervention») – система помощи детям раннего возраста с нарушениями развития или риском появления таких нарушений и их семьям.

Нарушение развития – последствия тех или иных изменений в состоянии здоровья или неадекватного воспитания ребенка в семье (сиротском учреждении). Нарушения развития у ребенка двигательных, когнитивных, коммуникативных, сенсорных или иных функций.

Дети группы риска – дети, имеющие риск появления нарушений в развитии (медицинский, социальный или биологический) и требующие дальнейшего наблюдения.

Дети с нарушениями развития – дети, у которых по сравнению с их сверстниками, выявлено отставание в развитии или имеются нарушения двигательных, когнитивных, коммуникативных, сенсорных или иных функций. Наряду с термином «дети с нарушениями развития» в настоящем документе используются термины «дети с функциональными нарушениями» и «дети с особыми потребностями (нуждами)».

Скрининг (от англ. «to screen» – просеивать) – быстрый, доступный, ориентировочный метод обследования с целью выявления нуждающихся в более точной диагностике или помощи.

Скрининг развития – это повторяющееся обследование группы детского населения определенного возраста с целью выявления факторов риска и проблем, связанных с нарушением этапного развития в организации и регуляции различных свойственных данному возрасту видов деятельности и поведения для последующего уточнения причин их возникновения и оказания адекватной помощи.

Технология скрининга – это комплекс методов, направленных на выявление нарушений развития или риска по их формированию.

Методы скрининга – это диагностические действия, направленные на выявления конкретных проблем, они должны быть просты, доступны и надежны.

Реабилитация – восстановление (или компенсация) нарушенных функций или структур организма, а также предотвращение прогрессирования у ребенка ограничений активности (жизнедеятельности).

Абилитация (лат. *habilis* – быть способным к чему-либо) – развитие у

ребенка функций, изначально у него отсутствующих.

Служба ранней помощи – служба помощи детям раннего возраста с особыми потребностями и их семьям. Термин, используемый в практике наряду с такими терминами как «службы абилитации» и «службы раннего вмешательства».

Междисциплинарная команда специалистов – группа профессионалов различных специальностей (врачей, физических терапевтов, педагогов, психологов и др.), работающих в службе ранней помощи (раннего вмешательства), и оказывающих помощь конкретному ребенку и его семье. Работа в команде строится на партнерских взаимоотношениях между специалистами, все решения принимаются ими совместно после обсуждений, но при этом каждый член команды несет ответственность за свою профессиональную работу.

Коммуникация – в данном контексте это процесс обмена информацией, мыслями, чувствами между людьми.

Ранняя коммуникация – процесс обмена информацией, в который включается ребенок, еще не владеющий или только начинающий овладевать языком.

Специальный педагог – специалист по ранней коммуникации – это специалист, имеющий базовое высшее специальное педагогическое образование (логопед, учитель-дефектолог) и прошедший дополнительную подготовку по работе с детьми раннего возраста.

Супервизия (от англ. «to supervise» – наблюдать и «supervision» – надзор, наблюдение) – вид профессионального взаимодействия специалистов. В практике ранней помощи в процессе супервизии происходит профессиональный разбор сложных случаев и анализ трудностей в работе. Супервизия используется также как способ взаимообучения специалистов (повышения квалификации).

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ КАК СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

Цели и задачи Службы ранней помощи

Служба ранней помощи – это служба длительной семейно-ориентированной медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям младенческого и младшего возраста с нарушениями развития, а также детям, имеющим риск возникновения таких нарушений в более старшем возрасте, и их семьям.

Помощь, оказываемая в рамках Службы ранней помощи носит комплексный характер, осуществляется в постоянной непрерывной форме на основе результатов динамического мониторинга состояния ребенка и включает социально-психолого-педагогическую поддержку родителей и других членов семьи.

Основными **целями** деятельности Службы ранней помощи является:

- профилактика инвалидности у детей раннего возраста, имеющих нарушения развития или риск их появления в более старшем возрасте, предоставление комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим таких детей в целях содействия их оптимальному развитию, социальной адаптации и интеграции в общество;

- сохранение кровной семьи для ребенка инвалида.

Исходя из целей специалисты Службы ранней помощи решают следующие **задачи**:

1. Организация межведомственного взаимодействия с целью наиболее раннего и своевременного выявления детей раннего возраста с отставанием в двигательном, когнитивном, коммуникативном и социально-эмоциональном развитии, а также детей, входящих в группы социального и биологического риска возникновения перечисленных нарушений.

2. Комплексная оценка основных областей развития ребенка (познавательной, социально-эмоциональной, двигательной, речевой, области самообслуживания), определение состояния психического и физического здоровья ребенка, качественных особенностей его отношений с родителями и другими членами семьи, выявление основных потребностей ребенка и семьи. Разработка и реализация совместно с семьей индивидуальной программы реабилитации.

3. Реализация программ Ранней помощи в отношении ребенка и его семьи:

- долгосрочное ведение ребенка и его семьи междисциплинарной бригадой в соответствии с разработанной программой;

- систематическая оценка в динамике уровня психо-физического развития ребенка, отслеживание эффективности ранней помощи и, в случае необходимости, внесение дополнений и изменений в разработанную программу.

4. Информационная, социально-психологическая и эмоциональная поддержка родителей и других членов семьи, обеспечение связи с другими ресурсами в сообществе и их ближайшем окружении:

- социально-психологическое сопровождение и поддержка родителей и членов семьи при воспитании ребенка с особыми потребностями, проведение социального мониторинга и патронажа;

- консультирование родителей по вопросам, связанным с индивидуальными особенностями ребенка и условиями его оптимального развития с целью повышения их компетентности в вопросах обеспечения ухода за ребенком и его оптимального развития;

- возможность использования семьей или одним из родителей социальной передышки во время получения ребенком реабилитационной помощи;

- предоставление информации о законодательных актах, защищающих права ребенка и семьи, о социальных гарантиях, об общественных и государственных организациях, оказывающих необходимую помощь и услуги.

5. Координация, взаимодействие и обеспечение преемственности между Службой ранней помощи и другими службами, обеспечивающими услуги для ребенка и семьи: детскими дошкольными учреждениями, учреждениями системы здравоохранения и социальной защиты.

6. Информирование родительских, общественных и профессиональных организаций о работе Службы ранней помощи, ее целях и задачах.

7. Организация групп поддержки для семей (работа Школы родителей).

Структура Службы ранней помощи

При разработке структуры и набора помещений Службы ранней помощи в основу была положена необходимость обеспечения

мультидисциплинарной бригадой эффективного комплексного пролонгированного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения ребенка раннего возраста с нарушением развития и членов его семьи:

1. приемно-карантинный блок с изолятором;
2. подразделение дневного пребывания детей;
3. подразделение пролонгированного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения;
4. подразделение медицинской реабилитации;
5. подразделение психолого-педагогической коррекции и эмоционального развития ребенка;
6. подразделение дистанционной реабилитации;
7. подразделение подбора и проката технических средств реабилитации
8. подразделение логистики, социального мониторинга и патронажа семьи ребенка-инвалида.

Набор основных помещений Службы (Таблица №1) обеспечивает комплексный непрерывный реабилитационный процесс, а также соблюдение требований нормативно-распорядительных документов, регламентирующих санитарно-эпидемиологический режим в реабилитационно-образовательных учреждениях для детей младшего возраста:

- СанПин 2.4.1.2660-10 «Эпидемиологические и санитарные требования к созданию режима работы, содержанию и устройству образовательных дошкольных учреждений»

- СНиП 2.08.02-09 «Общественные сооружения и здания»

- ВСН 49-86 Нормы проектирования. Дошкольные детские учреждения

- Глава СНиП II-Л.3-71 Нормы проектирования. Детские ясли-сады

- ГОСТ 21.508-93 Система проектной документации для строительства (СПДС). Правила выполнения рабочей документации генеральных планов предприятий, сооружений и жилищно-гражданских объектов

- СНиП РК 3.02.-08-2010 Лечебно-профилактические учреждения

- СП 149.13330.2012 Свод правил. Реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями. Правила проектирования.

Таблица 1. Основные помещения в структуре Службы ранней помощи

Наименование помещений	Кол-во помещений	Площади в м. ² на 1 ребенка	Назначение помещений
1. Приемно-карантинный блок			
Вестибюль-ожидальня	1	12	
Раздевалка	1	1.2	
Помещение службы логистики	1	8	
Смотровая	1	12	
Санпропускник	2	18	
Изоляционно-диагностический бокс на 1 койку с санузлом	2	12+3	
Санузел на 1 унитаз с умывальником	2	3	
2. Секция дневного пребывания детей			
Комнаты дневного пребывания детей с игровой зоной	-	0,8	Дневное пребывание, питание
Буфетная	1	0,2	Прием пищи
Спальня (не более 3-4 кроватей каждая)	-	0,8	Дневной отдых
Специально оборудованный санитарный узел для детей со шлюзом и умывальником	2	6	
Душевая комната	1	10	
Горшечная	1	8	
Помещение для родителей	1	1,2	
Санитарно-бытовые помещения: - кладовая хранения чистого белья; - помещения* для: 1. временного хранения грязного белья,	1	8	Помещения отделяются друг от друга легкой перегородкой на

2. хранения предметов уборки с трапом, вдуаром и сушкой;	1	4	высоту не менее 1,6 м
3 помещение для приготовления и хранения дезинфицирующих средств	1	4	
	1	4	
3. Реабилитационная зона			
Кабинет руководителя Службы	1	12	
Методический кабинет	1	18	Для проведения методических совещаний, консилиумов.
Зал целевых досуговых мероприятий (класс эмоционального развития ребенка)	1	1,6	
Кабинеты специалистов	по потребн	12	Для индивидуальной работы специалистов с ребенком и семьей
Комната для специальных групповых занятий	1	1,6	Для организации групповой работы с детьми и семьями, проведения тренингов
Кабинет психолога	1	18	
Кабинет логопедической коррекции	1	18	
Класс занятий по системе Монтессори и занятий бытовой адаптацией	1	18	
Помещение для хранения материалов и игровых средств	1	10	Помещения для систематизированного хранения

			дидактических пособий и методических материалов
Помещение специалистов дистанционной реабилитации	1	4,5 на 1 рабочее место	
Помещение подбора и проката технических средств реабилитации	2	12+10	
Помещение подразделения социального мониторинга и патронажа семьи ребенка-инвалида.	1	24	
Санитарный узел для персонала со шлюзом и умывальником	2	3	
Санитарный узел для посетителей со шлюзом и умывальником	2	3	

В своей работе Служба может, при необходимости, использовать все диагностические и реабилитационные мощности отделения медико-социальной реабилитации детей – кабинеты: ЛФК, механотерапии, физиотерапии, водолечения и т.д.

Кадры Службы ранней помощи

Мощность СРП определяется индивидуально в зависимости от региональной потребности населения в данном виде помощи и возможностей учреждения, на базе которого создана Служба.

На примере научно-практического центра медико-социальной реабилитации инвалидов имени Л.И. Швецовой, апробировавшего модель Службы, предлагается следующая мощность Службы ранней помощи:

- 15 детей в подразделении дневного пребывания;
- 15 детей, получающих реабилитацию силами выездных бригад;
- 50 детей в подразделении пролонгированного медико-социального сопровождения;
- 50 детей в подразделении дистанционной реабилитации.

Курацию детей в Службе ранней помощи осуществляют специалисты мультидисциплинарной бригады, состоящей из:

- врачей-специалистов: невролога, педиатра, травматолога-ортопеда, хирурга, физиотерапевта, врача ЛФК;

- среднего медицинского персонала: медицинских сестер (сестринское дело в педиатрии), инструкторов ЛФК или инструкторов-методистов ЛФК, медицинских сестер по массажу, физиотерапии, специалист по эрготерапии;

- специалистов по коррекционной психолого-педагогической работе: психологов, логопедов, учителей-дефектологов, социального педагога, специалиста по социальной работе, социального работника.

В команду могут также входить музыкальный руководитель и юрист.

Основными принципами командного взаимодействия явились:

- ведение единой документации (персональная карта);
- функциональный принцип построения диагноза (три составляющих – медико-биологический, психолого-педагогический, социальный);
- синергизм подходов - тесное сотрудничество специалистов команды;
- семейно-центрированный подход к оказанию реабилитационной помощи - семья ребёнка-инвалида – полноправный член команды;
- активное взаимодействие специалистов с различными учреждениями, организациями и частными лицами.

При разработке **штатного расписания** Службы за основу взяты требования следующих нормативно-распорядительных документов:

- приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1705н

"О Порядке организации медицинской реабилитации",

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.99 г. N 426 "О штатных нормативах домов ребенка",

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 1998 г. № 383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций»

Деятельность специалистов регламентируется Уставом Организации, при которой сформирована Служба, должностными инструкциями, Положением о службе ранней помощи Центра.

Материально-техническое оснащение Службы

Материально-техническое оснащение Службы ранней помощи должно обеспечивать возможность оказания медицинских, социальных, а также психолого-педагогических услуг, доступную («безбарьерную») среду помещений Службы и прилегающих к ним территорий для свободного

доступа всех категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья, обеспечивать видео- и фото-фиксацию работы с детьми и членами их семьи для проведения консилиумов и супервизии.

Список необходимого реабилитационного оборудования и дидактических и наглядных материалов, технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования (включая специальные), средств коммуникации и связи, специальных обучающих программ и учебных пособий представлены в Таблицах № 2-3.

Таблица 2. Оснащение и оборудование Службы ранней помощи

Наименование	Кол-во	Назначение
Мебель общего назначения (подбирается с учетом возрастных особенностей и потребностей детей раннего возраста, имеющих ограниченные возможности здоровья):		
письменные столы, стулья, шкафы для хранения документов, сейф, компьютерные столы	по потребности	для обеспечения работы сотрудников Службы:
кровати, шкафы для одежды детские столы и стулья, шкафы для постельного белья, хранения игрушек, пеленальные столики и т.д.	по потребности	для обеспечения дневного комфортного пребывания детей:
Специализированная мебель, используемая во время занятий		
- адаптивные кресла и стулья, системы для сидения, - ортопедические позиционные сидения, - стендеры (вертикализаторы), - системы для удержания головы, - одностороннее прозрачное зеркало-ширма	3 3 3	для перемещения и поддержки детей с тяжелыми двигательными нарушениями для наблюдения за детьми во время приема специалистов).
Оргтехника		
- компьютеры (в том числе с сенсорными мониторами и специальными периферическими устройствами - контактеры, трекбол, крупные кнопки и др.)	по потребности	1. для организации работы и ведения учета технической работы специалистов и ведению ими документации

мультифункциональные устройства, включающие в себя сканер, принтер, копировальное устройство), - телефонные станции	1 1	2. для развивающей работы с детьми.
Ауди- и видеотехника		
- телевизор - DVD-плеер	по потребности	1. проведение междисциплинарных консилиумов и супервизий 2. проведение реабилитационной и коррекционной работы с детьми
- видеокамера со штативом	1	проведение видеосъемки для диагностики детей
- диктофоны	3	ведение протокольной аудиозаписи приемов, междисциплинарных консилиумов и супервизий
6. Набор развивающих компьютерных программ для детей	по потребности	.

Игровые средства и дидактические материалы

Развитие зрительных и слуховых анализаторов			
№	Наименование	Кол-во	Кол-во наборов
1	Погремушки разной текстуры и формы; яркие, звучащие на длинной ручке или кольце, удобные для захвата, безопасные	не менее 15 шт.	
2	Мобиль подвесной, музыкальный	1	
3	Набор колокольчиков разной тональности		1
4	Набор музыкальных инструментов для малышей (барабан, ксилофон, бубенчики, маракасы, бубен, колокольчики, дудочка, игровое пианино и др.)		1
5	Резиновые звучащие сюжетные	не менее	

	игрушки	5 видов	
6	Браслет на руку с бубенчиками (от 2 до 5шт.)	2 шт.	
Движения руки и действия с предметами			
1	Звучащие игрушки-растяжки, низко висящие над грудью	1	
2	Тактильные развивающие коврики от 4 до 6мес.	1	
3	Тактильные развивающие коврики от 6 до 12 мес.	1	
4	Рама с подвесными игрушками	1	
5	Неваляшки (большая и маленькая)		1 набор
6	Игрушки дидактические на присоске	1	
7	Звуковые панели кроватные	1	
Движения общие			
1	Сюжетные игрушки: кукла, собачка, кошка	по 1	
2	Картинки с изображением сюжетных игрушек	по 1	
3	Качалки сюжетные в ассортименте	по 1	
4	Машины –каталки в ассортименте	по 1	
5	Каталки – погремушки на палочке в ассортименте.	По 1	
6	Каталки сюжетные на верёвочке в ассортименте.	По 1	
7	Коврики-следы со звуковой стимуляцией	1	
8	Иннерционные машинки	3	
Сенсорное развитие			
1	Пирамидка с широкими кольцами	3	
2	Пирамидка (4 основных цвета) деревянные (3 - 5 колец)	3	
3	Пирамидка цветная от 5 колец		2 набора
4	Зеркало безопасное для младенцев (большое и маленькое)	2	
5	Доски Сегена	3	
6	Игрушки-втыкалки (грибочки, елочки)		3 набора
7	Игрушки-вкладыши		3 набора
8	Шарики для нанизывания на шнур	2	
9	Геометрические формы разной		2 набора

	величины		
10	Формирование понятия о величине: игрушки разной величины, матрешки, пирамидки с кольцами разной величины		
Наборы для развития бытовых навыков			
	Рамки с пуговицами разной величины, молнией, липучками, крючками, клепками, шнурками	по 1	
	Настенные модули для развития функций руки в ассортименте	6	
Развитие речи			
1	Картинки и игрушки для формирования обобщающих представлений: посуда, игрушки, лицо, части тела, транспорта, одежда, обувь, домашние и дикие животные и их детеныши, овощи, фрукты, профессии		по 2 набора
2	Набор пиктограмм		2 набор
3	Набор сюжетных картинок: времена года и т.д.		1 набор
4	Кубики из 4 – 8 частей в ассортименте		
5	Разрезные картинки (от 2 до 4 деталей)		2 набора
6	Настольно-печатные игры в ассортименте	По 4 шт	
7	Книжки детские (раскладушки, картонные, музыкальные)	20 - 30	
Игра			
1.	Кукла- голыш 30 см с набором одежды		1 набор
2.	Кукла с волосами	1	
3.	Тележка или коляска для катания кукол	по 1	
4.	Кроватка кукольная	1	
5.	Мячи разного диаметра, цвета и фактуры		1 набор
6.	Наборы для песка, воды		по 1 набору
7.	Одежда для ряжения		1 набор
8.	Наборы социально-бытовой направленности: «Парикмахерская», «Доктор», «Кухня»		по 1 набору
9.	Мяч надувной	1	
10.	Сумочки, корзинки		
11.	Крупная кукольная посуда		1 набор
12	Куклы би-ба-бо (русс. нар. сказки)		
13	Ширма для кукольного театра		

14	Пальчиковый театр		1 набор
15	Строительный материал деревянный		3 набора
16	Набор Лего		3 набора
17	Простые конструкторы		5 набора
18	Пазлы пластмассовые		5 набора
19	Игровые модули: кухня, парикмахерская, кукольный пеленальник и пр.	1	
20	Игрушки с музыкальным механизмом	1	
Материалы для детского творчества			
1	Мольберт	1	
2	Доска для рисования мелом	1	
3	Фартуки из непромокаемой ткани	10	
4	Альбомы для рисования		
5	краски (гуашь, пальчиковые, акварель, акриловые), штампики	по 10	
6	сангина, уголь, цветные фломастеры, маркеры, карандаши цветные, восковые мелки, мелки, пастель	по 20	
7	клей (ПВА, клей-карандаш)		
8	кисти разного размера и формы	по 10	
9	ножницы разной формы	5	
10	цветная бумага, гофрированная, картон		по 20
	Музыкальный центр, CD-диски	1	

Таблица 3. Оборудование кабинета Монтессори-терапии

№	Наименование	Кол-во	Кол-во наборов
Материалы для упражнений в установлении причинно-следственных связей			
	Игра «горизонтальное нанизывание»	1	
	Игра «Нанизывание –серпантин»	1	
	Шарики на штырьках	1	
	Доска с вязанным мячиком	1	
	Банка с шариками	1	
	Банка с бусинами	1	
	Набор крышек разного размера к баночкам и бутылочкам	1	
	Пирамидка с кубиками	1	
	Коробочка с выдвигаемым ящиком	1	

	Игровая корзина «эвристика»	1	
Материалы для упражнений в сенсомоторном развитии			
	Вкладывающиеся коробочки	1	
	Матрешка	1	
	Пирамидка	1	
	Простая деревянная мозаика	1	
	«Чудесный мешочек»	1	
	«Тактильные мешочки» мешочки с крупой	6	
Развитие зрительного восприятия			
	Блоки с цилиндрами	4	1
	Розовая башня с подставкой	1	
	Коричневая лестница	1	
	Красные штанги	1	
	Ящики с цветными табличками	4	1
Развития осязания			
	Доски для ощупывания (тактильные дощечки)	3	
	Шероховатые (тактильные) таблички	8	
	Ящик с тканью	1	
Развитие слуха			
	Шумовые цилиндры	10	1
	Шумовые парные маракасы	10	1
Развитие чувства тяжести			
	Весовые (барические) таблички	15	1
Развитие обоняния			
	Обонятельные цилиндры (цилиндры с запахом)	10	1
Развитие вкусовых ощущений			
	Вкусовые цилиндры	10	1
Развитие стереогностического чувства и представлений о форме предметов			
	Геометрический комод с демонстрационным подносом	1	1
	Набор разновысоких цветных цилиндров		1
	Геометрические тела (окрашенные)		1
	Коробка с предметами для сортировки	1	
Подготовка к занятиям математикой			
	Ящики с конструктивными треугольниками	4	1
	Биномиальный куб	1	
	Триномиальный куб	1	

Материалы для развития социальных навыков и навыков самообслуживания			
Упражнения с сыпучими веществами			
	Набор для пересыпания из кувшина в кувшин		1
	Набор для перекалывания ложкой		1
	Набор для просеивания		1
	Интерактивный стол для рисования на песке		1
	Набор для перекалывания(пересыпания) при помощи ложки		1
Упражнения с водой			
	Набор сосудов разных форм для переливания воды		1
	Два тазика и половник для переливания воды		1
	Миска с плавающими шариками, сито		1
	Набор для переливания воды из кувшина в кувшин		1
Упражнения в быденных умениях жизненной практики			
	Набор для уборки мусора		1
	Набор для подметания пола		1
	Набор для уборки пыли\ мусора со стола		1
	Сушка для белья с прищепками		1
	Рамка с большими пуговицами		1
	Рамка с липучками		1
	Рамка с крючками		1
	Рамка молнией		1
	Рамка с клепками		1
	Рамка со шнуровкой		1
	Рамка с ремешками		1
	Рамка с малыми пуговицами		1
	Набор для мытья рук		1
	Набор для мытья зеркал и стекол		1
	Набор для очистки овощей		1
	Набор для приготовления салата		1
	Набор для складывания салфеток		1
	Набор для чистки обуви		1
Материалы для развития речи			
Пополнение словарного запаса и понимание речи			
	Коробочка с тестовыми картинками «Кто это?»		1

	«Что это?»		
	Тестовые картинки «Один или много»		1
	Корзинка с предметами противоположных свойств (большой-маленький, теплый-холодный, длинный-короткий и т.п.)		1
	Коробка «предмет-картинка»		1
	Корзинка с предметами домашней утвари «Что с ними делают?»		1
	Наборы фигурок диких и домашних животных с подносом для сортировки		
	Карточки животных «Мама-папа-детеныш»		1
	Подготовка руки с письму		
	Металлические рамки-вкладыши		1
	Цветные карандаши		1
	Подставки для карандашей		1
	Контурные рисунки		1
	Формирование образа буквы		
	Шероховатые (тактильные) буквы		1
	Ящик с манкой для тренировки навыка письма	1	
	Набор карточек для списывания букв		1
	Многоразовые прописи букв		1
	Многоразовые прописи цифр		1
	Большой подвижный алфавит И.Ю. Фаусек		
	Тетрадь для свободного письма «Звук и буква»	1	
	Уголок для рассматривания и чтения книг «Библиотека»	1	
	Материалы для развития математических представлений		
	Числовые красно-синие штанги		1
	Настольные числовые красно-синие штанги		1
	«Математическая шкатулка»		1
	Шероховатые (тактильные цифры)		1
	Веретена (счетные палочки)		1
	Цифры и чипсы		1
	Банк «золотой материал»		1
	Материал и карточки для введения в десятичную систему счисления		1
	Игра «Марки»		1
	Малые счеты		1

	Набор цветных и золотых стержней с бусинами		1
	Доски Сегена		1
	Цепочки «Сотня и тысяча»		1
	Цветные цепочки		1
	Доска «сотня» с контрольной картой		1
	Игра с полосками на сложение и вычитание		2
	Доски на умножение и деление с бусинами		2
	Игры «в змею» на сложение и вычитание		2
	Комплекты рабочих карт на сложение, вычитание, умножение и деление		4
	Ящики с примерами на сложение, вычитание, умножение, и деление		4
	Доска Пифагора с контрольной доской		1
	Материалы для знакомства с основами знаний и природе и культуре		
	География		
	Глобус «Вода-суша»		1
	Глобус «Континенты»		1
	Карты-пазлы «Континенты»		1
	Карты-пазлы «Российская Федерация»		1
	Карты-пазлы «Европа»		1
	Биология		
	Ботанический комод		1
	Шкафчик с карточками к ботаническому комоду		1
	Шкафчик для ботанических рамок вкладышей		1
	Ботанические рамки-вкладыши с контуром : части цветка, части листка, части яблока, части дерева	4	
	Группа материалов «Время»		
	Календарь	1	
	Часы	1	
	Песочные часы 1 мин	1	
	Материалы «Времена года»	1	

Основные направления деятельности Службы

- проведение индивидуальной комплексной диагностики ребенка (включая скрининг);
- консультирование родителей по результатам проведенного обследования, по организации коррекционно-развивающей работы с ребенком;
- разработка и реализация индивидуальной программы реабилитации (абилитации) ребенка, имеющего проблемы в развитии;
- разработка и реализация комплексных программ сопровождения ребенка и его семьи;
- организация работы детско-родительских групп;
- оказание консультативно-практической помощи родителям (в том числе через домашнее визитирование);
- проведение тренингов для родителей (законных представителей);
- создание школы для родителей группы с целью повышения их компетентности в вопросах развития и воспитания ребенка с ограничением жизнедеятельности, выработке психолого-педагогической устойчивости.
- информирование населения об услугах оказываемых Службой.

Формы работы специалистов с детьми и семьями в Службе ранней помощи

Первичный прием, зачисление на курацию в Службу ранней помощи.

«Первичный прием» – это первое посещение Службы ранней помощи ребенком и членами его семьи.

Первичный прием осуществляют члены медико-психолого-педагогического консилиума Центра (состав МППК - Приложение №3). Председателем Комиссии является руководитель Службы ранней помощи.

Для детей, получающих помощь в Службе ранней помощи, на первичном приеме оформляется «Карта ребенка», в которую входит вся документация на ребенка и его семью.

Кроме того, на первичном приеме обязательны к заполнению следующие документы:

- запись в журнале регистрации детей, прошедших МППК;
- протокол первичной консультации ребенка;
- протокол обследования ребенка.

Другие документы (диагностические опросники, анкета для родителей и др.) могут быть оформлены как на первичном, так и на повторных приемах.

Курсовая медико-социальная реабилитация в стационарной (нестационарной) форме – курс реабилитации, включающий: диагностическую оценку (в т.ч. и лабораторно-инструментальную) физического и психического развития ребенка, составление и реализацию индивидуально-ориентированной реабилитационной программы, профилактику вторичных нарушений, а также помощь в решении психологических проблем ребенка и его семейного окружения, нормализацию поведенческих проблем ребенка, консультационную работу психолого-педагогических работников с родителями (законными представителями) по вопросам развития, обучения и воспитания детей.

Результаты обследования и реабилитационных мероприятий заносятся в «Реабилитационную карту ребенка».

Продолжительность курса реабилитации 28 дней, кратность 2 раза в год.

«Повторный прием» – все последующие посещения ребенка и семьи Службы ранней помощи, включающие в себя диагностическую, консультативную, коррекционную, развивающую, профилактическую, просветительскую помощь, отвечающую на запрос родителей (законных представителей).

Основные цели повторного приема – динамическая оценка и поддержка физического и психического развития ребенка, групповые и индивидуальные консультации родителей по вопросам развития, обучения и воспитания детей, групповые и индивидуальные занятия родителей с психологом, просветительская помощь, игровые сеансы с детьми и др. Частота посещения ребенком Службы не реже 1-2 раз в неделю.

Пролонгированное медико-социальное и психолого-педагогическое сопровождение ребенка и его семьи.

Это основная форма оказания услуг ребенку и его семье, направленная на длительное (на протяжении двух и более лет), динамическое наблюдение за физическим и психическим развитием ребенка, регулярную оценку его психологического состояния, решение медицинских, психологических и социальных проблем ребенка, профилактику вторичных нарушений, преодоление поведенческих проблем ребенка, нормализацию детско-родительского взаимодействия, улучшения психологического климата в семье ребенка с ограничением жизнедеятельности.

Основная задача длительного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения ребенка и его семьи – реализация индивидуально-ориентированной программы Ранней помощи,

составленной специалистами СРП совместно с родителями по результатам всестороннего обследования ребенка и утвержденной на медико-психологическом консилиуме Центра.

Реализация пролонгированного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения ребенка и его семьи осуществляется через повторный прием в Службе ранней помощи и домашнее визитирование.

«Домашнее визитирование» – важный элемент пролонгированного сопровождения семьи ребенка с нарушением развития, позволяющий специалистам, работающим с ребенком, патронируемым Службой ранней помощи, иметь более четкое и наглядное представление о том, в каких условиях живут семья и ребенок, какие существуют проблемы и конфликты, а, следовательно, сделать вывод о том, какие виды помощи необходимо в данном случае предоставить. Домашние визиты - часть мониторинга ситуации в семье, позволяющие фиксировать положительные или негативные изменения. Функции оценки, мониторинга и контроля дополняются функцией семейной терапии на дому, которая является обязательной составной частью программы комплексной работы с семьей. Частота домашнего визитирования специалистами Службы - 1-2 раза в месяц.

«Дистанционная реабилитация» - это технология, позволяющая использовать современные информационно-компьютерные средства для дистанционного проведения пролонгированного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения не только ребенка с нарушением развития, но и членов его семьи. Технологическая линейка оказания ранней помощи детям с нарушениями развития, разработанная специалистами ГАУ НПЦ МСР им. Л.И. Швецовой, за два года существования доказала свою эффективность. У большинства детей, участвующих в программе, снизилась выраженность двигательных нарушений, увеличилась толерантность к физическим нагрузкам, улучшилась речевая продукция и мелкая моторика, дети стали более доступны продуктивному контакту. Практически 30% пациентов Службы начали посещать детские дошкольные учреждения.

Однако, углубленный анализ деятельности СРП показал, что услугами Службы ранней помощи пользовались, в основном, только жители близлежащих округов, т.к. тяжелая ситуация с транспортной доступностью в городе не позволяла реализовать для маломобильных детей младенческого и раннего возраста, проживающих в отдаленных районах города такой важный этап оказания ранней помощи как пролонгированное медико-социальное и психолого-педагогическое сопровождение. В связи с этим в

городе был реализован пилотный проект по внедрению дистанционной реабилитации как одного из вариантов пролонгированного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей раннего возраста с нарушением развития.

Методика дистанционного оказания реабилитационных услуг заключалась в следующем. После окончания курса реабилитации в отделении медико-социальной реабилитации детей ГАУ НПЦ МСР им. Л.И. Швецовой лечащий врач ребенка, нуждающегося в дальнейшем медико-социальном и психолого-педагогическом сопровождении в дистанционной форме, представляет его документы на медико-социальный консилиум МСК Центра.

В случае положительного решения членов медико-социального консилиума о зачислении ребенка на дистанционную реабилитацию, на него заводится специальная карта, состоящая из 3-х частей:

- анкетная часть,
- часть «результаты диагностических исследований»
- часть «динамическое сопровождение».

В анкетную часть включаются:

- анамнестические данные о пациенте и его семье,
- заявление законного представителя ребенка на имя директора Центра о включении ребенка в курацию подразделением Дистанционной реабилитации, - договор безвозмездного пользования материальными средствами,

- акт приема-передачи материальных средств, являющийся Приложением к Договору. Оба документа подписываются в 2-х стороннем порядке администрацией и родителями (законными представителями) ребенка. Проекте.

В часть «результаты диагностических исследований» вносятся результаты его тестирования по оценочным шкалам (оценки спастичности по шкале Ashfort, оценки уровня двигательной активности по шкале GMFCS, анализ психологического тестирования по программе RCDI-2000) - исходные (до начала реабилитации), промежуточные (по потребности, но не реже 1 раза в 3 месяца всего курса реабилитации), заключительные (после окончания реабилитационного курса).

В часть «динамическое сопровождение» вносятся данные о ходе проведения реабилитационных мероприятий (отдельно для медицинской и психолого-педагогической коррекции), этапные эпикризы (каждые 3 месяца), заключения медико-психолого-педагогической комиссии (каждые 3 месяца). Руководитель проекта назначает куратора случая (ведущего

специалиста), закрепляя его за определенным ребенком.

Куратор случая совместно с психологом, логопедом и педагогом-дефектологом обследовал ребенка. Диагностическое обследование, как правило, базируется на результатах тестирования по шкалам оценки спастичности по шкале Ashfort, оценки уровня двигательной активности по шкале GMFCS (Gross Motor Function Classification System - Шкала оценки основных двигательных функций) и анализе психологического тестирования по программе RCDI -2000. Шкала RCDI - это адаптированный к условиям России (Санкт-Петербурга) вариант Шкалы оценки развития ребенка (Child Development Inventory; CDI), разработанной доктором Г. Айртоном (Миннеаполис, США). Шкала представляет собой вопросник, состоящий из 216 пунктов. Каждый пункт шкалы отнесен к одной из 6 областей (социальная, самообслуживание, крупные движения, тонкие движения, развитие речи, понимание языка). Используется эта программа для детей в возрасте от 1,2 года до 3,5 лет. В случаях грубого нарушения психо-физического развития до 4-лет.

Обследование проводится до начала реализации программы сопровождения, каждые 3 месяца действия Программы сопровождения и после завершения реабилитации.

По результатам обследования куратор случая составлял индивидуальную программу дистанционной реабилитации и утверждал ее на медико-психолого-педагогической комиссии. Администратор проекта составлял электронное расписание консультации и занятий с ребенком.

Параллельно родителям ребенка (законным представителям) на основании Договора безвозмездного пользования дома устанавливаются и настраиваются веб-камеры, выдаются индивидуально подобранные мягкие модули для занятий ЛФК. Информация о дате и времени проведения консультации (занятия) поступает родителям ребенка (законным представителям) по СМС не позднее, чем за 24 часа до начала занятия (консультации).

В назначенное время врач-специалист или специалист по коррекционной работе (невролог, врач ЛФК, инструктор-методист ЛФК, психолог, логопед, педагог-дефектолог, социальный педагог и т.д.), прошедшие дополнительную подготовку, по системе видеоконференций выходит на связь с родителями пациента и осуществляет консультацию или занятие с ребенком - контролирует его состояние, проводит промежуточные тестирования, отслеживает динамику развития, правильность выполнения родителями реабилитационных программ, отвечает на возникающие вопросы. Частота видеоконференций осуществляется не реже 1 раз в 10

дней для каждого специалиста, длительность проведения занятия была не больше 20 мин.

Если соединение между семьей и врачом осложняется (например, родители не отвечают на звонок или их длительное время нет в сети) специальный механизм должен отслеживать момент входа родителей пациента в систему и оповещал об этом врачей или руководителя подразделения Дистанционной реабилитации. Таким образом осуществляется постоянная поддержка семей с детьми-инвалидами в домашних условиях, обеспечивается непрерывность реабилитационного процесса.

Критерии включения детей в программу и порядок их зачисления на курсацию Службы ранней помощи

Целевую группу составили дети (инвалиды или имеющие временные или постоянные ограничения жизнедеятельности), жители Москвы в возрасте от 1,5 до 4 лет, имеющие хотя бы один из нижеперечисленных критериев:

Биологические критерии:

- дети, рожденные с очень низкой или экстремально низкой массой тела (менее 1500 грамм),
 - дети, рожденные на сроках гестации менее 33 недель),
 - серьезные трудности в контакте с ребенком, подозрение на ранний детский аутизм.

Медицинские критерии:

- дети, имеющие нарушения (отставание) в развитии, выявленные с помощью нормированных шкал;
- дети с выявленными нарушениями, которые с высокой степенью вероятности приведут к отставанию в развитии (церебральные и спинальные параличи любой этиологии; генетические синдромы и хромосомные аберрации; наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы; врожденные аномалии развития ЦНС и других органов и систем; тяжелые органические поражения ЦНС (любой этиологии), атрофии мозга, гидроцефалия.

Социально-педагогические критерии:

- дети, рожденные от родителей (одного родителя) моложе 16 лет;
- дети, рожденные от родителей, имеющих инвалидность (ограничение

жизнедеятельности);

- дети, рожденные от родителей, страдающих психическими нарушениями, алкоголизмом, принимающих наркотические или психотропные препараты;

- дети, которые хотя бы один раз подверглись насилию в семье;

- серьезные изменения в поведении у ребенка в результате пережитого стресса.

Зачисление детей, имеющих нарушения (риск возникновения нарушений) в психофизическом развитии, на курацию в Службу производится приказом директора на основании письменного заявления родителей (законных представителей) и решения медико-психолого-педагогического консилиума Организации, при которой сформирована Служба.

Для записи на медико-психолого-педагогический консилиум родители (ответственный представитель) ребенка, нуждающегося в курации Службой ранней помощи, представляют в подразделение логистики, социального мониторинга и патронажа следующий пакет документов:

- заявление на имя директора Организации, при которой сформирована Служба, с просьбой включить ребенка в программу курации Службой ранней помощи;

- копию свидетельства о рождении ребенка;

- копию паспорта одного из родителей, в котором вписан ребенок;

- справку о регистрации по месту жительства (форма 4);

- копию СНИЛС;

- копию справки МСЭ об инвалидности (при наличии);

- копию ИПР;

- копию последних выписок из истории болезни (стационарной);

- заключение ЛПУ, в котором постоянно наблюдается ребенок, о состоянии здоровья и отсутствии медицинских противопоказаний к включению в программу курации Службой ранней помощи Организации, при которой сформирована Служба.

Диспетчер подразделения логистики, приняв документы, осуществляет запись ребенка на медико-психолого-педагогический консилиум.

После прохождения консилиума ребенком и его семьей специалисты, проводящие консилиум, в течение 10-ти рабочих дней разрабатывают и утверждают на заседании МППК план сопровождения ребенка и его семьи, а также индивидуально-ориентированную программу работы с ребенком.

С родителями ребенка, зачисленного на курацию в Службу ранней помощи, проводят вводный семинар, на котором их знакомят с планом сопровождения ребенка и его семьи, а также индивидуально-ориентированной программой работы с ребенком. Совместно с родителями выбирается дата зачисления ребенка на реабилитационный курс, выбирается форма проведения реабилитации – стационарная (нестационарная).

Порядок ведения детей специалистами Службы ранней помощи

Курация детей в Службе ранней помощи осуществляется специалистами мультидисциплинарной бригады, состоящей из: врачей-специалистов: невролог, педиатр, травматолог-ортопед, хирург, врач ЛФК, физиотерапевт, инструктор-методист ЛФК, медицинская сестра по массажу, психолог, логопед, учитель-дефектолог, социальный педагог, специалист по социальной работе.

Содержание индивидуально-ориентированной реабилитационной программы работы с ребенком, разработанной специалистами Службы с учетом особенностей психофизического развития и возможностей ребенка, утвержденной на медико-психолого-педагогическом консилиуме может корректироваться в ходе динамического наблюдения за ребенком.

Объем лечебно-оздоровительных мероприятий (массаж, ЛФК, кинезотерапия, водолечение) и коррекционной психолого-педагогической помощи детям (методики и продолжительность занятия с учителем-логопедом, педагогом-психологом и т.д.) регламентируется индивидуально в соответствии с рекомендациями медико-психолого-педагогического консилиума.

Коррекционно-развивающие занятия с детьми проводятся с обязательным участием родителей (законных представителей). Возможно одновременное участие в занятии различных специалистов Службы, если это определяется целью реализуемой программы.

Продолжительность занятия регулируется СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях» (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22 июля 2010 г. N 91).

Для детей в возрасте:

- от 1,5 до 3-х лет - продолжительность одного занятия не должна превышать 8-10 минут, допустимо проведение занятий в первую и вторую

половину одного дня, максимальный допустимый объем недельной образовательной нагрузки – 10 занятий;

- 4-х лет - продолжительность одного занятия – не более 15 минут, допускается проводить 2 занятия в первой половине дня, максимальный допустимый объем недельной образовательной нагрузки – 11 занятий.

- 5-ти лет - продолжительность одного занятия – не более 20 минут, допускается проводить 2 занятия в первой половине дня, максимальный допустимый объем недельной образовательной нагрузки – 12 занятий;

В отделении на каждого ребенка ведется документация (Таблица 4).

Таблица 4. Перечень документов, заполняемых специалистами Службы ранней помощи

	Наименование документа	Сроки хранения
1.	Договор между администрацией Организации, при которой сформирована Служба, и родителями ребенка о зачислении ребенка на курацию в Службу ранней помощи Центра	25 лет
	Информированное согласие родителей	25лет
3.	«Карта ребенка» состоит из следующих блоков: I. <u>Анамнестическо-диагностический блок</u> , содержит: - необходимые медицинские документы и документы, предоставленные другими учреждениями; - документы об инвалидности (при наличии) - заключение медико-психолого- педагогического консилиума (МППК); - документацию первичного приема (перечень см. выше); - анкету родителей; - краткое описание семьи, подробный анамнез развития ребенка; - данные проведенных обследований (анкет, опросников, шкал, наблюдений и т.п.); - план сопровождения ребенка и его семьи; - индивидуально-ориентированную программу работы с ребенком; II. Блок <u>медицинской реабилитации</u> , сдержит: - выписки из реабилитационной карты ребенка (ф.003/у), прошедшего курс комплексной реабилитации в Организации при которой сформирована Служба, в стационарной или нестационарной форме; III. Блок <u>продолженного медико-социального сопровождения</u> , содержит: - дневники специалистов, отражающие методологию	25 лет

	<p>диагностики и индивидуальной работы с ребенком, а также полученные результаты.</p> <ul style="list-style-type: none"> - протоколы «домашнего визитирования» специалистов-реабилитологов; <p>IV. Блок <u>пролонгированной психолого-педагогической коррекции</u>, содержит:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дневники специалистов, осуществляющих психолого-педагогическую коррекцию ребенка и отражающие методологию психологической диагностики и индивидуальной работы с ребенком, а также полученные результаты; - протоколы «домашнего визитирования» специалистов психолого-педагогического подразделения; - протоколы консультаций родителей и воспитателей, проводимые в соответствии с задачами сопровождения - результаты взаимодействия в диаде «родитель-ребенок»; <p>V. Блок этапных эпикризов, состоит:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ежеквартальные промежуточные заключения по результатам динамического наблюдения за ребенком; - заключений по итогам работы с ребенком за год; 	
4.	Журнал регистрации индивидуальной работы специалиста с ребенком	3 года

«Карты ребенка», рабочие материалы специалистов, осуществляющих работу с детьми и родителями (программа, журнал групповой работы и др.) отражают основное содержание работы специалистов Службы ранней помощи: с отдельным ребенком, группой детей, родителями и членами семьи, другим педагогом и т.д.

Рабочие материалы заполняет специалист, оказывающий соответствующую услугу. Эта группа документов хранится в железном шкафу в помещении подразделения логистики, социального мониторинга и патронажа.

Рабочие материалы педагогов-психологов являются закрытой группой документов. Их хранение осуществляется в сейфе класса психолого-логопедической помощи.

Права и обязанности родителей (законных представителей) детей, находящихся под патронажем Службы ранней помощи, определяются Уставом Организации, при которой сформирована Служба, договором, определяющим взаимоотношения между Организацией, при которой сформирована Служба, и родителями (законными представителями)

ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОЛОНГИРОВАННОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Психологическое сопровождение семьи

Работа психолога Службы ранней помощи направлена на работу как с ребенком, так и с семьей в целом.

Одна из основных задач психолога – помощь родителям в поисках ресурса для преодоления ими трудностей, возникших при появлении в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья. При этом решаются важные вопросы внутрисемейных отношений.

Каждая семья, в которой появляется ребенок с «особыми потребностями», проходит стадии горевания. Принято выделять следующие стадии процесса «горевания» (Миллер):

1. Стадия шока
2. Стадия печали
3. Стадия возмещения потери
4. Стадия идентификации с объектом или с его целями и желаниями
5. Стадия замещения объекта

Процесс «горевания» протекает в семьях по-разному и в разные сроки: у одних этот процесс происходит быстро, у других медленно, а некоторые застревают на одной стадии и не имеют собственного ресурса для выхода. Как раз в том, чтобы найти ресурс для преодоления этих трудностей состоит помощь психолога.

Психолог Службы курирует каждую семью по индивидуальной программе.

Психологическое сопровождение направлено «на развитие самосознания личности» и позволяет активизировать собственные ресурсы человека, запустить механизмы саморазвития. Для этого специалист создает условия и оказывает необходимую и достаточную, но не избыточную поддержку для умения справляться со своими жизненными трудностями. То есть создаются условия для перехода личности и семьи к самопомощи.

Основными характеристиками психологического сопровождения являются:

- процессуальность (то есть непрерывный процесс овладения знаниями и умениями, где каждый этап вытекает из предыдущего и непрерывно с ним взаимосвязан);

- пролонгированность (то есть длительность во времени);

- недирективность (то есть побуждение к самостоятельному размышлению и поиску решения проблемы);

- погруженность в реальную повседневную жизнь человека, отношения в семье.

Задача психолога – сформировать у родителей реальную картину личности ребенка. Очень часто родители проецируют на ребенка свои, часто неоправданные ожидания, т.е. запросы родителя к ребенку очень часто не соответствуют его возможностям (либо слишком завышенные, либо слишком заниженные). Родители не могут удержаться от искушения сравнивать своего ребенка с другими детьми, нередко делая неверные выводы из подобных сравнений. Это приводит к фрустрации ребенка, повышению тревожности у родителей. Поэтому очень важно приблизить картину личности ребенка, сформированную у родителя, к существующей реальности.

Кроме того, при работе с семьей, в которой воспитывается ребенок с нарушением в развитии, психолог сталкивается с дополнительными трудностями: во-первых, родители часто находятся в состоянии растерянности и не знают, как строить свои взаимоотношения с особым ребенком, а во-вторых, как правило, семьи с детьми, имеющими нарушения в развитии, являются, в большей части, замкнутой и изолированной системой, им сложно подбирать адекватные механизмы взаимодействия с обществом. Поэтому основная задача психолога в этой ситуации – подвигнуть семью к выходу из порочного круга неконструктивных форм реагирования, найдя необходимый ресурс, позволяющий легче взаимодействовать как с ребенком, так и с окружающим миром в целом.

Это длительная, многоэтапная работа, в которой большая роль отводится именно пролонгированному сопровождению. Имея постоянную возможность обратиться за советом к специалисту, родитель чувствует поддержку и готов включаться в активную работу. Регулярное общение с семьей позволяет своевременно вносить необходимые изменения в программу ее психологического сопровождения. Таким образом, пролонгированное сопровождение является динамичной структурой, которая, постоянно изменяясь, способна отвечать актуальным запросам со стороны семьи.

Основные направления работы психолога в рамках пролонгированного сопровождения являются:

- регуляция механизмов взаимодействия родителя с ребенком;
- регуляция механизмов взаимодействия между родителями, определение внутрисемейных ролей;
- регуляция поведения ребенка;
- преодоление возрастных кризисов у ребенка;
- помощь в переживании горя у родителей.

Эффективность работы психолога целесообразно оценивать с помощью диагностической программы RCDI-2000 по следующим критериям: социальная сфера, самообслуживание, двигательная активность, мелкая моторика, речевая активность, понимание (речи, ситуации).

Главным положительным аспектом раннего начала пролонгированного сопровождения является то, что уже на ранних стадиях дезадаптации родителей, имеющих ребенка с нарушением развития, имеется возможность начать коррекционную работу. Чем раньше начинается психологическое взаимодействие с семьей ребенка, имеющего нарушения в психо-физическом развитии, тем больше сенситивных периодов в развитии ребёнка будет задействовано.

На первом этапе работы с семьей психолог устанавливает контакт с ребенком и его родителями. Вопреки бытовому убеждению, что первое впечатление самое верное, первый контакт может не состояться. Для этого может быть ряд причин. Ребенок боится специалиста, не доверяет ему, родитель не готов раскрыться перед новым человеком, включаются все механизмы психологической защиты, доступные индивиду. И это с психологической точки зрения нормально. Часто родители готовы воспринимать рекомендации от специалиста только после того, как увидят результаты работы у ребенка. И поэтому именно на этом этапе особенно важную роль играет деликатность. Нельзя предъявлять в «лоб» травмирующую информацию. Необходимо подбирать нужные слова, чтобы не нанести ему психологическую травму. Нередко родители сами способны адекватно оценить состояние ребенка, но услышать категоричные прогнозы со стороны специалиста всегда бывает страшно. Поэтому здесь должно работать правило: важно не то, что сказать, а как это сказать.

Даже проведение интенсивной коррекционной работы не сразу приводит к определенным результатам. Задача психолога объяснить родителю, что процесс психолого-педагогической коррекции должен быть длительным и непрерывным, замотивировать родителя, найти в нем внутренний ресурс для самостоятельной работы с ребенком. При

разработке тактики коррекционной работы с ребенком в домашних условиях нужно не давать родителю конкретный способ решения задач, а предложить варианты, выводящие личность на самопомощь.

Именно оперирование к самостоятельности – основное направление в работе психолога как с ребенком, так и с его родителями. Почему это важно? Чем чаще мы предлагаем готовые варианты, тем меньше у человека формируется мотивация к самостоятельной деятельности, а у ребенка может сформироваться состояние выученной беспомощности. Он становится потребителем услуг, а не активным участником реабилитационного процесса. Без внутренней мотивации родителей ребенка, специалист не может ничего сделать. Нужно, чтобы все члены семьи ребенка с особенностями развития занимали активную позицию. Только в случае заинтересованности родителей, готовности их к длительной, самостоятельной работе с детьми в домашних условиях будет наблюдаться положительная динамика в развитии ребенка в эмоциональной, поведенческой и когнитивной сферах.

И наоборот, при низкой мотивации родителей к работе с ребенком, отсутствии активности самого родителя в поиске специалиста и выходе с ним на связь, динамика в развитии детьми, как правило, отсутствует.

Исследование специалистов по психолого-педагогической коррекции¹ показали, что активное участие в психолого-педагогической коррекции ребенка принимает, как правило, не более половины семей. Именно мамы из таких семей занимают позицию активного участника реабилитационного процесса, задают вопросы о глубинных процессах формирования личности ребенка и своих взаимоотношениях с ним, устанавливают обратную связь с психологом в результате чего достигается отчетливая положительная динамика по основным критериям (в меньшей степени двигательная активность по характеру заболевания).

Если родители ребенка больше настроены на проведение физической реабилитации в условиях стационарных отделений реабилитационных центров, не формируют запросы к психологу, «выходят на связь» с ним периодически, после неоднократных напоминаний сотрудников подразделения, то эффективность реабилитации в когнитивной и социальной сферах будет значительно ниже, а динамика психического развития ребенка в этом случае была намного скромнее.

Коррекционно-педагогическая работа с детьми

¹ ГАУ НПЦ МСР им. Л.И. Швецово́й.

Задачи учителя-дефектолога Службы ранней помощи заключается в раннем выявлении отставаний и нарушений развития ребенка, предупреждении и профилактики вторичных отклонений, разработке индивидуального образовательного маршрута развития и воспитания ребенка, направленного на развитие компенсаторных механизмов становления психики и деятельности ребенка, социальную адаптацию с учетом особых образовательных потребностей, оказание психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих ребенка с особенностями развития. Эти же задачи ставились перед педагогом-дефектологом, участвующим в Проекте дистанционная реабилитация.

Работа осуществлялась по следующим направлениям:

- индивидуальные консультации по вопросам развития и воспитания ребенка – 1 раз в месяц;
- контроль выполняемых рекомендаций, промежуточное тестирование ребенка - 1 раз в месяц;
- оценка эффективности применяемых методик- не реже 1 раза в 3 месяца.

Так как у подавляющего большинства детей, находящихся под патронатом Службы ранней помощи, как правило отмечается задержка психо-речевого и моторного развития разной степени тяжести (от задержки темпов развития до грубого недоразвития психических функций), то целесообразно разделять их на группы по урону нервно-психического развития:

1 группа - дети с крайне низким познавательным интересом к окружающему или вовсе отсутствующим, с недоразвитием слухового и зрительного восприятия, с грубым недоразвитием или отсутствием развития речи, с грубыми двигательными нарушениями.

2 группа – дети со сниженным познавательным интересом и мотивацией к предметно-игровой деятельности, недоразвитием когнитивной сферы, выраженной задержкой речевого развития, задержкой формирования продуктивных видов деятельности.

3 группа – дети с высокой познавательной активностью, сформировавшимися представлениями об основных сенсорных эталонах, элементарных математических представлениях, в разной степени владеющие речью.

Коррекционно-педагогическая работа строится по следующим блокам.

1 блок – диагностика нервно-психического развития ребенка

В диагностическом блоке ведущей задачей является организация комплексного педагогического обследования ребенка. При обследовании эффективно использовать методики, разработанные: Э.Л. Фрухт, Н.М. Щеловановым, Н.М. Аксариной, Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печора и др.

Крайне важно определить изначальный уровень нервно-психического развития, выявить особые образовательные потребности ребенка, определить зоны ближайшего развития и оценить его потенциальные возможности. Обследование ребенка необходимо проводить только на очной консультации в рамках первичного или повторного приема в присутствии его родителей (законных представителей).

II блок – составление индивидуальной коррекционно-развивающей программы

На основе результатов обследования определяются цели, задачи и содержание коррекционно-развивающей индивидуальной программы развития. Ключевой позицией при ее составлении является создание условий для системного развития возможностей ребенка с особыми образовательными потребностями в целях обогащения его социального опыта, формирования у него системы знаний и обобщенных представлений об окружающей действительности, развитие познавательной активности, формирование всех видов детской деятельности, характерных для каждого возрастного периода с учетом индивидуальных особенностей ребенка.

Для реализации, поставленных задач можно рекомендовать адаптированные программы: Н.Е. Веракса «От рождения до школы», М. Питерси «Маленькие ступени», «Каролина», Е.А. Стребелева «Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта», Е.Ф. Архиповой «Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом», Миридонова Е.И., Лопская Р.Ю., Ляш А.И., Гусева Н.А. «Образовательная коррекционно-развивающая программа для детей раннего возраста с синдромом Дауна» и др. Параллельно должно осуществляться обучение родителей отдельным педагогическим приемам (демонстрация приемов коррекционной работы, демонстрация коррекционно – развивающих заданий, игр и упражнений), повышающим эффективность взаимодействия с ребенком, стимулирующим его активность в повседневной жизни, укрепляющим его веру в собственные возможности.

III блок – промежуточная диагностика нервно-психического развития и оценка эффективности применяемых методик

Для оценки эффективности применяемых методик систематически, не реже 1 раза в месяц, необходимо проводить промежуточную диагностику-мониторинг динамики нервно-психического развития ребенка как в рамках очных консультаций, так и дистанционно, в режиме «обратной связи» (родителю ребенка по электронной почте или через «Личный кабинет пациента» высылается тест-опросник, который должен заполнить).

Анализ полученных результатов позволяет своевременно корректировать содержание индивидуальной программы развития, планов занятий, разрабатывать рекомендации к индивидуальному образовательному маршруту.

Внесение в коррекционную программу любых изменений должно обязательно обсуждаться с родителями в рамках очных плановых консультаций. Полученные результаты, отражающие реализацию образовательной программы обучения, воспитания, коррекции нарушений развития, социальной адаптации, заносятся в разделы «результаты диагностического обследования», «психолого-педагогическая коррекция» «Карту курации ребенка Службой ранней помощи».

IV-й блок – заключительная оценка эффективности коррекционно-педагогической работы с детьми

Заключительная оценка эффективности психолого-педагогической коррекции ребенка осуществляется по достижению им возраста 3-х (при выраженных психо-речевых нарушениях - 4-х) лет. Для этого ребенок в сопровождении родителей и куратора случая направляется на окружную психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК) для определения образовательного и социального маршрута.

При сохранении выраженных психо-логопедических нарушений, ребенок, по решению Комиссии, продолжает курироваться Службой ранней помощи в течении последующего года, а в его индивидуальную программу помощи вносятся необходимые изменения.

Анализ результатов пролонгированного коррекционно-развивающего сопровождения у детей, находящихся на курации Службой ранней помощи², позволяет говорить о положительной динамике нервно-психического развития у 52 % детей. Положительная динамика отмечалась как в развитии речевой деятельности, эмоционально-волевой и познавательной сферы, интеллектуальной деятельности, так и в моторно-двигательных навыках, навыках самообслуживания, социально-бытовой адаптации.

² на примере ГАУ НПЦ МСР им. Л.И. Шевцовой

Лечебная физическая культура

Лечебная физическая культура (ЛФК) – является важной составной частью пролонгированного сопровождения. Основная задача метода, использующего физические упражнения как средство восстановления двигательной активности детей с ограниченными возможностями здоровья – это стимуляция внутренних резервов организма, предупреждение болезней, вызванных вынужденной гиподинамией.

Одной из характерных особенностей ЛФК является процесс дозированной тренировки детей на основе физических упражнений, в результате которой формируется тренированность, лежащая в основе перестройки всех основных функций, и переход на более высокий уровень функционирования.

На основании данных современной физиологии мышечной деятельности сформулированы основные принципы достижения тренированности:

1. Систематичность - подбор и расстановка физических упражнений, их дозировка, последовательность и т. п. Реализация этого принципа в ЛФК осуществляется частными методиками, отличающимися при различных заболеваниях или повреждениях.

2. Регулярность занятий - ритмичное повторение занятий физическими упражнениями и, соответственно, чередование нагрузок и отдыха.

3. Длительность. Эффект от применения физических упражнений находится в прямой зависимости от длительности занятий. Систематические тренировки обуславливают отчетливое повышение функциональных способностей организма. В ЛФК не могут иметь место какие-либо «курсовые» занятия физическими упражнениями (по аналогии с курсами курортного, физиотерапевтического и медикаментозного лечения). Для получения наилучших результатов ребенок, начав занятия физическими упражнениями под руководством специалистов в условиях лечебно-профилактического учреждения, обязательно должен продолжить занятия в домашних условиях под руководством специалиста в рамках дистанционной реабилитации.

4. Постепенное увеличение нагрузки. В процессе тренировки возрастают функциональные возможности и способности организма, параллельно повышается физическая нагрузка.

5. Индивидуализация. При построении занятий необходим учет индивидуальных физиологических и психологических особенностей конкретно каждого ребенка, а также вариантов течения заболевания.

6. Разнообразие средств. В ЛФК рационально сочетаются, дополняя друг друга, гимнастические, спортивные, игровые, прикладные и другие виды упражнений, что позволяет достичь разнообразного влияния на организм ребенка.

7. Всестороннее воздействие с целью совершенствования нейрогуморального механизма регуляции и развития адаптации всего организма ребенка.

К основным положительным особенностям метода ЛФК относятся:

а) биологичность и адекватность; б) универсальность (нет ни одного органа, который бы не реагировал на движения); в) отсутствие отрицательного побочного эффекта (при правильном дозировании физической нагрузки и рациональной методике занятия); г) возможность длительного применения, которое не имеет ограничений, переходя из лечебного в профилактическое и общеоздоровительное.

Лечебная гимнастика, как форма ЛФК, может проводится индивидуально (при выраженных двигательных нарушениях у ребенка) или в групповой форме не реже 1- 2 раз в неделю на протяжении всего срока пролонгированного наблюдения с учетом физиологической нагрузки, которая регулируется на основе следующих методических указаний:

1) общая нагрузка постепенно усиливается, а затем, снижается. Постепенное нарастание физической нагрузки достигается путем:

- изменения исходного положения (ИП) - лежа, сидя, стоя,
- подбора упражнений для мелких, средних и крупных мышечных групп,

- усложнения упражнений, увеличения амплитуды движений, степени мышечного напряжения, скорости движения,

- применения дополнительных снарядов (мячи, кольца, гимнастическая палка, балансировочный диск), использования дыхательных упражнений и движений, направленных на расслабление мышц туловища и конечностей;

2) наибольший подъем общей нагрузки приходится на середину процедуры.

Каждая процедура лечебной гимнастики состоит из трех разделов: вводного, основного и заключительного. В вводном разделе используются элементарные физические упражнения для мелких и средних мышечных групп с целью подготовки к выполнению общей нагрузки. Основной раздел

должен занимать от 50 до 80% времени, предназначенного для проведения процедуры. Задачей данного раздела - реализация частной методики ЛФК путем сочетания элементов общей и специальной тренировки. Заключительный раздел характеризуется снижением общей физиологической нагрузки за счет использованием облегченных упражнений в чередовании с дыхательными упражнениями и упражнениями на расслабление. Каждое занятие длилось не больше 20-25 мин.

В процедурах лечебной гимнастики большое практическое значение имеет дозирование физической нагрузки, которая должна быть адекватна состоянию ребенка, должна вызывать умеренную возбудимость систем организма, не сопровождаться усилением болей, не приводить к выраженной усталости и ухудшению общего самочувствия. Схематически величину физической нагрузки можно разделить на три категории: А - нагрузка без ограничения с разрешением бега, прыжков и других сложных и общенагрузочных упражнений; Б - средняя нагрузка (с ограничением) с исключением бега, прыжков, упражнений с выраженным усилием и сложных упражнений в координационном отношении, при соотношении с дыхательными упражнениями 1:3 и 1:4; В - слабая нагрузка, характеризующаяся использованием элементарных физических упражнений, преимущественно в и. п. лежа и сидя, при соотношении с дыхательными упражнениями 1:1 или 1:2.

Для повышения эффективности занятий лечебной физкультурой целесообразно применение следующего оборудования.

1. Гимнастическая пластиковая палка длиной 80 см

Назначение:

- формирование функции хвата и противопоставления пальцев кисти;
- увеличение объема движений в суставах верхних конечностей;
- преодоление нарушений осанки и порочных установок;
- укрепление мышечной системы

2. Диск балансирующий диаметром 32 см.

Назначение:

- тренировка функции равновесия, преодоление вестибулярных и мозжечковых расстройств, оптимизация опоры на стопы;
- выработка, закрепление и оптимизация конструктивного праксиса;
- тренинг установочных выпрямительных рефлексов и более сложных локомоторных актов в онтогенетической последовательности;
- тренировка пространственно - ориентировочных двигательных реакций и навыков.

3. Фитбол диаметром 65 см

Назначение:

- формирование разнообразных двигательных навыков у детей с локомоторными расстройствами и задержкой развития опорно-двигательной системы;
- преодоление порочных установок;
- развитие и совершенствование координации движений и равновесия;
- укрепление мышечного корсета, создание навыка правильной осанки и выработка оптимального двигательного стереотипа;
- улучшение кровоснабжения позвоночника, суставов и внутренних органов, устранение венозного застоя;
- улучшение коммуникативной и эмоционально-волевой сферы;
- стимуляция развития анализаторных систем, проприоцептивной чувствительности.

4. Массажные мячи (диаметр 6 см, 8 см и 20 см), валики и наборы колец и бусин в комплекте

Назначение:

- воздействие на рефлексогенные зоны ладонной и подошвенной поверхности стоп;
- формирование и укрепление свода стопы;
- преодоление порочных установок стоп;
- укрепление мышц кисти.

5. Мячи фрибол мини (диаметром 4 см), фрибол макси (диаметр мяча 5,5 см), активные кольца 6 шт. 6-ти цветов,

Назначение:

- развитие познавательной сферы ребенка и навыков самообслуживания;
- развитие двигательной активности;
- тренировка вестибулярного аппарата;
- стимуляция тактильной чувствительности;
- развитие мелкой моторики;
- устранение влияния примитивных тонических рефлексов;
- развитие пространственного восприятия;
- стимуляция высших корковых функций;
- развитие логического, образного мышления, конструктивного праксиса;
- стимуляция образного, цветового, пространственного представления;

6. Набор мячей разного диаметра и веса (в том числе мячи «Футбол» или «Спорт бол» диаметром 20 см),

Назначение:

- снижение мышечного тонуса;
- увеличение объема движений в суставах конечностей;
- выработка манипулятивных навыков;
- тренировка опороспособности кистей и стоп;
- преодоление аддукторного спазма;
- игротерапия (сюжетно - ролевые игры, сказкотерапия и т.п.).

7. Мяч «Футбол» или «Спорт бол» диаметром 20 см

- развитие двигательной активности;
- тренировка вестибулярного аппарата;
- тренировка пространственно-ориентировочных двигательных реакций и навыков;
- увеличение объема движений в суставах верхних и нижних конечностей.

Комплекс лечебной гимнастики должен включать упражнения начального и развивающего этапов. Под визуальным контролем инструктора ЛФК с помощью взрослого ребенок выполняет упражнения в соответствии с темпом, задаваемым инструктором. Из предлагаемого комплекса инструктор предлагает выполнить только те упражнения, которые соответствуют физическому состоянию ребенка. Перед лечебной гимнастикой необходимо проведение массажа с помощью массажного валика, кольца и мяча (при возможности, у детей более старшей возрастной группы, желательно чтобы ребенок самостоятельно частично осуществлял массажные движения с использованием оборудования).

Упражнения начального этапа (для детей с тяжелыми двигательными нарушениями возможно пассивное выполнение упражнений из исходного положения лежа).

1) **Дыхательные упражнения.** В исходном положении лежа на спине (сидя, стоя) выполняется удлиненный, углубленный выдох с одновременным произнесением звуков: «фф-фу», «чу-чу-чу», «ш-ш-ш», «у-у-у», «ж-ж-ж».

2) **Движения головы, рук, ног, туловища.** Исходное положение: лежа, сидя, стоя. Движения головой в разных направлениях. Одновременные движения руками вперед, назад, в стороны, вверх, вниз. Сгибание и разгибание предплечий и кистей рук. Поочередное и одновременное сгибание пальцев в кулак и разгибание с изменением темпа движения. Противопоставление первого пальца остальным с контролем зрения, а

также без него. В исходных положениях лежа на спине, на животе, на боку поочередное поднятие и отведение прямых или согнутых ног, сгибание, разгибание, а также круговые движения ими. Приседание на всей ступне, стоя у опоры. Наклоны туловища вперед, назад, в стороны. Простые сочетания изученных движений.

3) *Упражнения для формирования свода стоп, их подвижности и опороспособности.* В исходном положении: сидя (стоя у опоры) сгибание и разгибание пальцев ног: тыльное и подошвенное сгибание стопы с поочередным касанием пола пяткой, носком; сведение и разведение стоп. Захватывание стопами мяча, прокатывание мяча (массажного мяча).

4) *Упражнения для формирования равновесия.* Движение головой сидя, стоя на коленях, стоя у опоры. Наклоны вперед-назад, вправо, влево; повороты вправо-влево. Из исходного положения лежа на спине (на животе) быстрый переход в основную стойку. Кружение на месте переступанием. Перешагивание через гимнастическую палку, лежащую на полу.

5) *Упражнения для формирования правильной осанки* Стойка у вертикальной плоскости с сохранением правильной осанки при движениях головой, руками, глазами в разных исходных положениях и при движениях рук. Стойка на носках, стойка на одной ноге, другая в сторону, вперед, назад.

6) *Упражнения с большим мячом («Футбол», «Спортбол»).* Перекладывание мяча из руки в руку. Удары мяча об пол перед собой. Прокатывание мяча, броски вперед, в сторону с дозированными усилиями.

7) *Упражнение с малыми мячами.* Броски мяча в различных исходных положениях. Метание мяча сбоку одной рукой. Метание мяча на дальность. Бросок двумя руками снизу в верх. Попадание мячом в предмет (большой мяч, кубик и т.д.).

8) *Упражнения для формирования мелкой моторики, логического мышления и конструктивного праксиса.* Используя набор колец, ребенок под контролем нанизывает кольца на деревянную основу. Действие можно осуществлять в соответствии с указанным цветом, размером.

9) *Упражнения с использованием фитбола.*

Упражнения на фитболе лежа на животе и лежа на спине с вращением мяча в различных плоскостях способствуют уменьшению силы земного притяжения, и благодаря антигравитационному эффекту, у ребенка появляется возможность поднять от опоры голову и плечи.

Покачивание и вибрация на фитболе снижают патологический мышечный тонус и уменьшают гиперкинезы.

Упражнения в исходном положении лежа на животе на фитболе способствуют сгибанию в грудном отделе позвоночника и подниманию нижних конечностей.

Упражнения в исходном положении лежа на спине на фитболе способствуют растягиванию спастичной большой грудной мышцы и укреплению прямой и косых мышц живота.

Упражнения развивающего этапа (для детей с тяжелыми двигательными нарушениями возможно пассивное выполнение упражнений из исходного положения лежа).

1) *Дыхательные упражнения.* Дыхательные упражнения с руками на поясе, за головой. Усиленное дыхание (на вдохе приподнять надплечья, на выдохе надавливать ладонями на боковые поверхности грудной клетки). Изменение темпа вдоха и выдоха (под счет). Ритмичное дыхание при выполнении движений: вдох при поднимании рук, отведении их в сторону, выпрямление туловища, разгибание ног: при опускании вниз головы, при наклонах туловища и приседаниях.

2) *Движения головы, рук, ног, туловища.* Основное положение - ноги (по возможности) на ширине плеч. Движения головой с сохранением заданного положения туловища и конечностей. Основные положения рук: вниз, в сторону, вперед, за спину, на пояс, на голову, к плечам. Последовательные движения руками (и ногами). Движение кистей и предплечий в разных направлениях. Противопоставление одного пальца остальным, противопоставление пальцев одной руки пальцам другой, выделение пальцев рук, поочередное сгибание и разгибание пальцев. Из исходного положения сидя на полу, стоя у опоры выполнение поочередно круговых движений, поднятие, отведение и приведение ног. Упражнение выполняется в пассивном или активно-пассивном режиме.

3) *Упражнения для формирования свода стоп, их подвижности и опороспособности.* Сгибание и разгибание пальцев ног, тыльное и подошвенное сгибание стоп, круговое движение, смыкание и размыкания носков с опорой о пятку. Сидя на полу с опорой руками сзади, катать мяч стопами, захватывать мяч, перекачивать мяч подошвами стоп.

4) *Упражнения для формирования равновесия.* Движение головой в разных исходных положениях и при движениях рук; повороты, наклоны. Изменение исходных положений без опоры руками; из основной стойки - в стойку на одно колено, на два колена и обратно; в полуприсед и обратно.

Кружение на месте переступанием, руки в стороны. Удержание равновесия на балансировочной платформе.

5) *Упражнения на развитие пространственной ориентировки и точности движений.* Передвижение к ориентиру-мячу с захватом его. Выполнение исходных положений рук по инструкции инструктора: вниз, вверх, вперед, назад, с открытыми и закрытыми глазами.

6) *Лазанье и перелезание.* Лазанье на четвереньках. Перелезание через препятствие высотой 20-30 см. Подлезание под препятствие высотой 50-70 см (под стол, натянутую веревку).

7) *Упражнения с гимнастической палкой.* Удержание палки различными хватами (сверху, снизу, сбоку) с индивидуальной коррекцией дефектов хвата. Перекладывание палки из руки в руку, меняя способы хвата. Принятие различных исходных положений с палкой в руках: палка внизу перед собой, палка за головой. Выполнение поворотов и наклонов туловища, удерживая палку перед собой, вверху. Стоя на коленях, палка над головой, повороты и наклоны туловища.

8) *Упражнения с большими мячами.* Принимать различные исходные положения, удерживая мяч в руках. Прокатывание мяча на дальность разгибанием руки (кисть сверху). Катание мяча толчком одной руки (двумя), лежа на животе. Стоя на коленях, перекатывать мяч вокруг себя. Броски мяча через веревку. Броски мяча вперед, в сторону снизу, от груди. Подбрасывание мяча перед собой и ловля.

9) *Упражнения с малыми мячами.* Сгибание, разгибание, вращение кисти, предплечья и всей руки; с удержанием мяча. Перекладывание мяча из руки в руку перед собой, над головой, за спиной в основной стойке и изменяя исходное положение. Подбрасывание мяча перед собой и ловля.

10) *Упражнения для формирования мелкой моторики, логического мышления и конструктивного праксиса.* После освоения упражнения с кольцами на начальном этапе проводится аналогичное, но более сложное занятие с использованием бусин, которые нужно нанизывать на нитку, что требует более эффективной мелкой моторики и сформированного праксиса.

11) *Упражнения на фитболе.* Упражнения стоя на четвереньках с фитболом под грудью вырабатывают опороспособность на верхние и нижние конечности, тренируют равновесие и координацию движений, укрепляют мышцы спины, брюшного пресса, плечевого и тазового пояса.

Упражнения сидя на фитболе способствуют выработке навыка правильной осанки, формируют оптимальное взаиморасположение

головки бедренной кости и вертлужной впадины, уменьшают спастичность приводящих мышц бедер.

Для тренировки опороспособности рук и ног используются упражнения лежа на животе на фитболе с прокатыванием мяча вперед и назад.

Результаты эффективности лечебной гимнастики оцениваются по шкалам оценки спастичности по шкале Ashfort, оценки уровня двигательной активности по шкале GMFCS.

Полученные результаты свидетельствуют о положительной динамике практически в 94 % случаев. Однако, необходимо отметить, что занятия ЛФК оказывают лечебный эффект только при правильном, регулярном, длительном применении физических упражнений.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Методы оценки медико-социальной эффективности деятельности Службы ранней помощи

Этапная (промежуточная) и окончательная оценка эффективности комплексных реабилитационных мероприятий осуществляется специалистами мультидисциплинарной бригады только при проведении очной консультации с обязательным присутствием родителей ребенка. Каждый специалист бригады (куратор случая, врачи: невролог, педиатр, врач ЛФК (инструктор-методист ЛФК) физиотерапевт (при необходимости), психолог, логопед, учитель-дефектолог) докладывают об успехах ребенка и его семьи, при необходимости проводят дополнительное тестирование. Учитель-дефектолог совместно с психологом сообщают о динамике нервно-психического развития ребенка и эффективности коррекционного обучения.

После обсуждения полученных результатов, специалисты мультидисциплинарной бригады делают коллегиальное заключение о эффективности\не эффективности реализуемой индивидуальной программы, и, при необходимости, корректируют индивидуальную программу помощи.

Медико-социальные показатели эффективности деятельности Служб ранней помощи представлены в таблице № 7.

Таблица 5. Медико-социальные показатели эффективности деятельности Служб ранней помощи³

Показатель эффективности	Результативность (в %)
Показатели эффективности медицинской реабилитации	
Клиническое улучшение, из них:	94 %
- уменьшение спастики	21 %
- улучшение функции движения	78 %
- улучшение мелкой моторики	45 %
- уменьшение болевого синдрома и вегетативных реакций	35 %

³ по данным организационно-методического отдела ГАУ НПЦ МСР им. Л.И. Швецовой за период 01.09.2014 – 01.10.2016 г.г.

Показатели эффективности психолого-педагогической коррекции и социальной реабилитации	
Повышение уровня нервно-психического развития (повышение познавательной активности, коммуникативной сферы, активной речи, понимание речи)	52 %
Расширение навыков самообслуживания	42 %
Улучшение социореабилитационного климата внутри семьи	67 %
Улучшение социальной сферы	15 %
Определение дальнейшего образовательного маршрута	80 %
Отсутствие эффекта от проводимых мероприятий	4 %

Средства контроля и обеспечения достоверности результатов

Контроль за обеспечением достоверности полученных результатов должен осуществляться коллегиально на постоянной основе.

Методы осуществления контроля:

- ежеквартальное проведение рабочих совещаний с участием специалистов Служб ранней помощи, сотрудников профильных кафедр московских вузов, занимающихся проблемами оказания ранней помощи с нарушениями развития, членов методических объединений – специалистов по медицинской реабилитации, психологов, социальных работников для разработки оптимальной модели оказания ранней комплексной помощи детям с нарушениями развития;

- привлечение экспертного сообщества к оценке промежуточных и конечных результатов деятельности Службы ранней помощи (семинары, дискуссионные площадки, круглые столы);

- проведение супервизий специалистов Служб ранней помощи;

- обсуждение полученных результатов на научно-практических мероприятиях, подготовка и издание научных трудов (статьи, сборники, методические рекомендации, аналитические справки, брошюры и т.д.).

Практическое применение полученных результатов

Экспериментально апробированная модель Службы ранней помощи может быть использована:

- в практической деятельности специалистов реабилитационных и реабилитационно-образовательных учреждений системы Департамента

труда и социальной защиты населения города Москвы, работающих с детьми-инвалидами и их семьями с целью повышения доступности и качества медико-социальных и психолого-педагогических услуг;

- в рамках курсов повышения квалификации работников реабилитационных и реабилитационно-образовательных учреждений социальной сферы города Москвы;

- в работе методических объединений специалистов реабилитационных и реабилитационно-образовательных учреждений Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы по распространению опыта полученных результатов;

- при проведении учебно-методических семинаров по проблемам повышения доступности и качества реабилитационных услуг, оказываемых семьям, имеющим детей-инвалидов;

- при подготовке и проведении научно-практических конференций, круглых столов, мастер-классов и т.п. мероприятий.

- при разработке учебно-методических комплексов для переподготовки и повышении квалификации медицинских сестер, врачей, реабилитологов, психологов, педагогов-дефектологов, социальных работников, специалистов по социальной работе;

- в модулях образовательных программ по переподготовке и повышению квалификации руководящих кадров и специалистов системы социальной защиты населения города Москвы;

- в научно-методических пособиях по проблеме опытно-экспериментальной работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, внедрение Службы ранней помощи позволяет:

1. Использовать данную методику как важный механизм, позволяющий обеспечить эффективную, непрерывную и длительную медико-социальную и психолого-педагогическую помощь семьям, имеющим детей раннего возраста с нарушением развития.

2. Повысить доступность и качество медико-социальных и психолого-педагогических услуг, предоставляемых детям-инвалидам и членам их семей.

3. Данный метод взаимодействия является дополнительной формой работы с родителями по повышению их компетентности и формированию адекватной оценки состояния своего ребенка, консультированию по вопросам выбора образовательного маршрута, обучению специальным

методам и приемам в педагогическом процессе, коммуникации в условиях семейного воспитания, социальной адаптации ребенка, а так же нормализации эмоционально-положительного климата в семье.

4. Служба ранней помощи является эффективным методом профилактики инвалидности у детей младенческого и раннего возраста, имеющих нарушения развития или риск их возникновения, в более старшем возрасте, позволяет уменьшить количество детей, которые по достижении школьного возраста нуждаются в специализированном обучении.

5. Наиболее выраженного результата от проведения комплексной пролонгированной реабилитации добиваются родители с высокой степенью мотивации на работу с ребенком в домашних условиях.