



Государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования города Москвы
"Московский городской педагогический университет"
Институт специального образования и комплексной реабилитации

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ
ПАРАЛИЧОМ
В РОССИИ И АМЕРИКЕ**

Магистрант группы 72
Астахова Л.Б.

Преподаватель:
д.п.н., профессор Приходько О.Г.

В настоящее время ДЦП является самым распространенным заболеванием в клинике детских нервных болезни. Анализируя различных авторов, мы увидели, что точных данных о количестве больных ДЦП в России нет. Эти сведения до сих пор считаются секретными. Оценки частоты заболевания значительно разнятся, главным образом вследствие различных методов исследования случаев заболевания, различных определений этого заболевания и изменяющихся демографических тенденций и социальных условий. Согласно исследованиям, проведенным в странах Западной Европы (Hagberg, 1978; Lagergren, 1981; Glenting, 1976; Healy, 1983) частота заболевания составляет приблизительно два случая на тысячу живорожденных детей или чуть меньше. В развивающихся странах оценочные коэффициенты частоты заболевания варьируются приблизительно от 2,5 на 1000 рожденных в группах эмигрантов в Израиле, которые родились в афро-азиатских странах (Margules, 1966) до 5 на 1000 в Мексике. По данным Американской Ассоциации больных церебральным параличом (USPA) в США этой болезнью болеют около 500 тысяч человек. Если учесть, что США и Россия по численности населения примерно одинаковые, то число лиц, пораженных этим недугом, в нашей стране составляет около 500 тысяч человек. По данным Министерства здравоохранения РФ на 1000 человек больных с ДЦП приходится 47 человек. По данным Научно-исследовательского Фонда Ассоциаций больных церебральным параличом (USPA) в США насчитывается приблизительно 550 тысяч больных этим заболеванием и у 9750 детей и новорожденных ежегодно ставится этот диагноз. Из них 1,2-1,5 тысячи - дети дошкольного возраста. Количество рождений больных с признаками ДЦП в США за десять лет возросло на 25%: от 1,5 - 1,8 на 1000 младенцев родившихся живыми приходилось в 1990г. до 2,0 - 2,5 младенцев с этой патологией в 2000г. На данный момент в США насчитывается от 550 до 760 тысяч инвалидов с ДЦП, что составляет 2,8 человека на 1000 населения.

Система помощи детям и взрослым-инвалидам в США очень сильно отличается от системы помощи в России. Реабилитация осуществляется как в специально оснащенных реабилитационных центрах, так и во множестве частных и государственных агентств, где в основном занимаются профессиональной реабилитацией. Сейчас в США насчитывается около 300 реабилитационных центров для инвалидов в следствие ДЦП.

По данным Центрального штаба Ассоциации детского церебрального паралича в Нью-Йорке основное внимание при оказании лечебно-педагогической помощи детям, уделяется психолого-педагогическому сопровождению семей: развитию индивидуальных способностей ребенка, подготовке к школе; если обучение в школе не возможно, то специалисты центра стремятся максимально развить потенциал ребенка с помощью физической реабилитации, психологических и образовательных программ. На основании проведенного исследования Rachel Wiley, Kimberley Renk (2011) качество жизни детей с церебральным параличом напрямую зависит от социально-экономического статуса родителей. Предлагаемые центрами программы реабилитации несколько различаются в деталях в зависимости от их материальной обеспеченности, взаимоотношений с ближайшими больницами, правительственными службами, от нужд инвалидов, живущих в конкретном регионе. При работе с семьей ребенка с церебральным параличом, при консультировании родителей для более полного выяснения какие конкретно у ребенка трудности, к каким специалистам необходимо обращаться семье и какую программу необходимо для них составить используют следующие опросники: опросник сильных сторон и трудностей (Strengths and Difficulties Questionary SDQ), а также Шкала тотальных трудностей (Total Difficulties Score TDS). Шкалы SDQ и TDS позволяют выявить у ребенка, эмоциональные и поведенческие проблемы, трудности переключения внимания, а также расстройства связанные с гиперактивностью. Типовая реабилитационная программа, как правило, имеет следующие составляющие:

Программа физической терапии: оценка способности к сидению, ползанию, ходьбе и стоянию; упражнения для развития моторных навыков; тренировка функциональной активности (перейти из постели в кресло, подняться по лестнице и т.п.). Цели программы — развить мышечную силу, координацию движений, способность соблюдать равновесие, научить пользоваться вспомогательными ортопедическими средствами — костылями, тростью и пр.

Программа бытового приспособления сфокусирована на повседневной активности и принятии пищи, одевании, соблюдении гигиенических процедур. Эта деятельность требует специальной подготовки и обучения пользованию специальными непроливающимися чашками или столовыми приборами с особыми ручками и другими сконструированными для инвалидов приспособлениями. Программа включает овладение некоторыми нужными в повседневной жизни занятиями (приготовлением пищи, рукоделием). Цель программы — достичь максимальной независимости в быту.

Рекреационная программа включает домашние игры (шашки, шахматы) и игры на воздухе с использованием соответствующего оборудования, пребывание в летних лагерях, участие в скаутских организациях, деятельности различных клубов и пр. Цели программы — дать инвалидам возможность для полноценных развлечений, улучшить социальные навыки, наполнить их жизнь новыми ощущениями, новым опытом.

Программа профессиональной подготовки состоит из предпрофессиональной подготовки к выполнению основных трудовых навыков, профессиональной ориентации, обучения и устройства на открытом рынке труда. Цель программы — подготовить инвалида к выполнению полезной, общественно значимой и достойно оплачиваемой работы.

Программа коррекции речи и слуха включает оценку развития этих функций, логопедическую работу, формирование способностей к

вербальному и невербальному общению, тренировку слуха. Цели программы — терапия дефектов речи и слуха, развитие способностей к общению.

Психологическая программа предусматривает оценку уровня интеллекта, личностного развития и общих способностей; консультирование по личностным, эмоциональным проблемам и психотерапию; выявление способности к обучению; участие в планировании и проведении обязательных и профессиональных программ; консультирование родителей (членов семьи). Цели программы — уточнить способности и потребности пациента, помочь в решении индивидуальных психологических проблем.

Программа социальной помощи включает изучение домашнего окружения инвалида, его семейных взаимоотношений; периодические беседы с его близкими для соучастия в удовлетворении нужд пациента; организацию дискуссионных групп, где родители могли бы обмениваться опытом; организацию использования местных ресурсов (различных реабилитационных агентств, летних лагерей, служб помощи по хозяйству и пр.). Цели программы — содействовать вовлечению семьи инвалида, помогать в решении практических и личностных проблем.

Образовательная и тренировочная программа состоит из развивающей части (начиная с младенчества) программы подготовки к школе, специального обучения умственно отсталых. Ее цель — свести до минимума нарушения обучения, развивать интеллектуальные и социальные навыки и умения.

Педагогическая система США впитала в себя идеи исследователей и практиков многих стран мира – Франции, Англии, Германии, Нидерландов.

Список литературы:

1. Финни Н.Р. Ребенок с церебральным параличом: помощь, уход, развитие: книга для родителей. М.: Теревинф, 2009
2. Sieglinde, M. Teaching motor skills to children with cerebral palsy and similar movement disorders: a guide for parents and professionals. Martin Sieglinde - The USA: Woodbine House, Inc., 2006
3. Psychological Correlates of Qualities of Life in Children with Cerebral Palsy. Journal of Developmental and Physical Disabilities, Florida, 2007