

Министерство социальной политики Свердловской области

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних города Каменска-Уральского»



# **РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С ЦЕЛЬЮ ОКАЗАНИЯ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ И ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДНОСТИ**

Информационно-методическое пособие

2017



Министерство социальной политики Свердловской области  
Государственное автономное учреждение социального обслуживания  
населения Свердловской области «Социально-реабилитационный центр  
для несовершеннолетних города Каменска-Уральского»



**РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЯ  
ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С ЦЕЛЬЮ ОКАЗАНИЯ  
СВОЕВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ  
И ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДНОСТИ**

Информационно-методическое пособие

*Информационно-методическое пособие разработано ГАУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики» по заказу Министерства социальной политики Свердловской области в рамках реализации пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.*

При подготовке издания использованы материалы федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Разработка для распространения среди населения информационных материалов по возможно более раннему выявлению признаков нарушения здоровья, в том числе психического, с целью оказания ранней помощи и профилактики инвалидности», Москва, 2016.

Рецензенты:

**Дугина Елена Александровна**, главный внештатный детский специалист-невролог Министерства здравоохранения Свердловской области, главный врач ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», кандидат медицинских наук;

**Ильяшева Людмила Борисовна**, главный внештатный детский специалист-психиатр Министерства здравоохранения Свердловской области, заведующая центром психического здоровья детей ГБУЗ СО «СОКПБ»;

**Лайковская Елена Эдуардовна**, Первый заместитель Министра социальной политики Свердловской области, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФБГОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук;

**Любушкина Татьяна Леонидовна**, начальник отдела по делам инвалидов Министерства социальной политики Свердловской области;

**Малямова Любовь Николаевна**, заместитель начальника отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области, главный педиатр Министерства здравоохранения Свердловской области, доктор медицинских наук;

**Шичкова Мария Валентиновна**, заместитель начальника отдела семейной политики и социального обслуживания семьи и детей Министерства социальной политики Свердловской области.

*Информация предназначена для специалистов учреждений социального обслуживания населения, образовательных учреждений.*

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	4
Информационные материалы по раннему выявлению признаков расстройства аутистического спектра .....	7
Информационные материалы по раннему выявлению признаков детской шизофрении .....	10
Информационные материалы по раннему выявлению признаков эпилепсии у детей .....	12
Информационные материалы по раннему выявлению органических поражений головного мозга у детей .....	14
Информационные материалы по раннему выявлению детского церебрального паралича .....	17
Информационные материалы по раннему выявлению признаков умственной отсталости .....	21
Информационные материалы по раннему выявлению признаков специфических расстройств развития речи и языка .....	23
Информационные материалы по раннему выявлению признаков дизартрии у детей .....	26
Информационные материалы по раннему выявлению пороков сердца у детей .....	28
Информационные материалы по раннему выявлению признаков бронхиальной астмы у детей .....	30
Информационные материалы по раннему выявлению признаков сахарного диабета у детей .....	33
Информационные материалы по раннему выявлению признаков фенилкетонурии .....	35
Информационные материалы по раннему выявлению признаков муковисцидоза .....	38
Глоссарий .....	40
Список литературы .....	44

## Введение

В настоящее время государством принимаются системные меры в интересах семьи и детей.

Принятие в 1989 году Генеральной Ассамблеей ООН Конвенции о правах ребенка положило начало формированию нового, более высокого уровня ответственности государства и общества за осуществление прав детей на жизнь, здоровье и развитие в благоприятных условиях. Россия присоединилась к этой Хартии прав ребенка и законодательно закрепила гарантии на охрану здоровья детей. В 2011 году принят Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», 7 мая 2012 года – Указ Президента Российской Федерации № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», 7 мая 2012 года Указ Президента Российской Федерации № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации», 1 июня 2012 года Указ Президента Российской Федерации «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы».

В Российской Федерации профилактическому направлению педиатрии всегда уделялось самое пристальное внимание. Пренатальный скрининг беременных женщин с целью выявления нарушений на ранних этапах развития плода, неонатальный скрининг новорожденных для исключения врожденных и наследственных заболеваний, профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (от рождения до 18 лет) с участием в разные возрастные периоды от 2 до 10 врачей-специалистов и проведением инструментальных и лабораторных исследований, работа центров здоровья, в том числе для детей, для определения факторов риска развития хронических заболеваний – все это направлено на раннее выявление патологических отклонений и своевременное воздействие на них, в том числе, путем проведения диагностических обследований и эффективных лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

Немаловажное значение в реализации данного направления имеет ответственное родительство как практика сознательного отношения к сохранению и укреплению состояния здоровья детей.

В этой связи важной задачей государственного уровня на сегодняшний день становится просветительская работа среди населения с целью разъяснения значимости раннего выявления отклонений в состоянии здоровья ребенка, предупреждения хронизации патологического процесса и профилактики инвалидизации.

По данным Росстата (<http://www.gks.ru>), в Российской Федерации за последние годы «увеличивается число детей с инвалидностью» (таблица №1).

Таблица 1.  
Число детей-инвалидов по состоянию на 01.01.2017 г.

	2012	2013	2014	2015	2016
Российская Федерация	560422	567825	579574	604850	616905

В структуре детской инвалидности, по данным Минтруда России, лидирующие позиции занимают психические расстройства и расстройства поведения; болезни нервной системы; врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Таблица №2).

Таблица 2.  
Распределение впервые признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет по заболеваниям (данные Минтруда России, форма № 7-Д (собес))

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Всего признано инвалидами	67121	69781	73545	71237	71347	70734	72801	69805
в том числе в связи с:								
туберкулезом	1099	1002	930	980	760	718	613	479
новообразованиями	2720	2911	3084	3024	3087	3001	3263	3390
болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ	4028	4323	4813	4697	4930	4968	5368	5515
психическими расстройствами и расстройствами поведения	12800	14053	14409	14208	14249	14819	16575	17243
болезнями нервной системы	11853	12601	13143	13241	13925	13995	14566	14203
болезнями глаза и его придаточного аппарата	3425	3709	3732	3789	2706	2702	2453	2764
болезнями уха и сосцевидного отростка	2379	2454	2611	2474	2483	2370	2666	2714
болезнями системы кровообращения	1081	1049	1032	1111	1164	1162	1214	1034
болезнями органов дыхания	1471	1667	1580	1547	1641	1530	1322	1405
болезнями органов пищеварения	1135	1135	1045	867	977	976	803	836
болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани	3229	3470	3716	3652	3551	3624	3442	3125
болезнями мочеполовой системы	1409	1400	1421	1393	1474	1440	1188	957

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями	15271	15333	16974	15658	15725	14905	14969	12375
отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде	528	466	512	479	514	654	471	423
травмами, отравлениями и некоторыми другими воздействиями внешних причин	2298	1832	2138	1947	2018	1839	1502	1195
прочими болезнями	2395	2376	2405	2170	2141	2031	2386	2143

Вместе с тем, на сегодняшний день имеет место недостаточная осведомленность населения, в том числе родителей, в области медицинских и психологических знаний, в частности, о первых признаках развития заболеваний и необходимости своевременного обращения к специалистам.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. N 1839р утверждена Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года (далее Концепция). Концепция направлена на организацию ранней помощи детям, находящимся в группе риска развития стойких нарушений функций организма, детям-сиротам, детям, оставшимся без попечения родителей, находящимся в образовательных, медицинских и социальных организациях, а также детям из семей, находящихся в социально опасном положении.

Положения Концепции провозглашают тезис о том, что правильно организованная и своевременная ранняя комплексная помощь детям раннего возраста с нарушениями в развитии способна предупредить появление вторичных отклонений в развитии, обеспечить максимальную реализацию потенциала развития ребенка, а, в некоторых случаях, минимизировать риск инвалидизации.

Таким образом, повышение уровня знаний специалистов, работающих с детьми (в частности, педагогов, социальных работников и др.), а также населения, по раннему выявлению признаков нарушения здоровья, в том числе психического, с целью своевременного оказания помощи, будет способствовать предупреждению инвалидности детей и обеспечит возможность высокого уровня социализации ребенка, имеющего отклонения в состоянии здоровья.

В следующих разделах пособия будут представлены информационные материалы по раннему выявлению у детей признаков нарушения здоровья.



## **ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПРИЗНАКОВ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**Детский аутизм** – это врожденное состояние искаженного развития, проявляющееся, прежде всего, ограничениями и особенностями общения и социальных контактов.

Аутизм может встречаться в любом возрасте. В зависимости от возраста изменяется и клиническая картина.

### **Факторы риска развития аутизма**

В настоящее время причины, вызывающие аутизм, не известны. Выделяют факторы, способствующие проявлению расстройства аутистического спектра (РАС):

1. генетические;
2. повреждение и нарушение функций головного мозга плода вследствие действия различных неблагоприятных факторов во время беременности;
3. хромосомные, обменные и другие нарушения (например: фенилкетонурия, болезнь Дауна, туберозный склероз и другие).

### **Классификация расстройств аутистического спектра**

1. Детский аутизм (синдром Каннера):
  - обусловленный органическим заболеванием головного мозга;
  - развившийся вследствие других причин.
2. Атипичный аутизм:
  - с умственной отсталостью,
  - без умственной отсталости.
3. Расстройство Ретта (синоним: синдром Ретта).
4. Дезинтегративное расстройство детского возраста (синонимы: синдром Геллера, дезинтегративный психоз).
5. Синдром Аспергера :
  - аутистическая психопатия;
  - шизоидное расстройство детского возраста.
6. Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.

### **Основные проявления расстройств аутистического спектра у детей**

К основным проявлениям расстройств аутистического спектра у детей относятся:

- невозможность или трудность общения с людьми – ребенок ходит «мимо людей», смотрит «сквозь людей»;
- отгороженность от внешнего мира с игнорированием внешних раздражителей;

- сложности при вербальной коммуникации – речь, даже если неплохо развита, не используется или мало используется для общения;
- дискомфорт при попытке установить зрительный контакт;
- страх изменений в окружающей обстановке и стремление поддерживать ее неизменность (феномен тождества по Каннеру);
- попугайная или граммофонная речь – повторение только что или когда-то ранее услышанного;
- задержка развития осознания «Я»;
- стереотипные игры с неигровыми предметами и стереотипность разных сторон поведения;
- стереотипные движения – подпрыгивание, верчение кистей рук перед глазами.

### **Признаки риска развития аутизма в раннем детском возрасте**

Социальные нарушения у детей с аутизмом могут проявляться с первых месяцев жизни:

- в возрасте 6 месяцев ребенок не улыбается и не выражает эмоции радости и удовольствия;
- в 9 месяцев не реагирует в ответ на улыбку, звуки и мимику аналогичным образом;
- в возрасте 12 месяцев не отзывается на свое имя, еще не начал лопотать и ворковать, не жестикулирует, не смотрит по сторонам;
- наблюдается позднее развитие речи - к 16 месяцам ребенок не сказал ни слова, не умеет строить фразы и предложения в возрасте до 2 лет.

### **Признаки аутизма у детей в возрасте 2-3 лет**

Признаки, которые могут указывать на наличие аутизма у ребенка в данном возрасте:

- не смотрит в глаза;
- не улыбается в ответ на улыбки окружающих;
- не откликается на свое имя или на звук знакомого голоса;
- не провожает объекты глазами;
- не использует для общения жесты – отсутствует указательный жест, не машет на прощание рукой;
- не говорит и не кричит, чтобы привлечь внимание окружающих;
- не пытается обнять или ответить на объятие близких;
- не повторяет движения и мимику окружающих;
- не просится на руки;
- не играет с другими детьми или взрослыми;
- не разделяет интересы и радость окружающих;
- не просит помочь ему.

### **Признаки аутизма у детей старше 3 лет**

У детей, чей возраст превышает 3 лет, признаками аутизма могут быть:

- дискомфорт при попытке установить с ребенком зрительный контакт;
- отсутствие или слабая, невыразительная мимика и жестикация;
- неумение распознавать эмоциональное состояние окружающих людей;
- монотонная невыразительная речь, ограниченность словарного запаса;
- слабое развитие коммуникативных навыков;
- неумение выразить собственные эмоции и чувства;
- непонимание либо игнорирование элементарных правил общения;
- отсутствие инициативы в беседе, неумение вести диалог;
- приверженность к стереотипам, однотипным монотонным действиям и ритуалам, зачастую не несущим определенного смысла;
- острая реакция на малейшую перемену в жизни или ближайшем окружении.

### **Рекомендации для родителей при выявлении признаков расстройств аутистического спектра**

При первых подозрениях на наличие аутизма у ребенка для уточнения диагноза, назначения адекватного лечения и психолого-педагогического сопровождения, необходимо обратиться к детскому психиатру.

С помощью разнообразных методов воздействия – медицинского, психологического, педагогического – можно уменьшить частоту и интенсивность расстройств аутистического спектра, помочь ребенку использовать имеющийся у него потенциал развития, чтобы он мог развивать необходимые для самостоятельной жизни навыки и как можно лучше использовать их для продуктивного общения и приспособления к жизни в обществе.

При несвоевременном выявлении, отсутствии или недостаточности проведения лечебно-реабилитационных мероприятий данное расстройство инвалидизирует ребенка, приводя к ограничениям в следующих категориях жизнедеятельности:

- общение,
- обучение,
- самообслуживание,
- ориентация,
- контроль за своим поведением.

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПРИЗНАКОВ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

**Шизофрения** – психическое заболевание, протекающее с крайне разнообразными негативными, продуктивными и когнитивными (память, внимание, мышление) психопатологическими расстройствами.

Причины заболевания до настоящего времени не установлены. Существенную роль в развитии болезни играют генетика и факторы окружающей среды. Нередко дебют заболевания наблюдается вслед за соматическим, инфекционным заболеванием, черепно-мозговой или психогенной травмой (смена обстановки, «отрыв» от семьи и др.).

### Классификация шизофрении у детей

Выделяются следующие формы течения шизофрении:

- **непрерывно-прогредиентная** (злокачественная, вялотекущая, средне-прогредиентная), характеризующаяся постепенно нарастающей негативной симптоматикой в виде эмоционального обеднения, аутизации, ригидности и более или менее выраженного снижения энергии;
- **приступообразно-прогредиентная**, протекающая в виде приступов, между развитием которых прослеживается вялое течение заболевания;
- **периодическая или рекуррентная**, характеризующаяся приступами психозов с полной ремиссией между приступами.

### Основные симптомы шизофрении

Выделяют негативные и продуктивные симптомы заболевания.

**Негативные симптомы** – психические качества, которые человек теряет по мере развития болезни (уменьшается выраженность эмоций, снижается интерес практически ко всему). Негативные симптомы детской и подростковой шизофрении – снижение активности, отсутствие связной речи, эмоциональное обеднение в сочетании с погруженностью в свой собственный мир. Постепенно заболевание накладывает неизгладимый отпечаток на все психические процессы, формируется шизофренический дефект.

**Продуктивные симптомы** – патологические процессы, явления, которые появляются по мере развития заболевания (сверхценные и бредовые идеи, галлюцинации, патологическое фантазирование). Продуктивные расстройства у детей — различные страхи, двигательная расторможенность, патологическое фантазирование. У подростков шизофрения проявляется бредовыми идеями физических недостатков, анорексией, философической интоксикацией (чрезмерный интерес к абстрактным проблемам, примитивные размышления на эту тему). Также к продуктивным симптомам шизофрении у подростков относят расстройства поведения в виде жестокости, грубости, сексуальной расторможенности, склонности к употреблению алкоголя, наркотиков.

Нередко при детской шизофрении встречаются **когнитивные расстройства** в виде нарушения памяти, внимания, мышления, речи.

### **Признаки детской шизофрении**

О наличии заболевания могут свидетельствовать следующие признаки:

- неспособность вести диалог, потеря нити разговора, неожиданное переключение беседы на абсолютно другую тему;
- бурные, спонтанные беспричинные перепады эмоционального состояния;
- пренебрежение личной гигиеной, безразличие к внешнему виду;
- параноидные мысли о том, что весь мир в сговоре против него;
- зрительные или слуховые галлюцинации;
- страх несуществующей опасности;
- отсутствие ощущения реальности;
- отрешенность, изолированность от привычного круга общения.

### **Рекомендации для родителей при выявлении признаков детской шизофрении**

При первых подозрениях на наличие психического расстройства у ребенка необходимо обратиться к детскому психиатру для обследования, уточнения диагноза и назначения им адекватного лечения.

Для эффективного лечения шизофрении важна ранняя диагностика: чем раньше болезнь будет выявлена, тем больше у ребенка шансов стать более адаптированным к жизни в обществе. К тому же, если форма шизофрении еще не приобрела тяжелую степень, ребенок будет проходить амбулаторное лечение, находясь в привычных домашних условиях.

Родителям ребенка, у которого поставлен диагноз «шизофрения», стоит всегда помнить, что лечение данного заболевания должно проходить исключительно врачами специалистами. Не стоит предпочитать визит к народному целителю визиту в специализированное медицинское учреждение! Любое самостоятельное вмешательство в ход и методы лечения шизофрении может привести к непоправимым результатам.

При несвоевременном выявлении, отсутствии или недостаточном проведении лечебно-реабилитационных мероприятий данное заболевание инвалидизирует ребенка, приводя к ограничениям в следующих категориях жизнедеятельности:

- общение,
- обучение,
- самообслуживание,
- ориентация,
- контроль за своим поведением.

## **ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПРИЗНАКОВ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ**

**Эпилепсия** - тяжёлое хроническое заболевание, которое возникает, чаще всего, в детском возрасте, характеризуется наличием повторных приступов, называемых эпилептическими припадками.

### **Причины эпилепсии**

- наследственная предрасположенность;
- генетические заболевания и синдромы;
- структурный дефект головного мозга (кисты, опухоли, кровоизлияния, травмы, аномалии развития головного мозга);
- гипоксия плода;
- тяжелая желтуха новорожденных;
- вирусные и паразитарные заболевания мозговых оболочек.

В ряде случаев болезнь возникает спонтанно, когда причину заболевания выявить не удается.

### **Классификация эпилепсии**

1. Парциальные (фокальные, локальные) припадки: простые без нарушения сознания, сложные с нарушением сознания, парциальные с вторичной генерализацией.
2. Генерализованные (судорожные, бессудорожные) припадки – абсансы, миоклонические, клонические, тонические, тонико-клонические, атонические припадки.
3. Недифференцированные припадки.

### **Основные симптомы эпилепсии**

Симптомы эпилепсии зависят от формы болезни.

К основным симптомам и признакам судорожных эпилептических припадков у детей относятся:

- конвульсии – ритмичные сокращения мышц всего тела;
- потеря сознания;
- временная остановка дыхания, непроизвольная потеря мочи и кала;
- сильное напряжение мышц всего тела (сгибание рук в локтях, сильное выпрямление ног);
- беспорядочные движения в одной из частей тела ребенка: подергивание рук или ног, сведение или сморщивание губ, запрокидывание глаз назад и форсированный поворот головы в одну сторону.

Кроме типичных (судорожных) форм эпилепсии есть другие формы заболевания, симптомы которых имеют некоторые особенности и не всегда могут быть распознаны родителями. Это:

### **1. Абсансная эпилепсия у детей.**

Основные признаки:

- внезапное прерывание деятельности ребенка (он замирает на полуслове или не завершив начатое движение);
- пристальный или отсутствующий взгляд, сконцентрированный на одной точке;
- невозможность привлечь внимание ребенка;
- после прекращения приступа ребенок продолжает начатое действие и ничего не помнит о случившемся приступе.

### **2. Атонические приступы у детей.**

Атонические приступы характеризуются резкой потерей сознания и сильным расслаблением всех мышц ребенка. Дети могут внезапно падать, ударяться и при этом кажутся чрезвычайно вялыми и слабыми. Очень часто атонические приступы бывают совершенно неотличимы от обмороков, поэтому всех детей, перенесших несколько эпизодов обморока, следует показать врачу!

### **3. Детский спазм.**

К основным симптомам детского спазма относятся приведение рук к груди, наклон головы или всего туловища вперед и выпрямление ног. Часто приступы случаются утром, сразу после пробуждения ребенка, могут длиться всего несколько секунд и захватывать только небольшую часть мышц шеи (при этом ребенок будет периодически бессознательно кивать головой). Чаще всего детским спазмом болеют дети в возрасте от 2 до 3 лет. К 5-ти летнему возрасту детский спазм может бесследно исчезнуть или перейти в другую форму эпилепсии.

## **Рекомендации для родителей при выявлении признаков эпилепсии**

При первых же подозрениях на наличие эпилепсии у ребенка с целью установления диагноза, назначения обследования и адекватного лечения, необходимо посетить следующих специалистов:

- детского невролога (эпилептолога),
- психиатра,
- медицинского психолога,
- логопеда (в случае нарушений речи).

При несвоевременном выявлении, отсутствии или недостаточности проведения лечебно-реабилитационных мероприятий данное расстройство приводит к снижению интеллекта и инвалидности ребенка, ограничивая его в следующих категориях жизнедеятельности:

- обучение,
- самообслуживание,
- контроля за своим поведением.

## **ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ**

**Органические поражения головного мозга** представляют собой группу разнообразных нервно-психических расстройств, развивающихся вследствие воздействия на мозг различных патологических факторов на разных этапах его развития.

### **Причины возникновения**

Среди причин органических поражений головного мозга у детей выделяют следующие:

- повреждения головного мозга во время беременности и родов (гипоксически-ишемические повреждения, аномалии развития головного мозга, внутриутробное инфицирование, родовая травма, недоношенность и др.);
- черепно-мозговые травмы (открытые и закрытые);
- инфекционные заболевания (менингит, энцефалит, арахноидит, абсцесс и др.);
- интоксикации (злоупотребление алкоголем, наркотиками, психоактивными веществами, табакокурение);
- заболевания головного мозга: сосудистые (ишемические и геморрагические инсульты, энцефалопатия), новообразования (опухоли);
- демиелинизирующие заболевания.

### **Признаки органических поражений головного мозга**

Проявления заболевания у детей имеют возрастные особенности.

**У детей раннего возраста** на первый план выступают невропатические расстройства: повышенная эмоциональная возбудимость, неустойчивость вегетативных реакций, нарушения сна, нередко с извращением смены периодов сна и бодрствования, пониженный аппетит, впечатлительность, боязливость. Наблюдается некоторая задержка речевого развития, бедный запас слов, слабая выраженность интеллектуальных интересов (к чтению сказок, сюжетным играм), затруднения при запоминании детских стихов и песен.

В первые месяцы жизни ребенка органическое поражение ЦНС проявляется в виде неврологических знаков, которые обнаруживаются детским неврологом по внешним признакам:

- дрожание ручек, подбородка;
- гипертонус мышц;
- раннее держание головки, откидывание ее назад;
- задержка становления моторных функций и речи.



**У детей в возрасте до 5 лет** отмечается ряд отклонений:

- задержка речевого развития;
- низкий уровень выполнения речевых заданий по сравнению с безречевыми;
- слабая выраженность интеллектуальных интересов;
- затруднения при запоминании стихов, песен;
- поверхностный сон (может быть с извращением чередования сна и бодрствования);
- пониженный аппетит;
- повышенная чувствительность к внешним воздействиям;
- эмоциональная возбудимость, впечатлительность;
- неустойчивость настроения;
- общая двигательная расторможенность, суетливость.

**У детей старше 5 лет** соматовегетативные расстройства отступают на второй план и в структуре психоорганического синдрома начинают доминировать эмоционально-волевые и двигательные нарушения:

- необоснованное пребывание в состоянии возбуждения;
- импульсивность реакций на окружающих;
- моторная расторможенность;
- потребность в ощущении дистанции с близкими людьми;
- назойливое поведение;
- слабость внимания;
- заторможенное развитие моторики.

**У детей школьного возраста и подростков** симптоматика психоорганического синдрома становится ещё более разнообразной и проявляется большим объемом нарушений познавательных функций, заметными становятся черты личностной недостаточности. Характерными проявлениями являются головные боли, усиливающиеся во второй половине дня, вестибулярные расстройства (тошнота, головокружения, чувство дурноты при езде на транспорте). Значительно выражены аффективные нарушения: брутальность, взрывчатость, склонность к тоскливо-подавленному настроению. Часто отмечается гиперестезия к звукам и яркому свету.

У детей школьного возраста выделяют:

1. **Психоорганический синдром с нарушением школьных навыков** (чтения, письма, счета). На основе стертых речевых расстройств происходят нарушения фонематического слуха, синтеза пространственных представлений, расстройство сложных форм конструктивной деятельности и мышления.
2. **Психоорганический синдром, эксплозивный вариант:**
  - эмоционально-волевая неустойчивость;
  - аффективная возбудимость с агрессией;

- расторможенность примитивных влечений (пищевого, сексуального, инстинкта самосохранения).
- 3. *Апатическая форма психоорганического синдрома.*  
Наблюдаются эмоциональная вялость, монотонность, слабость побуждений, практическая беспомощность.
- 4. *Эйфорическая форма психоорганического синдрома.*  
На первый план выступает эйфорический фон настроения, импульсивность поведения.

### **Рекомендации для родителей при выявлении признаков органического поражения ЦНС**

При отягощённом акушерском анамнезе и наличии внешних признаков психоорганического синдрома у ребенка следует обратиться как можно раньше к следующим специалистам:

- педиатру;
- детскому неврологу;
- детскому психиатру;
- медицинскому психологу (нейропсихологу);
- педагогу-психологу;
- дефектологу.

Раннее начало лечебного процесса и адекватное психолого-педагогическое сопровождение ребенка с органическим поражением ЦНС поможет у него предотвратить инвалидизацию и уменьшить проявления социальной дезадаптации.

## **ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА**

**Детские церебральные параличи (ДЦП)** – группа стабильных нарушений развития моторики и поддержания позы, ведущих к двигательным дефектам, обусловленным непрогрессирующим повреждением и/или аномалией развивающегося головного мозга у плода или новорожденного ребёнка.

### **Основные причины возникновения заболевания**

Основа формирования ДЦП – поражение головного мозга в определённый период его развития с последующим формированием патологического мышечного тонуса (преимущественно спастичности). Главное отличие ДЦП от других центральных параличей – время воздействия патологического фактора.

#### ***К внутриутробным причинам развития ДЦП относят:***

- острые или хронические экстрагенитальные заболевания матери (гипертоническая болезнь, пороки сердца, анемия, ожирение, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и др.);
- приём некоторых лекарств во время беременности;
- профессиональные вредности;
- алкоголизм родителей;
- стрессы;
- психологический дискомфорт;
- физические травмы во время беременности.

#### ***К перинатальным причинам относят:***

- осложнения в родах: слабость сократительной деятельности матки, стремительные или затяжные роды, кесарево сечение, длительный безводный период, ягодичное и тазовое предлежание плода, длительный период стояния головки в родовых путях, инструментальное родовспоможение, а также преждевременные роды и многоплодную беременность;
- внутричерепную родовую травму вследствие механических воздействий на плод (сдавление мозга, разможение и некроз мозгового вещества, разрывы тканей, кровоизлияния в оболочки и вещество мозга, нарушения динамического кровообращения мозга).

Полностью нерешённым вопросом остаётся роль наследственной предрасположенности и генетической патологии в патогенезе ДЦП. Нередко за диагнозом ДЦП стоят недифференцированные генетические синдромы, что особенно характерно для атаксических и дискинетических форм ДЦП.

## Классификация форм ДЦП

**Двойная гемиплегия** - одна из самых тяжёлых форм ДЦП. Клинически проявляется двусторонней спастичностью, в равной степени выраженной в верхних и нижних конечностях, либо преобладающей в руках. При этой форме ДЦП наблюдается широкий спектр сопутствующей патологии: последствия повреждений черепных нервов (косоглазие, атрофия зрительных нервов, нарушения слуха, псевдобульбарный синдром), выраженные когнитивные и речевые дефекты, эпилепсия, раннее формирование тяжёлых вторичных ортопедических осложнений (контрактур суставов и костных деформаций). Тяжёлый двигательный дефект рук и ног резко ограничивает возможности самообслуживания, препятствует освоению простых трудовых навыков, часто приводит к снижению мотивации к лечению и обучению.

**Спастическая диплегия** - наиболее распространённый тип ДЦП. Для него характерно двустороннее поражение конечностей, ног в большей степени, чем рук, раннее формирование деформаций и контрактур. Распространённые сопутствующие симптомы — задержка психического и речевого развития, наличие псевдобульбарного синдрома, патологии черепных нервов, приводящей к атрофии дисков зрительных нервов, дизартрии, нарушениям слуха, а также умеренное снижение интеллекта.

**Гемипаретическая форма** характеризуется односторонним спастическим гемипарезом, у части пациентов – задержкой психического и речевого развития. Рука, как правило, страдает больше, чем нога. Реже встречается спастический монопарез. Возможны фокальные эпилептические приступы. Дети с гемипарезами овладевают возрастными двигательными навыками несколько позже, чем здоровые. Поэтому уровень социальной адаптации, как правило, определяется не степенью двигательного дефекта, а интеллектуальными возможностями ребёнка.

**Дискинетическая форма** характеризуется произвольными движениями, традиционно называемыми гиперкинезами (атетоз, хореоатетоз, дистония), изменениями мышечного тонуса (может отмечаться как повышение, так и понижение тонуса), речевыми нарушениями, чаще в форме гиперкинетической дизартрии. Отсутствует правильная установка туловища и конечностей. У большинства детей чаще преобладают нарушения в эмоционально-волевой сфере, при этом отмечается сохранение интеллектуальных функций, что прогностически благоприятно в отношении социальной адаптации и обучения.

**Атаксическая форма** характеризуется низким тонусом мышц, атаксией и высокими сухожильными и периостальными рефlekсами. Нередки речевые расстройства в форме мозжечковой или псевдобульбарной дизартрии. Нарушения координации представлены наличием интенционного тремора и дисметрией при выполнении целенаправленных движений. Интеллектуальный дефицит при данной форме варьирует от умеренного до глубокого.

## **Основные симптомы заболевания на разных стадиях развития ДЦП**

### ***Ранняя стадия развития ДЦП – до 6 месяцев жизни:***

- тонусные нарушения мышц тела (гипо-, гипертонус мышц);
- телесная асимметрия (одна рука и одна нога более подвижной другой, укорочение конечности);
- в 4-5 месяцев ребенок не тянется к игрушкам и не поворачивает голову на различные звуки;
- остановка взгляда, судороги, частые вздрагивания;
- нарушение глотания;
- задержка развития двигательных навыков.

### ***Начальная резидуальная стадия – от 6 месяцев до 3 лет:***

- длительное сохранение первичных рефлексов (атавизмов) до 6 месяцев и более:
  - хватательный рефлекс (смыкание пальцев вокруг пальца, прикасающегося к ладонке ребенка);
  - ладонно-ротовой рефлекс (при нажатии на ладонку ребенок открывает свой ротик);
  - рефлекс Моро (резкое изменение положения головы ребенка или громкий звук заставляют его выставить вперед руки и выгнуть спинку, а затем свести руки);
  - рефлекс Бабинского (растопыривание, а потом сгибание пальцев ног в ответ на постукивание по стопе ребенка);
  - рефлекс автоматической ходьбы;
  - раскидывание ручек в сторону с разжатыми кулачками, когда кто-нибудь из взрослых поднимает его вверх;
  - в вертикальном положении ребенок сучит ножками;
- задержка психического и речевого развития;
- мозаичность и задержка развития моторики:
  - в 6 месяцев не держит голову, но может переворачиваться;
  - в 9-10 месяцев сидит только с опорой, но может самостоятельно ходить в манеже в неестественной позе;
  - установочные рефлексы и развитие моторики сильно задерживаются.

### ***Поздняя резидуальная стадия – от 3 лет:***

- деформирование скелета;
- ограниченная подвижность;
- различные нарушения зрения, слуха, речи;
- патология зубов;
- затрудненное глотание и сильный мышечный тонус;
- разная степень отставания в психо-речевом развитии.

## **Рекомендации для родителей при выявлении признаков детского церебрального паралича**

При выявлении ранних признаков детского церебрального паралича необходима консультация:

- детского невролога,
- ортопеда,
- психиатра,
- медицинского психолога,
- логопеда.

Несвоевременно поставленный диагноз, отсутствие или недостаточность проведения лечебно-реабилитационных мероприятий приводят, в зависимости от формы ДЦП и степени нарушенных функций организма, к частичной или полной социальной дезадаптации ребенка, ограничивая его жизнедеятельность в следующих сферах:

- передвижении;
- самообслуживании;
- общении;
- обучении;
- контроле за своим поведением.

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПРИЗНАКОВ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

**Умственная отсталость** – это стойкое не прогрессирующее патологическое состояние наследственного, врожденного и приобретенного в первые 3 года жизни ребенка малоумия, выражающегося в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и трудностями социальной адаптации.

### Основные причины возникновения заболевания

- наследственно обусловленные (ферментативная недостаточность – фенилкетонурия и др.; хромосомные нарушения – болезнь Дауна и др.);
- внутриутробное инфекционное поражение плода (сифилис, токсоплазмоз, цитомегаловирус и др.);
- недоношенность, гипоксия плода;
- осложнения в процессе родов (асфиксия, родовая травма);
- травмы головы, гипоксия головного мозга, инфекции с поражением центральной нервной системы;
- воздействие радиации;
- педагогическая запущенность в первые годы жизни у детей из неблагополучных семей.

### Классификация умственной отсталости

1. Лёгкая умственная отсталость (IQ 50—69).
2. Умеренная умственная отсталость (IQ 35—49).
3. Тяжёлая умственная отсталость (IQ 20—34).
4. Глубокая умственная отсталость (IQ < 20).
5. Другая умственная отсталость (оценка степени интеллектуального снижения затруднена или невозможна из-за сопутствующих болезней органов восприятия (слепота, глухонмота и др.).

### Основные признаки умственной отсталости

**Интеллектуальный дефект** проявляется у детей, в первую очередь, нарушениями мышления - тугоподвижностью, установлением частных конкретных связей, неспособностью к отвлечению.

**Расстройства внимания** характеризуются недостаточной произвольностью и целенаправленностью, сужением объема, трудностью сосредоточиться или переключиться на другой вид деятельности.

**Расстройства памяти** характеризуются слабостью смысловой и, особенно, ассоциативной памяти. Новые сведения усваиваются с большим трудом.

**Нарушения речи** - может отмечаться общее недоразвитие речи, проявляющееся скудностью активного словаря, упрощенным построением фраз, аграмматизмами, нередко косноязычием.

**Недоразвитие моторики** проявляется недостаточностью точных и тонких движений, особенно мелких, медленностью выработки двигательной формулы действия. Нередко отмечается недостаточность мышечной силы.

**Нарушения со стороны эмоционально-волевой и поведенческой сфер** - слабость познавательной активности и волевой регуляции поведения, ограниченность высших эмоций — эстетических, нравственных, интеллектуальных, сочетающаяся с большой зависимостью поведения от внешних, случайных влияний среды и неспособностью самостоятельно подавлять инстинктивно возникающие низшие потребности и влечения.

### **Рекомендации для родителей при выявлении признаков умственной отсталости**

При подозрениях на данное заболевание у ребенка для обследования, уточнения диагноза, назначения адекватного лечения и психолого-педагогического сопровождения необходимо посетить следующих специалистов:

- детского психиатра,
- медицинского психолога,
- педагога-психолога,
- логопеда (в случае нарушений речи).

Перед обучением в школе детям с интеллектуальным дефектом рекомендовано пройти психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК) для определения нуждаемости в специальных условиях обучения (программы обучения и воспитания, формы обучения, нуждаемость в специальных учебниках, учебных пособиях и дидактических материалах, технических средствах обучения, коррекционных занятиях, услугах ассистента).

**Родителям важно помнить, что умственная отсталость поддается лечению!** Правильный подход и грамотно разработанная коррекция обеспечит высокий шанс социализации ребенка. Он может научиться самостоятельно, получить образование, устроиться на работу, соответствующую его способностям.



## **ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПРИЗНАКОВ РАССТРОЙСТВ РАЗВИТИЯ РЕЧИ И ЯЗЫКА**

**Речевые расстройства или нарушения речи** - это проблемы и отклонения в развитии речи; нарушения вербальной коммуникации и других смежных областей, в частности, речевой моторики. Симптоматика этих расстройств весьма разнообразна - от неспособности воспринимать речь до логореи (речевого недержания).

### **Основные факторы риска возникновения расстройств развития речи и языка**

#### **Биологические:**

- токсикоз во время беременности;
- несовместимость крови матери и ребёнка по резус-фактору;
- вирусные и эндокринные заболевания матери во время беременности;
- наследственные факторы;
- родовая травма и асфиксия во время родов;
- патологическое течение родов;
- заболевания в первые годы жизни ребёнка (тяжелые соматические, инфекционные заболевания; травмы черепа, сопровождающиеся сотрясением мозга и т. д.).

#### **Социально-психологические:**

- воспитание детей в условиях гипопеки;
- недостаточность эмоционального и речевого общения ребенка со взрослыми;
- необходимость усвоения ребенком младшего дошкольного возраста одновременно двух языковых систем;
- излишняя стимуляция речевого развития ребенка;
- неадекватный тип воспитания ребенка;
- педагогическая запущенность.

### **Классификация специфических расстройств развития речи и языка**

1. Нарушения устной речи.
2. Нарушения письменной речи.

#### **1. Нарушения устной речи**

Нарушения устной речи подразделяются на нарушения внешнего высказывания (или произносительной стороны речи) и на нарушения внутреннего высказывания.

В свою очередь, **нарушения внешнего высказывания** делятся на несколько подвидов:

- нарушения голосообразования;
- нарушения темпа и плавности речи;
- нарушения звукопроизношения;
- нарушения интонации.

Эти нарушения могут наблюдаться как самостоятельно, так и в совокупности.

**Дисфония** – отсутствие или расстройство функции речи вследствие патологических изменений голосового аппарата. При этом нарушении голос либо совсем отсутствует, либо имеются различные изменения и нарушения в силе, тембре голоса.

**Брадилалия** – патологическое замедление речи, возникающее, когда процесс торможения преобладает над возбуждением. При брадилалии речь сильно замедляется, растягиваются гласные, речь становится нечеткой.

**Тахилалия** – нарушение речи, при котором она становится патологически быстрой. Такая речь может сопровождаться аграмматизмами (баттаризм, па-рафразия). При этом сохраняются фонетическая, лексическая и грамматическая стороны речи. Тахилалия может быть органической и функциональной. Следствием нарушенного темпа речи является нарушение плавности речевого процесса, ритма и мелодико-интонационной выразительности.

**Заикание** – нарушение темпа и ритма речи, обусловленное судорогами мышц речевого аппарата. Заикание может быть органическим и функциональным. Возникает обычно в критические периоды развития ребенка.

**Дислалия** – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и нормальной иннервации речевого аппарата. Проявляется в заменах, искажениях, смещениях тех или иных звуков. Это происходит по нескольким причинам: из-за несформированности правильного положения артикуляционного аппарата при произнесении тех или иных звуков, из-за неправильного усвоения артикуляционных позиций, из-за дефектов самого артикуляционного аппарата.

**Ринолалия** – нарушение произносительной стороны речи или тембра голоса, обусловленное анатомо-физиологическим поражением речевого аппарата. При ринолалии происходит специфическое изменение голоса. Речь становится гнусавой, произношение всех без исключения звуков нарушается (при дислалии может нарушаться произношение только некоторых звуков). Речь у ребенка становится монотонной и невнятной.

**Дизартрия** – нарушение произносительной стороны речи вследствие недостаточной иннервации речевого аппарата. Дизартрия возникает из-за органического поражения центральной нервной системы. Чаще всего дизартрия связана с ранним детским церебральным параличом, но также может возникнуть в любом возрасте у ребенка из-за перенесенных инфекций мозга. Дизартрия различается по месту локализации и по степени тяжести.

**Задержка речевого развития у ребенка** – это отставание от возрастной нормы речевого развития в возрасте до 4 лет. Дети с задержкой речевого развития овладевают навыками речи также, однако возрастные рамки значительно сдвинуты.

### **Нарушения внутреннего оформления высказывания**

**Алалия** – полное отсутствие или недоразвитие речи из-за органических поражений речевых зон головного мозга во внутриутробном развитии или до речевом периоде развития.

**Афазия** – нарушение речи, при котором происходит утрата (полная или частичная) способности пользоваться различными средствами языка. При этой форме дефекта ребенок может утратить речь из-за перенесенных черепно-мозговых травм, инфекционных заболеваний нервной системы. При афазии вследствие травмы происходит утрата уже сформированной речи. Это отличает афазию от алалии.

## **2. Нарушения письменной речи**

**Дисграфия** – частичное специфическое расстройство процессов письма. Оно проявляется в нестойких образах букв (оптико-пространственных и др.), происходит смешение, искажение, замена и пропуск букв. Самая тяжелая форма дисграфии – аграфия или полная неспособность к овладению письмом.

**Дислексия** – нарушение речи, которое вызвано поражением центральной нервной системы. У ребенка нарушен процесс чтения: он не может правильно распознать буквы, в результате чего неверно их воспроизводит, нарушает слоговой состав слов. Из-за такого дефекта у ребенка искажается весь смысл прочитанного. Крайняя форма дислексии – алексия или неспособность к чтению.

### **Рекомендации для родителей при выявлении признаков специфических расстройств развития речи и языка**

При первых же подозрениях на расстройство речи у ребенка для обследования, верификации диагноза, назначения адекватного лечения и психолого-педагогического сопровождения, необходимо посетить следующих специалистов:

- детского невролога,
- логопеда,
- медицинского психолога (нейропсихолога),
- педагога-психолога,
- дефектолога.

При несвоевременном выявлении, отсутствии или недостаточности проведения лечебно-реабилитационных мероприятий специфические расстройства речи и языка могут инвалидизировать ребенка, приводя его к ограничениям в таких категориях жизнедеятельности, как обучение и общение, а, в тяжелых случаях, к нарушениям социализации и полной дезадаптации ребенка.

## **ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПРИЗНАКОВ ДИЗАРТРИИ У ДЕТЕЙ**

**Дизартрия** – расстройство произносительной организации речи, связанное с поражением центрального отдела речедвигательного анализатора и нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата. Структура дефекта при дизартрии включает нарушение речевой моторики, звукопроизношения, речевого дыхания, голоса и просодической стороны речи; при тяжелых поражениях возникает анартрия.

### **Причины возникновения дизартрии**

1. Органические поражения ЦНС в результате воздействия различных неблагоприятных факторов на развивающийся мозг ребенка во внутриутробном и раннем периодах развития:
  - влияние острых и хронических инфекций;
  - кислородная недостаточность (гипоксия, асфиксия);
  - интоксикации;
  - токсикоз беременности;
  - несовместимость по резус-фактору.
2. Инфекционные заболевания нервной системы в первые годы жизни ребенка.

### **Формы дизартрии**

- Бульбарная дизартрия.
- Подкорковая дизартрия.
- Мозжечковая дизартрия.
- Корковая дизартрия.
- Псевдобульбарная дизартрия.

### **Основные симптомы дизартрии**

К признакам дизартрии относятся:

- слабость артикуляционных мышц, которая проявляется по-разному: при открытом рте язык ребёнка вываливается самопроизвольно наружу, губы слишком плотно сжаты или чересчур вялые и не смыкаются, наблюдается повышенное слюноотделение;
- сложности с жеванием и глотанием – ребенок «поперхивается» пищей;
- ребёнок постоянно говорит в нос, хотя нет признаков гайморита и ринита;
- звуки в словах искажаются, заменяются на другие, пропускаются, причём не какой-то один определённый звук, а несколько или сразу все;
- нарушается речевое дыхание: к концу фразы речь затухает, в середине предложения ребёнок может задохнуться, начать часто дышать;

- наблюдаются нарушения голоса: у детей, страдающих дизартрией, он слишком высокий и писклявый или глухой и затухающий;
- проблемы с мелодичностью речи: ребёнок не в состоянии изменять высоту тона, речь отличается монотонностью, поток слов слишком быстрый или чересчур замедленный.

### **Рекомендации родителям при выявлении признаков дизартрии**

При первых же подозрениях на дизартрию у ребенка для обследования, верификации диагноза и назначения адекватного лечения, необходимо посетить следующих специалистов:

- детского невролога,
- логопеда.

При несвоевременном выявлении, отсутствии или недостаточности проведения лечебно-реабилитационных мероприятий данное речевое расстройство приводит к ограничениям таких категорий жизнедеятельности ребенка, как общение и обучение, а, в тяжелых случаях, к нарушениям социализации и полной дезадаптации ребенка.

## **ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ**

**Врожденные пороки сердца** - это аномалии морфологического развития сердца и магистральных сосудов, возникшие на 2-8-й неделе беременности в результате нарушения процессов эмбриогенеза.

Причины возникновения врожденных пороков сердца неизвестны. Они часто связаны с хромосомными аномалиями, сочетанием генетической предрасположенности и воздействием средовых факторов.

Дефекты генетического кода и нарушения эмбриогенеза могут быть и приобретёнными при воздействии на плод и организм матери ряда неблагоприятных факторов, к которым относятся:

- радиация;
- алкоголизм, наркомания;
- наличие заболеваний эндокринной системы у матери (сахарный диабет, тиреотоксикоз);
- вирусные и другие инфекции, перенесённые женщиной в I триместре беременности (краснуха, грипп, гепатит В);
- приём беременной некоторых лекарственных средств (препараты лития, варфарин, талидамид, антиметаболиты, антиконвульсанты).

### **Виды врожденных пороков сердца**

#### **1. С переполнением малого круга кровообращения:**

- без цианоза («бледный») – дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный (бэтталов) проток;
- с цианозом («синий») – транспозиция магистральных сосудов.

#### **2. С обеднением малого круга кровообращения:**

- без цианоза – изолированный стеноз легочной артерии;
- с цианозом – тетрада Фалло.

#### **3. С обеднением большого круга кровообращения:**

- без цианоза – стеноз устья аорты, коарктация аорты.

### **Основные симптомы врожденных пороков сердца**

Клинические проявления определяются видом порока сердца и тяжестью заболевания.

Симптомы могут проявляться на ранних этапах жизни, а могут быть незаметными всю жизнь.

### **Симптомы врожденных пороков сердца**

- изменение цвета кожных покровов малыша: бледность/серость, цианоз (синюшная окраска) кожи, слизистых;
- отёки нижних конечностей, лица ребенка;
- одышка в покое;
- прогрессирующая одышка при физической нагрузке (сосании, манипуляциях, смене положения тела); появление капелек пота на переносице, в области лба;
- частые срыгивания, медленная прибавка в весе;
- беспричинное учащение или урежение сердцебиения;
- снижение диуреза;
- угнетение ЦНС.

Дети постарше, которые уже могут объяснить, что с ними происходит, как правило, жалуются на одышку, снижение переносимости физических нагрузок по сравнению со сверстниками, обморочные, предобморочные состояния, учащённое сердцебиение при небольшой физической нагрузке, болевые ощущения в области грудной клетки (сердца).

### **Диагностика врожденных пороков сердца**

Как правило, врожденные пороки сердца у плода могут быть выявлены внутриутробно при проведении пренатального скрининга; сразу после рождения ребенка - при проведении неонатального скрининга; у несовершеннолетних - при проведении профилактических медицинских осмотров.

### **Рекомендации для родителей при выявлении признаков врожденных пороков сердца**

При выявлении симптомов, которые могут свидетельствовать о наличии данной патологии, необходимо обратиться к врачу педиатру, который, при наличии показаний, направит ребенка к детскому кардиологу и другим специалистам для обследования, уточнения диагноза и назначения лечения, в том числе оперативного.

При несвоевременном выявлении и отсутствии проведения адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий данная патология может привести к инвалидности ребенка, ограничивая его в следующих категориях жизнедеятельности, в зависимости от степени нарушения функции кровообращения:

- обучение,
- самообслуживание,
- передвижение.

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПРИЗНАКОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

**Бронхиальная астма (БА)** – это хроническое аллергическое заболевание дыхательных путей, сопровождающееся гиперреактивностью бронхов. Определяется заболевание по наличию в анамнезе пациента респираторных симптомов, таких как: одышка, затрудненное дыхание, чувство сдавленности в груди, кашель. Причина этих симптомов одна – чрезвычайно высокая чувствительность бронхов ко всякого рода раздражителям (пыль, шерсть, пыльца и другие, в том числе пищевые, аллергены), что приводит к затруднению прохождения по ним воздуха.

Особенностью детей до пяти лет является то, что гладкая мускулатура их бронхов еще не до конца развита, а их просвет пока узкий. Поэтому довольно часто бронхиальная астма у них проявляется не дыхательным спазмом, а отеком слизистой и выделением большого количества мокроты. Из-за этого детскую астму по симптомам часто путают с бронхитом или ОРВИ, в связи с чем может пройти достаточно много времени, прежде чем будет поставлен правильный диагноз.

### Классификация

Бронхиальная астма считается контролируемым заболеванием, т.е. течением заболевания можно управлять с помощью медикаментозной терапии. Тяжесть бронхиальной астмы устанавливается ретроспективно, через несколько месяцев приема препаратов контроля, в зависимости от того, на какой степени лечения удастся достичь у ребенка контроля астмы.

Бронхиальная астма классифицируется по:

**тяжести течения** (определяется по объему терапии, позволяющей хорошо контролировать симптомы заболевания):

- легкая БА;
- среднетяжелая БА;
- тяжелая БА («резистентная» астма);

**в зависимости от периода болезни:**

- приступный период – острый эпизод экспираторного удушья (затрудненного и/или свистящего дыхания);
- период ремиссии – достижение контроля; при этом ремиссия может быть «полной» – при достижении хорошего и полного контроля и «неполной» при сохранении минимальных симптомов, не ограничивающих жизнедеятельность;

**по тяжести приступа:**

- легкое обострение – ребенок в сознании, может говорить (учитывать возрастные особенности), хрипы непостоянные, умеренная тахикардия, нет цианоза;



- среднетяжелое обострение – не купирующийся приступ в течение суток, несмотря на адекватную сочетанную терапию глюкокортикостероидами в сочетании с бронходилататорами;
- тяжелое обострение – наблюдается угнетение сознания, сонливость, выраженный цианоз, учащенный пульс, ребенок может говорить только отдельные слова;

#### **в зависимости от этиологии:**

- экзогенная бронхиальная астма – приступы вызываются при воздействии на дыхательные пути аллергена, поступающего из внешней среды (пыльца растений, шерсть животных и др.);
- эндогенная бронхиальная астма – приступы вызывают такие факторы, как инфекция, физическая нагрузка, холодный воздух, психоэмоциональные раздражители;
- бронхиальная астма смешанного генеза – приступы могут возникать как при воздействии на дыхательные пути аллергена, так и при воздействии перечисленных выше факторов.

### **Симптомы заболевания**

О наличии бронхиальной астмы у ребенка могут свидетельствовать следующие симптомы:

- сухой кашель, приступы которого могут усиливаться ночью или утром сразу после сна;
- кашель и затрудненное свистящее дыхание, чувство заложенности в груди после физических или эмоциональных нагрузок;
- частые жалобы ребенка на чувство «сдавливания в груди»;
- кашель, свистящее дыхание после контакта с конкретным аллергеном (например, с кошкой, пыльными книгами и др.), ребенок не кашляет на улице зимой, но задыхается и кашляет в период цветения растений.

### **Проявления классического приступа БА**

- возникает ощущение нехватки воздуха, тяжесть и заложенность в груди;
- дыхание шумное, слышно на расстоянии, при этом характерно затруднение выдоха, сопровождающееся свистящими хрипами;
- кашель мучительный, с трудно отходящей, густой мокротой или мокрота не отходит вовсе;
- вынужденное положение: ребенок сидит, опираясь на руки, плечи приподняты и сдвинуты вперед, голова втянута.

### **Психологические особенности детей, страдающих БА**

Из-за частых приступов, сопровождающихся дыхательной недостаточностью, мозг ребенка постоянно испытывает недостаток кислорода. Часто присутствует тревога, страх угрозы приступа.

Возникнув в раннем возрасте, астма накладывает определенный отпечаток на ребенка: такие дети, как правило, расторможены, легко ранимы, эмоционально-лабильны, у них могут формироваться различные виды неврозов.

При длительном течении заболевания отмечается отставание в физическом, интеллектуальном, половом развитии ребенка по сравнению со сверстниками.

### **Рекомендации для родителей при выявлении признаков бронхиальной астмы**

При появлении у ребенка перечисленных выше симптомов, тем более повторяющихся во времени, не следует заниматься самолечением, необходимо обратиться к участковому врачу – педиатру. При постановке диагноза «бронхиальная астма» ребенок должен наблюдаться врачом – аллергологом-иммунологом, пульмонологом, другими специалистами по показаниям.

При несвоевременном выявлении и проведении лечебных мероприятий заболевание может привести к инвалидности ребенка, ограничивая его в следующих категориях жизнедеятельности:

- самообслуживание,
- передвижение;
- обучение.

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПРИЗНАКОВ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ

**Сахарный диабет** – это хроническое заболевание эндокринной системы, в основе которого лежит абсолютный дефицит инсулина – основного гормона поджелудочной железы, который регулирует обмен глюкозы.

Сахарный диабет у детей сопровождается нарушением всех видов обмена веществ в организме: углеводного, белкового, жирового, минерального и водно-солевого.

Заболевание может возникнуть в любом возрасте, начиная с 6 месяцев жизни ребенка. В последние годы отмечается феномен омоложения диабета – более половины от всех заболевших детей – это дети в возрасте до 6 лет.

Причины заболевания не известны, однако выявлены факторы, при наличии которых ребёнок с большей вероятностью может заболеть сахарным диабетом.

К факторам риска сахарного диабета относятся:

- отягощённая наследственность;
- раннее отлучение от грудного молока, т.к. искусственные смеси содержат чуждый для неокрепшего организма белок коровьего молока, который может повлиять, в дальнейшем, на обмен веществ;
- лишний вес.

Пусковым моментом заболевания, чаще всего, становится инфекция или стресс.

### Различают следующие формы диабета

**Инсулинозависимый диабет (диабет 1 типа)** – имеется наследственная предрасположенность к заболеванию, характеризуется очень низким уровнем инсулина в крови, вследствие чего больной сахарным диабетом зависит от лечения инсулином.

**Инсулиннезависимый диабет (диабет 2 типа)** - инсулина в организме достаточно, но ткани к нему невосприимчивы или этот гормон неэффективно выполняет свою функцию вследствие нарушения обмена веществ.

Если среди взрослого населения преобладает сахарный диабет 2-го типа, то у подавляющего большинства детей определяется сахарный диабет 1 типа, который требует пожизненной заместительной терапии инсулином.

### Общие признаки заболевания

Ранние признаки сахарного диабета:

1. Ребенок начинает больше пить и чаще мочиться.
2. Ребенок худеет, несмотря на нормальный и даже повышенный аппетит.

3. Ребенок быстро устает, становится вялым, сонным.
4. Пятна мочи на горшке, в туалете, на подгузниках становятся липкими.

Более поздними симптомами и тяжелыми последствиями сахарного диабета являются:

- тошнота и рвота;
- боли в животе;
- одышка и шумное, глубокое дыхание;
- нарушение сознания.

Это – признаки диабетического кетоацидоза, состояния, угрожаемого жизни ребенка и требующего незамедлительного вызова бригады скорой медицинской помощи.

### **Рекомендации для родителей при выявлении признаков сахарного диабета**

Диабетический кетоацидоз – опаснейшее осложнение сахарного диабета 1 типа, которое может развиться у всех впервые заболевших детей при несвоевременном установлении диагноза! Это основная причина смертности и инвалидизации детей, страдающих сахарным диабетом 1 типа.

При первых подозрениях на сахарный диабет у ребенка для обследования, верификации диагноза и назначения адекватного лечения необходимо срочно обратиться к врачу и сделать анализ крови на сахар!

Наблюдение за пациентами с сахарным диабетом осуществляет врач-эндокринолог.

При несвоевременном выявлении и проведении лечебных мероприятий данное заболевание инвалидизирует ребенка, приводя его к ограничениям в следующих категориях жизнедеятельности:

- самообслуживание;
- обучение.

При соблюдении назначений врача (инъекции инсулина, ежедневный контроль уровня глюкозы в домашних условиях, соблюдение диеты №9, регулярная физическая активность не менее часа в день) дети с диабетом сохраняют высокое качество жизни и практически ничем не отличаются от здоровых детей.

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПРИЗНАКОВ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ

**Фенилкетонурия** – врожденная, генетически обусловленная патология, характеризующаяся нарушением метаболизма фенилаланина, накоплением этой аминокислоты и ее метаболитов в физиологических жидкостях и тканях с последующим тяжелым поражением ЦНС.

Основная причина возникновения фенилкетонурии – генетическая.

### Формы фенилкетонурии

1. **Классическая фенилкетонурия I типа** (связана с недостаточностью фермента фенилаланин-4-гидроксилазы) – обуславливает 98% всех случаев заболевания, поддается коррекции диетотерапией;
2. **Атипичные варианты фенилкетонурии** – 2% всех случаев заболевания:
  - фенилкетонурия II типа (недостаточность дегидроптеринредуктазы);
  - фенилкетонурия III типа (дефицит тетрагидробиоптерина);
  - другие редкие варианты.

### Основные симптомы фенилкетонурии

Симптомы фенилкетонурии отличаются в зависимости от формы заболевания и возраста ребенка.

#### **Симптомы фенилкетонурии I типа**

*Возрастной период от 0 до 6 месяцев:*

Новорожденные с фенилкетонурией не имеют клинических признаков заболевания. Обычно манифестация заболевания у детей происходит в возрасте 2-6 месяцев. С началом кормления в организм ребенка начинает поступать белок грудного молока либо его заменителей, содержащий фенилаланин, что приводит к поражению ЦНС и развитию первых, неспецифических симптомов:

- вялость, беспокойство, мышечная дистония, судорожный синдром, упорная рвота;
- малыш не фиксирует взгляд на предметах;
- не поворачивается к источнику звука;
- нивелируется «комплекс оживления»;
- поздно начинает гулить.

*Возрастной период от 6 до 12 месяцев (без диетотерапии):*

У ребенка отмечается заметное отставание в психомоторном развитии:

- пониженная психическая и двигательная активность, безучастность;
- перестает узнавать близких;
- не пытается садиться и вставать на ножки.

Аномальный состав мочи и пота обуславливают характерный «мышинный» запах (запах плесени), исходящий от тела. Часто наблюдается шелушение кожи, дерматиты, экзема, склеродермия.

*Возрастной период от 1 года до 3 лет:*

У детей с фенилкетонурией, не получающих лечение, выявляются микроцефалия, прогнатия, позднее (после 1,5 лет) прорезывание зубов, гипоплазия эмали. Прогрессирует психо-речевая недостаточность: дети не умеют выражать голосом свои эмоции и переживания, имеют невыразительную мимику, сами не говорят и не понимают речь родителей. К 4 годам выявляется глубокая олигофрения (идиотия).

### **Симптомы фенилкетонурии II типа**

Клинические проявления фенилкетонурии II типа характеризуются тяжелой степенью умственной отсталости, повышенной возбудимостью, судорогами, спастическим тетрапарезом, сухожильной гиперрефлексией. Прогрессирование заболевания без установленного диагноза заболевания может привести к гибели ребенка в возрасте 2-3 лет.

### **Симптомы фенилкетонурии III типа**

При фенилкетонурии III типа развивается триада признаков: микроцефалия, олигофрения, спастический тетрапарез.

## **Диагностика фенилкетонурии**

В настоящее время диагностика фенилкетонурии входит в программу неонатального скрининга, осуществляемого всем новорожденным. Скрининг-тест проводится на 3-5 день жизни доношенного и на 7 день жизни недоношенного ребенка путем забора образца капиллярной крови на специальный бумажный бланк. При обнаружении гиперфенилаланиемии более 2,2 мг% ребенка направляют к детскому генетику для повторного обследования и уточнения диагноза.

## **Особенности питания при фенилкетонурии**

Основополагающим фактором в лечении фенилкетонурии является соблюдение диеты, ограничивающей поступление белка в организм.

Проведение массового скрининга на фенилкетонурию в неонатальном периоде позволяет организовать раннюю диетотерапию и предотвратить тяжелые церебральные повреждения, нарушения функции печени. При раннем назначении элиминационной диеты при классической фенилкетонурии прогноз развития детей благоприятный.

Основу диетотерапии для детей, в том числе младенцев, составляют специальные безфенилаланиновые аминокислотные смеси. После года можно рекомендовать низкобелковые продукты - фрукты, овощи, соки, белковые гидролизаты и аминокислотные смеси. Расширение диеты возможно после 18 лет в связи с возрастанием толерантности к фенилаланину.

## **Рекомендации для родителей при выявлении признаков фенилкетонурии**

При первых подозрениях на данное заболевание у ребенка для обследования, верификации диагноза и назначения адекватного лечения, необходимо посетить следующих специалистов:

- педиатра,
- детского психоневролога,
- логопеда,
- медицинского психолога (нейропсихолога),
- дефектолога.

При несвоевременном выявлении, отсутствии лечебно-реабилитационных мероприятий данное заболевание приводит к инвалидизации ребенка, ограничивая его в следующих категориях жизнедеятельности:

- обучение,
- общение,
- контроль за своим поведением,
- передвижение.

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПРИЗНАКОВ МУКОВИСЦИДОЗА

**Муковисцидоз** – системное наследственное заболевание, обусловленное генетическим дефектом, при котором поражаются все органы, которые выделяют слизь: бронхолегочная система, поджелудочная железа, печень, потовые железы, слюнные железы, железы кишечника, половые железы.

В норме слизь – это жидкое вещество, обволакивающее и увлажняющее внутренние стенки полых органов. У людей, страдающих муковисцидозом, слизь вязкая и клейкая. Эта характеристика дала болезни ее название: *mucus visqueux* – «вязкая слизь».

Как правило, заболевание выявляется при неонатальном скрининге, который проводится в Российской Федерации всем новорожденным детям в первые дни их жизни. При подозрении на муковисцидоз пациент направляется в генетический центр для уточнения диагноза.

Если по какой-то причине скрининговое обследование не проведено, следует знать, что симптомы заболевания могут проявиться как сразу после рождения ребенка, так и в более позднем периоде.

**Причиной муковисцидоза** является мутация гена трансмембранного регулятора муковисцидоза.

### Формы муковисцидоза

- преимущественно легочная форма (15-20 от всех случаев болезни);
- преимущественно кишечная форма (5 % от всех случаев болезни);
- смешанная форма с поражением легочной системы и желудочно-кишечного тракта (75-78% от всех случаев болезни);
- атипичная и стертая формы (1-2 % случаев от всех случаев болезни).

### Характерные признаки заболевания

- **со стороны дыхательной системы:** хронический кашель, рецидивирующие пневмонии и ателектазы, перерастяжение легкого, деформация ногтевых фаланг пальцев (барабанные палочки), постоянные хрипы при аускультации, наличие в мокроте синегнойной палочки, стафилококка, клебсиеллы, грибов, кровохарканье, полипоз носовой полости;
- **со стороны желудочно-кишечного тракта:** стеаторея (жир в кале), хроническая диарея, выпадение прямой кишки, цирроз печени, холецистит, кишечные завалы;
- **другие симптомы:** задержка роста, снижение уровня белка в крови, анемии и отеки у младенцев;
- **со стороны ЦНС:** изменения в головном мозге и слабоумие;
- **отставание в общем физическом развитии.**



## **Особенности питания при муковисцидозе**

Диета больного ребенка муковисцидозом должна соответствовать возрасту, содержать повышенное на 10-15% количество белка, нормальное количество жиров и углеводов. В рацион включают только легко усваиваемые жиры (сливочное и растительное масло). Пища не должна содержать грубую клетчатку. У детей с вторичной лактазной недостаточностью исключают молоко. В связи с высокой потерей натрия необходимо чаще использовать соль и потреблять до 2 литров воды. Назначаются поливитамины и жирорастворимые витамины. При выраженном кишечном синдроме и симптомах, обусловленных недостаточностью витаминов, их назначают парентерально.

## **Рекомендации для родителей при выявлении признаков муковисцидоза**

Симптомы, которые должны насторожить родителей: трудно поддающиеся лечению, затяжные бронхиты, пневмонии; хронический кашель с густой трудно отделяемой мокротой; задержка физического развития (отставание в росте, в массе тела); жирный, плохо смывающийся с унитаза стул с резким неприятным запахом; выпадение слизистой прямой кишки; аномально соленый пот. Необходимо обязательно обратиться к участковому педиатру для обследования, установления диагноза и назначения лечения.

При установлении диагноза «муковисцидоз» ребенок будет наблюдаться у врача-пульмонолога, гастроэнтеролога, по показаниям у других специалистов.

Дети, страдающие муковисцидозом, имеют ограничение жизнедеятельности в части:

- обучения,
- общения,
- контроля за своим поведением,
- передвижения.

Им присваивается категория «ребенок-инвалид».

При ранней диагностике и своевременно начатом лечебно-реабилитационном процессе, средняя продолжительность жизни больных муковисцидозом увеличивается.

## ГЛОССАРИЙ

**Алалия** – полное отсутствие или недоразвитие речи из-за органических поражений речевых зон головного мозга во внутриутробном развитии или до речевом периоде развития.

**Афазия** – нарушение речи, при котором происходит утрата (полная или частичная) способности пользоваться различными средствами языка. При этой форме дефекта ребенок может утратить речь из-за перенесенных черепно-мозговых травм, различных инфекционных заболеваний нервной системы. При афазии вследствие травмы происходит утрата уже сформированной речи. Это отличает афазию от алалии.

**Бронхиальная астма** – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, сопровождающееся гиперреактивностью бронхов, кашлем, одышкой и приступами удушья, вызванными нарушением бронхиальной проходимости разной степени и длительности.

**Врожденные пороки сердца** – это аномалии морфологического развития сердца и магистральных сосудов, возникшие на 2-8-й неделе беременности в результате нарушения процессов эмбриогенеза.

**Дети целевой группы** – дети от 0 до 3 лет, имеющие ограничения жизнедеятельности, в том числе дети с ограниченными возможностями здоровья, дети-инвалиды, дети с генетическими нарушениями, а также дети группы риска.

**Детские церебральные параличи** – термин, объединяющий группу хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном периоде.

**Детский аутизм** – это врожденное состояние искаженного развития, проявляющееся, прежде всего, ограничениями и особенностями общения и социальных контактов.

**Дизартрия** – нарушение произносительной стороны речи вследствие недостаточной иннервации речевого аппарата. Дизартрия возникает из-за органического поражения центральной нервной системы. Чаще всего дизартрия связана с ранним детским церебральным параличом, но также может возникнуть в любом возрасте развития ребенка из-за перенесенных инфекций мозга. Дизартрия различается по месту локализации и по степени тяжести.

**Дисграфия** – частичное специфическое расстройство процессов письма. Оно проявляется в нестойких образах букв (оптико-пространственных и др.), происходит смешение, искажение, замена и пропуск букв. Самая тяжелая форма дисграфии – аграфия или полная неспособность к овладению письмом.

**Дислалия** – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и нормальной иннервации речевого аппарата. Проявляется в заменах, искажениях,

смешениях тех или иных звуков. Это происходит по нескольким причинам: из-за несформированности правильного положения артикуляционного аппарата при произнесении тех или иных звуков, из-за неправильного усвоения артикуляционных позиций, из-за дефектов самого артикуляционного аппарата.

**Дислексия** – нарушение речи, которое вызвано поражением центральной нервной системы. У ребенка нарушен сам процесс чтения: он не может правильно распознать буквы, в результате чего неверно их воспроизводит, нарушает слоговой состав слов. Из-за такого дефекта у ребенка искажается весь смысл прочитанного. Крайняя форма дислексии – алексия или неспособность к чтению.

**Информирование** – метод обеспечения информацией заинтересованных лиц.

**Муковисцидоз** – системное наследственное заболевание, обусловленное генетическим дефектом, при котором поражаются все органы, которые выделяют слизь: бронхолегочная система, поджелудочная железа, печень, потовые железы, слюнные железы, железы кишечника, половые железы.

**Общее недоразвитие речи** – это различные сложные речевые расстройства, которые вызваны нарушением формирования всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне. Общее недоразвитие речи неоднородно по механизмам развития и может наблюдаться при различных формах нарушений устной речи (алалии, дизартрии и некоторых других). В качестве общих признаков отмечаются позднее начало развития речи, скудный словарный запас, аграмматизмы, дефекты произношения, дефекты фонемообразования. Недоразвитие может быть выражено в разной степени – от отсутствия речи или лепетного ее состояния до развернутой, но с элементами фонетического и лексико-грамматического недоразвития.

**Органические поражения головного мозга** представляют собой группу разнообразных нервно-психических расстройств, развивающихся вследствие воздействия на мозг различных патологических факторов на разных этапах онтогенетического развития.

**Предупреждение инвалидности** – осуществление комплекса мер, направленных на предупреждение возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов (профилактика первого уровня) или на предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение или инвалидность (профилактика второго уровня). Предупреждение инвалидности может предусматривать осуществление мер различного характера, в частности, оказание первичной медико - санитарной помощи, пренатальной и послеродовой уход, популяризация диетотерапии, профилактическая вакцинация от инфекционных заболеваний, меры по борьбе с эндемическими заболеваниями, охрана труда и программы предупреждения несчастных случаев в различных ситуациях, включая приспособливание рабочих мест в целях предупреждения профессиональных заболеваний и потери трудоспособности, предупрежде-

ние инвалидности, которая является следствием загрязнения окружающей среды или вооруженных конфликтов. («Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов», приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.1993).

**Просвещение** – это передача, распространение знаний и культуры, а также и система воспитательно-образовательных мероприятий.

**Ранняя помощь** – комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг, оказываемых на межведомственной основе детям целевой группы и их семьям, направленных на раннее выявление детей целевой группы, содействие их оптимальному развитию, формированию физического и психического здоровья, включению в среду сверстников и интеграции в общество, а также на сопровождение и поддержку их семей и повышение компетентности родителей (законных представителей).

**Ринолалия** – нарушение произносительной стороны речи или тембра голоса, обусловленное анатомо-физиологическим поражением речевого аппарата. При ринолалии происходит специфическое изменение голоса. Речь становится гнусавой, произношение всех без исключения звуков нарушается (при дислалии может нарушаться произношение только некоторых звуков). Речь у ребенка становится монотонной и невнятной.

**Сахарный диабет** – это хроническое заболевание эндокринной системы, связанное с дефицитом инсулина – гормона поджелудочной железы.

**Специфические расстройства речи** – это проблемы и отклонения в развитии речи; нарушения вербальной коммуникации и других смежных областей, в частности, речевой моторики. Симптоматика этих расстройств весьма разнообразна – от неспособности воспринимать речь до логореи (речевого недержания).

**Умственная отсталость** – это стойкое не прогрессирующее патологическое состояние наследственного, врожденного и приобретенного в первые три года жизни ребенка малоумия, выражающегося в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и трудностями социальной адаптации.

**Фенилкетонурия** – врожденная, генетически обусловленная патология, характеризующаяся нарушением гидроксилирования фенилаланина, накоплением аминокислоты и ее метаболитов в физиологических жидкостях и тканях с последующим тяжелым поражением ЦНС.

**Фонетико-фонематическое недоразвитие речи** – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем. При этом дефекте выделяют целый ряд таких проявлений: недифференцированное произношение пар или групп звуков, замена одних

звуков другими, смешение звуков. Все эти нарушения свидетельствуют о недоразвитии фонематического слуха.

**Шизофрения** – психическое заболевание, протекающее с крайне разнообразными негативными, продуктивными и когнитивными (память, внимание, мышление) психопатологическими расстройствами.

**Эпилепсия** – тяжёлое хроническое заболевание, которое возникает, чаще всего, в детском возрасте, характеризуется наличием повторных приступов, называемых эпилептическими припадками.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонова, И.В. Роль экзогенных факторов в формировании врожденных пороков развития плода / И.В.Антонова, Е.В.Богачева, Г.П.Филиппов, А.Е.Любавина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2010. - Т. 9. - N 6. - С.63-68.
2. Бадалян, Л.О. Наследственные болезни у детей/ Л.О.Бадалян, В.А.Таболин, Ю.Е.Вельтишев. - М.: Медицина, 1971. — 367 с.
3. Белова-Давыдова, Р.А. Нарушение речи у дошкольников / Р.А.Белова-Давыдова. – М.: Просвещение, 1972. — 232 с.
4. Белозеров, Ю.М. Детская кардиология / Ю.М.Белозеров. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 600 с.
5. Белоконь, Н.А. Болезни сердца и сосудов у детей: руководство для врачей: в 2-х т. / Н.А.Белоконь, М.Б.Кубергер. - М.: Медицина, 1987.
6. Берман, Р.Е. Болезни плода и новорожденного, врожденные нарушения обмена веществ. / Р.Е.Берман, В.К.Воган: Пер с англ. - М.: Медицина, 1991. - 500 с.
7. Беттельхейм, Б. Пустая крепость: Детский аутизм и рождение Я / Б.Беттельхейм. - М.: Академический Проект: Традиция, 2004. - 783 с.
8. Бокерия, Л.А. Проблема врожденных пороков сердца: современное состояние и перспективы решения / Л.А.Бокерия, В.П.Подзолков // Российские медицинские вести. – 2001. – N 3. – С.70-72.
9. Винарская, Е.Н. Дизартрия / Е.Н.Винарская. – М.: АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. — 89 с.
10. Воронкова, В.В. Олигофренопедагогика / В.В.Воронкова, А.А.Дмитриев, И.А.Горшенков. – М.: Дрофа, 2009. – 267 с.
11. Вроно, М.С. Шизофрения у детей и подростков (Особенности клиники и течения) / М.С.Вроно. - М.: Медицина, 1971. - С.123-128.
12. Выготский, Л.С. Основы дефектологии / Л.С.Выготский. – СПб.: Лань, 2003. - 654 с.
13. Геппе, Н.А. Бронхиальная астма у детей. Диалог с родителями. / Н.А.Геппе, В.А.Ревякина, Н.Г.Астафьева. - М.: Медиа Сфера, 2014. – 70 с.
14. Дедов, И.И. Как жить с диабетом: Советы для подростков с сахарным диабетом, а также для родителей больных детей / И.И.Дедов [и др.]. - М., 1995. - 25 с. (без указания издательства и тиража; напечатана при содействии фирмы «Ново Норд иск»).
15. Демьянов, Ю.Г. Психопатология детского возраста: (Шизофрения и эпилепсия): Лекция / Ю.Г.Демьянов. - Л.: ЛГПИ, 1990. - 29 с.
16. Желенина, Л.А. Клинико-патогенетические особенности, дифференциаль-

ная диагностика обструктивного синдрома и постановка диагноза у больных муковисцидозом на первом году жизни / Л.А.Желенина, А.В.Орлов // Сб. статей и тезисов VII Национального конгресса с международным участием «Муковисцидоз - 2005», 5 - 6 апреля 2005 года. - Воронеж, 2005. - С.45-48.

17. Жукова, Н.С. Отклонения в развитии детской речи. - Москва: УНПЦ «Энергомаш», 1994. – 128 с.
18. Забрамная, С.Д. Отбор умственно отсталых детей в специальные учреждения: учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов / С.Д. Забрамная. - М.: Просвещение, 1988. - 94 с.
19. Исаев, Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков / Д.Н. Исаев. - СПб.: Речь, 2003. — 391 с.
20. Каганова, С.Ю. Бронхиальная астма у детей. Под ред. С.Ю. Каганова. М: Медицина, 1999. – 368 с.
21. Калинин, В.А. Оптимизация диагностики и лечения эпилепсии у детей раннего возраста / В.А. Калинин // Известия Самарского научного центра РАН. – 2010. – Т.12. – N 1-7. – С.1673-1677.
22. Капранов, Н.И. Муковисцидоз / Н.И. Капранов, Н.Ю. Каширская. - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2014. - 672 с.
23. Капранов, Н.И. Муковисцидоз. Современные достижения и актуальные проблемы. Метод. рекомендации / Н.И. Капранов, Н.Ю. Каширская, А.Ю. Воронкова [и др.]. – М., 2005. – 109 с.
24. Карлов, В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин / В.А. Карлов. – М.: Медицина, 2010 г. – 720 с.
25. Касаткина, Э.П. Сахарный диабет у детей / Э.П. Касаткина. – М.: изд-во «Медицина», 1990. - 253 с.
26. Козьявкин, В.И. Детские церебральные параличи / В.И. Козьявкин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Подкорытов // Медико-психологические проблемы. – Львов, 1999. – 143 стр.
27. Красовский, С.А. Влияние возраста постановки диагноза и начала специфической терапии на основные клинико-лабораторные проявления заболевания у больных муковисцидозом / С.А. Красовский, Н.Ю. Каширская, М.В. Усачева, Е.Л. Амелина, А.В. Черняк, Ж.К. Науменко // Вопросы современной педиатрии. – 2014. - Т. 13. - N 2. – С.36-43.
28. Кураева, Г.А. Значение пропаганды профилактики заболеваний и оздоровления населения с использованием современных средств массовой информации / Г.А. Кураева // Вектор науки ТГУ. - 2014. – N 4 (30). - С.149-152.
29. Лебедев, Б.В. Невропатология раннего детского возраста: (Руководство для врачей) / Б.В. Лебедев, Ю.И. Барашнев, Ю.А. Якунин. – Л.: Медицина, 2005. – 352 с.

30. Лебедев, Б.В. Справочник по неврологии детского возраста / Б.В.Лебедев, В.И.Фрейдков, Г.Г.Шанько [и др.]; под ред. Б.В.Лебедева. - М.: Медицина, 1995. - 448с.
31. Левченко, И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И.Ю.Левченко, О.Г.Приходько. - М.: Издательский центр «Академия», 2001. - 192 с.
32. Леонтьева, И.В. Лекции по кардиологии детского возраста / И.В.Леонтьева. - М.: ИД Медпрактика, 2005. - 536 с.
33. Мамайчук, И.И. Помощь психолога детям с аутизмом / И.И.Мамайчук. - М.: Речь, 2007. - 288 с.
34. Мастюкова, Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст) / Е.М.Мастюкова. - М.: ВЛАДОС, 1997. - С.207-284.
35. Микиртумов, Б.Е. Аутизм: история вопроса и современный взгляд / Б.Е.Микиртумов, П.Ю.Завитаев. - М.: изд-во «Эко-Вектор», 2012. - 144 с.
36. Мурадян, Г.Т. Эпилепсия у детей и подростков / Г.Т.Мурадян. — Ереван: Айастан, 1976. —170 с.
37. Немкова, С.А. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений: учеб. - метод. пособие / С.А.Немкова [и др.] // Министерство здравоохранения и соц. развития Российской Федерации, Науч. центр здоровья детей РАМН, Российский нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И. Пирогова. — М.: Союз педиатров России, 2012. - 60 с.
38. Никольская, О.С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение / О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М.М.Либлинг, И.А.Костин, М.Ю.Веденина, А.В.Аршатский, О.С.Аршатская. - М.: Издательство: Теревинф, 2008. - 224 с.
39. Новикова, Н.Е. Особенности когнитивных функций у детей школьного возраста с идиопатическими абсансными формами эпилепсии / Н.Е.Новикова, В.В.Гузева, О.В.Гузева // Вестник Российской военно-медицинской академии. - СПб, 2011. - N 1 (33). - С.56-59.
40. Рачинский, С.В. Болезни органов дыхания у детей. Руководство для врачей / С.В.Рачинский, В.К.Таточенко, Р.Г.Артамонов [и др.]. - М.: Медицина, 1987. - 496 с.
41. Рубинштейн, С.Я. Психология умственно отсталого школьника / С.Я.Рубинштейн. - М.: Просвещение, 1986. — 192 с.
42. Румянцева, Т.А. Диабет: Диалог с эндокринологом / Т.А.Румянцева. - СПб.: изд-во «Невский Проспект», 2004. - 192 с.
43. Сатмари, П. Дети с аутизмом / П.Сатмари. - СПб.: Изд-во «Питер», 2005. - 224 с.



44. Сахарный диабет: диагностика, лечение, профилактика / под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. — 808 с.: ил.
45. Скугаревская, Е.И. Клиническая психиатрия. Детский возраст: учеб. пособие / Е.И.Скугаревская, Ф.М.Гайдук, Н.К.Григорьева. - Минск: Вышэйшая школа, 2006. – 463 с.
46. Сметанников, В.М. Муковисцидоз / В.М.Сметанников, Ю.В.Нестерова // Медицина и фармация. – 2002. – N 10 (26). – С.4–9.
47. Социальное сопровождение участковыми социальными работниками семей с детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья // Информационно-методические рекомендации.–М.: ИПК ДСЗН, 2013.
48. Тихеева, Е.И. Развитие речи детей (раннего и дошкольного возраста) / Е.И.Тихеева – М.: Просвещение, 1981. – 111 с.
49. Трошин, В.Д. Эпилепсия детей и подростков: 3-е изд., перераб. и доп. / В.Д.Трошин, А.В.Густов, Ю.И.Кравцов, А.Л.Максутова. – Нижний Новгород: «НГМА», 2002. – 313 с.
50. Филичева, Т.Б. Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста / Т.Б.Филичева. – М., 2000. – 314 с.
51. Хюртель, П. Книга о сахарном диабете I типа для детей, подростков, родителей и других / П.Хюртель, Л.Б.Тревис; на русском языке составленное и переработанное И.И.Дедовым, Е.Г.Старостиной, М.Б.Анциферовым. – Герхардс / Франкфурт, Германия, 1992. - 211 стр.
52. Шац, И.К. Психозы у детей: психология и психопатология: Учебное пособие / И.К.Шац; под ред. проф. С.П.Евсеева. - М.: Советский спорт, 2002. - 216 с.
53. Шипицына, Л.М. Детский церебральный паралич / Л.М.Шипицына, И.И.Мамайчук. – СПб.: Изд-во «Дидактика Плюс», 2001. – 272 с.



РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЯ  
ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С ЦЕЛЬЮ ОКАЗАНИЯ  
СВОЕВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ  
И ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДНОСТИ

Информационно-методическое пособие

*Разработано ГАУЗ СО «Свердловский областной  
центр медицинской профилактики» по заказу  
Министерства социальной политики Свердлов-  
ской области в рамках реализации пилотного  
проекта по формированию системы комплекс-  
ной реабилитации и абилитации инвалидов, в  
том числе детей-инвалидов.*

*Екатеринбург, 2017*



