



РУКОВОДСТВО
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ
КОМАНД ЦЕНТРОВ
РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Под редакцией
О. Г. Авилы
И. Е. Валитовой
С. А. Чипурко



юнисеф 
для каждого ребенка

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
1. Теоретические основы раннего вмешательства (О. Г. Авила)	6
2. Первичный прием в центре раннего вмешательства (О. В. Доронина, О. Г. Авила)	19
3. Рекомендации по составлению заключения по результатам первичного приема в центре раннего вмешательства (О. Г. Авила, Н. Н. Баль, И. Е. Валитова, Н. В. Дроздова, А. А. Ничкасова, С. А. Чипурко, Л. В. Шалькевич)	27
4. Рекомендации по разработке индивидуальной программы раннего вмешательства (О. Г. Авила, С. А. Чипурко)	36
5. Индивидуальные занятия в центре раннего вмешательства (С. А. Чипурко, К. Р. Лисицына)	72
6. Групповые занятия в центре раннего вмешательства (А. А. Ничкасова)	81
7. Консультативные приемы в центре раннего вмешательства (А. А. Ничкасова)	90
8. Визит на дом (домашнее визитирование) (Е. Н. Кривцова, О. Г. Авила)	100
9. Психологическое сопровождение родителей в системе раннего вмешательства (А. А. Ничкасова)	110
Приложение А Показания и противопоказания для направления в центр раннего вмешательства	123
Приложение Б Примерные должностные обязанности специалистов ЦРВ	125
Приложение В Методика проведения скрининга зрения	137
Приложение Г Методика проведения скрининга слуха	140
Приложение Д Заключение специалистов центра раннего вмешательства	142
Приложение Е Индивидуальная программа раннего вмешательства	143
Приложение Ж Индикаторы для описания областей развития в ИПРР	146
Приложение И Примерный табель технического оснащения ЦРВ	155

3 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОСТАВЛЕНИЮ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРВИЧНОГО ПРИЕМА В ЦЕНТРЕ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

О. Г. Авила, Н. Н. Баль, И. Е. Валитова, Н. В. Дроздова,
А. А. Ничкасова, С. А. Чипурко, Л. В. Шалькевич

Существующие в настоящее время категории для формулировки заключений о развитии ребенка раннего возраста содержат различные термины: задержка, отставание, нарушение, проблемы, особенности, атипичность и т. д. Во избежание различных толкований и интерпретаций этих терминов предлагается использовать единое понятие, объединяющее их, – «нарушение развития».

Нарушение развития – отставание от возрастных норм развития детей в одной области развития или более на один эпикризный срок и более вследствие изменений в состоянии здоровья и (или) неблагоприятного влияния среды, в том числе с риском появления ограничений жизнедеятельности (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1270 от 29.11.2018 «Об утверждении Инструкции об организации и функционировании службы раннего вмешательства»).

Предлагается расширить определение понятия «нарушение развития» следующим образом:

Нарушение развития – это отклонение от нейротипичного развития, которое включает отставание от возрастных норм развития детей на один эпикризный срок и более и/или выраженную асинхронию развития в нескольких областях развития или поведения вследствие изменений в состоянии здоровья и (или) неблагоприятного влияния среды, в том числе с ограничениями жизнедеятельности и риском их появления. Нарушение развития – это констатация факта на момент обследования ребенка, а не статическая неизменная величина.

Отставание от возрастных норм развития – несоответствие показателей развития ребенка возрастным нормативам, замедление темпа развития, задержка в развитии одной или нескольких областей.

Асинхрония развития – изменение сроков и темпа психического развития, при котором нарушается гармония в развитии разных областей, и развитие становится дисгармоничным. Асинхрония характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и значительным отставанием темпа и сроков созревания других.

Первоначальное заключение о развитии ребенка формулируется на основании его обследования с помощью нормативно-ориентированных шкал развития, экспертной оценки специалистов, участвующих в проведении первичного приема, а также при проведении доступных простых тестов, оценивающих отдельные (предполагаемые как проблемные) области развития ребенка или состояние функций его организма (например, скрининг СНАТ-М или тесты оценки мышечной силы и др.).

Более подробное и детальное заключение о развитии ребенка формулируется на основании углубленной оценки различных областей его развития и функционального состояния специалистами разных профилей с использованием специфических инструментов оценки, в том числе шкал.

Первичное заключение о развитии ребенка с точки зрения организации дальнейшей помощи для него должно содержать следующую информацию:

- имеющее нарушение;
- область развития, в которой выявлено нарушение;
- степень имеющегося нарушения;
- медицинский диагноз, связанный с имеющимся нарушением (если он установлен);
- наличие факторов, оказывающих заметное (негативное) влияние на развитие.

Если развитие ребенка соответствует возрастной норме, этот факт просто обозначается в общем заключении без перечисления каждой области развития.

Пример. Развитие ребенка соответствует возрастной норме. Если развитие ребенка соответствует возрастной норме, но имеется социальный и/или биологический риск отставания, то это следует отражать в заключении в рамках имеющегося медицинского диагноза или в рамках описания факторов окружающей среды, оказывающих значимое влияние на активность ребенка и его функционирование.

Пример 1. Развитие ребенка соответствует возрастной норме. Недоношенность 36–37 недель.

Пример 2. Развитие ребенка соответствует возрастной норме. Гиперопека ребенка со стороны матери.

Если имеется нарушение развития, то в первичном заключении следует отражать следующую информацию:

- область(-и) (сфера(-ы)), в которой(-ых) имеется(-ются) нарушение(-я);
- степень нарушения(-ий);
- медицинский диагноз / клинический синдром (если они установлены) /

функциональное состояние органов и систем (если была проведена оценка);

- значимые факторы окружающей среды, оказывающие негативное влияние на развитие ребенка (если таковые имеются).

Если в какой-либо из областей развития отмечено соответствие возрастной норме, то в заключении этот факт не отражается. Поэтому в таких заключениях специалист должен видеть не только области, в которых имеется нарушение, но и области, в которых нарушение развития отсутствует.

В Индивидуальном профиле развития ребенка обозначены и определены 5 областей развития, а также значимые для развития факторы окружающей среды:

1. двигательное развитие (двигательная активность), в том числе крупная и мелкая моторика;
2. познавательная сфера и игра;
3. развитие речи (понимание речи и речевая активность);
4. социальная сфера (общение и коммуникация);
5. самообслуживание (адаптивное развитие).

Степень нарушения развития предлагается оценивать следующим образом.

- нарушение развития легкой степени: отставание в развитии не более чем на 1-2 эпикризных срока;
- нарушение развития умеренной степени: отставание в развитии не более чем на 2-3 эпикризных срока;
- нарушение развития выраженной степени: отставание в развитии более чем на 3 эпикризных срока.

Определение степени нарушения развития

Степень нарушения развития определяется по степени отставания в развитии в одной или нескольких областях развития (двигательное развитие, в том числе крупная и мелкая моторика; познавательная сфера и игра; развитие речи (понимание речи и речевая активность); социальная сфера (общение и коммуникация); самообслуживание (адаптивное развитие)).

На 1-м году жизни 1 эпикризный срок соответствует 1 месяцу, на 2-м – 3 месяцам, на 3-м – 6 месяцам.

Характеристика степеней нарушений развития представлена в таблице 3.1.

Рекомендации по формулировке врачебного заключения по результатам обследования отдельных категорий детей раннего возраста.

При формулировке медицинских заключений необходимо указывать диагноз (если таковой установлен) и ведущий(-е) неврологический(-е) синдром(-ы), сопутствующие неврологические нарушения. В тех случаях, когда клиническое состояние носит нестабильный характер, следует отмечать: нарушение развития, задержку развития и т. д. При наличии ДЦП диагноз следует формулировать с указанием функциональных ограничений (нарушений) и их степени в сферах двигательного развития, познавательного развития и игры, доречевого (у детей до 1 года) и речевого развития (у детей старше 1 года), социального развития (общения и коммуникации) и самообслуживания (адаптивного развития).

Для детей, имеющих медицинский диагноз «детский церебральный паралич», рекомендуется (если применимо относительно возраста ребенка) использование для формулировки первичного клинко-функционального диагноза (заключения) простых функциональных систем классификации (GMFCS – для оценки способности к самостоятельному передвижению (уровень 1-5), MACS – для оценки функции рук (после 4 лет) (уровень 1-5), CFCS – для оценки нарушений коммуникационных функций (уровень 1-5), EDACS – для оценки способности к приему еды и питья (уровень 1-5). То есть при формулировке заключения врача для ребенка с церебральным параличом следует указывать: диагноз «ДЦП (с указанием формы)» и 4 вышеперечисленных характеристики.

Пример формулировки врачебного заключения (для ребенка 4 лет). Детский церебральный паралич, спастическая диплегия, способность к передвижению 3-го уровня, манипулятивная способность рук 2-го уровня, коммуникационные способности 4-го уровня, возможность питания 3-го уровня, нарушение развития речи умеренной степени, симптоматическая эпилепсия в виде редких фокальных приступов с нарушением сознания.

Возможна формулировка заключения таким образом: детский церебральный паралич, спастическая диплегия, 3-й уровень двигательного развития по GMFCS, 2-й уровень способности к действию руками по MACS, 4-й уровень коммуникации по CFCS, 3-й уровень способности к приему пищи по EDACS.

Пример формулировки врачебного заключения (для ребенка до 2-х лет). Детский церебральный паралич, спастическая диплегия, нарушение развития в областях двигательного развития, развития речи, самообслуживания – умеренной степени, познавательной сферы и игры, социальной сферы – легкой степени.

Рекомендации по формулировке педагогического заключения по результатам обследования отдельных категорий детей раннего возраста.

Следует учитывать, что при ДЦП дети в возрасте 2–3 лет могут находиться на стадии доречевого развития. Для педагогической оценки рекомендуется использовать классификацию четырех уровней доречевого развития детей с церебральным параличом (Е. Ф. Архипова [2]). Примерные варианты заключений педагога при установленном диагнозе «ДЦП» или «последствия раннего органического поражения ЦНС» в таких случаях:

- нарушение доречевого развития (1-й уровень доречевого развития). ДЦП, спастическая диплегия;
- нарушение доречевого развития (4-й уровень доречевого развития). ДЦП, спастический гемипарез.

У детей с нарушениями речевого развития к 3-м годам при наличии у них собственной (экспрессивной) речи хотя бы на уровне слов и простых фраз учителем-дефектологом (логопедом) могут диагностироваться нарушения произносительной стороны речи (по клинко-педагогической классификации) – **гизартрия** (нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата), **ринолалия** (нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими недостатками речевого аппарата).

Примерные варианты заключений:

- нарушение речевого развития легкой степени, гизартрия. ДЦП, спастическая диплегия;
- нарушение речевого развития умеренной степени, ринолалия. Односторонняя расщелина твердого и мягкого неба, состояние после оперативного лечения.

Рекомендации по формулировке психологического заключения по результатам обследования отдельных категорий детей раннего возраста.

При установленном диагнозе «расстройство аутистического спектра» или «нарушение в аутистическом спектре» следует также отметить нарушения (если таковые имеются) и их степень в следующих сферах:

- в первую очередь – в области социального развития (общения и коммуникации);
- познавательное развитие и игра;
- речевое развитие;
- двигательное развитие;
- самообслуживание (адаптивное развитие).

При отсутствии у ребенка медицинского диагноза следует отметить имеющиеся у него нарушения и отразить в рекомендациях необходимость направления ребенка на дообследование с целью уточнения диагноза. По возможности следует указывать обоснование такого направления на дополнительную диагностику (в виде результатов скринингов развития и/или скрининга на аутизм).

При подозрении на наличие нарушения обработки сенсорной информации кроме имеющихся у ребенка нарушений в тех или иных сферах развития (социального развития, познавательного развития и игры, речевого развития, двигательного развития, самообслуживания (адаптивного развития)) следует также отметить установленные признаки сенсорных нарушений и их выраженность.

При подозрении на наличие синдрома дефицита внимания и гиперактивности следует отметить признаки гиперактивности и дефицита внимания и их выраженность.

Первичное обследование ребенка командой специалистов ЦРБ

В ситуации, когда первичный прием проводит команда специалистов ЦРБ, формулируется общее заключение, составными частями которого выступают медицинское, психологическое и педагогическое заключения. При этом врач, психолог, учитель-дефектолог (логопед) применяют вышеназванные рекомендации по формулировке заключений.

Примерные варианты заключений

Пример 1.

Нарушение двигательного развития легкой степени с задержкой формирования защитных реакций равновесия. Рахит 2 степени, подострое течение.

Пример 2.

Нарушение речевого развития легкой степени. Сиблинговое соперничество.

Пример 3.

Нарушение познавательного, речевого, социального развития выраженной степени у ребенка с расстройством аутистического спектра (если этот диагноз установлен).

Пример 4.

Нарушение познавательного, речевого, социального развития выражен-

ной степени. Нарушение в аутистическом спектре (если диагноз расстройства аутистического спектра не установлен или не устанавливался).

Пример 5.

Нарушение познавательного и речевого развития (с преимущественным нарушением познавательного развития) выраженной степени у ребенка с гиперкинетическим синдромом.

Пример 6.

Нарушение двигательного развития в виде задержки редукции тонических рефлексов легкой степени, самообслуживания, игры умеренной степени. Ретинопатия обоих глаз 3–4 степени. Миопия высокой степени обоих глаз.

Пример 7.

Нарушение в аутистическом спектре. Нарушение познавательного развития и игры легкой степени. Нарушение общения и коммуникации выраженной степени. Опережение в речевом развитии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Инструкция об организации и функционировании службы раннего вмешательства: утв. Приказом Министерства здравоохранения Респ. Беларусь № 1270 от 29.11.2018. – Минск, 2018. – 25 с.
2. Архипова, Е. Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учеб. пособие / Е. Ф. Архипова. – М. : АСТ: Астрель, 2006. – 222 с.
3. Разенкова, Ю. А. Логопедическое обследование ребенка первого года жизни [Электронный ресурс] / Ю. А. Разенкова // Альм. ин-та коррекц. педагогики. 2001. № 3. – Режим доступа: <https://alldf.ru/ru/articles/almanah-3/logopedicheskoe-obsledovanie-rebenka-per-vogo-goda>. Дата доступа: 18.06.2019.
4. Разенкова, Ю. А. Схема логопедического обследования ребенка 1-го года жизни [Электронный ресурс] / Ю. А. Разенкова // Альм. ин-та коррекц. педагогики. 2001. № 3. – Режим доступа: <https://alldf.ru/ru/articles/almanah-3/shema-logopedicheskogo-obsledovaniya-rebenka-1>. Дата доступа: 18.06.2019.
5. Разенкова, Ю. А. Схема логопедического обследования ребенка 23-го года жизни [Электронный ресурс] / Ю. А. Разенкова // Альм. ин-та коррекц. педагогики. 2001. № 4. – Режим доступа: <https://alldf.ru/ru/articles/almanah-4/shema-logopedicheskogo-obsledovaniya-rebenka-23>. Дата доступа: 18.06.2019.