

Причины детской инвалидности

К.м.н., доцент кафедры социальной работы ТюмГНГУ
ПЕТРОВА ЮЛИАННА АЛЕКСЕЕВНА



- Проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, она в гораздо большей степени является **социальной проблемой неравных возможностей**



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

О социальной защите инвалидов в Российской Федерации

**Принят Государственной Думой 20 июля 1995 года
Одобен Советом Федерации 15 ноября 1995 года**

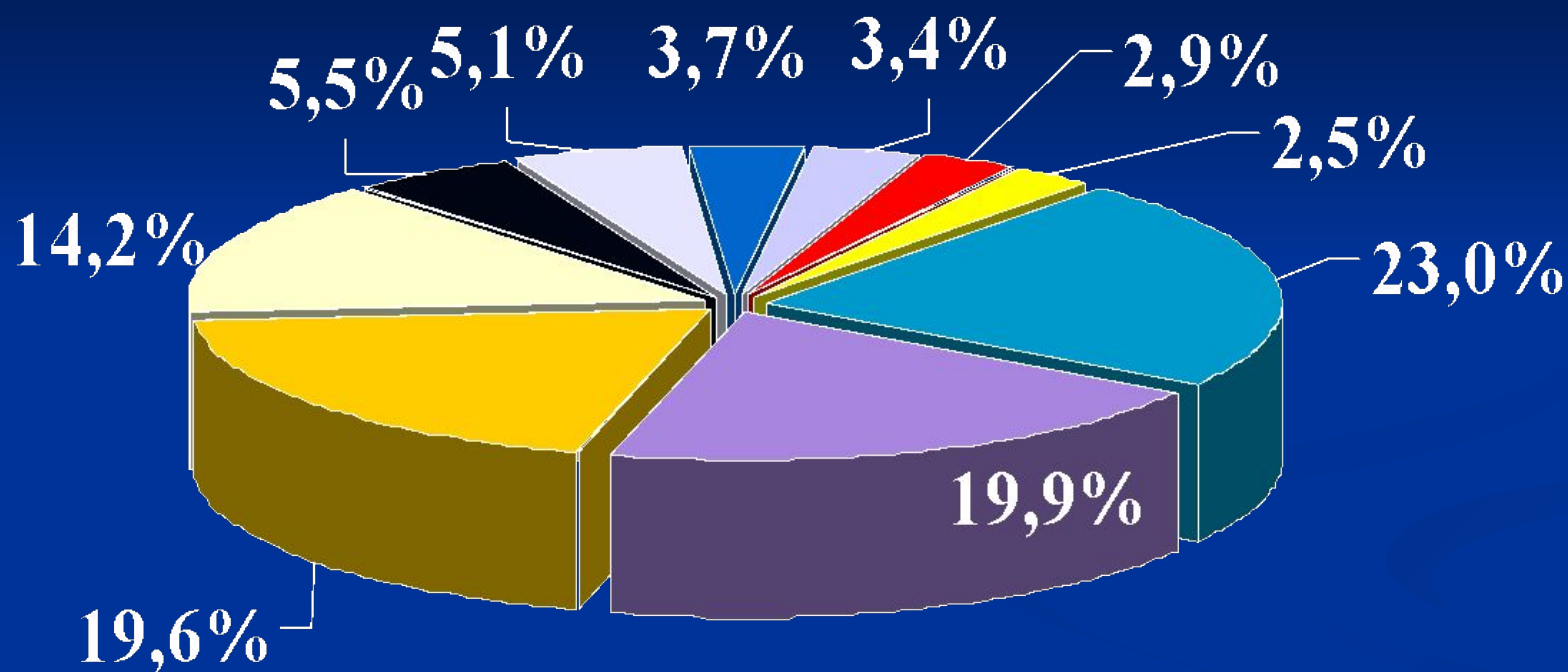
Статья 1. Понятие «инвалид», основания определения группы инвалидности

ИНВАЛИД - ЛИЦО, КОТОРОЕ ИМЕЕТ НАРУШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ СО СТОЙКИМ РАССТРОЙСТВОМ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ИЛИ ДЕФЕКТАМИ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ НЕОБХОДИМОСТЬ ЕГО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

ПРИЗНАНИЕ ПРИЗНАНИЕ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

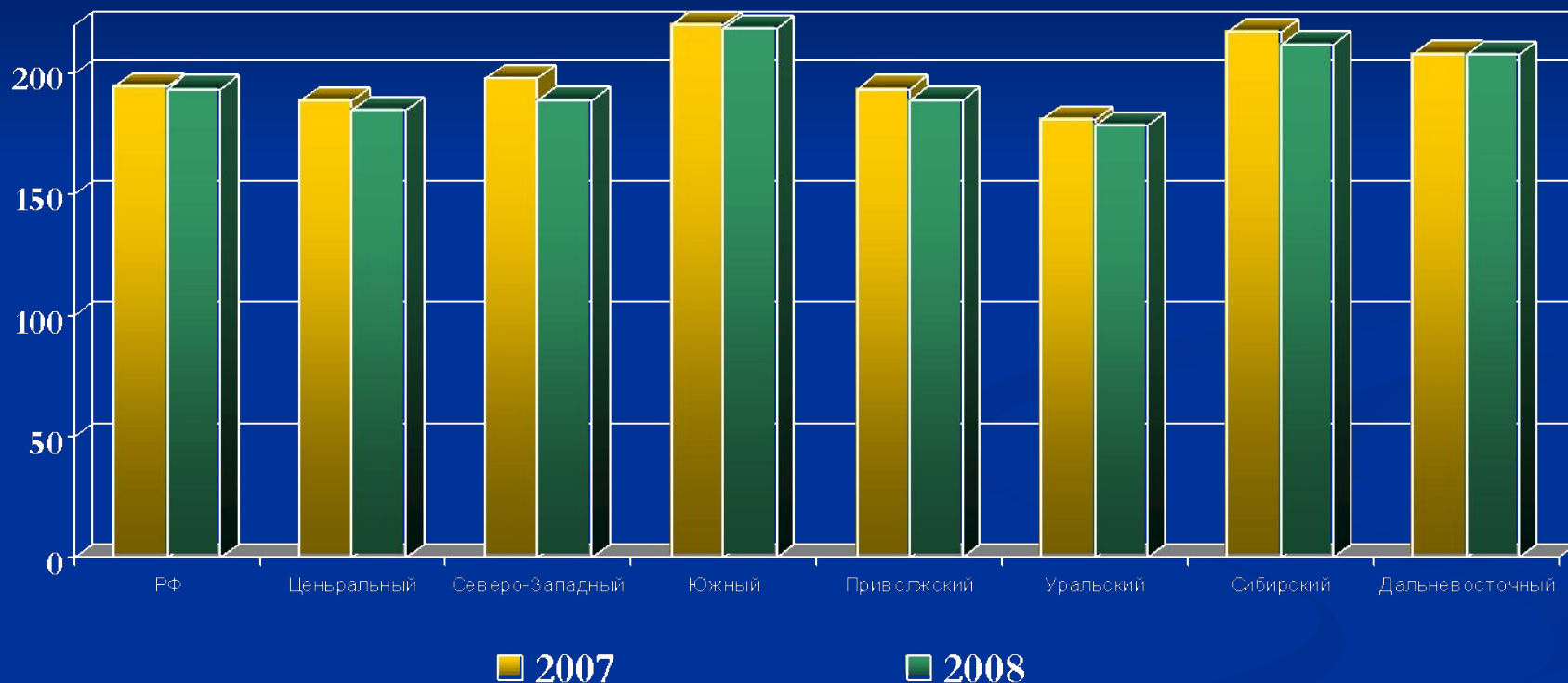
ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ПРИЗНАНИЯ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ ПРАВИТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Структура причин детской инвалидности

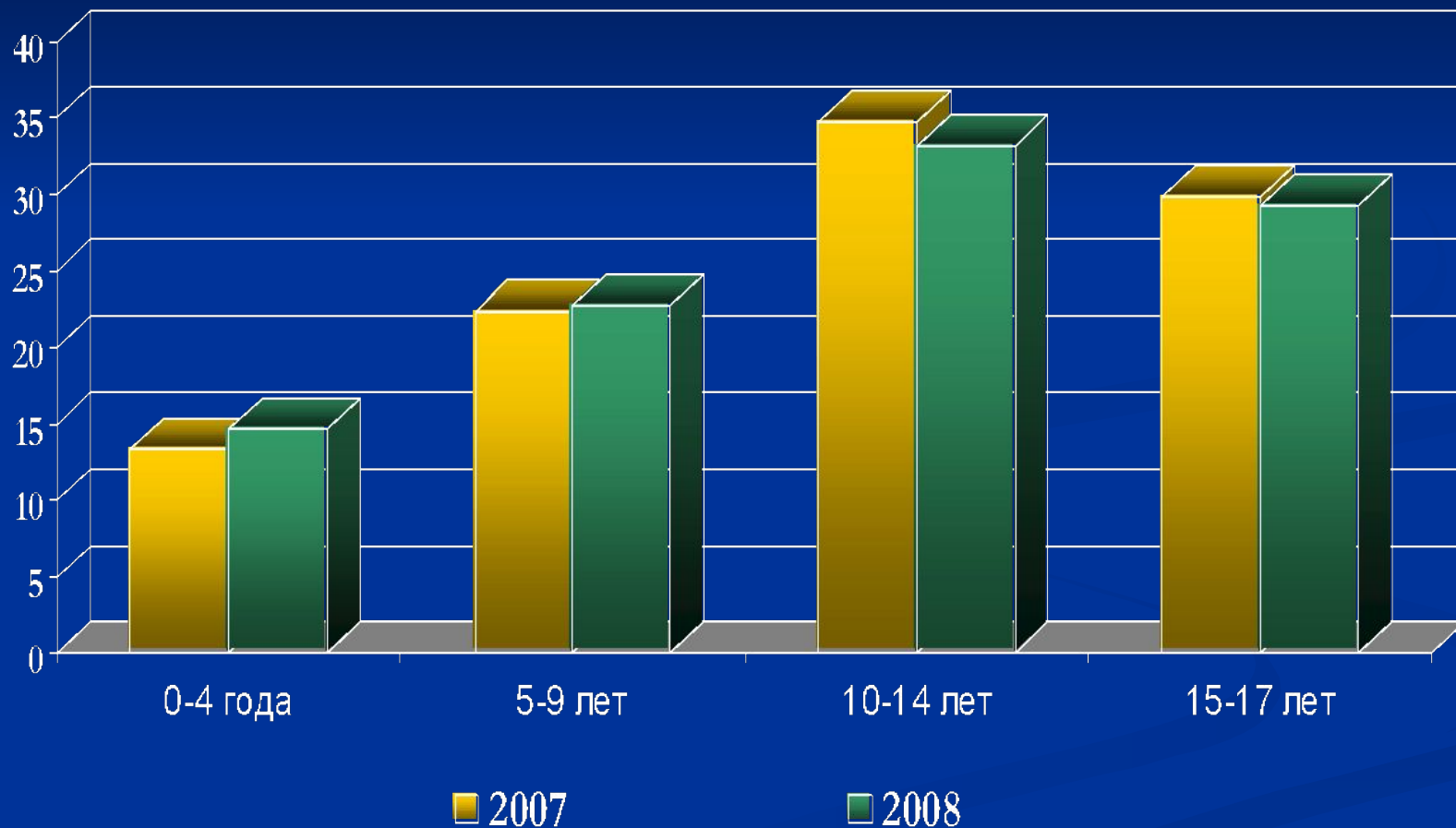


- Болезни нервной системы
- Психические расстройства
- Болезни мышечное и соединительной ткани
- Болезни мочеполовой системы
- Новообразования
- Врожденные аномалии
- Умственная отсталость
- Болезни эндокринной и иммунной системы
- Травмы и отравления
- Прочие

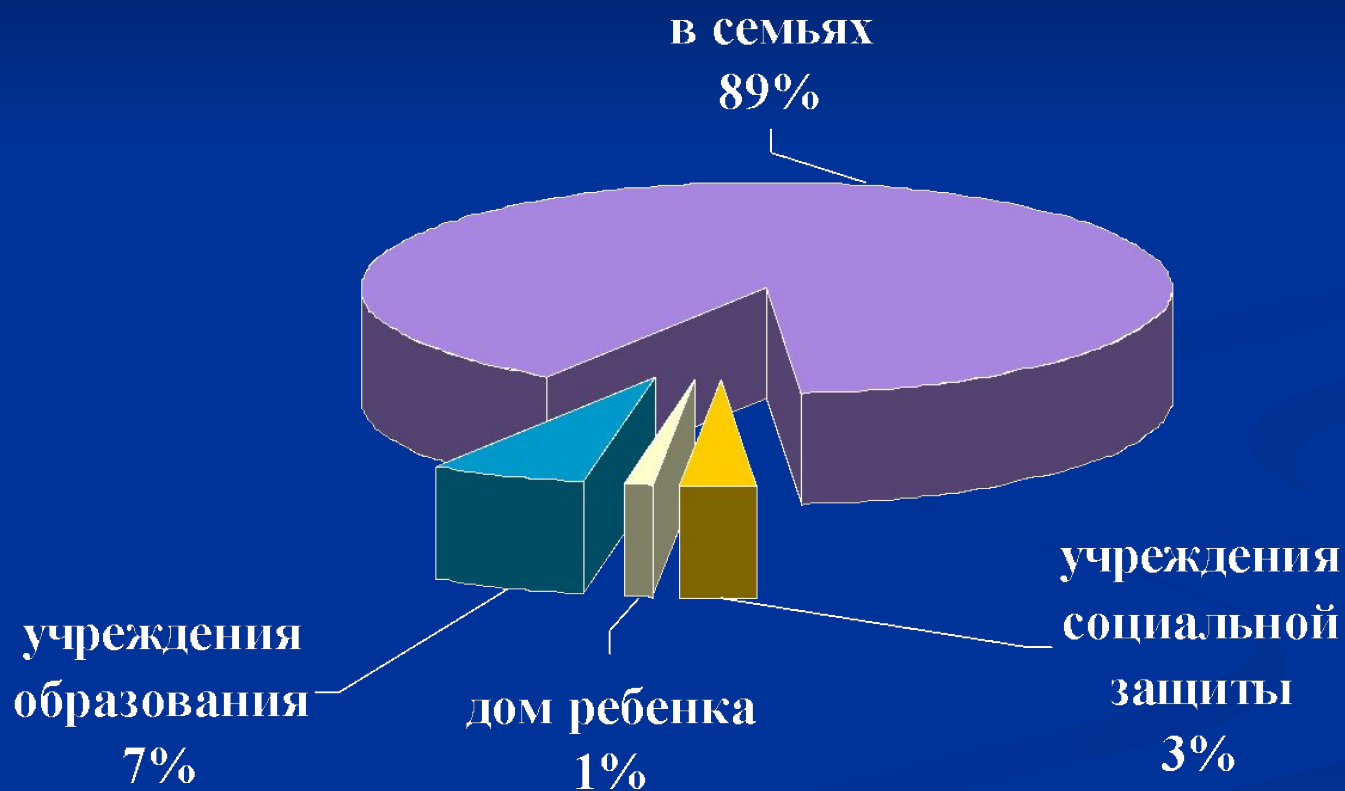
Распространенность детской инвалидности в РФ (на 10000 населения)



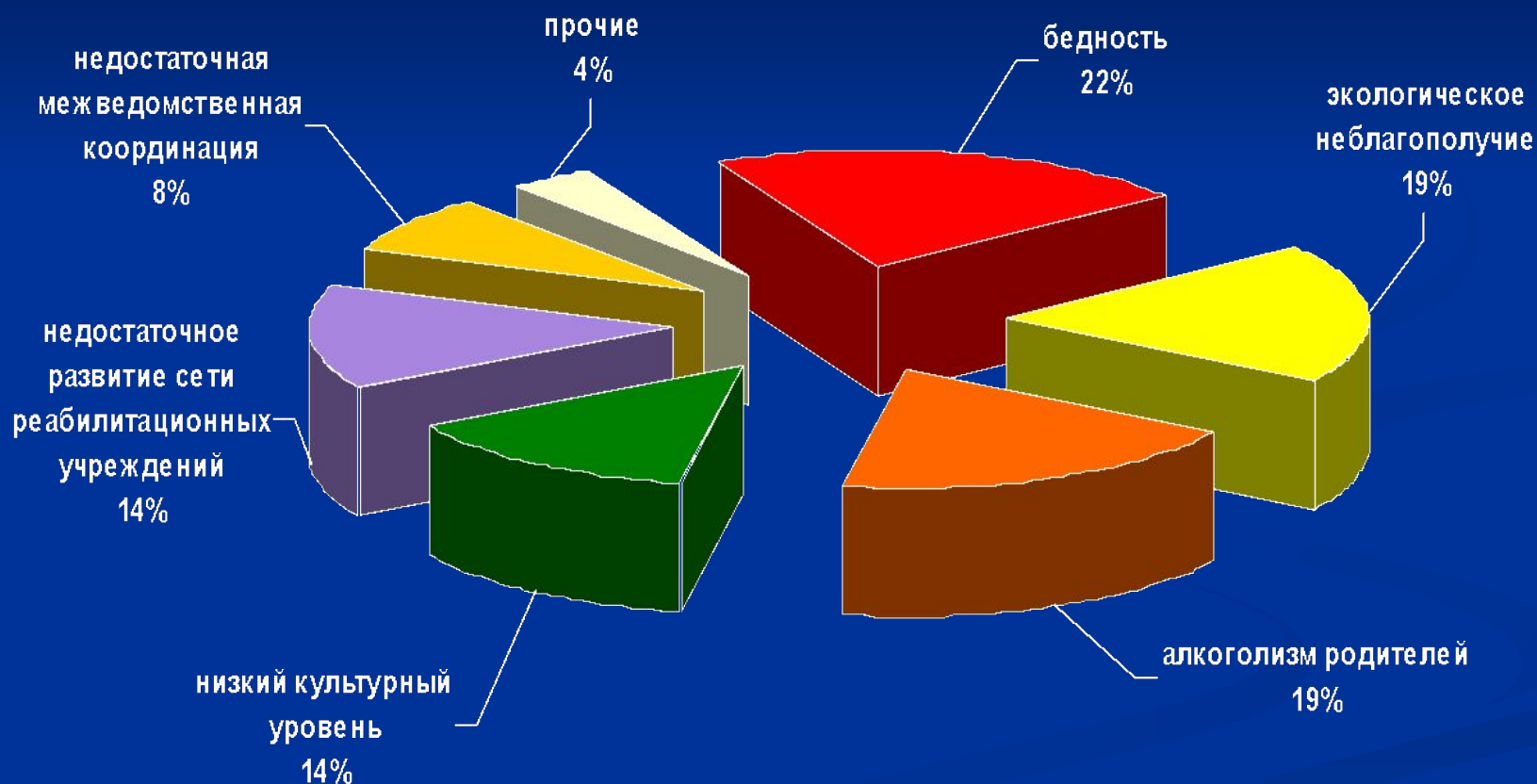
Возрастной состав детей-инвалидов в РФ (%)



Распределение детей-инвалидов по месту проживания (2008 год, %)



Факторы способствующие инвалидизации детей (по данным анкетирования)



ПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ



ПРОФИЛАКТИКА I УРОВНЯ

предупреждение возникновения физических, умственных, психических психических, сенсорных дефектов



ПРОФИЛАКТИКА II УРОВНЯ

предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение, декомпенсация хронических заболеваний

Отсутствие профилактики как I, так и II уровней ведут к детской инвалидности и требуют проведения реабилитационных мероприятий и медико-социальной защиты

Приоритетными направлениями профилактики детской инвалидности I уровня являются:

Пренатальная диагностика врожденных пороков развития и наследственных болезней:

- обеспечивается внедрением новейших методов УЗИ во внутриутробном периоде
- повышением объема медико-генетического консультирования семей до и во время беременности
- проведением периконцепционной профилактики (фолиевая кислота, антиоксидантные, витаминные препараты, профилактика йоддефицитных заболеваний и др.)

Дальнейшее развитие антенатальной и перинатальной помощи:

- внедрении высокотехнологичных видов современных рациональных технологий выхаживания недоношенных.
- внедрение и расширение скринирующих программ в тех возрастных периода,
- которые являются критическими для той или иной патологии

Это, прежде всего, ранняя диагностика патологии обмена веществ путем массового обследования новорожденных и ранняя терапия выявленных расстройств

**Решение профилактических задач
I уровня будет способствовать
снижению заболеваний, приводящих
к детской инвалидности:**

умственной отсталости (97135),
врожденных аномалий (103375),
детского церебрального паралича (68188),
что составляет 48% от общего числа
детей-инвалидов

Приоритетными направлениями профилактики детской инвалидности II уровня являются:

- Профилактическая вакцинация от инфекционных заболеваний
- Раннее вмешательство (с перинатального периода), ранняя реабилитация детей с патологией ЦНС, оперативное лечение врожденных аномалий развития
- Обеспечение гарантированной медицинской помощи на различных уровнях ее оказания

Приоритетными направлениями профилактики детской инвалидности II уровня являются:

- **Усиление роли первичного звена здравоохранения, в частности, роли участкового педиатра в воспитании здорового ребенка, в повышении роли и ответственности семьи за здоровье**
- **Дальнейшее развитие и внедрение профилактических и лечебных технологий, направленных на предотвращение хронизации патологических процессов и минимизацию тяжелых последствий болезней**

Приоритетными направлениями профилактики детской инвалидности II уровня являются:

- Разработка и внедрение стандартов оказания медицинской помощи детям
- Оснащение ЛПУ, отделений восстановительного лечения диагностической и лечебной аппаратурой с учетом единых стандартов
- Формирование в регионах целевых программ по раннему выявлению групп риска и оздоровлению детей (II группа здоровья)

Приоритетными направлениями профилактики детской инвалидности II уровня являются:

- **Качественное диспансерное наблюдение детей**
- **Расширение сети реабилитационных учреждений в системе здравоохранения**
- **Приближение служб реабилитации к месту проживания ребенка, в частности, создание реабилитационных отделений в первичном звене здравоохранения**

**Решение профилактических задач II
уровня будет способствовать снижению
заболеваний, приводящих к детской
инвалидности:**

инфекционных заболеваний, врожденных
аномалий развития, болезней эндокринной
системы, органов дыхания, кровообращения,
пищеварения, мочеполовой системы и др. **(144000)**
или **26%** от общего числа детей-инвалидов

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ - ИНВАЛИДОВ

Это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушениями здоровья со стойким расстройством функций организма.

Виды реабилитации

Медицинская реабилитация:

- 📌 восстановительная терапия
- 📌 реконструктивная хирургия
- 📌 протезирование

Профессиональная реабилитация:

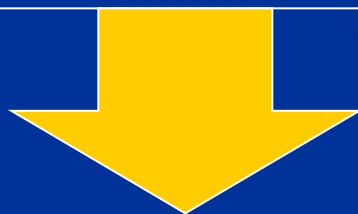
- 📌 профессиональная ориентация
- 📌 профессиональное образование
- 📌 профессионально-производственная адаптация и трудоустройство

Социальная реабилитация:

- 📌 социально-средовая ориентация
- 📌 социально-бытовая адаптация

Цель реабилитации лиц с ограниченными возможностями

- восстановление утраченных функций и ограничений,
- компенсация утраченных функций за счет других проявлений жизнедеятельности,
- приобретения новых функций



РЕИНТЕГРАЦИЯ В ОБЩЕСТВО

(способность принимать самостоятельные решения относительно своего существования, достигать поставленных целей, а также приносить определенный вклад в общественное развитие)

ЗАДАЧИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

- Определить реабилитационный потенциал ребенка-инвалида
- Потребность в реабилитации
- Разработать и реализовать индивидуальную программу реабилитации
- Осуществлять динамический контроль за процессом реабилитации

ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

раннее начало

комплексность и индивидуальность применения различных методов

непрерывность и преемственность на разных этапах

сочетание с учебно-воспитательной работой, трудотерапией

для детей старше 14 лет - профессиональная ориентация и обучение

«Есть два способа выживания: борьба и адаптация. И чаще всего адаптация оказывается вернее ведущей к успеху». С какой бы трудностью не столкнулся организм с ней можно справиться с помощью двух основных типов реакции: активной, или борьбы, и пассивной, или бегство от трудности либо готовности терпеть ее

Г. Селье

Адаптация

- это особый биологический феномен, связанный с жизнедеятельностью организма в неадекватных условиях среды с сохранением оптимального соотношения жизненных функций, способности к труду и обучению»

Виды адаптации:

- биологическая адаптация - приспособление строения и функций организма, его органов и клеток к условиям среды
- психологическая адаптация - это психологический механизм, позволяющий справиться с эмоциональными стрессами, избежать состояния тревоги, снизить внутреннюю напряженность, это по сути, процесс устранения фрустраций. Может быть направлена на устранение или снижение действия внешнего фактора, или на изменение себя в целях приспособления к создавшейся ситуации
- социальная адаптация - приспособление социальных субъектов к совместному взаимодействию

**Для снижения уровня
инвалидности детей необходима
разработка комплекса социально-
экономических мер улучшению
качества жизни
семей, имеющих детей с
ограниченными возможностями**

Современный подход к триаде "ребенок - общество - государство":

1. главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в **нарушении его связи с миром**, в ограниченной мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченном общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей, а иногда и элементарного образования
2. ребенок, имеющий инвалидность, может быть так же способен и талантлив, как и его сверстник, не имеющий проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить их, приносить с их помощью пользу обществу ему мешает **неравенство возможностей**
3. ребенок - **не пассивный объект социальной помощи**, а развивающийся человек, который имеет право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве
4. **государство призвано** не просто предоставить ребенку, имеющему инвалидность, определенные льготы и привилегии, оно должно пойти навстречу его социальным потребностям и создать систему социальных служб, позволяющих **нивелировать ограничения**, препятствующие процессам его социализации и индивидуального развития

Задержка психического
развития – актуальная
проблема современного
общества

Классификация отклонений в развитии

- Психическое недоразвитие, типичной моделью которого является умственная отсталость
- Задержанное развитие — полиформная группа, представленная разнообразными вариантами инфантилизма, нарушений школьных навыков, недостаточностью высших корковых функций и т. д. В отличие от умственной отсталости характеризуется разными степенями обратимости
- Поврежденное психическое развитие описывает случаи, при которых ребенок имел достаточно длительный период нормального развития, нарушенного заболеваниями (прежде всего, центральной нервной системы) или травмами
- Дефицитарное развитие представляет собой варианты психофизического развития в условиях глубоких нарушений зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата
- Искаженное развитие — сочетание недоразвития, задержанного и поврежденного развития
- Дисгармоническое развитие — нарушения в формировании личности. Типичной моделью данного вида дизонтогенеза могут быть различные формы психопатий

Задержка психического развития (ЗПР) –

это особый тип психического развития ребенка, характеризующийся незрелостью эмоционально-волевой сферы, как правило, с недоразвитием (в сочетании) познавательной деятельности, формирующийся под влиянием наследственных, социально-средовых, психологических факторов, и приводящий к вторичным отклонениям личности и поведения.

ДЕТИ С ЗПР НЕ ЯВЛЯЮТСЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫМИ !!!

- незрелость сложных форм поведения
- недостаточная целенаправленная деятельность на фоне быстрой истощаемости, утомляемости, нарушенной работоспособности

**ЗПР - ЭТО НЕОДНОРОДНЫЙ ФЕНОМЕН, РАЗЛИЧАЮЩИЙСЯ И
ПО СТЕПЕНИ, И ПО ХАРАКТЕРУ ОТКЛОНЕНИЙ**

Познавательная деятельность при ЗПР

- слабая память
- неустойчивость внимания
- медлительность психических процессов и их пониженная переключаемость
- для ребенка с ЗПР необходим более длительный период для приёма и переработки зрительных, слуховых и прочих впечатлений.

Эмоционально - волевая незрелость представлена:

- отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций
- характерны слабая воля и слабая заинтересованность в оценке их деятельности
- игра отличается бедностью воображения и творчества, монотонностью, однообразием
- несамостоятельность, повышенная внушаемость, беспечность, преобладании игровых интересов.

Нарушения видов мышления

- СЛОВЕСНО - ЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ

- наиболее значительное отставание

- НАГЛЯДНО - ОБРАЗНОЕ МЫШЛЕНИЕ

- менее выраженное отставание

- ДЕЙСТВЕННОЕ МЫШЛЕНИЕ

- ближе к уровню нормального развития

Мыслительная деятельность у детей с ЗПР

- дефицит мотивационного компонента, проявляющейся в крайне низкой познавательной активности, избегании интеллектуального напряжения
- нерациональность регуляционно - целевого компонента, обусловленный отсутствием потребности ставить цель, планировать действия, искать рациональный способ решения
- несформированность операционного компонента (умственных операций анализа, синтеза, абстрагирования, обобщения, сравнения)
- нарушения динамической стороны мыслительных процессов

Особенности речевой деятельности детей с ЗПР

- у 95% детей с ЗПР выявлены разнообразные нарушения речи:
 - замедленный темп речевого развития
 - недостаточная дифференциация речевого восприятия, речевых звуков, не различение смысла отдельных слов, тонких оттенков речи.
 - нарушения звукопроизношения
 - бедность и неточность словаря

Интерес специалистов к задержке психического развития (ЗПР) вызван:

- широкой распространённостью данной категории детей
- разнообразием проявлений задержанного психического развития
- различными подходами к диагностике данного нарушения

Причины ЗПР

1. Биологические:

- патология беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы), внутриутробная гипоксия плода;
- недоношенность;
- асфиксия и травмы при родах;
- заболевания инфекционного, токсического и травматического характера на ранних этапах развития ребенка;
- генетическая обусловленность.

2. Социальные:

- длительное ограничение жизнедеятельности ребенка;
- неблагоприятные условия воспитания, частые психотравмирующие ситуации в жизни ребенка.

Отмечаются также различные варианты сочетания нескольких факторов различного происхождения

Распространенность ЗПР

Привести данные о распространенности ЗПР очень трудно, что объясняется как различным пониманием самого термина представителями разных школ, так и неоднородностью методических подходов к этому состоянию

- Госкомстат РФ – 2-4% от популяции
- По отдельным регионам России, распространенность ЗПР варьирует от 15% до 45%

Макросоциальная обусловленность ЗПР

- миграционная активность населения
- национальный состав
- средний брачный возраст (в большей степени актуально для умственной отсталости)

Вероятность рождения детей с ЗПР повышается при уменьшении расстояния между местами рождения супругов

Актуальность проблемы на современном этапе

- Первый фактор- частота указанной аномалии, то есть относительно заметный удельный вес детей с ЗПР
- Второй фактор- процесс концептуальной переориентации системы мирового и отечественного образования на максимальную интеграцию детей с неглубокими аномалиями различного характера в сообществе детей с нормальным развитием.
- Третий фактор - необходимость обеспечения современного учебно - воспитательного процесса, ориентирующегося на индивидуально - развивающий подход педагога к ребенку

Клинические варианты ЗПР

- Психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при сохраненном интеллекте
- Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности
- Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями
- Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции

Этиопатогенетическая классификация ЗПР

1. конституционного происхождения
2. психогенного происхождения
3. соматогенного происхождения
4. церебрально - органического происхождения

Выделенные клинические типы отличаются друг от друга структурой инфантилизма и характером нейродинамических расстройств

ЗПР конституционального происхождения

- эмоционально - волевая сфера во многом напоминает структуру эмоционального склада детей более младшего возраста
 - преобладание эмоциональной мотивации поведения
 - повышенный фон настроения
 - поверхностность и нестойкость эмоций
 - легкая внушаемость
 - преобладание игровых интересов
- черты эмоционально - волевой незрелости часто сочетаются с инфантильным типом телосложения
- познавательная деятельность относительно сохранна
- незрелость эмоционально - волевой сферы ведет к несформированности учебной мотивации
- в силу незрелости предпосылок интеллектуального развития у таких детей отмечается недостаточный уровень мыслительных операций, памяти, речи, малый запас знаний и представлений об окружающей действительности

ЗПР соматогенного происхождения

- хронические инфекции
- аллергические состояния
- пороки развития соматической сферы разного происхождения (в первую очередь сердца)

Основная роль принадлежит стойкой астении, снижающей общий и психический тонус

ЗПР соматогенного происхождения

- соматогенный инфантилизм, обусловлен различными невротическими наслоениями
 - неуверенностью
 - боязливостью
 - закомплексованностью
 - изменения связаны с ощущением своей физической неполноценности, запретами и ограничениями со стороны взрослых
- расстройство внимания
- снижение памяти
- интеллектуальное напряжение удерживается короткое время
- трудности обучения возникают в связи со сниженной мотивацией достижения, отсутствием интереса, неумением и нежеланием преодолевать возникающие при выполнении заданий трудности

ЗПР психогенного происхождения

- возникает в результате неблагоприятных условий воспитания, которые препятствуют правильному формированию личности

ЗПР психогенного происхождения

- развитие личности по типу психической неустойчивости:
 - у ребенка не воспитываются чувство долга и ответственности, не прививаются норма поведения
 - не стимулируется развитие познавательной деятельности, интеллектуальных интересов и установок
- аномальное развитие личности обусловленное гиперопекой ("тип кумира"):
 - ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативы, ответственности
 - у таких детей слабые способности к волевому усилию
 - присутствуют черты эгоизма и нелюбви к труду
 - ожидание помощи и опеке со стороны взрослых
- развитие личности по невротическому типу наблюдается у детей, по отношению которых проявляется жестокость, деспотичность, агрессия:
 - формируется личность робкая, малоактивная, нерешительная
 - отмечается низкий уровень анализирующего наблюдения, проявляющийся в слабом разграничении существенных и несущественных признаков
 - отмечается интеллектуальная пассивность, слабое проявление любознательности, неустойчивость внимания, незаинтересованность продуктивной деятельностью
 - у данной группы детей происходит закрепление негативных черт характера, накопление состояния хронической дезадаптация

ЗПР церебрально-органического происхождения

в анамнезе обнаруживается наличие негрубой органической недостаточности
нервной системы

ЭТИОЛОГИЯ:

- патологии беременности
- недоношенность, асфиксия, травмы при родах
- инфекции и тяжелые заболевания первых лет жизни

ЗПР церебрально-органического происхождения

- в анамнезе таких детей указывается на замедления развития всех систем
- эмоционально - волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом
 - неустойчивый инфантилизм: психомоторная расторможенность, эйфорический оттенок настроения и импульсивность
 - тормозной инфантилизма: преобладание пониженного фона настроения, нерешительность, боязливость
- дети с ЗПР церебрально-органического генеза отличаются нарушением познавательной деятельности, обусловленной недостаточностью внимания, инертностью психических процессов пониженной переключаемостью.
- отмечаются явления церебральной астении, которая проявляется в повышенной утомляемости, непереносимости дискомфорта, снижении работоспособности, слабой концентрации внимания, снижении памяти
- мыслительные операции несовершенны и показатели продуктивности низкие
- знания усваиваются фрагментарно, не связываются в единую систему, быстро забываются
- стойкое отставание в развитии интеллектуальной деятельности сочетается с незрелостью эмоционально - волевой сферы
- психическая незрелость проявляется в примитивности, поверхностности эмоциональных реакций, сниженной мотивации достижения

Проблема отграничения ЗПР от умственной отсталости является проблемой психологии (специальной и патопсихологии), дефектологии, педагогики, медицины и характеризуется высоким уровнем практической значимости, так как каждое состояние имеет свою стратегию развития, а значит и специфические возможности коррекции

Умственная отсталость

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

или олигофрения

- стойко выраженное снижение познавательной деятельности ребенка, возникшее на основе органического поражения центральной нервной системы (ЦНС)

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

- Недоразвитие интеллекта или – в более широком смысле – нижняя часть спектра распределения интеллекта в популяции
- Группа чрезвычайно разнородных состояний, в самой различной степени и по разным причинам нарушающих соответствующую возрасту жизнедеятельность человека в обществе вследствие общего недоразвития психики, в котором центральное место занимает **дефект познавательных способностей**
- Характерной особенностью дефекта при умственной отсталости является недоразвитие не только познавательной, но и других сторон психической деятельности, эмоционально-волевой сферы, речи, моторики и всей личности ребенка

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

- Умственная отсталость не является отдельным заболеванием или особым состоянием, это общее название многих отклонений, различных по своей природе и степени выраженности
- Умственную отсталость следует отличать от нарушений интеллекта, возникающих в пожилом возрасте, а также в результате психических или неврологических заболеваний. В таких случаях интеллект снижается от предшествующего более высокого уровня, тогда как при умственной отсталости он **никогда нормального уровня не достигает**

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Эпидемиология

В распространенности умственной отсталости в разных странах и даже в отдельных районах одной и той же страны отмечаются значительные колебания.

Частота умственной отсталости:

в экономически развитых странах (Япония, США, Франция, Германия, Италия и др.) составляет 3%,

в экономически неразвитых странах (Латинская Америка, азиатские страны и пр.) составляет 15%,

в России – 1% населения независимо от возраста

По данным американской ассоциации по вопросам умственной неполноценности умственная отсталость встречается чаще, чем слепота в 7 раз, чем физическая инвалидность в 10 раз, чем церебральный паралич в 12 раз, чем мышечная дистрофия в 35 раз

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Этиология

1. ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

- пренатальные факторы (внутриутробные): недостаточное питание, интоксикации, радиоактивное облучение, а также инфекции, которыми мать переболела во время беременности (например, краснуха, токсоплазмоз, вирусный гепатит, венерические заболевания, ОРВИ)
- перинатальные (во время родов): кровоизлияния в мозг, кислородное голодание (гипоксия), механическое повреждение головного мозга во время родов
- постнатальные (после родов): тяжелые инфекционные заболевания новорожденных, преимущественно менингиты и энцефалиты, сопровождающиеся воспалением головного мозга

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Этиология

2. ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

- нарушение хромосомного набора (хромосомные aberrации) - болезнь Дауна, синдром Прадера-Вилли, синдром Энгельмана, синдром Шершевского-Тернера,
НЕ НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ!!!

- генетические дефекты: фенилкетонурия, болезнь Тея – Сакса
- несовместимость состава крови матери и ребенка по резус-фактору и др.
- умственная отсталость обоих или одного из родителей

Особо следует отметить связь между такими асоциальными явлениями, как алкоголизм, наркомания и токсикомания родителей. Алкоголизм и наркомания могут быть причиной умственной отсталости как экзогенного, так и эндогенного характера.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Клинические формы

Одна из наиболее распространенных форм – **синдром Дауна**, выявляемый более чем у 10% умственно отсталых, госпитализированных в психиатрических учреждениях. Больные с этим синдромом обычно физически недоразвиты, низкорослы, у них маленькая округлая голова, характерные аномалии лица и рук, узкие раскосые глаза, придающие больным внешнее сходство с лицами монголоидной расы. Отсюда первоначальное название заболевания – монголизм. Это название ошибочно, так как синдром Дауна встречается у представителей всех рас

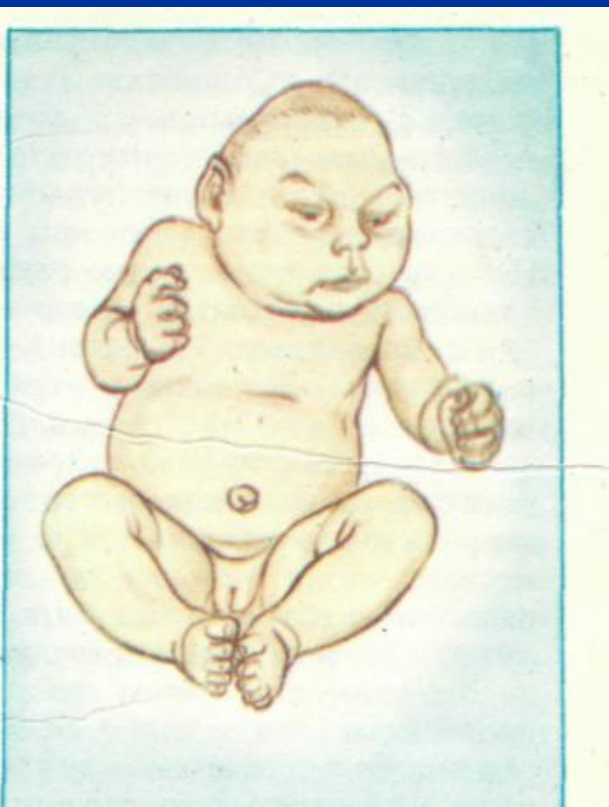
Примерно с той же частотой выявляется умственная отсталость, связанная с **детским церебральным параличом** (10%)

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

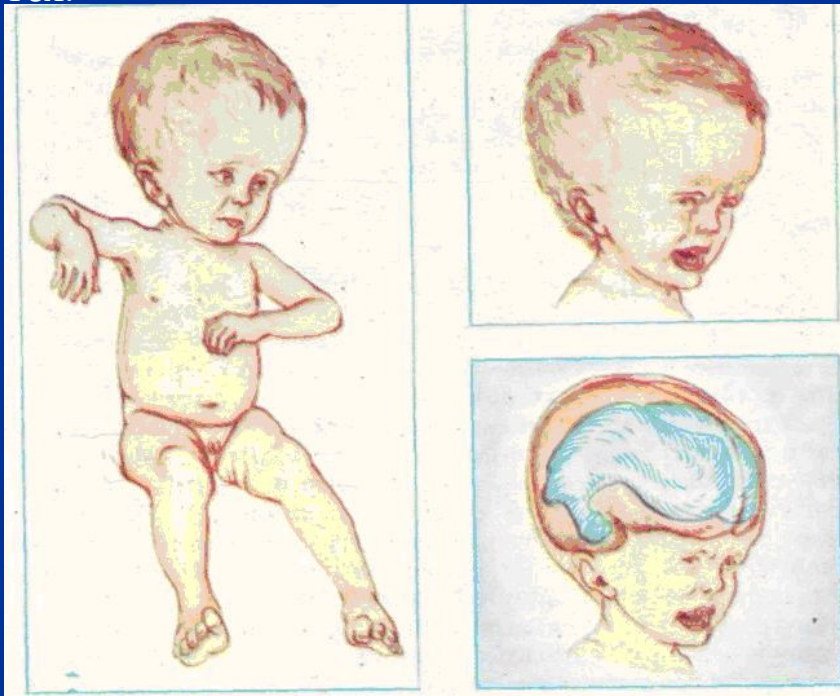
Клинические формы

Другие формы умственной отсталости сравнительно редки: они встречаются не более чем у 1% лиц:

Для **микроцефалии** характерен маленький клиновидный череп со скошенным лбом.



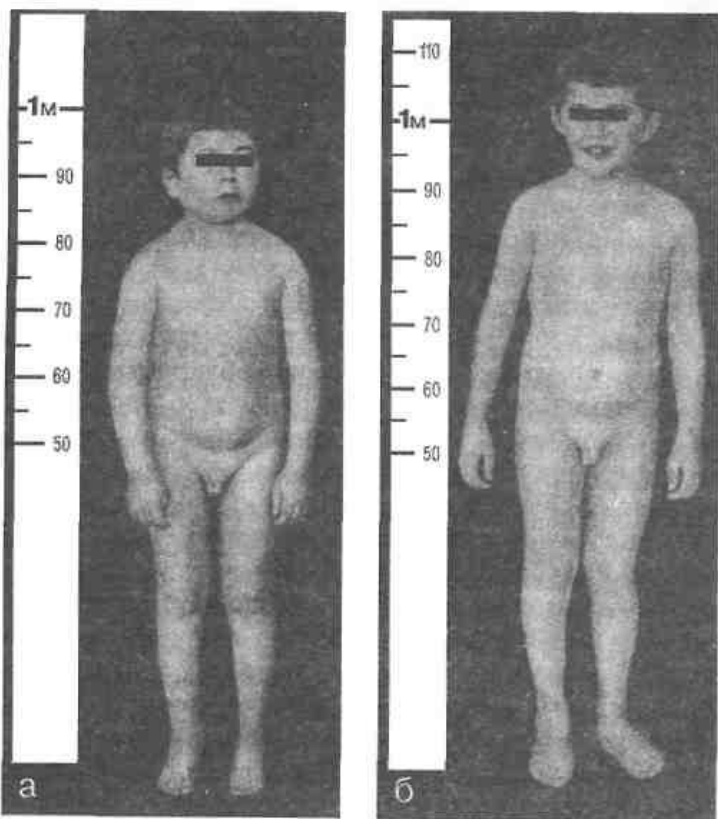
При **гидроцефалии** происходит накопление спинномозговой жидкости в желудочках мозга вследствие нарушения ее всасывания или блокады путей оттока; в результате мозг растягивается, его извилины сглаживаются, а размеры черепа увеличиваются.



УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Клинические формы

При недостаточности гормонов щитовидной железы развивается **кретинизм**, который легко диагностировать по таким признакам, как уплощенное, широкое лицо, грубая толстая кожа, короткие кривые ноги, низкорослость.



При т.н. врожденных **эктодермозах** (факоматозах) умственная отсталость сочетается с опухолями нервной системы и кожными изменениями.

Фенилкетонурия приводит к умственной отсталости, обусловленной наследственным нарушением обмена веществ, **болезнь Тея – Сакса**, характеризующаяся прогрессирующей слепотой, худобой конечностей и задержкой умственного развития.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Клинические формы

Однако самую значительную часть умственно отсталых составляют те, у которых не выявляется признаков какой-либо специфической клинической формы и которые внешне неотличимы от здоровых людей.

Эту форму называют простой, или субклинической. Снижение интеллекта у таких лиц обычно бывает легким или пограничным между умеренной и легкой умственной отсталостью

В то же время у больных со специфическими клиническими формами чаще выявляется тяжелое или умеренное снижение интеллекта

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Для диагностики умственной отсталости часто применяют стандартизированные тесты, позволяющие вычислить т.н. коэффициент интеллектуального развития (IQ). Показателем умственной отсталости считается IQ ниже 70. Однако этот психометрический критерий должен быть обязательно дополнен данными о социальной зрелости детей, т.е. об их бытовых навыках, способности к самостоятельным действиям, а также сведениями о психическом развитии, наличии физических заболеваний, способности к обучению

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Классификация

IQ	Международная система	Российская система
71 и выше	норма	норма
50-70	Незначительная умственная отсталость, затруднение в обучении	дебильность
35-49	Умеренная умственная отсталость, трудности в обучении	имбецильность
25-39	Тяжелая умственная отсталость, значительные трудности в обучении	идиотия
20 и ниже	Глубокая умственная отсталость	

Дети с легким недоразвитием познавательных способностей - дебильностью - составляют 70-80%, с выраженным - имбецильностью - 20-25% и с глубоким слабоумием (идиотия) - около 5% всех случаев умственной отсталости

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Степень отсталости *Дебильность*

Диапазон IQ 52-68

Уровень когнитивных способностей соответствует возрасту 9-12 лет.

Социальное функционирование ограничено, но возможно в любой общественной группе.

Речь развивается с задержкой, но она используется в повседневной жизни.

Возможно достижение полной независимости в уходе за собой (прием пищи, комфортное поведение), домашних навыках.

Основные затруднения — в школьной успеваемости, задержка обучаемости чтению и письму.

Возможна частичная компенсация благодаря социальному окружению.

Возможно обучение неквалифицированному ручному труду, несложным трудовым навыкам.

Мышление предметно-конкретное, повышена имитативность

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Степень отсталости *Имбецильность*

Диапазон IQ 36-51

Уровень развития:

Уровень когнитивных способностей соответствует возрасту 6-9 лет.

Уровень социального функционирования ограничен пределами семьи и специальной группы.

Отставание в развитии понимания и использовании речи, навыков самообслуживания и моторики, заметное с раннего возраста. В школе развиваются только базисные навыки при постоянном специальном педагогическом внимании (специальные школы).

Речевой запас достаточен для сообщения о своих потребностях.

Фразовая речь слабо развита.

При недоразвитии речи может быть достаточным ее понимание при невербальном сопровождении. Мышление на низком уровне. Отличается непоследовательностью.

Внимание не устойчиво.

Возможна хорошая механическая память.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Степень отсталости *Идиотия*

Диапазон IQ 39 и ниже

Уровень развития:

Уровень когнитивных способностей соответствует возрасту до 3 лет.

Не способны к пониманию и выполнению требований или инструкций.

Часто недержание мочи и кала.

Моторика грубо нарушена.

Тяжелые неврологические нарушения.

Мышление таких детей практически полностью не развито, возможна избирательная эмоциональная привязанность таких детей к близким взрослым.

Речь отсутствует или ограничена нечленораздельными звуками.

Речь других не понимают.

Способность ходить формируется только к 10 годам.

Нарушение речи

- - в наиболее тяжелых случаях больные не только не говорят, но и не понимают обращенную к ним речь
- - располагают ограниченным запасом слов, но не владеют в достаточной мере фразовой речью
- - нарушена смысловая сторона речи
- - при неглубокой умственной отсталости речь больных обычно бывает маловыразительна, односложна, в ней преобладают речевые штампы, короткие, часто аграмматично построенные фразы
- - характерно неправильное смысловое употребление слов
- - очаговые расстройства речи по типу моторной и сенсорной алалии, псевдобульбарной дизартрии

Эмоционально-волевая сфера

- Элементарные **эмоции** могут быть относительно сохранными, высшие эмоции, прежде всего нравственные, оказываются недоразвитыми и недостаточно дифференцированными.
- Преобладают главным образом непосредственные переживания, эмоции, вытекающие из конкретной ситуации и деятельности, актуальные только в данный момент
- **Волевая деятельность** больных характеризуется слабостью побуждений и инициативы, недостаточной самостоятельностью.

Поступкам свойственны отсутствие целенаправленности, импульсивность.

Детский церебральный паралич



Детский церебральный паралич -

это группа синдромов,
которые являются
следствием повреждения
мозга, возникших во
внутриутробных
периодах, интранатальном
периоде и посленатальном
периоде.



- **Характерными особенностями ДЦП являются:**

нарушение моторного движения ребенка, обусловленная прежде всего аномальным распределением мышечного тонуса и нарушением координации движения.

Частота рождения детей с ДЦП

2,5 – 5,9 на 1000 родившихся

Причины ДЦП:

- Экзогенные
- Перинатальные
- Антенатальные
- Постнатальные



Формы ДЦП:

Двойная гемиплегия

- - самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий.
- - двигательные расстройства выражены в равной степени в руках и в ногах, либо руки поражены сильнее, чем ноги.
- - отмечаются грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжелой спастико-ригидной дизартрии (речь полностью отсутствует либо больной произносит отдельные звуки, слоги или слова). Голосовые реакции скудные, часто недифференцированные. Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей (90%) отмечается выраженная умственная отсталость.

Формы ДЦП

Спастическая диплегия

- - характеризуется поражением верхних и нижних конечностей, но ноги поражены больше чем руки
- - повышение мышечного тонуса преобладает в приводящих мышцах бедер, в силу чего наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает опорность стоп, осанку, затрудняет стояние и ходьбу.
- - у 70-80% детей отмечают нарушения речи в форме спастико-паретической дизартрии, задержки речевого развития, реже - моторной алалии.
- - нарушения психики в виде задержки психического развития, которая может компенсироваться в дошкольном или младшем школьном возрасте под воздействием занятий по коррекции нарушений познавательной деятельности. Часть детей имеют умственную отсталость разной степени тяжести.
- - с пастическая диплегия - прогностически благоприятная форма заболевания в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций...

Формы ДЦП

Гемипаретическая форма

- - характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука обычно поражается больше, чем нога.
- - патология речи отмечается у 30-40% детей, чаще по типу спастико-паретической дизартрии или моторной алалии.
- - степень интеллектуальных нарушений варьиабельна от легкой задержки психического развития до грубого интеллектуального дефекта. При этом снижение интеллекта не всегда коррелирует с тяжестью двигательных нарушений

Формы ДЦП

Атонично-астатическая

- - при данной форме имеет место поражение мозжечка, в некоторых случаях сочетающееся с поражением лобных отделов мозга.
- - двигательная сфера:: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несоразмерность, чрезмерность движений).
- - у большинства детей отмечаются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, атактической дизартрии; может иметь место алалия.
- - интеллектуальные нарушения различной степени тяжести. Важную роль в структуре психического дефекта играет основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта.
- - при поражении только мозжечка дети малоинициативны, у многих проявляется страх падения; задержано формирование навыков чтения и письма.
- - поражение мозжечка сочетается с поражением лобных отделов мозга, у детей отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, некритичность к своему дефекту, расторможенность, агрессивность.

Формы ДЦП

Гиперкинетическая форма

- - двигательные расстройства проявляются в виде непроизвольных насильственных движений – гиперкинезов
- - речевые нарушения наблюдаются почти у всех детей, в форме гиперкинетической дизартрии.
- - у (20-25%) детей имеют место нарушения слуха, особенно часто страдает высокотоновый слух; у 10-15% отмечаются судороги.
- - психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах церебрального паралича,

Психическое развитие:

- Астено-динамический синдром – дети очень вялые, заторможенные, малоактивные.
- Астено-гипердинамический синдром – двигательное беспокойство, суетливость, раздражительность.
- Синдром раздражительной слабости – вялость, плаксивость, капризность, пониженный фон настроения с явным недовольством.
- Церебро-астенический (в школьном возрасте) – снижение внимания, памяти, восприятия.

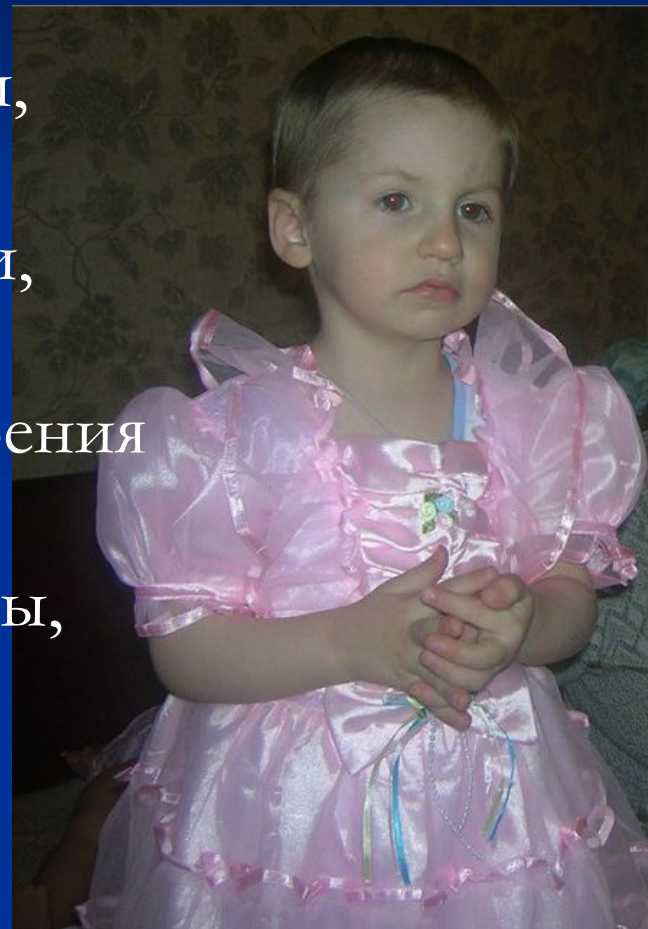
Интеллект:

- Сохранен не более 30 %
- Задержка психического развития
- Олигофрения



Эмоциональные расстройство:

- повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности,
- заторможенности, застенчивости, робости.
- склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций, капризны, эмоционально очень возбудимы.



Нарушение слуха:

- недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора
 - 20-25% детей наблюдается снижение слуха, особенно при гиперкинетической форме.
 - недостаточность слуховой памяти и слухового восприятия
 - повышенная чувствительность к звуковым раздражителям

Нарушение мышления:

Малый запас знаний
Недостаточная
сформированность
абстрактного мышления
Недостаточно
сформирована
последовательность
и целенаправленность
мышления.



Речевые нарушения:

Чаще всего характерно нарушение структурно-симпатического оформления высказываний (аллалия, афазия, дисграфия, дислексия).



НАРУШЕНИЕ РЕЧИ У ДЕТЕЙ

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Дети, имеющие отклонения в развитии речи при нормальном слухе и сохранном интеллекте.

Речевые нарушения могут затрагивать различные стороны речи:

- звуковую (произносительную)
- фонематическую (смыслоразличительную)
- лексику
- грамматический строй

Речевое нарушение не исчезают самостоятельно, без специально организованной коррекционной работы. Изучением, предупреждением и коррекцией этих нарушений занимается отрасль дефектологии – логопедия.

ПРИЧИНЫ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ.

1. Внутриутробная патология (тяжелый токсикоз при беременности, вирусные и эндокринные заболевания матери, интоксикации, травмы, несовместимость крови по резус-фактору). Наиболее грубые дефекты речи возникают при нарушении развития плода в период от 4 недель до 4 мес., что приводит к нарушению строения неба, губ, дефектам прикуса. На поздних стадиях беременности патологические воздействия ведут не к пороку развития, а к задержке созревания нервной системы.
2. Патология во время родов (родовая травма, асфиксия), которые приводят к внутричерепным кровоизлияниям. Эти кровоизлияния могут захватывать речевые зоны коры головного мозга обширно (тогда возникает системное недоразвитие речи) или локально, что приводит к нарушению одной из сторон речи.
3. Различные заболевания в первые годы жизни ребенка – вирусные, инфекционные, соматические, что приводит к ослаблению или замедлению деятельности процессов коры головного мозга; травмы головного мозга.

4. Наследственные факторы имеют определенное значение, но значительно меньшее, чем при других нарушениях. Часто они являются предрасполагающими и реализуются в речевую патологию в сочетании с другими, даже незначительными факторами.
5. Различные неблагоприятные влияния окружающей среды: отсутствие, недостаточность или дефектность речевого окружения (речь по подражанию), общения, эмоционального контакта в период созревания речевой системы ребенка (нарушения речи у родителей, глухие родители у слышащих детей; острые или длительные психотравмирующие ситуации; частые длительные госпитализации детей).

Большое значение имеет ранняя диагностика различных аномалий развития речи, т.к. ранняя медицинская и педагогическая коррекция значительно повышает вероятность полноценного обучения в школе.

КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

I. Клинико-педагогическая

1. Нарушения устной речи

а) нарушения фонационного (внешнего) оформления речи:

- афония, дисфония – отсутствие или расстройство голоса
- брадилалия – патологически замедленный темп речи
- тахилалия - патологически ускоренный темп речи
- заикание – нарушение темпо-ритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата
- дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации (обеспеченность органа или ткани нервными волокнами и нервными клетками) речевого аппарата
- ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата
- дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата

б) нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления речи:

- алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга

- афазия – полная или частичная утрата речи, связанная с локальными поражениями головного мозга.

2. Нарушения письменной речи:

а) дислексия (алексия) – частичное (полное) нарушение процесса чтения

б) дисграфия (аграфия) - частичное (полное) нарушение процесса письма

II. Психолого-педагогическая

Нарушение средств общения – нарушение процессов формирования произносительной системы, вследствие дефектов восприятия и произношения фонем:

- а) фонетико-фонематическое недоразвитие речи (позднее начало развития речи, скудный словарный запас, дефекты произношения, аграмматизм)
- б) общее недоразвитие речи (отсутствие речи, лепет, речь с фонетического недоразвития)

Нарушение в применении средств общения – нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформировавшихся средствах общения:

- а) заикание
- б) проявление речевого негативизма и др.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

1. Лечебные мероприятия:

- медикаментозное лечение (по показаниям)
- гомеопатия (по показаниям)
- фитотерапия (по показаниям)
- психотерапия индивидуальная и групповая (по показаниям)
- физиотерапия (по показаниям)
- массаж
- лечебная физкультура

2. Развитие речи:

- развитие понимания обращенной речи
- развитие пассивного словаря (понимание значения слов, простого сюжета, лексико-грамматических конструкций)
- развитие собственной речи (лексики, грамматики, фонематического восприятия и произношения)
- развитие подвижности органов артикуляции (массаж, пассивная и активная артикуляционная гимнастика)
- работа над дыханием и голосом
- работа над темпом и ритмом речи

3. Развитие познавательной деятельности

4. Логоритмика

5. Формирование различных видов деятельности: игровой, продуктивной (рисование, лепка, аппликация, конструирование, ручной труд), элементов трудовой деятельности.

6. Формирование математических представлений

7. Подготовка к обучению грамоте

8. Физическое развитие

9. Эстетическое воспитание

10. Социальная адаптация:

- формирование умения ребенка сотрудничать со взрослыми и сверстниками
- формирование представлений о самом себе

Никогда не бывает больших дел без
больших трудностей



Ф. Вольтер